

OLHARES GEOGRÁFICOS  
SOBRE A SAÚDE



OLHARES GEOGRÁFICOS  
SOBRE A SAÚDE

Helena Nogueira  
Paula Cristina Remoaldo



Edições Colibri

*Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação*

NOGUEIRA, Helena Guilhermina da Silva Marques, 1966- , e outro

Olhares geográficos sobre a saúde / Helena Nogueira, Paula Cristina Remoaldo. – (Extra-colecção)

ISBN 978-972-772-995-1

I – REMOALDO, Paula Cristina Almeida, 1963-

CDU 911  
614

**Título:** Olhares Geográficos sobre a Saúde

**Autoras:** Helena Nogueira  
Paula Cristina Remoaldo

**Editor:** Fernando Mão de Ferro

**Capa:** Mafalda Beatriz Remoaldo

**Depósito legal n.º** 309 719 /10

Lisboa, Julho de 2010

## ÍNDICE

Prefácio .....	13
Introdução .....	15

### I PARTE – CONCEITOS E FONTES

Capítulo 1. A saúde e os interesses da Geografia da Saúde .....	21
1.1. A saúde, a doença e o bem-estar .....	22
1.1.1. A saúde .....	22
1.1.2. A doença .....	24
1.1.3. O bem-estar .....	26
1.1.4. O empoderamento .....	27
1.2. Determinantes em saúde .....	28
1.3. Os interesses mais actuais em Geografia da Saúde.....	31
1.3.1. Porquê a Geografia da Saúde? .....	31
1.3.2. O que é a Geografia da Saúde? .....	33
1.3.3. Da Geografia Médica à Geografia da Saúde.....	40
1.3.4. A Geografia da Saúde e as outras ciências .....	41
1.3.5. As potencialidades das “novas” tecnologias.....	42
Capítulo 2. Fontes internacionais e nacionais utilizadas para avaliar a saúde portuguesa .....	51
2.1. Fontes de rotina.....	52
2.1.1. Estatísticas de mortalidade .....	53
2.1.2. Estatísticas de morbilidade .....	56
2.1.2.1. Doenças de Notificação Obrigatória .....	56
2.1.2.2. O registo de morbilidade hospitalar .....	59
<i>Registo dos acidentes</i> .....	59
<i>Rede “Médicos-Sentinela” de Portugal</i> .....	61

	<i>Registos Oncológicos Regionais</i> .....	62
	<i>Notificação de casos de VIH/SIDA</i> .....	63
	<i>Notificação de intoxicações e de aspectos ligados à toxicoddependência</i> .....	64
	<i>Centro Nacional da Gripe – “Programa Gripe”</i> .....	65
2.2.	Inquéritos epidemiológicos.....	65
2.2.1.	Inquéritos Nacionais de Saúde.....	65
2.2.2.	Estudos de observação .....	68

## II PARTE – INDICADORES E VARIAÇÕES EM SAÚDE

Capítulo 3.	Indicadores de saúde da população .....	81
3.1.	Indicadores de saúde – definição e diversidade.....	81
3.2.	Os Indicadores “padrão” .....	85
3.2.1.	Mortalidade infantil e materna.....	86
3.2.1.1.	Taxa de mortalidade infantil .....	86
3.2.1.2.	Outras taxas de mortalidade precoce (fetal e juvenil) .....	87
	<i>Taxas de mortalidade neonatal e pós-neonatal</i> .....	87
	<i>Taxa de mortalidade perinatal</i> .....	88
	<i>Taxa de mortalidade juvenil</i> .....	89
3.2.1.3.	Mortalidade materna .....	90
	<i>Taxa de Mortalidade Materna/Rácio de Mortalidade Materna</i> .....	90
	<i>Risco de mortalidade materna</i> .....	91
3.2.2.	Esperança de vida .....	94
3.2.2.1.	Esperança de vida à nascença .....	94
3.2.2.2.	Esperança de vida aos 1, 15, 45 e 65 anos de idade .....	95
3.2.2.3.	Outros indicadores de esperança de vida .....	95
	<i>Esperança de Vida Corrigida pela Incapacidade (EVCI) (DALE e HALE)</i> .....	97
3.3.	Saúde Infantil.....	99
3.3.1.	Insuficiência Ponderal à Nascimento.....	100
3.3.2.	Outras medidas do estado nutricional.....	101
3.3.2.1.	Percentagem de peso baixo para a idade.....	101
3.3.2.2.	Percentagem de peso baixo para a altura .....	101

3.3.2.3. Percentagem de estatura baixa para a idade .....	101
3.4. Outros indicadores do estado de saúde baseados na mortalidade .....	102
3.4.1. Taxas de Mortalidade Padronizadas .....	102
<i>Taxa de mortalidade padronizada pelo método directo</i> .....	102
<i>Taxa de mortalidade padronizada pelo método indirecto</i> .....	103
<i>Razão Padronizada de Mortalidade</i> .....	104
3.4.2. Anos de vida potencial perdidos (PYLL – <i>Potential Years of Life Lost</i> ) .....	105
3.5. Indicadores das determinantes sociais da saúde: o exemplo das áreas de privação .....	106
3.5.1. Privação sociomaterial e saúde .....	107
3.5.2. Indicadores de privação sociomaterial múltipla – alguns exemplos.....	107
3.5.3. Privação sociomaterial e saúde na Área Metropolitana do Porto .....	109
3.5.3.1. Construção do Indicador de Privação Múltipla (IPM)...	110
3.5.3.2. Padrão espacial da privação material múltipla.....	111
3.5.3.3. Privação múltipla e mortalidade prematura .....	112
3.5.3.4. Gradiente socioeconómico na mortalidade prematuara.....	113
Capítulo 4. Desigualdades na saúde <i>versus</i> desigualdades no desenvolvimento .....	121
4.1. Saúde, progresso e desenvolvimento .....	122
4.1.1. A transição epidemiológica .....	124
4.1.2. O caso português.....	127
4.2. Saúde e urbanização.....	130
4.2.1. As cidades saudáveis .....	132
4.3. Saúde para todos – estratégia e metas propostas pela OMS .....	133
4.4. Saúde e desenvolvimento para o século XXI – os Objectivos do Milénio .....	135
Notas conclusivas .....	142
Anexo .....	145

## ÍNDICE DE QUADROS

### **Capítulo 2**

- Quadro 1 – Algumas características das estatísticas oficiais portuguesas .....55
- Quadro 2 – Algumas características dos estudos de *coorte*, caso-controlo e transversais .....70

### **Capítulo 3**

- Quadro 1 – Indicadores de saúde: estrutura e diversidade.....82
- Quadro 2 – Taxa de Mortalidade Materna (por 100000 nados-vivos) em 2000 .....93
- Quadro 3 – Indicadores de privação múltipla: variáveis e procedimentos estatísticos utilizados ..... 108
- Quadro 4 – RPMP, níveis de significância e percentagem de população residente para as freguesias da AMP, agrupadas em quintis de privação ..... 115



## ÍNDICE DE FIGURAS

### **Capítulo 1**

Figura 1 – Determinantes em saúde .....	29
Figura 2 – Níveis de influência das determinantes da saúde .....	30
Figura 3 – Mapa de John Snow com o número de mortes por cólera em Londres .....	35
Figura 4 – Isolinhas da epidemia de cólera ocorrida em Londres em 1849 ...	36

### **Capítulo 3**

Figura 1 – Factores que contribuem para a definição/utilização dos Indicadores de Saúde.....	85
Figura 2 – Subdivisão do período que medeia entre as 28 semanas de gestação e cerca de um ano de vida .....	88
Figura 3 – Indicador de Privação Múltipla nos concelhos da AMP .....	111
Figura 4 – Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AMP .....	112
Figura 5 – Associação entre privação material e mortalidade prematura (2001-2003) nas freguesias da AMP (n=130).....	113
Figura 6 – RPMP (0-69 anos, 2001 a 2003) nas freguesias da AMP (n=130), hierarquizadas pelo valor do IPM e agrupadas em quintis .....	114

**Capítulo 4**

Figura 1 – Evolução das Médias Quinquenais da Taxa de Mortalidade Infantil por distritos em Portugal Continental, 1930 a 1999 .....128

*A todos aqueles  
que ainda não descobriram o poder que detêm  
para determinar o seu destino.*



## PREFÁCIO

A saúde sempre foi percebida e sentida como uma das componentes mais relevantes do bem-estar individual e colectivo. A sua importância é tal que, em 2000, a Organização das Nações Unidas a incorporou, explicitamente, em três dos oito «Objectivos de Desenvolvimento do Milénio» (ODM), a alcançar até 2015.

Antes, em 1978, na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata, já a Organização Mundial de Saúde lançara o ambicioso desafio da obtenção, até ao ano 2000, da «Saúde para Todos», condição essencial para os diversos povos do mundo usufruírem de uma vida saudável e economicamente produtiva, apelando ao envolvimento e responsabilização neste processo de todos os governos, organizações supra-nacionais e restante comunidade internacional. Em 1986, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade canadiana de Otava, retomaria os mesmos ideais, defendendo a necessidade permanente de promoção da saúde e, em consonância, de baseamento dos sistemas de saúde nos cuidados de saúde primários, alertando, simultaneamente, para o facto de a saúde não ser uma responsabilidade apenas política e institucional, mas também de cada um, na medida em que ela é também determinada pelos estilos de vida que prosseguimos, e, é um capital que se tende a desvalorizar em função da idade.

A dilatação da esperança de vida tornou-se, assim, numa preocupação permanente das políticas públicas de saúde do Pós-Guerra. «Dar mais anos à vida» é mesmo um dos grandes lemas adoptados pela Organização Mundial de Saúde. Mas, obviamente, não bastará prolongar a vida, é também importante que os anos que se ganham sejam vividos com a melhor qualidade de vida possível, o que dá justificação a uma outra ideia de grande actualidade e pertinência que é a de «Dar mais vida aos anos».

Neste contexto, entende-se que o nível de saúde das populações evidencie fortes variações espaciais, explicáveis pelos diferentes contextos políticos, económicos, sociais, e culturais, em suma geográficos, que ocorrem. Daí, o interesse, desde há várias décadas, dos geógrafos pela

temática da saúde, mormente pela relação causa-efeito que se pode estabelecer com o território. E, assim, numa época em que em muitos países e regiões do globo a morte e a doença ainda têm primazia sobre a saúde, o livro agora apresentado por Paula Remoaldo e Helena Nogueira, ganha enorme oportunidade e justificação.

“Olhares Geográficos sobre a Saúde” é, em grande medida, uma publicação expectável, pois é corolário de um já longo processo de empenhamento e amadurecimento de duas docentes e investigadoras universitárias que recorrentemente têm vindo a pisotear os trilhos da Geografia da Saúde.

O livro, focalizado na questão dos indicadores utilizáveis para avaliar o estado de saúde de populações e territórios, não sem antes reflectir sobre os conceitos e fontes do estudo da saúde e, terminar com uma abordagem à problemática das desigualdades em saúde e sua correlação com as desigualdades do próprio processo de desenvolvimento, apresenta uma estrutura muito inteligível, uma linguagem de grande clareza e precisão e, sobretudo, revela-se de grande utilidade para todos os que, geógrafos ou não, académicos ou profissionais e decisores políticos, se interessem por uma das temáticas mais apaixonantes e decisivas do Milénio.

*José Manuel Simões*

(Professor Catedrático do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa)

## INTRODUÇÃO

As questões relacionadas com a saúde estão definitivamente na moda em Portugal. Por um lado, é a sua presença de forma transversal nos Oito Objectivos do Milénio equacionados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, subscritos por Portugal e para serem atingidos até 2015. Por outro lado, é a sua importância na Estratégia da Saúde para Todos delineada pela OMS para o século XXI, os avanços tecnológicos que vão ocorrendo e a tentativa dos últimos governos de desempenharem um papel de cariz mais supletivo no âmbito da prestação de serviços de saúde. Acresce também o facto de ainda persistirem consideráveis desigualdades regionais em Portugal, apesar da convergência dos valores dos vários indicadores sanitários ser notória desde a década de noventa do século XX. Esta realidade remete para a influência, entre outros aspectos, dos factores culturais em todos os domínios da saúde.

Desde os anos oitenta do século XX, altura em que se começou a assistir à falência do modelo de saúde implementado em Portugal, que se comprovou a proliferação da publicação de obras relacionadas com o sistema de saúde português. Estas têm salientado as suas qualidades e os seus estrangulamentos, mas poucas têm apontado bons caminhos a seguir. A visão do geógrafo, ainda que próxima da de outros cientistas das ciências sociais, pode revelar-se diferenciada pelo simples facto de tender a assinalar a importância da componente territorial, relacionando-a, cada vez mais, com as questões socioculturais.

A Geografia portuguesa sofreu importantes mutações de enfoque nas últimas décadas, particularmente a partir da década de oitenta do século XX, começando então a abrir-se a novas temáticas. Este processo ocorreu mais tardiamente do que noutras ciências sociais (*e.g.*, a Sociologia, a Economia) e do que noutros países. A Geografia do Turismo e do Lazer, a Geografia da Saúde e a Geografia do Género abriram o seu caminho nos anos oitenta, atraindo alguns jovens investigadores em Portugal. Todavia, apesar de se ter assistido a um aumento do interesse dos geógrafos pela Geografia da Saúde, no início do terceiro milénio ainda são em número reduzido os que investigam em Portugal nesta área. Podemos,

assim, afirmar que se trata de uma área da Geografia portuguesa que tem tido dificuldades em cativar elementos para a sua investigação, ainda que o reduzido número de investigadores se comece a afirmar no âmbito da comunidade académica e da própria sociedade civil.

A comprovação deste estágio de incipiência em Portugal surge, por exemplo, quando se consultam algumas das revistas mais prestigiadas a nível internacional, como é a *Health & Place* ou a *Social Science & Medicine*, evidenciando-se o manifesto interesse de inúmeros geógrafos pela temática da saúde. Será que à relutância existente por parte dos geógrafos portugueses está subjacente uma certa dificuldade em lidar com os termos técnicos médicos inerentes à Geografia da Saúde? Ou será porque se trata de uma área de difícil abordagem, sobre a qual muitos têm opinado e poucos conseguem encontrar soluções, como é o caso do Sistema Nacional de Saúde português? Ou será, ainda, que o problema reside no simples facto da comunidade geográfica universitária portuguesa ser reduzida?

As razões estão ainda por investigar, mas o certo é que se trata de uma realidade à escala da Península Ibérica, o mesmo não se passando noutros países, *exempli gratia*, em França, na Inglaterra, nos Estados Unidos ou no Canadá. Nestes países, existem geógrafos investigando individualmente ou em grupo, que, pressionados pelas necessidades existentes ao nível do planeamento em saúde, têm tido reconhecimento público.

As ciências sociais com as quais a Geografia se relaciona mais de perto, por exemplo, a Sociologia e a Economia, desde há muito que reconheceram que a saúde pode ser uma mais-valia para o seu objecto de estudo. No seio destas destaca-se a Economia da Saúde, que conhece actualmente um significativo desenvolvimento no nosso país. Paralelamente, a Sociologia da Saúde, que deu os primeiros passos nas últimas décadas, possui também actualmente um importante número de investigadores que se têm afirmado no nosso país (*e.g.*, Carapinheiro, G.; Nunes, J.A.; Leandro, M.E.; Lucas, J.S.; Silva, L.F.). Contrariamente, a Geografia portuguesa tem manifestado um importante atraso, não obstante a década de oitenta, como foi já referido, tivesse deixado antever um razoável desenvolvimento. De facto, foi naquela década que surgiram vários trabalhos de geógrafos portugueses, com formação em Geografia Humana.

Todavia, deve assinalar-se que tem existido um certo cepticismo relativamente ao contributo dos geógrafos no âmbito da saúde, advogando muitos que estas matérias devem ser deixadas para especialistas como os médicos, os epidemiologistas, os biólogos ou os bioquímicos, perspec-



tiva que, atendendo à transversalidade da temática saúde, parece assaz limitada. Por seu turno, os geógrafos da saúde estão convictos de que podem desempenhar um papel específico nas ciências da saúde, que advém de aspectos metodológicos inerentes à ciência geográfica, tais como, a abordagem da dinâmica espacial ou a sua capacidade para representar espacialmente (cartografar) e analisar simultaneamente a dimensão dinâmica e espacial de fenómenos como as doenças. A prova está na recente descoberta destas qualidades do geógrafo por parte de cientistas das ciências da saúde e, mais concretamente, no domínio dos Sistemas de Informação Geográfica, metodologias e técnicas que têm estado vedadas à maioria dos cientistas das ciências da saúde.

Por todos estes motivos, optou-se por redigir uma obra que mostrasse a saúde através do olhar de duas geógrafas. Na realidade, atendendo ao vasto campo de acção e contributo da Geografia, ao finalizar-se a redacção deste trabalho, constatou-se que o nosso contributo não se esgotaria nesta primeira obra. Sendo assim, optou-se, nesta primeira obra, pela abordagem de questões básicas, como sejam a definição de alguns conceitos (*e.g.*, saúde, doença, bem-estar), que encerram todo o capítulo 1 (I Parte da obra). Neste capítulo debruçamo-nos sobre as várias perspectivas de definição de doença e de saúde. Privilegia-se a análise da evolução destes conceitos nas últimas décadas do século XX e focaliza-se a atenção nas ferramentas tecnológicas de que a Geografia dispõe actualmente para fazer sobressair as desigualdades territoriais e sociais em saúde.

A discussão das fontes internacionais e nacionais que podem ser utilizadas para avaliar a saúde da população portuguesa são enunciadas no capítulo 2, visto serem poucas as obras editadas até ao momento que se preocupam de forma consistente com esta questão. Pretende-se com este capítulo, orientar o leitor para as fontes mais seguras e fidedignas sobre as questões mais prementes de saúde, usando fontes de rotina, estudos de observação e inquéritos epidemiológicos.

O terceiro capítulo (II Parte da obra) prossegue com a elucidação dos principais indicadores de saúde da população, sejam os designados como “indicadores padrão” (*e.g.*, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna, Esperança de Vida), sejam outros, mais abrangentes, como os indicadores das áreas de privação.

Este trabalho termina com o capítulo quatro, preocupado com as desigualdades de saúde *versus* desigualdades no desenvolvimento. Neste capítulo aborda-se a relação entre saúde, progresso e desenvolvimento, salientando-se a questão da transição epidemiológica e especificando-se com o caso português. Também a relação saúde/urbanização, na expres-

ção das cidades saudáveis, é focada neste último capítulo. Termina-se recordando a Estratégia da Saúde para Todos até ao ano 2000, ressaltando-se os desafios alcançados, mas também os desaires, que estão, por sua vez, a tentar ser debelados na Declaração do Milénio. Esta Declaração, equacionada em 2000 no seio da ONU, é objectivada em oito pontos – os Oito Objectivos do Milénio – que se ambiciona alcançar até 2015.

Atendendo à dificuldade de definir alguns conceitos em saúde, encerra-se esta obra apresentando um glossário (Anexo 1) com os principais conceitos utilizados pelos geógrafos e pelos restantes cientistas das ciências sociais e da saúde.

Esta obra destina-se aos estudantes da saúde e da geografia, aos profissionais da saúde e a todos aqueles que se preocupam com a saúde no seu dia-a-dia. Teremos cumprido o nosso objectivo se ela promover a reflexão em torno do tema saúde, evidenciando alguns aspectos que tendem a ser relevados e esquecidos, como são, por exemplo, os factores ambientais, sociais e culturais que influenciam os comportamentos da população. Também desejamos que todos os que vão ler esta obra passem a ter consciência da capacidade que detêm na determinação do seu próprio destino, e que entendam que uma simples escolha do local onde se vive pode determinar de forma notória a própria saúde.

Os nossos agradecimentos vão, em primeiro lugar, para os amigos que trilharam connosco esta interessante aventura de olharmos para a saúde, sobretudo a José Cadima Ribeiro, a Esmeralda Romualdo, a Pedro Remoaldo, a Otilia Matos, a Paula Vasconcelos e a Ortelinda Gonçalves. Gostaríamos de agradecer também aos nossos filhos, Teresa, João, Mafalda e Afonso, que nos ajudaram a adquirir uma sensibilidade que não possuíamos antes de experienciarmos a maternidade. Os olhos de uma criança tornam tudo muito mais fácil e pensar, por vezes, como elas, ajudou-nos a superar os momentos menos inspiradores da escrita.

Também te agradeço a ti, que acreditaste em mim...

*Helena Nogueira*

*Paula Cristina Remoaldo*

25 de Março de 2010

I PARTE

CONCEITOS E FONTES



## CAPÍTULO 1

### A SAÚDE E OS INTERESSES DA GEOGRAFIA DA SAÚDE

---

*(...) a saúde não deve ser considerada um estado ideal de bem-estar conseguido através da completa eliminação da doença, mas como um modus vivendi que permita a homens imperfeitos ter uma vida compensatória e não demasiado difícil apesar de viverem num mundo imperfeito.*

René Dubos, citado em Mausner e Bahn (1990)

Este primeiro capítulo pretende definir os conceitos de saúde, doença e bem-estar, bem como traçar a evolução dessas definições. Recordam-se os interesses mais actuais no seio da Geografia da Saúde e finaliza-se com uma abordagem sumária das potencialidades das ferramentas tecnológicas na avaliação de desigualdades territoriais e sociais em saúde.

Neste sentido procura-se responder às seguintes questões:

- *O que é a saúde?*
- *O que é a doença?*
- *Como se relacionam estes dois conceitos com o de bem-estar?*
- *O que é a Geografia da Saúde?*
- *Como se relaciona com as outras ciências?*
- *Quais são os seus interesses mais actuais e por onde se iniciou a sua abordagem?*
- *Que vantagens trouxeram algumas tecnologias (os SIG) às abordagens da Geografia da Saúde?*

## 1.1. A saúde, a doença e o bem-estar

### 1.1.1. A saúde

Já muito se escreveu sobre o conceito de saúde e de doença, sendo notória a sua evolução ao longo do tempo e sobretudo no decurso do século XX. Neste sentido, saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança.

Começando pelo conceito de saúde, sublinhe-se a evolução ocorrida na definição de saúde efectuada em 1946 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de carácter marcadamente utópico, e aproveitada por geógrafos como Jones e Moon (1987), para actuais definições mais operacionais, como, por exemplo, a efectuada recentemente pelo Ministério da Saúde português (2004). Concretizando, enquanto a OMS a definiu, desde o início da sua criação (1946), como um estado completo de bem-estar físico, mental e social que não pressupõe somente a ausência de doença e de incapacidade, encarando a saúde como um estado positivo que diz respeito ao indivíduo no seu todo, no contexto do seu estilo de vida, o Ministério da Saúde (2004a) refere que ela pode ser percebida como ausência de doença, bem-estar ou aptidão funcional.

A definição da OMS ainda constitui, actualmente, a definição mais ambiciosa de saúde, e apesar de criticada, face à dificuldade em definir e medir o bem-estar, permanece um ideal (Beaglehole e outros, 2003). Este estado ideal dificilmente se atinge, e quando se atinge é apenas provisoriamente, visto que a maior parte das pessoas, se não todas, passam, no seu percurso de vida, por episódios mais ou menos longos de doença. Pode-se, não obstante, considerar a saúde como um recurso que permite a cada um desenvolver as suas potencialidades, tornando-o capaz de contribuir para o bem comum da humanidade:

*(...) take health to mean the availability of resources, both personal and societal, that help us achieve our personal potential. Or, we might think of health as being physically and mentally “fit” and capable of functioning effectively for the good of the wider society (Gatrell, 2002: 4, 5).*

Infelizmente, é mais fácil definir e avaliar a doença, a incapacidade e a morte do que produzir uma definição operacional de saúde. O conceito de saúde é, de certo modo, elástico, pois pode ser definido apenas como ausência de doença ou incapacidade ou pode ser-lhe atribuído um significado muito mais positivo (Mausner e Bahn, 1990).

Numa concepção moderna de saúde, o conceito surge como dinâmico e multidimensional, sendo considerado como o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades do ser humano (biológicas, psicológicas e sociais) e está-lhe subjacente uma dimensão de potencial de vida (Martins, 2003). Deste modo, o actual conceito de saúde engloba um equilíbrio e harmonia dos vários domínios do ser humano e pressupõe também um empenho dos indivíduos na resolução dos seus próprios problemas. Este empenho dos indivíduos passou a ser ressaltado pelo Ministério da Saúde, sendo mais notório desde a tentativa de implementação do Plano Nacional de Saúde 2007-2010. Esta nova postura relaciona-se com um cenário de uma nova racionalidade neoliberal, que encara o indivíduo como um agente racional. Nestas sociedades, o controlo social passa pela vergonha interiorizada de não se ser são, enérgico e produtivo mas, sobretudo, a vergonha de não se ter feito tudo para manter a própria saúde (Massé, 2006). Na medida em que uma boa sociedade tem a obrigação de fornecer à população as condições de obtenção de uma boa saúde, é também um dever de bom cidadão contribuir para a sua saúde e para a saúde e bem-estar da sociedade (Massé, 2006). Não é assim difícil admitir a existência de etiquetas negativas, coladas a certos grupos sociais, como por exemplo, os indivíduos obesos, normalmente sedentários, que correm o risco de serem avaliados como irresponsáveis, pessoas fracas, que não têm um controlo suficiente sobre os seus impulsos, podendo até ser encarados como ameaças para a ordem social ou para o equilíbrio do orçamento das instituições sanitárias (Massé, 2006). Sendo assim, estes grupos correm um risco real de discriminação social, da qual poderão decorrer variados prejuízos, tais como a dificuldade ou interdição de acesso a diversos serviços (habitação, emprego, seguros por invalidez ou seguros de vida).

Nogueira (2006) refere que o conceito actual de saúde é funcional e adaptativo: a saúde é uma construção sociocultural, que se conquista e promove e onde o espaço (físico e imaterial) desempenha um papel crucial. O estado de saúde resulta de um conjunto diverso e interactuante de factores:

1. Factores individuais – podem ser imutáveis, como os biológicos (sexo e idade, por exemplo) ou mutáveis, como os socioeconómicos (ocupação, educação, rendimento) e culturais (etnia);

2. Factores ligados ao ambiente físico e social – condições de vida, desde a poluição do ar, da água, dos solos, até à qualidade do ambiente físico, às redes de suporte social e aos factores relacionados com o sistema de saúde;

3. Comportamentos e estilos de vida – apesar de serem usualmente englobados na dimensão individual, vários estudos sublinham a influência do ambiente sobre os comportamentos individuais (Weitzman e outros, 2003; Cumminis e outros, 2005; Van Lenthe e outros, 2005). Hábitos alcoólicos, tabágicos, alimentares e de actividade física, que constituem cada percurso de vida e influenciam o aparecimento de doenças como o cancro, os problemas cardiovasculares ou a diabetes, são, em parte, consequência dos nossos espaços de vida.

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde acentuou a necessidade de empenhamento dos Estados Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) na prossecução da Estratégia da Saúde para Todos até ao ano 2000. Neste âmbito, a meta principal a atingir era a da obtenção, no ano 2000, e para todas as pessoas, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Apesar dos esforços que, mais uns do que outros, encetaram, o desaire foi avultado, sobretudo em relação a parte das metas estabelecidas e não atingidas pela maioria dos países menos desenvolvidos. Os países da Região Europeia da OMS, à qual pertence Portugal, demonstraram sucesso em parte das 38 metas equacionadas, ainda que tenha havido lacunas evidentes, por exemplo, na meta nº 1 (Reduzir as diferenças) e na meta nº 10 (Reduzir a mortalidade por cancro).

### **1.1.2. A doença**

Quanto ao conceito de doença, esta pode ser encarada como uma má adaptação entre o organismo e o ambiente natural e cultural (Dubos, 1965; May, 1958), requerendo a coincidência no tempo e no espaço do agente, do elemento patogénico e do hospedeiro, e traduzindo o mal-estar do indivíduo na sua relação com o meio e a sociedade.

Numa perspectiva biomédica, a doença é um facto biológico, resultante de um funcionamento biológico anormal. A abordagem biomédica, que dominou todas as sociedades ocidentais desde o século XVIII, conferiu ao médico o poder de definir a doença, permitindo-lhe tomar decisões do género ‘ela está mentalmente doente e não pode ser responsável pelas suas acções’ (Remoaldo, 2008). A doença é, pois, não só um estado biológico, mas também um *status* social, que os médicos podem confirmar ou negar. Enquanto as pessoas sofrem doenças, os médicos diagnosticam doenças (Gatrell, 2002). A tomada de decisão e o reconhecimento da sociedade faz dos médicos agentes do controlo social. A profissão de



médico pode assim ser encarada como promotora (e reprodutora) da ordem existente na sociedade (Jones e Moon, 1987).

Acresce que o utente dos cuidados de saúde estabelece com os profissionais de saúde uma relação de dependência, confiando-lhes a avaliação do seu estado de saúde, com base na interpretação dos sintomas que apresenta. Deste modo, é o profissional de saúde que detém o poder de tomar a maior parte das decisões (Ribeiro, 2009). O facto do profissional de saúde ser também o prescritor torna a relação empreendida com o utente ainda mais complexa, porque é este que indica ao consumidor o que deve fazer, que exames deverão ser concretizados e que tipo de terapêutica deverá ser seguida.

Como alguns autores têm frisado recentemente, tem-se assistido também a um certo “puritismo” e fundamentalismo em saúde. Por exemplo, o consumo do tabaco e os seus impactos na vida dos não-fumadores tem-se revelado um tema conflituoso. Na perspectiva dos fumadores, as novas normas impostas pelos vários governos europeus, de que Portugal é um dos casos, correspondem a um exemplo concreto de fundamentalismo. De acordo com Massé (2006), esta forma de “puritismo” acontece porque a saúde pública passou a ser encarada como um negócio de moralização dos comportamentos ligados à saúde e à doença ou mesmo como uma nova forma de *moralité séculaire*. Esta nova forma de moralidade tem subjacente a sanção dos profissionais de saúde, que permite julgar quem não faz exercício físico, quem não é suficientemente magro ou quem limita a sua esperança de vida em boa saúde. Sendo assim, um comportamento catalogado como “de risco” passa a fazer parte da vida pública, tornando-se uma ameaça para a estabilidade social. A ameaça decorre tanto da impossibilidade do “doente” cumprir os seus papéis sociais, quer sejam conjugais, domésticos ou profissionais, como da pressão económica resultante dos custos dos cuidados de saúde necessários para o curar.

Todavia, a doença deve também ser entendida como uma experiência subjectiva e, se *a doença é uma manifestação do indivíduo, os problemas de saúde são uma expressão do lugar* (Barcellos (org.), 2008: 10). Os lugares, encarados como o resultado de uma acumulação de factos históricos, ambientais e sociais, promovem condições particulares para a produção de doenças. Sendo o modo de transmissão das doenças idêntico em toda a superfície terrestre, é diferente *como cada lugar previne, produz exposição, trata os doentes e promove a saúde* (Idem, *Ibidem*).

### 1.1.3. O bem-estar

A partir do momento em que se assistiu a uma redefinição de saúde, deixando esta de ser entendida apenas como “ausência de doença”, o conceito de saúde ligou-se intimamente ao conceito positivo de bem-estar (Almeida, 2009). A noção de bem-estar, muito anterior à actual ligação expressa com a saúde, relaciona-se estreitamente com o conceito de exclusão social. O bem-estar das pessoas aparece associado a múltiplas componentes, desde a saúde, ao bem-estar material, à liberdade de escolha e acção, aos sistemas de protecção social e à segurança. Bem-estar é antónimo de pobreza, que pode ser resumida num estado de “privação acentuada de bem-estar” (Almeida, 2009: 37).

De acordo com alguns autores (*e.g.*, Almeida, 2009), o conceito de bem-estar está relacionado com um conjunto de variáveis socioeconómicas, que se podem resumir em:

- estado de saúde;
- padrão de vida;
- habitação;
- satisfação e condições de trabalho;
- nível de educação;
- saneamento básico;
- acesso a serviços de saúde;
- aquisição de bens materiais.

Não será por acaso que o conceito de bem-estar se relaciona de perto com o conceito de desenvolvimento, mais especificamente, com o conceito de desenvolvimento humano. Trata-se, neste último caso, de um conceito recente, de 1990, que constituiu a base da construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e respectivo Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), a cargo do PNUD, e que foi idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq (1934-1998). O IDH surgiu como contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, partindo do pressuposto que o desenvolvimento de uma população não pode ser aferido unicamente pela dimensão económica, mas também por outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Este índice considera três dimensões:

- 1 – Vida longa e saudável (esperança de vida à nascença);
  - 2 – Taxa de alfabetização dos adultos e taxa de escolarização bruta;
  - 3 – PIB *per capita* ([www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) – acedido a 25/02/2009).
- O IDH, pretendendo ser uma medida geral, sintética, do desenvolvi-

mento humano, não abrange todos os aspectos do desenvolvimento nem é uma representação da “felicidade” das pessoas, muito menos indicando “o melhor lugar no mundo para se viver”.

#### **1.1.4. O empoderamento**

O actual discurso da responsabilização do cidadão pela sua saúde tem implícita a noção de empoderamento, uma vez que um indivíduo só pode ser responsabilizado na medida em que possui um controlo efectivo sobre as situações que condicionam a sua saúde. No domínio da saúde, empoderamento (*empowerment*) deve ser encarado como o processo através do qual os indivíduos ganham capacidade para compreender as suas situações e aumentam o controlo sobre os factores que atingem a sua saúde. Neste processo, cada um adquire um poder (resultante da informação que detém e da assimilação que fez da mesma) que permite decidir e controlar a sua própria vida. O empoderamento alimenta sentimentos de autocontrolo e autonomia, elevando a capacidade de decisão e de liderança e conduzindo a sentimentos de maior satisfação.

O conceito de empoderamento surgiu no século XX aplicado a situações de discriminação e luta pelo alcance de uma cidadania plena, de que são exemplo os movimentos civis afro-americanos nos EUA e os movimentos feministas, e tem sido aplicado a vários domínios da vida económica e social.

De acordo com Erben e outros (2000), baseando-se em Henderson e Thomas (1987), o empoderamento melhora as capacidades individuais e colectivas no sentido de ganhar controlo sobre a vida e as condições de vida. Na perspectiva do próprio Banco Mundial ([www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) – acedido a 25/02/2009), o empoderamento permite ampliar a capacidade dos indivíduos ou grupos de fazerem escolhas, transformando-as em acções e em resultados desejados. Devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania e, principalmente, a liberdade de decidir e controlar o seu próprio destino com responsabilidade e respeito pelo outro. Todavia, a percepção de se ser uma pessoa empoderada varia, em função do ciclo de vida, dos factores culturais e no âmbito dos vários domínios da vida de uma pessoa.

## 1.2. Determinantes em saúde

*Uma das formas de saúde é a doença. Um homem perfeito, se existisse, seria o mais anormal que se poderia encontrar.*

Fernando Pessoa, in Silva, P.N. da (2009)

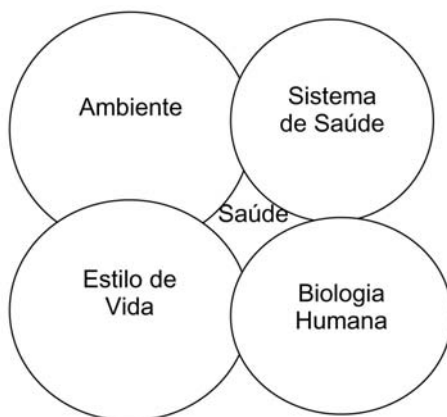
O processo de causalidade em saúde é bastante complexo, quer pela multiplicidade dos factores envolvidos, quer pelas inter-relações que entre eles se estruturam, quer ainda porque essa “teia de causalidade” se manifesta de diferentes formas, em diferentes lugares (Duncan e outros, 1993).

A Figura 1, elaborada com base no modelo construído em 1974 pelo ex-Ministro da Saúde canadiano, Lalonde, sublinha quatro componentes que interagem e determinam o nível de saúde: biologia humana, ambiente, sistema de saúde e estilo de vida. É possível diferenciar e ponderar as quatro componentes, em função do grau de desenvolvimento de um país ou de uma região, embora o grupo das determinantes biológicas seja de difícil alteração. A Figura 1 equaciona a situação que se vive nos países mais desenvolvidos, onde o ambiente e o estilo de vida contribuem, cada vez mais, para a saúde de cada indivíduo. A componente “sistema de saúde”, atendendo à sua estruturação e ao acesso quase universal existente na maior parte dos países mais desenvolvidos, detém uma ponderação menor, encontrando-se representada num círculo de menor dimensão. É também provável que as determinantes biológicas consigam ser mais controladas, vindo a ter uma menor ponderação do que as componentes “ambiente” e “estilo de vida”.

Nogueira (2007a) refere que as determinantes em saúde podem actuar por diferentes mecanismos e em diferentes níveis de causalidade, distinguindo-se, fundamentalmente, o nível individual e o nível contextual (ambiental). Se nas últimas décadas, como se referiu anteriormente, o conceito de saúde deixou de ser puramente biológico, perdendo o seu carácter de objectividade e tornando-se multifacetado e complexo, assumiu-se também, simultaneamente, que a saúde individual depende do estilo de vida adoptado. É notória a transição para uma nova era centrada no cidadão, nos seus comportamentos, que pressupõe a sua responsabilização, à guisa do que se faz noutros países mais desenvolvidos, e de que é exemplo os Estados Unidos da América.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, aprovada e difundida pelo Ministério da Saúde a partir de 1998, refere, relativamente aos deve-

Figura 1 – Determinantes em saúde



Fonte: Remoaldo, 2008: 38.

res, que o doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive (Ministério da Saúde, 1998: 11). Mais recentemente, o Plano Nacional de Saúde, delineado pelo Ministério da Saúde para o período 2004-2010, assume como segundo grande objectivo estratégico, dos três equacionados naquele Plano, centrar a mudança no cidadão de forma a tornar o sistema de saúde mais vocacionado para a inovação e ganhando mais eficiência. A focagem no cidadão, além de ter subjacente a pretensão de aumentar o seu leque de escolhas, multiplicar os mecanismos da sua participação no sector da saúde e criar um contexto ambiental conducente à saúde, insiste também na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Assume-se que, até ao momento, não houve um reconhecimento da importância da promoção da saúde, *id est*, as acções de prevenção primária e secundária não têm estado no cerne da prestação de cuidados de saúde.

Whitehead e Dahlgren (1991) desenvolveram um modelo que conceptualiza as determinantes da saúde em níveis de influência distintos: factores genéticos e biológicos (nível 1), comportamentos individuais e estilos de vida (nível 2), influências comunitárias e sociais (nível 3), condições de vida e de trabalho (nível 4) e condições ambientais, culturais, sociais e económicas gerais (nível 5 – Figura 2). Cada uma das determinantes consideradas influencia a saúde tanto pelo seu impacto específico, como pelo resultado das interacções que ocorrem quer entre as determi-

nantes de cada nível, quer entre as determinantes de níveis distintos. Como exemplo, refira-se que a prática de exercício físico é uma determinante individual (comportamental) da saúde (nível 2), que sofre influência do contexto (por exemplo, existência de espaços adequados à prática de exercício físico) e dos factores biológicos (por exemplo, idade).

Figura 2 – Níveis de influência das determinantes da saúde



Fonte: adaptado de Whitehead e Dahlgren, 1991: 1059.

Os processos de causalidade em saúde envolvem múltiplos factores e múltiplos níveis que interagem e se condicionam mutuamente, de tal forma que só podem ser amplamente compreendidos numa perspectiva global e local. Global, pela necessidade de uma abordagem holística que ultrapasse a fragmentação tradicionalmente estabelecida, permitindo uma análise integrativa e intersectorial das determinantes da saúde; e local, pela necessidade de contextualizar essa abordagem, referindo-a a um determinado lugar. Como foi já referido, a “teia de causalidade” manifesta-se de diferentes formas em diferentes lugares (Duncan e outros, 1993), de tal modo que o peso de cada determinante e a relevância de cada nível, e a forma como podem ser alterados, constituem questões teóricas, filosóficas e políticas continuadas (Nogueira, 2008).

### 1.3. Os interesses mais actuais em Geografia da Saúde

*Será que um especialista é aquele que sabe mais e mais acerca de menos e menos, e que no fim sabe tudo acerca de quase nada?...*

#### 1.3.1. Porquê a Geografia da Saúde?

A Geografia portuguesa sofreu importantes mutações de enfoque nas últimas décadas, particularmente a partir da década de oitenta do século XX, começando então a abrir-se a novas temáticas. Este processo ocorreu mais tardiamente do que noutras ciências sociais (*e.g.*, a Sociologia, a Economia) e do que noutros países. A Geografia do Turismo e do Lazer, a Geografia da Saúde e a Geografia do Género abriram o seu caminho naquela década, atraindo vários jovens investigadores portugueses.

A Geografia da Saúde contemporânea é uma das ciências que dilataram recentemente o conceito de saúde, aspecto que lhe estava vedado no paradigma neopositivista (anos 50 a 70 do século XX), assumindo um novo *facies* de contornos humanistas. Todavia, apesar de se ter assistido a um aumento do interesse dos geógrafos pela Geografia da Saúde, no início do terceiro milénio ainda são em número reduzido os que investigam em Portugal nesta área. Podemos, assim, afirmar que se trata de uma área da Geografia portuguesa que tem tido dificuldades em cativar elementos para a sua investigação, ainda que o reduzido número de investigadores se comece a afirmar no âmbito da comunidade académica portuguesa e internacional e junto da própria sociedade civil.

A Sociologia e a Economia desde há muito que reconheceram que a saúde pode ser uma mais-valia para o seu objecto de estudo, e a Economia da Saúde conhece actualmente um significativo desenvolvimento no nosso país, com uma importante comunidade científica associada à Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES). Esta possui uma ligação privilegiada à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, onde é publicada a *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, destacando-se vários investigadores (*e.g.*, M.R. Giraldes e J.A. Pereira). A Sociologia da Saúde, apesar de se ter desenvolvido apenas nas últimas décadas, possui também, como foi anteriormente mencionado, um importante número de investigadores que se têm afirmado no nosso país.

Contrariamente, esta especialização da ciência geográfica só teve algum desenvolvimento a partir dos anos oitenta do século XX, embora importe não esquecer que o início da leccionação da Geografia portugue-

sa tenha ocorrido em 1904, em Lisboa, pela mão do Professor Silva Telles (Médico e Professor da Escola de Medicina Tropical), no Curso Superior de Letras. Nos anos 40, Amorim Girão, em Coimbra, foi talvez o primeiro geógrafo a trabalhar a temática da saúde, analisando e comparando dados de mortalidade por todas as causas e por tuberculose (Girão, 1941). Todavia, somente desde a década de setenta do século XX passaram a ser desenvolvidos mais trabalhos por geógrafos portugueses relacionados com a temática da saúde, destacando-se o de Arroz (1977), relativo à difusão espacial da hepatite infecciosa e sublinhando o papel da interacção pessoal no processo de difusão da doença e a relação deste processo com a hierarquia urbana e a rede viária (Teoria Geral da Difusão).

Os anos oitenta marcam o desenvolvimento de vários trabalhos de geógrafos portugueses, com formação em Geografia Humana, que, mais tarde ou mais cedo, assumiram a forma de Dissertações de Doutoramento (Simões, 1989; Rodrigues, 1993; Remoaldo, 1998; Nossa, 2005; Nogueira, 2007a), de Dissertações de Mestrado (*e.g.*, Nossa, 1995; Nogueira, 2001; Canteiro, 2003) ou de Provas de Capacidade Científica (*e.g.*, Remoaldo, 1993). Consequentemente, ocorreu a institucionalização da disciplina, com a sua introdução nos *curricula* universitários dos Departamentos de Geografia das Universidades de Coimbra (em 1995) e do Minho (em 1998), sob a designação de Geografia da Saúde. Não obstante, refira-se que algumas problemáticas da Geografia da Saúde existem há mais tempo nos *curricula* universitários, nomeadamente, na leccionação de disciplinas, tais como, a Geografia Humana, a Geografia Económica, a Geografia Urbana, a Geografia Social e a Climatologia.

No que concerne às temáticas mais focadas pela Geografia da Saúde portuguesa, sobressaem as Infecções Sexualmente Transmissíveis (Remoaldo, 2003, 2005), o VIH/SIDA (Nossa, 2000, 2001, 2002, 2005; Remoaldo, 1995a, 1995b, Santana e Nogueira, 2001), a morbidade e a mortalidade infantil (Remoaldo, 1999, 2002; Canteiro, 2003, 2005), a acessibilidade aos serviços de saúde (Santana, 1993; Remoaldo, 2002, 2003) e as questões da saúde urbana e do planeamento urbano saudável (Nogueira, 2007a; Nogueira, 2008, Nogueira, 2009; Santana e Nogueira, 2008; Santana e outros, 2009).

Mais recentemente, outros cientistas (*e.g.*, profissionais de saúde) têm manifestado um particular interesse pela Geografia da Saúde, elaborando trabalhos académicos que são assumidos como investigações em Geografia da Saúde (*e.g.*, Almeida, 2009). Também alguns historiadores têm conseguido aproximar-se do objecto e método da Geografia da Saúde



desenvolvendo vários estudos que denotam alguma atracção pela representação cartográfica de fenómenos sanitários (e.g., Couto, 2008).

Apesar da crescente relevância dos estudos já efectuados, persiste na sociedade portuguesa um certo cepticismo relativo ao contributo dos geógrafos, no âmbito da saúde, advogando-se que estas matérias deveriam ser deixadas para os especialistas como os médicos, os epidemiologistas, os biólogos ou os bioquímicos, perspectiva assaz limitada, sobretudo atendendo à transversalidade do tema saúde. Pelo contrário, os geógrafos da saúde estão convictos de poderem desempenhar um papel específico nas ciências da saúde, como resultado de aspectos metodológicos inerentes à ciência geográfica. A abordagem da dinâmica espaço-temporal ou a sua capacidade para cartografar e analisar simultaneamente a dimensão biológica, social e espacial de fenómenos como as doenças, são alguns desses aspectos.

Sublinhe-se, por último, o grande desenvolvimento da disciplina à escala internacional, bem patente na crescente inclusão das suas temáticas nos manuais, sobretudo de Geografia Humana, a par de outros domínios mais tradicionais, justificando a sua presença nos *curricula* universitários. Vários autores têm considerado a Geografia da Saúde como uma das principais áreas temáticas da Geografia Humana (e.g., Picheral, 2001), em simultâneo com a Geografia da População, a Geografia Urbana, a Geografia Rural, a Geografia Económica, a Geografia Social e Cultural e a Geografia dos Transportes, entre outras. Segundo Hunter (1974), o interesse e a relevância dos estudos da Geografia da Saúde (...) *places medical geography (...) in the very heart or mainstream of the discipline of geography* (Hunter, 1974: 3).

### 1.3.2. O que é a Geografia da Saúde?

Quem se aventura a fazer Geografia da Saúde tem que compreender as necessidades dos técnicos de saúde, da população e dos gestores e oferecer alternativas de análise e de intervenção, revelando-se esta uma tarefa difícil (Barcellos, (org.), 2008). Esta necessidade de oferecer alternativas de análise e de intervenção resulta, entre outros aspectos, do facto de serem inúmeras as ciências que abordam na sua prática as questões da saúde, tais como, a Medicina, a Biologia, a Epidemiologia, a Saúde Pública, a Economia, a Sociologia e a Antropologia.

Mas como pode ser definida de uma forma operacional?

Nos anos oitenta do século XX, Barrett (1986) referia-se à ainda Geografia Médica (designação que continua a persistir no mundo anglo-saxónico) como a análise da relação do ambiente humano com a doença,

a nutrição e os sistemas de cuidados médicos, com o objectivo de elucidar as suas inter-relações no espaço. Não obstante, a Geografia Médica de então ainda não aspirava a ser mais do que uma *service discipline* para os profissionais da Epidemiologia, Ecologia e Planeamento, embora já se argumentasse que o geógrafo poderia ser mais interveniente à escala local. Phillips (1985) foi um dos que denunciou este *status quo*, sublinhando o papel do geógrafo enquanto coordenador na investigação interdisciplinar em saúde.

Em Portugal, nos anos noventa, Simões (1989) reconhecia que a Geografia da Saúde constituía uma subdisciplina da Nova Geografia, preocupada com as desigualdades espaciais e sociais da saúde ou da doença e procurando contribuir para a sua correcção e para o bem-estar da população. Para este autor, as desigualdades não deviam ser atribuídas apenas às variações ou às irregularidades espaciais de características individuais, genéticas ou comportamentais, mas também, e fundamentalmente, à organização da sociedade.

Até finais do século XX, persistiu a antiga e tradicional dicotomia entre a Ecologia das Doenças (ou Geografia das Doenças), orientada sobretudo para a investigação das relações entre o meio e a doença, e a Geografia dos Cuidados de Saúde, fundamentalmente preocupada com a distribuição/acessibilidade aos serviços de saúde. Porém, entre as duas existiam ligações fortes: a utilização de perspectivas (geográficas) e de metodologias (quantitativas) similares, tais como, a cartografia e a análise multivariada (Verhasselt, 1993).

Na primeira tradição (Ecologia da Doença) estuda-se basicamente a relação entre ambiente e doença. A preocupação dirige-se às iniquidades espaciais e sociais da morbidade e da mortalidade e à etiologia e difusão das doenças, elucidando-se as suas causas sociais e ambientais. Esta tradição engloba estudos relativos a doenças endémicas e infecciosas, com ênfase para o estudo das relações entre o meio natural e as doenças infecciosas. Na abordagem destas temáticas privilegia-se uma visão ambientalista, na qual são sublinhadas as relações causa-efeito da cadeia epidemiológica, relegando-se o papel do homem e da sua cultura para segundo plano. Enquadram-se ainda nesta tradição os estudos de difusão espacial da doença (Teoria Geral da Difusão), bem como a análise dos factores de risco de uma doença e sua associação estatística com a doença a outras escalas geográficas.

O desenvolvimento da Ecologia da Doença foi sempre sustentado por abundante cartografia, muitas vezes agregada em atlas a pequenas ou a grandes escalas, mostrando a variação dos fenómenos no tempo e no

espaço. Uma das vertentes da Ecologia da Doença é a Cartografia Médica ou Cartografia das Doenças (*Disease Mapping*). Iniciada em finais do século XVIII, manteve a sua importância nas últimas décadas do século XX, especialmente no Reino Unido e pela mão de Cliff e Haggett (Remoaldo, 2008).

A primeira tentativa de construção de um mapa de doenças realizou-se nos EUA por médicos que cartografaram a residência de pessoas afectadas com o vírus da febre-amarela (Seaman, 1798), tendo sido os médicos que primeiro descobriram a potencialidade dos mapas na identificação de alguns tipos de relações causais. No início (século XVIII) surgiram os *dot maps* (mapas de pontos que mostravam o padrão da epidemia), sendo os mais famosos os de Seaman (mapa de febre-amarela num sector de Nova York, em 1798) e de Pascalis (*idem*, para outro sector de Nova York, no mesmo ano).

Segundo o Professor Gilles Palsky (da Universidade de Paris XII e especialista em Cartografia), o primeiro mapa da Geografia da Saúde foi elaborado por John Snow, em 1854 (Figura 3). É um mapa que representa

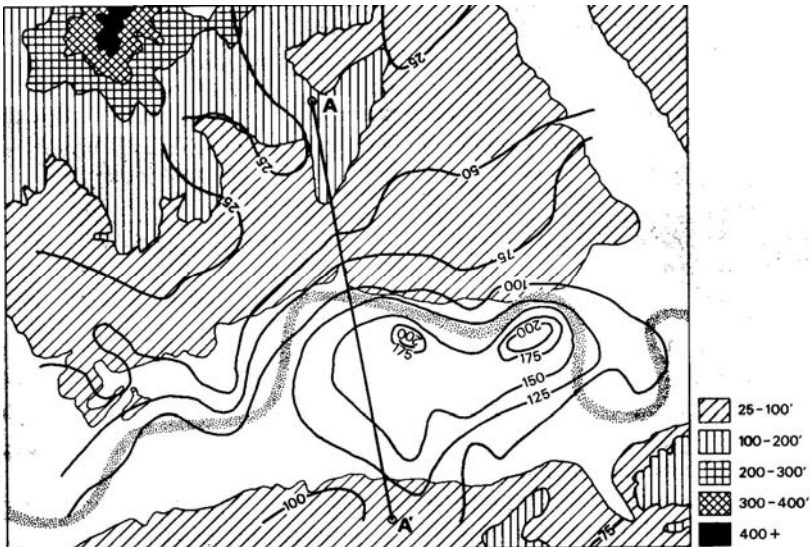
Figura 3 – Mapa de John Snow com o número de mortes por cólera em Londres



as mortes por cólera (*vibrio cholerae*) em cerca de seis quarteirões da cidade de Londres, num surto violento marcado pela ocorrência de 500 mortes em apenas dez dias, tendo sido identificado um poço (*pump*) com água contaminada como a fonte da infecção da epidemia.

Na Figura 4 podemos observar outro tipo de representação, através de isolinhas, também ligada a uma doença infecciosa.

Figura 4 – Isolinhas da epidemia de cólera ocorrida em Londres em 1849



Fonte: Cliff e Haggett, 1993: 48.

São inúmeros os autores que contribuíram para o desenvolvimento desta vertente (*e.g.*, Cliff; Haggett; Howe; Learmonth; May; Palagianio; Phillips; Picheral), que está na origem da constituição da própria disciplina. Ainda que o seu período áureo tenha ocorrido no século XIX, constroem-se hoje cada vez mais atlas. Isto sucede, porque cada vez se sabe mais e estão mais bem definidos os factores ambientais e geográficos das patologias, e as doenças infecciosas, mais atractivas para a representação cartográfica, têm conhecido um certo recrudescimento.

No âmbito da outra vertente, a da Geografia dos Cuidados de Saúde, mais recente e direccionada para a investigação da localização e do uso dos serviços de saúde, emergem várias linhas de pesquisa que foram sendo aprofundadas, essencialmente a partir dos anos sessenta do século XX,

sendo de realçar os estudos relativos à optimização da localização dos equipamentos de saúde e, conseqüentemente, de reordenamento territorial da provisão de cuidados de saúde. Constituem também temas relevantes as questões da utilização (padrões, condicionantes, equidade) e acessibilidade (física, económica, social, cultural, étnica, psicológica e organizacional) aos serviços de saúde, o estudo das interacções entre políticas e saúde (e.g., o impacto das políticas nas questões da saúde, o contributo dos geógrafos nas decisões das políticas de saúde) e as conseqüências da crise económica na saúde e nos cuidados de saúde (e.g., reformas dos sistemas de saúde).

Entre os anos setenta e noventa do século XX, vários geógrafos estudaram as desigualdades regionais nos serviços de saúde (e.g., Bosanquet; Coates; Navarro; Rawstron; Knox, Palagianio). As desigualdades existentes a nível local também mereceram grande atenção, sobressaindo os trabalhos de Smith que, desde a década de oitenta, analisam a organização espacial dos serviços de saúde ingleses, incluindo as diferenças na acessibilidade física da população local aos cuidados de saúde, tais como hospitais e consultórios privados. Trabalhos clássicos neste domínio são também os de Knox (1978); Haynes e Bentham (1979); Phillips (1979); Anderson e Rosenberg (1990); Rosenberg e Hanlon (1996).

Sobressaem ainda estudos realizados sobre as características dos cuidados médicos à escala local ou em grandes entidades territoriais, dando particular atenção à política de saúde, aos seguros de saúde e à cobertura médica através do tempo e do espaço (e.g., Finkler, 1995). Em termos de grupos populacionais que mereceram mais atenção, salientam-se os idosos e os doentes mentais (Rosenberg e Wilson, 2005). A investigação nesta temática desenvolveu-se e aprofundou-se desde os anos noventa do século XX, com a crescente utilização dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), que cedo se revelaram indispensáveis nas questões do planeamento dos serviços de saúde.

Em 1985, Paul, B. advogava sete enfoques para a Geografia da Saúde, resumidos nas duas tradições que antes se mencionaram. A sua análise, publicada na prestigiada revista *Social Science & Medicine*, é um dos primeiros estudos teóricos e epistemológicos em Geografia da Saúde, provavelmente porque até aos anos setenta do século XX poucos geógrafos se assumiam verdadeiramente como geógrafos da saúde.

A escassez de uma investigação teórica sistematizada revelou-se em atrasos na conceptualização do objecto de estudo e nos seus campos de interesse, comparativamente ao desenvolvimento empírico da disciplina. Este cenário altera-se a partir dos anos oitenta do século XX, década em

que a Geografia da Saúde emerge como um importante ramo e demonstrando uma particular capacidade para se adaptar às mudanças na ciência geográfica e na ciência em geral.

O novo milénio conhece uma nova Geografia da Saúde, que se revela uma área científica interdisciplinar, constituindo-se como uma plataforma metodológica que consegue articular e integrar vários domínios científicos (Ciências Sociais, Ciências da Terra e Ciências da Saúde). Cada vez mais preocupada com a análise de problemas relevantes e actuais, às mais variadas escalas geográficas, a Geografia da Saúde tem-se revelado de grande utilidade em equipas pluridisciplinares nas áreas do Ambiente, da Sociologia, do Planeamento e Ordenamento do Território, da Economia e da Saúde (Santana, 2005). Pérez (2005) refere que o futuro da Geografia da Saúde passa pela colaboração com profissionais de outras ciências (não apenas médicos, mas biólogos e químicos, além dos sociólogos, psicólogos ou economistas).

Picheral (2001) ressaltou, no início deste milénio, que o geógrafo tende a propor uma visão diferente da saúde: uma visão que não é exclusivamente biomédica, mas também social, cultural e comportamental, sustentada em preocupações com os problemas da organização do espaço e do ordenamento do território. Esta perspectiva, impregnada de um certo humanismo, pode ser considerada ambiciosa, requerendo do geógrafo, sobretudo, uma necessária abertura a outras ciências que, pelo seu objecto de estudo, são essenciais às análises da Geografia da Saúde. A Epidemiologia é uma dessas ciências, sublinhando Picheral (2001) que, enquanto a Epidemiologia faz referência ao lugar, ao espaço, como uma aproximação entre outras possíveis, a Geografia concede-lhe uma prioridade absoluta, acabando, afinal, por aí encontrar a sua justificação. O mesmo geógrafo insiste numa Geografia da Saúde que se fundamenta na análise espacial da qualidade da saúde das populações, nas suas relações com o ambiente físico, biológico, social, económico, comportamental e cultural, destacando ainda as indecisões relativas à designação da disciplina: Geografia das Doenças ou Geografia dos Cuidados de Saúde? Geografia Médica ou Geografia da Saúde? Conclui-se que os limites da Geografia da Saúde e a sua designação estão ainda mal fixados.

Segundo Nogueira (2006), a Geografia da Saúde pode ser definida como uma “subdisciplina” geográfica, simultaneamente específica e abrangente, una e plural, características que resultam da natureza do seu objecto de estudo e da diversidade teórica e metodológica já referida. A especificidade desta “subdisciplina” advém, por um lado, da incorporação da dimensão espacial no estudo da saúde (abrangendo campos que vão desde os resultados em saúde ao planeamento dos serviços de saúde) e,

por outro lado, da aplicação de ferramentas e abordagens da Geografia ao seu objecto de estudo.

Rosenberg e Wilson (2005) destacam a crescente diversificação temática da Geografia da Saúde, cujos estudos têm sido recentemente focados em grupos até agora subinvestigados neste domínio científico: mulheres, minorias, deficientes e homossexuais. Apresenta-se, seguidamente, alguns dos temas mais actuais em Geografia da Saúde:

- A Geografia dos tumores;
- O planeamento e investigação da saúde e serviços relacionados com o bem-estar;
- O impacto das políticas de saúde;
- A promoção da equidade e/ou eficiência através das reformas de saúde;
- As consequências da crise económica na saúde e na oferta de cuidados de saúde;
- A Educação para a Saúde;
- A saúde das mulheres;
- As políticas de privatização e de reordenamento espacial da oferta de cuidados de saúde;
- A Geografia da SIDA, com o uso de técnicas de simulação para prever a difusão futura;
- A Geografia da Saúde Mental;
- A globalização e os seus impactes na saúde e nas políticas de saúde;
- A promoção de cidades saudáveis;
- A Bioclimatologia;
- O lugar, a área de residência e a sua influência na saúde.

Nos últimos anos do século XX e no novo milénio, assistiu-se ao (re)despertar da importância do “lugar” onde as pessoas se encontram/residem na compreensão e explicação da sua saúde. Santana (2002) refere que as características dos lugares passaram a ser tão importantes como as das pessoas (características pessoais, tais como, comportamentos, factores psicossociais e factores biológicos) quando se pretende compreender e explicar a saúde e os estilos de vida com ela relacionados. A saúde depende de quem se é e do lugar onde se vive (Nogueira, 2008). Os riscos que derivam da contaminação do ambiente, como o ar poluído, o solo e a água, não são uniformes no espaço. Residentes em ruas com elevada poluição sonora e atmosférica ou na proximidade de fontes de radiação electromagnética, correm maiores riscos de doença do que aqueles que residem em lugares mais “saudáveis”. O acesso a recursos essenciais,

como comida, água potável e habitação decente é geograficamente diferenciado, bem como o acesso a serviços básicos (saúde, educação, apoio social). Onde se vive afecta, deste modo, quão acessíveis ou disponíveis estão estes recursos e serviços (Gatrell, 2002).

Recentemente, surgiram, à escala internacional, investigações focadas nas conexões entre *lugar, identidade e saúde*, suportadas em metodologias qualitativas, nomeadamente, centradas em entrevistas, que procuram avaliar o impacto do *significado do lugar* na saúde e nos cuidados de saúde (e.g., Gatrell, 2002; Cummins e outros, 2007; Bernard e outros, 2007). Neste sentido, foram desenvolvidas relações empíricas entre “lugar” e “saúde” numa grande diversidade de escalas e para uma grande variedade de *outcomes* em saúde. Parece que a relação entre “lugar” e “saúde” deve ser entendida como uma relação espacial ligada ao local onde as pessoas vivem, trabalham e desenvolvem o seu tempo de lazer (Remoaldo, 2008).

### 1.3.3. Da Geografia Médica à Geografia da Saúde

O termo “Geografia Médica” foi utilizado pela primeira vez por Boudin em 1843 no seu *Essai de Géographie médicale, ou étude des lois qui président à la distribution géographique des maladies ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre les lois de coincidence et d'antagonisme*.

A União Geográfica Internacional (UGI), e as Comissões que foram sendo criadas, muito contribuíram para o desenvolvimento da Geografia da Saúde, existindo na actualidade uma Comissão intitulada *Health and Environment*, que se dedica às questões da saúde e da sua relação com o Ambiente, na sua designação mais lata. A constituição da Comissão de Geografia Médica no seio da UGI deve-se sobretudo ao contributo do médico Jacques May, juntamente com Max Sorre e Arthur Geddes, que fomentaram a sua criação, em 1949, no Congresso de Lisboa.

A denominação de Geografia da Saúde surgiu no Congresso de Moscovo, em 1976, assumindo-se como um termo mais abrangente que engloba os conteúdos da Geografia Médica (terminologia francesa), da Geografia das Enfermidades (terminologia anglo-saxónica) e da Geografia da Assistência Sanitária ou do Equipamento Sanitário (terminologia espanhola – Pérez, 1998).

Na década de oitenta do século XX, a crescente especialização do conhecimento científico, e também da Geografia, e o risco de fragmentação dela decorrente, passaram a ser motivos de preocupação dos geógrafos. Será que a Geografia da Saúde tem contribuído para essa fragmentação?



Em Portugal o termo “Geografia da Saúde” tem sido de utilização pacífica, contrariamente ao que se passou à escala internacional, como resultado, entre outros aspectos, do seu desenvolvimento tardio (Remoaldo, 2008). Mesmo no mundo anglo-saxónico, de forte tradição da designação de *Medical Geography*, começa a privilegiar-se a terminologia de *Geography of Health and Health Care* (Rosenberg e Wilson, 2005). Segundo Kearns (1995), a designação “Geografia da Saúde” deve ser preferida, uma vez que ela traduz, por um lado, o interesse dominante dos geógrafos, bem como o interesse dos grupos de geógrafos dominantes. Por outro lado, esta designação aproxima os geógrafos de outros cientistas sociais, preocupados em avaliar o estado de saúde das populações e o desempenho dos serviços de saúde. Nogueira (2006) refere que a designação legitima o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos geógrafos, mais afastado da medicina e da doença, e mais próximo da saúde. A autora refere ainda que a própria diversidade de estudos realizados nesta área parece ter como objectivo final a saúde e a sua promoção, justificando a adopção da designação de Geografia da Saúde.

#### **1.3.4. A Geografia da Saúde e as outras ciências**

As ciências e disciplinas com as quais a Geografia da Saúde mantém relações mais estreitas são a Medicina, a Epidemiologia, a Saúde Pública, a Biologia, a Demografia, a Sociologia, a Economia e a Psicologia. Além da Medicina, a Geografia da Saúde aproxima-se da Epidemiologia, cuja palavra resulta dos étimos gregos *epi*, significando “sobre”, *demos* significando “povo” e *logos* significando “o estudo de”.

A Epidemiologia teve origem há mais de 2000 anos, sobretudo com Hipócrates, estando-lhe subjacente a ideia de que os factores ambientais influenciam a ocorrência de doença. Todavia, só no século XIX se começou a medir a distribuição da doença no seio das populações (Beaglehole e outros, 2003). Pode ser definida de forma operacional como o estudo da distribuição (frequência) e factores que determinam as doenças e as lesões nas populações humanas (Mausner e Bahn, 1990), bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde (Last, 1988). O seu objectivo principal é a melhoria da saúde das populações, trabalhando, para isso, a várias escalas geográficas (desde o grupo de doentes de um hospital até à população de uma região ou de um país).

A Epidemiologia é considerada a ciência básica da Saúde Pública. Já muito se escreveu sobre Saúde Pública, expressão que se refere à saúde de um povo, de comunidades ou de grupos de populações humanas con-

sideradas no seu ambiente, e que complementa a noção de “Saúde Individual” ou de cada indivíduo isolado (Ferreira, 1990). Nos anos noventa do século XX, a Saúde Pública tinha como objectivo essencial o estudo e a solução dos problemas que condicionam a saúde dos indivíduos integrados no seu ambiente. São corolários da Saúde Pública a investigação das causas e processos de aparecimento e evolução das doenças, a selecção e aperfeiçoamento dos meios de actuação para melhorar a saúde e lutar contra as doenças, e a melhoria da saúde em cada comunidade humana (Ferreira, 1990). Da luta contra as epidemias, até à prevenção de riscos e à promoção de comportamentos ou de condições ambientais que favoreçam a melhoria do estado de saúde da população, a Saúde Pública tem vindo a alargar o seu campo de actuação. Segundo Massé (2006), o conceito de Saúde Pública assenta no *individualismo pós-moderno* e numa *ética do bem-estar pessoal*. O mesmo autor identifica a Saúde Pública como uma “nova moralidade”, imposta pelos profissionais de saúde, e salienta a pertinência de encorajar a participação do público (os actores sociais relacionados com as consequências das intervenções da prevenção, da protecção ou da promoção da saúde) nas deliberações que dizem respeito à ética da Saúde Pública.

Porém, no perfil epidemiológico dos países desenvolvidos predominam patologias de etiologia complexa – social, económica e cultural – dependente de comportamentos individuais e colectivos (alimentares, sexuais e toxicómanos – Picheral, 2001), cuja incidência e prevalência variam segundo os grupos e as sociedades, os modos de vida e de trabalho, os rendimentos e os factores exógenos (do meio ambiente). Numa época em que as doenças mais representativas nas sociedades mais desenvolvidas dependem mais dos hábitos enraizados da população do que dos factores biológicos ou dos ligados ao sistema de saúde, a Educação para a Saúde tem ganho um protagonismo em várias ciências e também no âmbito da Geografia da Saúde.

A Educação para a Saúde pode ser definida como toda a actividade intencional, cuja finalidade é a de alcançar aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença, conduzindo a alterações não só no conhecimento e na compreensão dos processos inerentes às condições de saúde e doença, mas também nos estilos de vida do indivíduo.

### **1.3.5. As potencialidades das “novas” tecnologias**

Como já foi referido no item 1.3.2, desde os anos noventa do século XX que os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) se revelam indis-

pensáveis nas questões do planeamento dos serviços de saúde. São, aliás, um importante instrumento de trabalho em todos os domínios do conhecimento onde as variáveis “espaço” e “localização” são componentes determinantes (Alves, 2005).

Os SIG nasceram em pleno século XIX, com John Snow. Este médico, cuja importância foi já salientada nesta obra, utilizou uma técnica de sobreposição de vários mapas – o mapa da cidade de Londres, a cartografia do abastecimento de água à cidade e o mapa com os locais de residência dos indivíduos que faleceram no surto de cólera (Martins, 2009).

O geoprocessamento é uma das técnicas usadas pela Geografia da Saúde, mas esta, além de requerer uma importante formação, exige a compreensão da *especificidade dos dados de saúde e sua expressão espacial* (Barcellos (org.), 2008: 9). Dito de outra forma, os mapas que resultam destas técnicas *exigem uma compreensão do espaço geográfico e o modo como esse espaço produz riscos ou promove condições coletivas de proteção* (Idem, *Ibidem*). Entre as metodologias que a Geografia da Saúde pode utilizar para perceber as relações complexas que se estabelecem entre a sociedade, o território e o ambiente e entender o modo como essas relações determinam *a forma como as pessoas se expõem a riscos, adoecem e são cuidadas (ou não) pelo sistema de saúde*, sobressaem, por exemplo:

- os mapas;
- as ferramentas de estatística espacial;
- as entrevistas;
- as fotografias (Barcellos (org.), 2008).

Os SIG surgiram em Portugal na segunda metade da década de oitenta do século XX, mas a sua utilização conheceu um grande *élan* a partir dos anos noventa do mesmo século e a sua aplicação incidiu bastante em fenómenos geográficos no domínio ambiental e de desenvolvimento do território. Estes instrumentos fizeram a sua aparição no nosso país numa altura em que, por um lado, se despertava, na Geografia, para as questões do planeamento e ordenamento do território e, por outro lado, se davam os primeiros passos na utilização de computadores nas Universidades e nas Autarquias.

Quando se pensa nas questões do desenvolvimento, em qualquer escala geográfica, surgem duas vertentes que interagem. A primeira esforça-se por explicar e compreender os padrões de organização espacial, enquanto a segunda, que tem a primeira como alicerce, reporta-se à necessidade em tomar decisões fundamentadas tendo por base o conhe-

cimento dos processos territoriais (Alves, 2005). Neste âmbito, os SIG permitem uma abordagem multidimensional e multidisciplinar do território e revelam uma capacidade de armazenamento de informação georreferenciada e ao mesmo tempo de cálculo e inter-relacionamento de variáveis e temas (análise e modelação espacial), que podem conduzir à transdisciplinaridade, quando se alcançam certos níveis e patamares de informação (Alves, 2005). Na sua abordagem funcional podem ser identificadas quatro componentes determinantes:

- *input* de informação;
- estruturação;
- armazenamento, gestão, análise e manipulação da informação;
- *output* da informação.

Dadas as suas potencialidades, os SIG têm sido utilizados sobretudo na inventariação e análise de factos e fenómenos localizados (*e.g.*, populações, actividades, usos do solo, potencialidades, carências), na elaboração e gestão de planos e programas de ordenamento e de desenvolvimento regional, na avaliação e monitorização de planos, programas e medidas com dimensão espacial, na modelação de fenómenos com incidência espacial e na investigação temática com a mesma dimensão (Alves, 2005: 810-811).

No caso específico da saúde, e até ao momento, os SIG têm conhecido uma utilização limitada, sobretudo a nível local, já que as autarquias detêm (ainda) poucas competências no domínio da saúde. Acresce que aqueles que possuem maior informação e formação em saúde (os profissionais de saúde) pouca formação têm recebido neste domínio, olhando com interesse para estes instrumentos, mas revelando muita dificuldade em utilizá-los, porque os mesmos induzem uma formação contínua e sustentada, pouco acessível à maioria. Todavia, todos os fenómenos são passíveis de ser cartografados; logo, as doenças, porque ocorrem num determinado momento ou período, e num dado espaço, são também um bom exemplo para utilizar os SIG. Estes, entre outros aspectos, permitem *identificar padrões de concentração e de dispersão e analisá-los ao longo de diferentes períodos de tempo* (Martins, 2009: 14).

## Bibliografia

- Almeida, M.R. (2009), *Saúde e Saúde e bem-estar no concelho de Castelo Branco: avaliação do binómio prestação de cuidados de saúde e efetividade em saúde*, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Alves, R.M.A. (2005), *Os sistemas de informação geográfica*, in Costa, J.S. (coord.), “Compêndio de Economia Regional”, Col. APDR, 2ª ed., Coimbra, pp. 809-842.
- Arroz, M.E. (1977), “Difusão espacial da hepatite infecciosa”, *Finisterra*, Lisboa, 14(27), pp. 36-69.
- Barcellos, C. (org.) (2008), *A Geografia e o contexto dos problemas de saúde*, Saúde Movimento, 6, Rio de Janeiro, ABRASCO.
- Barrett, F.A. (1986), *Medical Geography: concept and definition*, in Pacione M. (ed.), *Medical Geography: progress and prospect*, London, Croom Helm, pp. 1-34.
- Barrett, F.A. (1993), “A Medical Geographical anniversary”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 37(6), pp. 701-710.
- Barrett, F.A. (1996), “Daniel Drake’s medical geography”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 42(6), pp. 791-800.
- Barrett, F.A. (2000), “Finke’s 1792 map of human diseases: the first world disease map?”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 50(7/8), pp. 915-922.
- Beaglehole, R. e outros (2003), *Epidemiologia básica*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Béresniak, A.; Duru, G. (1999), *Economia da Saúde*, Colec. Convergências, 4, Lisboa, Climepsi Editores.
- Bernard, P. e outros (2007), “Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 65(9), Nov., pp. 1839-1852.
- Canteiro, E.E. (2003), *Evolução da mortalidade infantil e práticas associadas ao primeiro ano de vida – um estudo no território de Vizela*, Dissertação de Mestrado de História das Populações, Guimarães, Universidade do Minho.
- Carapinheiro, G. (1986), “A saúde no contexto da Sociologia”, *Sociologia: Problemas e Práticas*, Lisboa, 1, pp. 9-22.
- Carvalho, M.S. e outros (2000), *Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde.
- Cliff, A.D.; Haggett, P. (1993), *Atlas of disease distributions: analytic approaches to epidemiological data*, Oxford, Blackwell Publishers.
- Couto, M. (2008), *Doenças e doentes no Hospital da Divina Providência de Vila Real (1800-1934)*, Dissertação de Mestrado, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

- Cummins, S. e outros (2007), “Understanding and representing ‘place’ in health research: A relational approach”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 65(9), Nov., pp. 1825-1838.
- Cummins, S.; Macintyre, S.; Davidson, S. e Ellaway, A. (2005), “Measuring Neighbourhood Social and Material Context: Generation and Interpretation of Ecological Data from Routine and Non-Routine Sources”, *Health & Place*, 11, 3, pp. 249-260.
- Dubos, R. (1965), *Man Adapting*. New Haven, Yale University Press.
- Duncan, C.; Jones, K. e Moon, G. (1993), “Do Places Matter? A Multilevel Analysis of Regional Variations in Health-Related Behaviour in Britain”, *Social Science & Medicine*, 37, pp. 725-733.
- Earickson, R. (2000), “Geographic research at the end of the century: papers from the Eighth International Symposium on Medical Geography”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 50(7/8), pp. 911-913.
- Earickson, R. (2000), “Health Geography: style and paradigms”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 50(4), pp. 457-458.
- Elliot, P. e outros (2000), *Spatial Epidemiology: methods and applications*, Oxford, Oxford University Press.
- Erben, R. e outros (2000), “People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing”, *Health Promotion Journal of Australia*, 9(3), pp. 179-182.
- Ferreira, F.A.G. (1990), *Moderna Saúde Pública*, 6ª ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fleuret, S.; Séchet, R. (dir.) (2002), *La santé, les soins, les territoires*, Col. « Espaces et Territoires », Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Gatrell, A.C. (2002), *Geographies of Health: an introduction*, Massachusetts, Blackwell Publishers.
- Gatrell, A.C.; Bailey, T.C. (1996), “Interactive spatial data analysis in medical geography”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 42(6), pp. 843-856.
- Girão, A. (1941), *Geografia de Portugal*, Porto, Portucalense Editora.
- Hunter, J. M. (1974), “The Challenge of Medical Geograhpy”. In: J. M. Hunter (ed.), *The Geography of Health and Disease*. Chapel Hill, University of North Carolina, pp.1-31.
- Jones, K.; Moon, G. (1987), *Health, Disease and Society: an introduction to Medical Geography*, New York, Routledge & Kegan Paul.
- Kearns, R. A. (1995), “Medical Geography: Making Space for Difference”, *Progress in Human Geography*, 19, pp. 249-257.
- Last, J.M. (ed.) (1988), *A dictionary of Epidemiology*, 2ª ed., New York, Oxford University Press.
- Martins, M.F. (2003), *Mitos e crenças na gravidez – sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Braga (policopiada), 340 p..
- Martins, M.Q. (2009), *Geografia e Saúde: estudar a prevenção da SIDA em Portugal através da cartografia*, Dissertação de Mestrado em Gestão do

- Território: Ambiente e Recursos Naturais, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 66 p..
- Massé, R. (2006), *Éthique et Santé Publique: Promotion de la Santé et participation du public*, Actas do Seminário Internacional intitulado *Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios*, Universidade do Minho e Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações, pp. 9-29.
- Mausner, J.; Bahn, A. (1990), *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- May, J. (1950), “Medical Geography: its methods and objectives”, *The Geographical Review*, 40, pp. 10-41.
- May, J. (1950-55), *The world Atlas of diseases*, New York, American Geographical Society.
- May, J. (1977), “Medical Geography: its methods and objectives”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 11, pp. 715-730.
- May, J. M. (1958), *The Ecology of Human Disease*. Nova Iorque, M. D. Publications.
- Mcleod, K.S. (2000), “Our sense of Snow: the myth of John Snow in medical geography”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 50(7/8), pp. 923-936.
- Ministério da Saúde (1998), *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004a), *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004/2010*, vol. I – Prioridades, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004b), *Plano Nacional de Saúde. Prioridades para 2004/2010*, vol. II – Orientações Estratégicas, Lisboa.
- Nogueira, H. (2007), *Os lugares e a Saúde – Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa*, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 483 p..
- Nogueira, H. (2008), *Os Lugares e a Saúde. Investigação em Geografia da Saúde*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Nossa, P.N.S. (2001), *Geografia da Saúde – O caso da Sida*, Oeiras, Celta Editora.
- Paul, B.K. (1985), “Approaches to Medical Geography: an historical perspective”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 20, pp. 399-409.
- Pérez, J.M.G. (1998), *Sanidad y territorio en la provincia de Pontevedra*, Vigo, Servicio de Publicacións da Diputación Provincial de Pontevedra.
- Pérez, J.M.G. (2005), *Presentació – Geografía de la Salud*, in “Territoris – Revista del Departament de Ciències de la Terra”, Universidade das Ilhas Baleares, Maiorca, 5, pp. 7-15.
- Phillips, D.R. (1985), “Directions for Medical Geography in the 1980s: some observations from the UK”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 20, pp. 404-407.
- Picheral, H. (2001), *La Géographie de la Santé*, in Bailly, A., et al., *Les concepts de la Géographie Humaine*, 5<sup>e</sup> éd., Paris, Armand Collin, pp. 229-240.

- Remoaldo, P.C. (1999), *A Morbilidade e a Mortalidade Infantil em Territórios Amostra do Distrito de Braga – Desigualdades Territoriais e Sociais*, Dissertação de Doutoramento, Braga, 696 p. (policopiado).
- Remoaldo, P.C. (2002), *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e da Tecnologia (Fundação para a Ciência e a Tecnologia).
- Remoaldo, P.C. (2005), “A Geografia da Saúde portuguesa – sonhos e realidades”, *Territoris – Revista del Departament de Ciències de la Terra*, Número monográfico sobre a Geografia de la Salut, Universidade das Ilhas Baleares, Maiorca, 5, pp. 33-48.
- Remoaldo, P.C. (2008), *Geografia da Saúde*, 2ª ver., Curso de Geografia, Guimarães, 199 p. (policopiado).
- Remoaldo, P.C.; Coelho, I.L. (1995a), *SIDA. Um estudo de amostragem no âmbito da Geografia Humana*, in “Actas do II Congresso da Geografia Portuguesa – A Geografia Portuguesa, debater as mudanças, preparar o futuro”, vol. 2, Associação Portuguesa de Geógrafos, Lisboa, pp. 565-584.
- Remoaldo, P.C.; Coelho, I.L. (1995b), “SIDA. Um estudo de amostragem no âmbito da Geografia Humana”, *Cadernos do Noroeste*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, 6 (1-2), 1993 (ano de publicação – 1995), pp. 117-142.
- Ribeiro, J.M. (2009), *Saúde – a liberdade de escolher*, Col. Trajectos Portugueses, 80, Lisboa, Gradiva.
- Rodrigues, A.P.S. (1993), *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde – Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*, Dissertação de Doutoramento, Coimbra (policopiada).
- Rosenberg, M.W.; Wilson, K. (2005), “Remaking Medical Geography”, *Territoris – Revista del Departament de Ciències de la Terra*, Universidade das Ilhas Baleares, Maiorca, 5, pp. 17-32.
- Santana, A.P. (2002), *Poverty, social exclusion and health in Portugal*, “Social Science & Medicine”, Oxford, 55, pp. 33-45.
- Santana, P. (2002), “A Mortalidade ‘Evitável’ em Portugal Continental, 1989 a 1993”, *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp. 107-145.
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*, Coimbra, Livraria Almedina.
- Santana, P. (coord.) (2007), *A cidade e a saúde*, Coimbra, Edições Almedina.
- Santana, P. e Nogueira, H. (2001), “A Esperança de Vida em Portugal”, *Cadernos de Geografia*, 20, pp. 3-13.
- Santana, P. e Nogueira, H. (2008), “Environment and Health: Place, Sense of Place and weight gain in urban areas”. In: W. Allison and J. Eyles (eds.), *Sense of place and quality of life*. Ashgate, Aldershot, Hampshire, pp. 153-168, ISBN 978-0-7546-7332-3.



- Santana, P., Santos, R., Nogueira, H. (2009), “The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal”, *Social Science & Medicine*, 68, pp. 601-609.
- Simões, J.M. (1989), *Saúde: o Território e as desigualdades*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa (policopiada).
- Van Lenthe, F.; Brug, J. e Mackenbach, J. (2005), “Neighbourhood Inequalities in Physical Inactivity: The Role of Neighbourhood Attractiveness, Proximity to Local Facilities and Safety in the Netherlands”, *Social Science & Medicine.*, 60, pp. 763-775.
- Verhasselt, Y. (1993), “Geography of Health: some trends and perspectives”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 36(2), pp. 119-123.
- Weitzman, E.; Folkman, A.; Folkman, M. P.; Wechsler, H. (2003), “The Relationship of Alcohol Outlet Density to Heavy and Frequent Drinking and Drinking-Related Problems among College Students at Eight Universities”, *Health & Place*, 9, pp. 1-6.
- Whitehead, M.; Dahlgren, G. (1991), “What Can We Do about Inequalities in Health”, *Lancet*, 338, pp. 1059-1063.
- Wilkinson, R.; Marmot, M. (1998), *Social determinants of health: the solid facts*, W.H.O., Geneva.
- Zwi, A.B.; Yach, D. (2002), “International health in the 21<sup>st</sup> Century: trends and challenges”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 54, pp. 1615-1620.

### **World Wide Web**

[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) (site do Banco Mundial – acedido a 25/02/2009).



## CAPÍTULO 2

### **FONTES INTERNACIONAIS E NACIONAIS UTILIZADAS PARA AVALIAR A SAÚDE PORTUGUESA**

---

*Investigar significa pagar a entrada adiantada e entrar sem saber o que vai ser.*

Robert Oppenheimer

As fontes de informação são um elemento basilar para os geógrafos da saúde, motivo que justifica a opção por um capítulo dedicado à questão das principais fontes a que, quer os geógrafos, quer outros investigadores em ciências sociais, têm acesso. A um geógrafo colocam-se sempre dois problemas: o primeiro tem a ver com os dados e as variáveis que deve seleccionar e utilizar e que é um problema transversal a todas as ciências que usam este tipo de dados; o segundo reveste-se de uma maior dificuldade e é um problema que se agudiza mais em Geografia do que noutras ciências. O segundo problema relaciona-se com a dificuldade (se tivermos em atenção as estatísticas oficiais) em trabalhar inúmeros dados às escalas geográficas a que o geógrafo está habituado a investigar noutros domínios: município, freguesia, lugar.

Privilegiam-se neste capítulo as fontes de rotina, nas quais o investigador não tem poder de intervenção na criação/publicação de dados e as outras fontes, como os inquéritos epidemiológicos, onde a sua participação em todo o processo é relevante. Aborda-se ainda a questão da qualidade dos dados de saúde registados, relevando alguns estudos efectuados à escala internacional e em Portugal. Este é também um capítulo que alerta os investigadores e estudantes para a dificuldade de analisar determinadas problemáticas, ajudando-os a não criar falsas expectativas quando surge a ideia de estudar uma qualquer problemática em saúde.

Sendo assim, as questões a que pretendemos responder são:

- *O que é uma fonte de rotina?*
- *Em que tipo de estudos o investigador pode intervir em todo o processo?*
- *Desde quando se realizam Inquéritos Nacionais de Saúde em Portugal?*
- *Quais são as suas principais características?*
- *Podemos acreditar nos dados que são publicados pelas instituições oficiais?*

## 2.1. Fontes de rotina

A principal característica das fontes de rotina é o pouco controlo do investigador sobre o que é recolhido e publicado (resultados e processos). Isto significa que normalmente se acede via Internet ou se consulta uma publicação, retirando-se os dados que interessam para a investigação que se está a desenvolver. Por outro lado, enquanto as fontes de rotina são importantes nas pesquisas descritivas e na formulação de hipóteses, as pesquisas analíticas que envolvem o testar de hipóteses exigem que o investigador recolha a sua própria informação (por exemplo, através de inquéritos por questionário ou entrevista). As fontes de rotina devem ser utilizadas com algumas reservas, sobretudo quando se efectuam comparações internacionais da mortalidade por causas de morte, porque muitas das mortes não são notificadas por pessoal qualificado.

À escala internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1946 no seio da ONU, é a maior promotora das estatísticas de saúde. As suas principais publicações são: o *Weekly Epidemiological Record*, o *Epidemiological and Vital Statistics Report* (publicação mensal) e o *World Health Statistics Annual* (ou *Annuaire des Statistiques Sanitaires Mondiales*, publicado anualmente).

No topo da hierarquia nacional de estatísticas de saúde de qualquer país existe sempre um organismo especializado. Nos EUA, é o *Center for Disease Control*, em Atlanta (Georgia), que publica o *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Na Inglaterra, é o *Office of Population Census and Surveys*, o *Centre for Communicable Diseases* e o *Department of Health and Social Security*. Em Portugal, o principal organismo que edita estatísticas sobre a saúde é o Instituto Nacional de Estatística (INE).

O INE, em colaboração com várias entidades, publica anualmente as Estatísticas da Saúde e as Estatísticas Demográficas. Colaboram, entre outros, as Conservatórias do Registo Civil, a Direcção-Geral da Saúde e

os estabelecimentos de saúde públicos e privados. Também o Ministério da Saúde, através do Observatório Nacional de Saúde (ONSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), a Direcção-Geral da Saúde (DGS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS), os Hospitais e os Centros de Saúde fornecem publicações periódicas fundamentais para o geógrafo que trabalha em saúde.

Em Portugal, os anos oitenta do século XX marcaram uma nova etapa na publicação e acesso à informação sobre doença e saúde, iniciando-se a edição de várias publicações e a realização do Inquérito Nacional de Saúde.

### **2.1.1. Estatísticas de mortalidade**

Existem estatísticas de mortalidade de elevada qualidade para a maior parte dos países desenvolvidos, que são desagregadas por sexo, local de residência, idade e profissão, sendo possível usar estas fontes para sugerir hipóteses causais.

A Classificação Internacional de Doenças (CID), utilizada actualmente como nomenclatura que permite codificar as inúmeras doenças que existem na actualidade, tem raízes longínquas, mas somente em 1730 foi avançada uma classificação sistemática de doenças em dez classes, pelo jovem médico francês de Montpellier, François Bossier de Lacroix. Apenas em 1853, em Bruxelas, no Primeiro Congresso Internacional de Estatística, surgiu a intenção de se realizar uma classificação uniforme das causas de morte para aplicação a todos os países. Mesmo assim, após várias propostas de vários médicos (*e.g.*, William Farr, Marc d’Espine), só em 1893, no Congresso de Chicago, a classificação de Jacques Bertillon foi aceite com grande sucesso, sendo-lhe, hoje em dia, frequentemente atribuída a paternidade da Classificação Internacional de Doenças (Remoaldo, 2008).

Mais tarde, em 1899, introduziu-se o princípio de revisão decenal e em 1900, em Paris, operou-se a primeira revisão da classificação, considerando, no essencial, a de 1893. A partir de então efectuaram-se mais nove revisões, estando actualmente em vigor a 10ª revisão (adoptada pela 43.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 17 de Maio de 1990). A 10ª Revisão da CID adoptou a denominação de “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, sendo, na prática, conhecida por “CID-10”. A sua implementação em Portugal ocorreu antes do ano 2000, sendo actualmente utilizada nas estatísticas oficiais de saúde.

A esta nomenclatura, que é universalmente utilizada e teve as suas origens de forma mais cimentada somente nos finais do século XIX, têm

sido apontadas várias críticas, mas até à 9ª revisão encerrou, pelo menos, duas vantagens indiscutíveis:

- ser universalmente utilizada;
- apresentar uma estrutura muito bem adaptada à organização das instituições médicas e de saúde pública, como resultado de cada grupo nosológico constituir uma especialidade médica.

Em termos dos grandes agrupamentos nosológicos que formam o esqueleto daquela Classificação, não se operaram, ao longo do tempo, grandes mutações no que diz respeito ao seu número. Enquanto a classificação de Jacques Bertillon englobava catorze agrupamentos, a 9ª revisão era constituída por dezassete e a 10ª revisão encerra vinte e um (consultar <http://www.cid10.hpg.ig.com.br>).

Não obstante, as modificações operadas no conteúdo dos agrupamentos dificultaram, desde sempre, o trabalho dos investigadores e do geógrafo, em particular, pois nem sempre é possível estabelecer comparações e traçar o perfil evolutivo das causas de morte para grandes escalas geográficas (município e freguesia). Esta impossibilidade surge quer ao nível dos principais agrupamentos nosológicos, quer nas patologias mais específicas. A própria forma como até meados do século XX se optou pela publicação das causas de morte, com classificações abreviadas e utilizando o grupo residual *outras doenças*, assiduamente de razoável contributo, dificulta bastante qualquer estudo que se pretenda realizar sobre o obituário português. Concomitantemente, quando se pretende estabelecer comparações do obituário à escala nacional como, por exemplo, o do distrito de Braga e dos seus municípios constituintes, nem sempre é possível, pois são publicados diferentes tipos de listas consoante as entidades territoriais consideradas.

À escala europeia, usa-se a Lista Europeia sucinta de Causas de Morte. O INE utiliza a Classificação Internacional de Doenças, sobretudo em duas versões (Lista Básica para Tabulação e Lista de 50 Rubricas para Mortalidade), na publicação que edita anualmente, desde 1969, intitulada “Estatísticas da Saúde” (Quadro 1). Esta publicação surgiu na sequência do Anuário Demográfico que existia desde finais do século XIX, mas que passou a ser publicado, de forma regular, desde 1929. Tratava-se de um documento mais generalista, que lidava simultaneamente com dados demográficos e de saúde. Enquanto as Estatísticas da Saúde, no domínio da mortalidade, dão mais importância às causas de morte, usando diferentes tipos de Listas, as Estatísticas Demográficas incidem na mortalidade segundo o sexo e a idade. Ambas são publicações anuais e é possível aceder aos dados de um determinado ano com um *décalage* aceitável. Em

2009 encontra-se disponível informação completa referente ao ano de 2007, no caso das Estatísticas Demográficas (no final de 2009 dispõe-se da publicação de 2008); quando se consideram as Estatísticas da Saúde, a informação existente em 2009 reporta-se a 2005. Ainda assim, é possível ter alguma informação actualizada ao longo do ano sobre alguns elementos destas Estatísticas, pois o INE vai fornecendo informação nos seus “destaques” periódicos.

Quadro 1 – Algumas características das estatísticas oficiais portuguesas

Publicação	Ano de início	Periodicidade/Tipo de suporte	Informação principal	Instituições colaborantes	Desagregação geográfica
<b>Estatísticas Demográficas</b>	1967	Anual, em suporte de papel (publicação) e <i>on-line</i> no sítio electrónico do INE (www.ine.pt).	Natalidade, mortalidade, mortalidade fetal, neonatal e perinatal, nupcialidade, fluxos migratórios internacionais e população estrangeira.	Instituto dos Registos e Notariado, Conservatórias do Registo Civil, Direcção-Geral da Política da Justiça, Instituto das Tecnologias da Informação na Justiça, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e Direcção – Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas.	Maioritariamente NUTS I e II. Quadros-síntese disponíveis para NUTS III e município. Possibilidade de obter a informação estatística demográfica ao nível do município e, no caso das estatísticas vitais, ao nível da freguesia.
<b>Estatísticas da Saúde</b>	1969	Anual, em suporte de papel e <i>on-line</i> sobretudo em formato <i>Excel</i> no sítio electrónico do INE.	Pessoal de saúde (médicos e enfermeiros), estabelecimentos de saúde (Hospitais, Centros de saúde), farmácias e medicamentos, vacinações, morbilidade, mortalidade, mortalidade infantil e partos.	Conservatórias do Registo Civil, Direcção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, estabelecimentos de saúde oficiais e particulares, Ordens, associações profissionais e sindicatos.	Maioritariamente NUTS I e NUTS II.

Fonte: elaboração própria.

Apesar de algumas limitações das duas publicações, há várias variáveis para as quais o INE disponibiliza a informação a um nível espacial mais desagregado, conhecida por “informação disponível e não publicada”, que, no caso das Estatísticas da Saúde, chega à escala do município. Mediante pedido ao INE, é possível aceder a inúmeros dados à escala concelhia.

### **2.1.2. Estatísticas de morbilidade**

O estudo da morbilidade é muito mais complexo do que o da mortalidade, porque a doença não é um acontecimento único, mas múltiplo, que pode afectar o ser humano num único momento da sua vida ou durante a maior parte da sua vida. A doença possui uma gradação de intensidade bastante ampla, indo desde distúrbios leves, até ao estado mórbido mais grave, podendo passar por fases de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente (Remoaldo, 2008).

Até 1966, o Anuário Demográfico não se preocupava com a morbilidade e somente com o início da publicação das Estatísticas da Saúde, em 1969, se passou a dedicar alguma importância, ainda que de uma forma incipiente, a esta temática. Esta publicação passou a abordar as doenças de notificação obrigatória, a tuberculose, os tumores e os internamentos do foro psiquiátrico. Actualmente, é efectuado o registo da morbilidade apenas para algumas patologias (doenças de notificação obrigatória) e essencialmente pelos serviços oficiais, escapando os ocorridos nalguns serviços privados, como os consultórios médicos.

#### **2.1.2.1. Doenças de Notificação Obrigatória**

No seio do espectro de doenças e de classificações, sobressaem as Doenças de Declaração Obrigatória, que pressupõem uma declaração obrigatória de todos os casos conhecidos de determinadas doenças que vão sendo registados nas instituições oficiais de saúde (públicos e privados) e que são uma ameaça para a comunidade.

Todos os países possuem uma lista de doenças notificadas e internacionalmente são de notificação compulsória a febre-amarela, a peste, a cólera e a varíola, que são doenças sujeitas a quarentena. Além destas, há as doenças sob vigilância da OMS, que são: a febre recorrente transmitida por piolho, o tifo epidémico, a poliomielite, a malária e a influenza.

Actualmente, a gripe H1N1 é outra das doenças que se encontra sob vigilância da OMS. A Directora-Geral da OMS, Margaret Chan, anuncia-



va em Agosto de 2009, que em todo o mundo se deveria manter a vigilância contra a gripe H1N1, pois esta, até então branda, poderia tornar-se mais séria com a aproximação do Inverno no Hemisfério Norte, pressuposto que se confirmou no Outono de 2009. A Ucrânia foi um dos países que manifestou em Outubro de 2009 a sua apreensão, revelando uma situação de epidemia no final do ano.

A epidemia do vírus H1N1, doença popularmente conhecida como “gripe suína” ou gripe A, foi oficialmente declarada pela OMS em Junho de 2009. No final de Dezembro de 2009, o vírus encontrava-se já disseminado por 205 países, confirmando a OMS um número superior a 11000 mortes pela doença. Esta entidade afirma que, pelo menos, 500 mil pessoas já contraíram a gripe, mas que o número real deve ascender a milhões. O cenário em Portugal também se tem vindo a agudizar, elevando-se a 58 o número de casos mortais nessa mesma data.

Em Portugal, as Doenças de Notificação Obrigatória obrigam ao preenchimento do Boletim de Declaração Obrigatória, que conta actualmente com 46 doenças (incluindo o VIH – [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt) – acessado a 05/01/2008). As penalizações estipuladas para o não cumprimento da notificação ainda são as estabelecidas pela Lei n° 2036, de 9 de Agosto de 1949 (Lei de Bases da Luta contra as Doenças Contagiosas). Registam-se doenças que ou são muito graves ou levantam problemas de saúde pública, contribuindo a notificação para diminuir o risco de contágio destas doenças. O principal objectivo da notificação obrigatória não é conhecer com rigor o número de casos, mas, sobretudo, garantir o inquérito epidemiológico exaustivo, sem o qual as acções de formação e o esclarecimento de grupos-alvo, ou da população em geral, não reduzirão significativamente a incidência.

No entanto, subjacente a esta necessidade de notificação, existe um problema grave que já é denunciado pelos próprios médicos e que se prende com a não notificação por parte de um número que se julga avultado de profissionais de saúde. Vários autores (*e.g.*, Motta e Theias, 1974; Ayres, 1981; Lecour, 1988, Dinis, 2000) têm ressaltado grandes deficiências na notificação das patologias, estando a sua credibilidade bastante dependente do grau de adesão dos profissionais de saúde ao cumprimento da lei. Deste modo, o conhecimento do estado de saúde da população é fragmentado e incompleto. As principais razões pelas quais os médicos não fazem notificações e registos em geral são:

- Desconhecimento da lei (como consequência de uma formação profissional incompleta neste domínio);
- Acomodação/ desinteresse;

- Desconfiança da utilidade dos dados que necessitam de registar;
- Desconhecimento dos circuitos de circulação da informação (a maioria dos profissionais de saúde desconhece para onde vão os dados que registam e as publicações que daí resultam);
- Falta de *feedback*, isto é, não lhes é dado a conhecer os resultados/dados para os quais contribuíram;
- Ausência de cultura de registo de dados e alguma aversão ao registo dos mesmos;
- Ineficiência das autoridades.

Há várias formas de incentivar os médicos a efectuar o registo das doenças. Em primeiro lugar, há que despertar nestes profissionais a consciência da importância do registo para a promoção da saúde e prevenção de difusão de doenças. Esta informação deve iniciar-se nas Licenciaturas de Medicina. Em segundo lugar, devem conhecer as publicações que resultam dos dados que registam e devem ser-lhes fornecidos, periodicamente, resumos sobre as doenças existentes nos territórios onde trabalham. Por último, deve haver um maior controlo e aplicação de coimas por parte do Ministério da Saúde e dos organismos onde trabalham os profissionais de saúde. Nalguns países, paga-se ao médico uma recompensa por ter realizado a notificação, assim como se impõe uma penalização se deixar de o fazer.

Na sequência destas falhas, são por demais conhecidas as deficiências em termos de dados de morbilidade publicados nas Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas do Instituto Nacional de Estatística. Pode frisar-se, a título de exemplo, a subnotificação que é realizada relativamente às hepatites e que foi possível comprovar em 2002 num projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian (Remoaldo e outros, 2002; Remoaldo e outros, 2005).

Como foi anteriormente referido, foi apenas a partir de 1969, com o início das Estatísticas da Saúde, que surge um capítulo dedicado à morbilidade (doenças de notificação obrigatória, tuberculose, tumores, internamentos do foro psiquiátrico). A partir de 1998, as Estatísticas da Saúde passaram a publicar alguns dados referentes à SIDA e à Menopausa. Mas as dificuldades na obtenção de dados são notórias quando se pretende realizar investigação à escala concelhia e de freguesia. Para esta dificuldade contribuem as limitações impostas pela Lei nº 67/98, de 26 de Outubro de 1998 (Lei da Protecção de Dados Pessoais), que transpôs para a ordem jurídica portuguesa a Directiva nº 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, e que se refere à pro-

teccção das pessoas singulares no que respeita ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.

### **2.1.2.2. O registo de morbilidade hospitalar**

Em Portugal, desde 1988, o Ministério da Saúde, primeiro a partir do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde e, desde finais da década de noventa, a partir da Direcção-Geral da Saúde, tem editado várias publicações anuais relacionadas com os Centros de Saúde e os Estabelecimentos Hospitalares (consultar [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)). As publicações *Estabelecimentos Hospitalares: Portugal, Hospitais Centrais e Especializados, Hospitais Distritais* e *Hospitais Distritais nível 1*, são alguns dos exemplos, possuindo informação minuciosa para cada hospital. Actualmente, estão disponíveis no sítio da Direcção-Geral da Saúde as seguintes publicações anuais ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), consultado a 2/11/2009):

- *Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS;*
- *Doenças de Declaração Obrigatória;*
- *Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória;*
- *Elementos Estatísticos;*
- *Morbilidade Hospitalar – Serviço Nacional de Saúde;*
- *Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal;*
- *Risco de morrer em Portugal.*

### ***Registo dos acidentes***

Os organismos que mais directamente lidam com o registo de acidentes são o INE (através das Estatísticas da Saúde), a Direcção-Geral de Viação (até 25 de Julho de 2007), os Governos Cívicos, o Ministério do Trabalho (no caso dos acidentes de trabalho) e o Instituto Nacional de Defesa do Consumidor (no âmbito dos Acidentes Domésticos e de Lazer, até 2000).

A Direcção-Geral de Viação constituía um departamento do Ministério da Administração Interna encarregue das matérias de contra-ordenação, segurança rodoviária, condutores e veículos. Este departamento terminou oficialmente a 25 de Julho de 2007, tendo sido substituído pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR – consultar [www.ansr.pt](http://www.ansr.pt)), nas matérias de contra-ordenação e segurança rodoviária e também pelo Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres (IMTT – consultar [www.imtt.pt](http://www.imtt.pt)), nas áreas de condutores e veículos.

O Instituto Nacional de Defesa do Consumidor publicou, na década de noventa, o Relatório Anual do Programa Europeu EHLASS (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*), que existe desde 1986 no seio da Comunidade Europeia (Remoaldo, 2008). A partir de 2000, o Ministério da Saúde passou a ser o órgão responsável pela gestão do Programa EHLASS. Por Despacho Ministerial, esta tarefa transitou para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), que propôs uma reestruturação do Programa. O novo programa EHLASS (*Home and Leisure Non-Intentional Injuries Surveillance System – New-EHLASS*) passou a ter a designação em português de “ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada”. No seio do INSA, o sistema tem sido gerido pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA – consultar [www.onsa.pt](http://www.onsa.pt)) e financiado pela Comissão Europeia – *Agreement n.º SI2.327300 (2001-319)*.

Os objectivos deste Programa são, de acordo com aquele *site*:

- determinar, a curto prazo, as frequências e as tendências gerais dos acidentes domésticos e de lazer, bem como caracterizar as vítimas, as situações e os agentes envolvidos;
- identificar, a um prazo mais alargado, as situações de risco, assim como os produtos perigosos que conduzem à ocorrência deste tipo de acidentes, servindo, pois, de alicerce para a definição de estratégias e medidas de prevenção.

Neste Programa, procede-se ao registo de todas as urgências referentes a Acidentes Domésticos e de Lazer que entram nos serviços de urgência das unidades de saúde. As variáveis que são registadas e que permitem ao investigador fazer um retrato das NUTS II de Portugal Continental são:

- a data e a hora do acidente;
- o local da ocorrência;
- o mecanismo da lesão (*e.g.*, fogo, queda);
- a actividade;
- o tipo de lesão (*e.g.*, ferida aberta, queimadura);
- a parte do corpo lesada;
- a descrição do acidente (*e.g.*, o que provocou a lesão, eventuais produtos envolvidos, local do acidente).

Todavia, não devem ser negligenciados os erros potenciais associados a este tipo de estatísticas. Assim, refira-se que apenas uma parte das unidades de saúde procede ao registo deste tipo de dados, colocando o

problema da falta de representatividade da amostra, uma vez que não há garantia de que a população que gerou os acidentes seja representativa das respectivas regiões e até do país. A subnotificação coloca o risco de enviesamento, não apenas do número, mas também do tipo de acidentes, dado que a probabilidade do acidente ser registado aumenta com a gravidade do evento. Não obstante, e apesar das limitações inerentes a este tipo de dados, eles permitem retirar algumas conclusões da evolução verificada à escala europeia e em Portugal, possibilitando a avaliação de algumas das intervenções realizadas neste domínio, bem como o desenho de novas estratégias para a sua prevenção.

### *Rede “Médicos-Sentinela” de Portugal*

Esta Rede é constituída por clínicos de Medicina Geral e Familiar/Médicos de Família (em regime de voluntariado e realizando notificação contínua, semanal, relacionando-se com os utentes das suas listas), cuja actividade profissional é desenvolvida nos Centros de Saúde e suas extensões. Existe desde os finais da década de oitenta (distrito de Setúbal) e desde 1992 que cobre os dezoito distritos do Continente. Em 1996 alargou-se à Região Autónoma da Madeira e no ano seguinte à Região Autónoma dos Açores ([www.onsa.pt](http://www.onsa.pt) – acedido a 03/11/2009). Está vocacionada para estimar taxas de incidência de algumas doenças ou situações para as quais não existe outra possibilidade de avaliação, que ocorrem no seio da população nela inscrita. A vigilância epidemiológica, que permita a identificação precoce de possíveis surtos, é outra das suas finalidades, bem como a constituição de uma base de dados que permita o estudo epidemiológico de doenças que sejam relevantes para a saúde pública ([www.onsa.pt](http://www.onsa.pt) – acedido a 03/11/2009).

Os médicos envolvidos nesta Rede são de Clínica Geral/Medicina Familiar, voluntários, cujo número atingia os 270 elementos na década de noventa, diminuindo em 2006 para apenas 139 ([www.onsa.pt](http://www.onsa.pt) – acedido a 03/11/2009), correspondendo somente a 2,4% do total de clínicos gerais a trabalhar em Portugal Continental. O maior número de aderentes ocorre nos distritos do Porto (32) e de Lisboa (18). Importa não olvidar que se operam alterações todos os anos em termos de adesões e de interrupção desta tarefa.

As doenças e as situações estudadas pelos médicos da Rede têm evoluído e de acordo com a última publicação, datada de 2008 e referente à situação em 2006, foram avaliadas as seguintes doenças e situações: síndrome gripal, diabetes, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do mio-

cárdio, varicela, fractura do colo do fémur, gravidez, interrupção voluntária da gravidez, consulta relacionada com hipertrofia benigna da próstata ([www.onsa.pt](http://www.onsa.pt) – acedido a 03/11/2009).

A principal limitação deste tipo de dados é a impossibilidade, atendendo ao volume da amostra e dispersão dos voluntários, de analisar os resultados, pelo menos, à escala distrital ou por NUTS III. Mas existem outras limitações, confirmadas nos relatórios daquela Rede, tais como: a representatividade da população sob observação (assim como a amostra de médicos que a gerou) não é seleccionada como amostra aleatória da população portuguesa e parece contemplar pouco a população de nível socioeconómico mais elevado e a população que está ligada a subsistemas de saúde, que utiliza pouco os Centros de Saúde (*e.g.*, funcionários públicos, empregados bancários); a subnotificação de casos, devido ao facto de cada doença ter uma probabilidade diferente de chegar ao conhecimento do médico de clínica geral, além de que o médico, por diferentes motivos, pode não efectuar a notificação; a modificação da composição das listas devido, por exemplo, a mudanças de residência e a falecimento, exigindo a actualização periódica da população sob observação (ano a ano), o que nem sempre acontece.

### ***Registos Oncológicos Regionais***

Nas últimas duas décadas, a União Europeia (UE) decidiu considerar o problema do cancro como prioritário. A mortalidade por tumores malignos tem conhecido uma tendência de aumento, consequência, em parte, do envelhecimento da população, constituindo já a segunda causa de morte nos países mais desenvolvidos. Nessa perspectiva, foi criado e desenvolvido o programa “A Europa contra o cancro”, para cujo planeamento foi constituída uma Comissão de Peritos formada por Oncologistas de 12 países da UE.

Em Portugal elaboraram-se vários Planos Oncológicos Nacionais, desde 1990 até à actualidade. A situação actual contemplada no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004b) considera haver uma incipiente operacionalização deste Plano à escala das Comissões Oncológicas Regionais, imputando-se a responsabilidade dessa operacionalização às ARS. É um Plano que *assenta numa política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde* e abrange todas as fases da doença, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Resolução do Conselho de Ministros n° 129/2001, de 17 de Agosto, *in* Ministério da Saúde, 2004b: 60).

Desde 1988 que os Registos Oncológicos Regionais constituem uma peça fundamental para uma epidemiologia oncológica nacional credível, relacionando-se com os três Centros do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (Porto – <http://www.ipoportor.min-saude.pt>; Coimbra – <http://www.croc.min-saude.pt>, Lisboa – <http://www.ipolisboa.min-saude.pt>). Actualmente, existe também um Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO), assumindo o Governo, através do Plano Nacional de Saúde em vigor, que o combate ao cancro deve ser umas das prioridades na saúde, porque, além do mencionado, as doenças oncológicas têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral. Além disso, constituem, talvez, as doenças mais temidas pela população em geral (Ministério da Saúde, Alto Comissário da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2007, disponível em [www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/.../0/PNPCDO\\_2007.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/.../0/PNPCDO_2007.pdf) e acedido a 06/11/2009).

### ***Notificação de casos de VIH/SIDA***

O Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde (INSA) tem recebido as notificações dos casos de SIDA, reportando-se a casos e mortes, por data, sexo, idade, categorias de transmissão (homo, hetero, transfusionados, hemofílicos, mãe/filho), tipo de vírus e doenças oportunistas por distrito. A última publicação do INSA data de Julho de 2007. Desde o início de divulgação deste tipo de dados que é visível a dificuldade que os geógrafos têm para desenvolverem investigação à escala concelhia e de freguesia, visto a escala distrital ter sido a privilegiada desde o início.

Em 1991, o Despacho 14/91, do Ministério da Saúde (Diário da República, nº 164, II Série, de 19 de Junho) determinou que todos os casos de Infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) deveriam ser notificados à então Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Deste modo, o Ministério da Saúde, através da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, e até 2005, publicou trimestralmente os resultados para Portugal. Com o Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, criou-se o Alto Comissariado da Saúde e extinguiu-se a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA. O Ministério da Saúde também publica os resultados referentes ao *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS* e sob os auspícios da OMS e da UNAIDS (<http://www.eurohiv.org>). Os dados que estão disponíveis na internet, correspondem, além do site já mencionado, aos sites [www.aidsportugal.com](http://www.aidsportugal.com) e <http://www.unaids.org>.

No Plano Nacional de Saúde para 2004-2010, o Governo reconheceu que, por vários motivos, o número de casos reais de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é desconhecido.

Até há três anos atrás foram várias as vozes que apontavam a necessidade do VIH/SIDA ser de notificação obrigatória, considerando-se que a não notificação constituía um importante obstáculo à Medicina Preventiva. Num dos números da Revista da Ordem dos Médicos levantava-se a seguinte questão: (...) *é justo não se dirimir o conflito entre os direitos civis dos doentes, e os direitos de todos os outros membros da sociedade a protegerem-se contra uma doença mortal?* (Revista da Ordem dos Médicos, 2004: 37). Entretanto, à data de redacção da presente obra, o VIH já é uma das quarenta e seis doenças contempladas no Boletim de Declaração Obrigatória que o médico é obrigado a notificar.

Desde 1988 que o INE dispõe do registo de óbitos associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA), permitindo a caracterização demográfica e social dos indivíduos que morrem por este motivo e a desagregação de todas as variáveis a nível regional. As Conservatórias do Registo Civil, através do verbete para óbito (tendo por base a certidão de óbito passada pelo médico), são as instituições responsáveis pelo envio desta informação ao INE. No período de vigência em Portugal da 9.<sup>a</sup> revisão (1975) da Classificação Internacional de Doenças (CID-9 – OMS – período 1988-2001), as causas de morte por VIH/SIDA foram codificadas no intervalo 042.0-044.9 da lista detalhada a quatro algarismos, ocupando o código 57 da Lista Básica para Tabulação. Desde 2002, após a entrada em vigor em Portugal da 10.<sup>a</sup> revisão, essas causas de morte passaram a ser codificadas no intervalo B20.0-B24.9 da lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres da CID-10.

### ***Notificação de intoxicações e de aspectos ligados à toxicoddependência***

Neste domínio sobressaem o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica – <http://www.inem.min-saude.pt>) e o CIAV (Centro de Informação Anti-Veneno), que realizam um relatório anual de actividades desenvolvidas. É disponibilizada informação relativa ao número de atendimentos, casos novos e óbitos relacionados com a droga, registados pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência ([www.idt.pt](http://www.idt.pt)). O *site* também possui a legislação existente em Portugal neste domínio e dados anuais, no Relatório de Actividades, por Centro de Atendimento a Toxicoddependentes (CAT).

É importante ressaltar que o Observatório Europeu da Droga e da



Toxicodependência (OEDT) é uma agência da União Europeia, que foi criada em 1993 e que tem sede em Lisboa. O seu principal objectivo é reunir, analisar e disseminar informação objectiva, fiável e comparável em matéria de drogas e toxicodependência.

### ***Centro Nacional da Gripe – “Programa Gripe”***

O Centro Nacional da Gripe (CNG) funciona desde 1953 como Laboratório de Referência da Organização Mundial de Saúde para a Gripe em Portugal. A sua criação surgiu na sequência do “Programa Gripe”, que foi estabelecido em 1947 pela OMS. O Programa conta com a colaboração de, aproximadamente, cem Centros Nacionais disseminados por setenta países, e dois Centros Mundiais de Referência (em Londres e Atlanta). Os principais objectivos do CNG são:

- *Desenvolver actividades no âmbito do diagnóstico e investigação (antigénica e genética) sobre a biologia dos vírus influenza;*
- *Implementar e desenvolver, a nível nacional, programas de vigilância epidemiológica para o estudo da gripe (nomeadamente para determinação da incidência);*
- *Cooperar em programas internacionais (<http://ec.europa.eu/health-eu> – acedido a 06/11/2009).*

Refira-se ainda que a Direcção-Geral da Saúde elaborou, em 1997, um Plano de Contingência para a Gripe para situações de ameaça de pandemia ou de epidemia, que deve ser revisto periodicamente. Actualmente no *site* do Observatório Nacional de Saúde ([www.onsa.pt](http://www.onsa.pt)), no *microsite* da Gripe da Direcção Geral de Saúde (<http://www.dgs.pt>) e no dossiê Gripe do Centro Nacional da Gripe (<http://www.insarj.pt>) é possível obter informação mais ou menos completa sobre a gripe.

## **2.2. Inquéritos epidemiológicos**

### **2.2.1. Inquéritos Nacionais de Saúde**

Os inquéritos de saúde têm por objectivo descobrir todos os casos de doença, ocultos ou não, para determinação da sua incidência e da sua prevalência. Permitem comparar dados de morbilidade com factores económicos e sociais e obter as informações desejadas com certa precisão.

São, normalmente, inquéritos domiciliários e por entrevista. O estu-

do é realizado por amostra de domicílios, fazendo as mesmas perguntas a pessoas sadias e doentes.

Algumas das desvantagens subjacentes a este tipo de inquéritos prendem-se com:

- Os seus custos elevados;
- A possibilidade do entrevistado não se recordar completamente dos dados passados, sobretudo os mais antigos, porque ao questionar-se a pessoa sobre as doenças ocorridas nos últimos meses, aquelas que ocorreram nos primeiros meses serão recordadas de forma menos completa do que aquelas que se reportam aos meses próximos da data da inquirição;
- A exigência de especialistas de várias áreas, como por exemplo, para a definição da amostra.

Nos EUA efectua-se, desde 1956, o *US National Health Survey*, devido à necessidade de uma fonte permanente de informações sobre o estado de saúde da população americana. Em Portugal, apenas a partir de 1983 se passaram a realizar inquéritos de saúde. Os sistemas de informação usados na área da saúde, *per se*, deixaram de satisfazer as necessidades existentes, tanto para as instituições públicas e para os planeadores que nelas trabalhavam, como para os investigadores, motivo que fez emergir a necessidade de realização de um Inquérito Nacional de Saúde.

O Inquérito Nacional de Saúde é um precioso instrumento que permite avaliar o estado de saúde da população portuguesa e colmatar algumas das lacunas de informação, especialmente em termos de factores que determinam esse estado de saúde, existentes nas estatísticas e estudos publicados, nomeadamente, pelo Instituto Nacional de Estatística (*e.g.*, Estatísticas da Saúde, Estatísticas Demográficas, Inquérito à Fecundidade e Família). Este instrumento assume-se como fundamental para um planeamento consistente e concertado e para uma avaliação informada dos programas de saúde em curso. Para um investigador das ciências sociais é um instrumento de base que possibilita a realização de pesquisas epidemiológicas. Apesar de muitos especialistas e investigadores terem sido consultados nos últimos inquéritos realizados em Portugal, no sentido de se pronunciarem sobre as questões que deveriam ser contempladas nos mesmos, esta fonte não deixa de ser, sobretudo, uma fonte de rotina, porque os investigadores continuam a não ter controlo sobre todo o processo até à edição da publicação.

Inicialmente, o Inquérito Nacional de Saúde foi da responsabilidade do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS). Este organismo, que foi extinto em finais da década de noventa, efectuou, desde 1983, inquéritos de saúde, através de entrevistas domiciliárias devidamente preparadas e realizadas a uma amostra probabilística da população. Sendo assim, passaram a ser obtidos alguns elementos de interesse para o planeamento e avaliação de programas de saúde, que seriam de difícil ou quase impossível recolha por outros meios. Em Portugal foram realizados, entre 1983 e 1987, inquéritos de saúde circunscritos à Área Metropolitana de Lisboa, tendo-se iniciado, em 1987, um inquérito de carácter nacional, abrangendo a totalidade de Portugal Continental. Devido à metodologia então adoptada, não é prudente analisar os dados a um nível geográfico inferior ao das Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve, o que onera o retirar de ilações para espaços geográficos mais restritos, quando, na verdade, são as entidades territoriais pequenas que desvendam a real localização e dimensão dos problemas. No inquérito de 1987, o volume da amostra foi de 17914 unidades de alojamento, tendo correspondido a cerca de 53700 pessoas.

Entretanto, realizaram-se mais três inquéritos – 1995/96, 1998/99 e 2005/2006, utilizando amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental (1º, 2º e 3º I.N.S.) e também das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (4º I.N.S.). Apesar da sua importância, devem referir-se algumas desvantagens que são comuns aos quatro inquéritos realizados até ao momento e que são reconhecidos nos documentos publicados: *in primis*, o facto de ser utilizada uma amostra de dimensão limitada, não permitindo obter grande detalhe sem ocorrer um significativo aumento da incerteza; além disso, a probabilidade de existência de erros relacionados com as respostas que dependem da memória; por último, a probabilidade de ocorrerem erros resultantes de conceitos utilizados, que, apesar de serem correntes, grande parte das vezes são de difícil definição.

Verifica-se também que, ao longo do tempo, tem havido uma variação nas componentes da saúde que são avaliadas através dos Inquéritos Nacionais de Saúde. No primeiro Inquérito foi dada importância às seguintes componentes:

- doenças crónicas (diabetes, epilepsia, doença nervosa, tensão alta);
- incapacidade nas duas últimas semanas anteriores à inquirição;

- alteração do estado de saúde nas duas últimas semanas anteriores à inquirição com recurso a determinado tipo de tratamento;
- cuidados médicos nos últimos três meses;
- despesas e rendimentos;
- dependência;
- consumo de tabaco;
- consumo de alimentos e bebidas (*e.g.*, leite, vinho, cerveja, bagaços, aguardante);
- saúde infantil;
- planeamento familiar.

Em 1995/96 efectuou-se um novo Inquérito Nacional de Saúde. Nos anos intercalares realizaram-se Inquéritos de Saúde de âmbito e conteúdo restritos (*e.g.*, INSaúde: 1988/90 – Região de Lisboa e Vale do Tejo; INSaúde 1990/91 – Região Norte; INSaúde 1991/92 – Região Alentejo; INSaúde 1993 – Região do Algarve).

No Inquérito de 1995/96 o volume da amostra foi de 18000 unidades de alojamento e o instrumento de notação utilizado sofreu algumas mutações no que diz respeito às questões colocadas, não tendo sido consideradas algumas questões e tendo sido introduzidas outras. A incapacidade de longa duração foi uma das novidades deste inquérito, passando a ser considerada além da incapacidade temporária (número de dias de permanência de cama, dias de internamento, número de dias de falta ao trabalho, nas duas últimas semanas anteriores à inquirição). A realização de actividade física foi outra das novidades.

No último Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) houve também a preocupação pela saúde oral, auto-apreciação do estado de saúde, saúde mental, cuidados preventivos, qualidade de vida e insegurança alimentar.

### **2.2.2. Estudos de observação**

Em Epidemiologia existem dois tipos de estudos que podem ser realizados: os experimentais ou quase-experimentais e os de observação (não experimentais). No primeiro tipo o investigador pode especificar as condições sobre as quais o estudo vai ser realizado, *i.e.*, tem o controlo de um factor cuja variação vai provocar efeitos diferentes (Remoaldo, 2006). Como exemplo, podemos referenciar os estudos que se realizam com um animal em que se pode controlar o regime alimentar e medir, em seguida, o seu crescimento e/ou índices de reprodução.

No segundo tipo, o investigador não tem qualquer tipo de intervenção e os resultados são observados nas condições naturais e depois analisados em função dos factores de exposição. Os geógrafos da saúde utilizam o segundo tipo de estudos, pois é-lhes difícil realizar a experimentação no âmbito, por exemplo, do tabagismo e da prevenção pré-natal.

Apesar de existir à escala internacional uma uniformidade de classificação dos dois grandes grupos de estudos, o mesmo não se passa no que se refere aos subtipos considerados. Ainda assim, consultando os inúmeros autores que se debruçam sobre esta temática, sobressai a tendência para se considerarem três subtipos primários nos estudos de observação:

- 1) Os estudos de *coorte*;
- 2) Os estudos transversais;
- 3) Os estudos de caso-controlo.

Importa, em primeiro lugar, decifrar o termo *coorte*. Uma *coorte*, do latim *cohorte* (décima parte da legião romana), corresponde a um grupo de pessoas que nasceram durante um período particular de tempo (*e.g.*, no mesmo mês, no mesmo ano) e que é identificado pelo período de nascimento, de modo a que as suas características (*e.g.*, causas de morte, número dos sobreviventes) sejam verificadas em sucessivos períodos de tempo e de idade. O grupo de pessoas pode ser também definido a partir de outras características pessoais, como por exemplo, o sexo; e podem existir vários tipos de *coortes*, como classes escolares ou sobreviventes de enfartes do miocárdio num determinado ano. Uma *coorte* referencia-se, assim, a um evento, a uma localização geográfica e temporal (Remoaldo, 2006). Entretanto, a sua designação alargou-se à descrição de qualquer grupo de pessoas que é seguido e analisado durante um período de tempo e referenciando-se a um qualquer território (Last, (ed.), 1988). Dito de outra forma, é um grupo de pessoas que compartilham uma experiência comum durante um período de tempo limitado e num espaço geográfico específico (Mausner e Bahn, 1990). Um estudo de *coorte* baseia-se em exames periódicos e repetidos numa *coorte*. Por exemplo, para avaliar o crescimento das crianças de 0 a 18 anos, o grupo de crianças nascidas em 2009 é submetido a exames anuais repetidos até à idade de 18 anos.

Outros termos alternativos a estudo de *coorte* são estudo longitudinal ou prospectivo, apresentando-se sob as expressões de *cohort study*, *longitudinal study*, *follow-up* e *prospective study*, na terminologia anglo-saxónica. As designações de prospectivo ou de *follow-up* significam que o grupo estudado é seguido ao longo do tempo. O termo longitudinal significa que os elementos, uma vez identificados, são seguidos indivi-

dualmente durante todo o estudo (Morton e Hebel, 1990).

Enquanto um estudo longitudinal estuda uma única *coorte*, examinando-a várias vezes no tempo, num estudo transversal estudam-se várias *coortes* ao mesmo tempo, num único momento. Enquanto o primeiro “filma” a realidade ao longo do tempo, o estudo transversal “fotografa-a” num determinado instante. O estudo de *coorte* necessita de definir e trabalhar uma *coorte* de indivíduos inicialmente não atingidos pela doença em questão, pesquisando o seu aparecimento nalguns dos seus elementos. O estudo transversal (*cross sectional survey*) implica um custo reduzido, uma organização fácil e rápida, enquanto o estudo de *coorte* exige uma organização complexa, e cooperação e paciência da população a longo prazo (Quadro 2).

Quadro 2– Algumas características dos estudos de *coorte*, caso-controlo e transversais

<b>Tipo de estudo</b>	<b>Número de vezes em que cada <i>coorte</i> é examinada durante o estudo</b>	<b>Custos do estudo</b>	<b>Principais vantagens</b>	<b>Principais desvantagens</b>
<b>Coorte</b>	Várias vezes	Custo elevado	Maior riqueza da informação que é recolhida	Oneroso, tempo requerido para o fazer, necessita de um volume elevado da amostra e perigo de erosão ao longo do tempo
<b>Transversal</b>	Uma vez	Custo mais reduzido	Custo reduzido e tempo mais reduzido do que o de <i>coorte</i> para o realizar	Esquecimento das pessoas em relação à exposição a diversos factores
<b>Caso-Controllo</b>	Uma vez	Custo mais reduzido	Custo reduzido e é o método mais utilizado no estudo de doenças menos frequentes	Dificuldade na selecção do grupo de casos e no de controlo, esquecimento das pessoas em relação à exposição a diversos factores

Fonte: elaboração própria.

A escolha do tipo de estudo depende da população e do pessoal de

que se dispõe, do rigor e qualidade das informações desejadas, da necessidade mais ou menos rápida dos resultados e dos materiais disponíveis.

Os estudos longitudinais são utilizados mais frequentemente nas pesquisas de saúde reprodutiva (*e.g.*, seguimento durante o período gestacional) do que nas das doenças crónicas, pois nestas últimas é muito prolongado o tempo entre a exposição e o desenvolvimento da doença. Aliás, uma das desvantagens do estudo longitudinal é o tempo requerido para o realizar, mas esta desvantagem pode não ser importante se o período de exposição-resultado (*exposure-outcome*) for pequeno. Os estudos longitudinais exigem um elaborado trabalho de campo, um minucioso planeamento e uma grande cooperação da população a médio ou longo prazo. Contudo, com este tipo de estudo, existem menos riscos de conclusões falsas ou inexactas devidas a enviesamentos. A própria possibilidade de se escolherem os expostos e os não expostos à doença antes do conhecimento dos resultados pressupõe, logo à partida, menos distorções. Com os outros tipos de estudos há mais oportunidades para enviesamentos e erros de inferência, sendo inclusive difícil medir a sua amplitude.

Nos estudos de caso-controlo todos os acontecimentos significativos (doenças ou factores de exposição) já se produziram quando se inicia o estudo. Além disso, pressupõem a comparação entre um grupo de elementos com a doença (grupo dos casos) e um grupo sem a doença (grupo de controlo). Os erros mais frequentes nestes estudos acontecem na selecção dos grupos de casos e de controlo e na informação dada pelos elementos escolhidos; ou seja, é possível que as pessoas com uma doença específica tenham mais tendência para lembrar uma exposição particular que ocorreu alguns anos atrás do que as do grupo de controlo.

Apesar do estudo longitudinal pressupor custos mais elevados do que os restantes, geralmente é maior a riqueza da informação que recolhe. Uma das vantagens dos estudos longitudinais é a sua capacidade para avaliar um vasto conjunto de efeitos (*e.g.*, doenças) relacionados com uma única ou com várias exposições (vários factores de risco). Pode-se utilizar este tipo de estudo para analisar o completo espectro de morbidade e de mortalidade ou apenas uma causa de morte específica.

Pelo contrário, os estudos de caso-controlo só podem dar informações sobre o efeito que influenciou os casos seleccionados. Além disso, as pessoas esquecem a sua exposição aos diversos factores. Mas é o estudo mais utilizado para analisar a relação de exposições particulares de doenças raras. Por exemplo, para conseguir juntar informações sobre o risco relativo do cancro do endométrio nas mulheres que usam *Post Menopausal Estrogen* (estrogénios pós-menopausa – terapêutica hormo-

nal de substituição), pode seguir-se uma coorte de 10000 mulheres pós-menopausa durante 10 anos para observar 100 casos de cancro de endométrio. Um tal procedimento levantaria dificuldades. Pelo contrário, é mais simples observar 100 ou mais casos de mulheres com este tipo de cancro nos hospitais ou noutros locais acessíveis e encontrar um número similar de mulheres para formar um grupo de controlo apropriado, comparando então a frequência do uso no passado de estrogénio nos grupos casos e no controlo. Deste modo, uma resposta à questão levantada pode ser dada em poucos meses.

## Bibliografia

- Abrantes, A. e outros (1988), *Manual de métodos de investigação em saúde*, Edições Especiais APMCG, Lisboa, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Bouvier-Colle, M.-H. e outros (1993), « La dixième révision de la classification internationale des maladies », *Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Paris, 41 (3), pp. 253-255.
- Chinn, S. (1989), « Longitudinal studies: objectives and ethical considerations », *Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Paris, 37 (5-6), pp. 417-429.
- Chinn, S. (1989), « Longitudinal studies: design and analysis », *Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Paris, 37 (5-6), pp. 431-441.
- Cliff, A.D.; Haggett, P. (1993), *Atlas of disease distributions: analytic approaches to epidemiological data*, Oxford, Blackwell Publishers.
- Czernichow, P. e outros (2001), *Épidémiologie: connaissances et pratique*, Paris, Masson.
- Dinis, J. (2000), “Declaração obrigatória de doenças transmissíveis: o que pensam os médicos”, *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, 13 (1/2), Jan.-Abr., pp. 33-38.
- Direcção-Geral da Saúde (1993-2001), *Hospitais Centrais e Especializados; Hospitais Distritais Gerais; Hospitais Distritais nível I*, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (1996), *Médicos-Sentinela: relatório das actividades de 1994*, 8, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (1998), *Médicos-Sentinela: relatório das actividades de 1995*, 9, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (1998-2001), *Estabelecimentos Hospitalares: Portugal*, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2004), *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde 2000-2001*, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise – Divisão de Estatística.



- Direcção-Geral da Saúde (2005), *Doenças de declaração obrigatória: 2000-2004*, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise – Divisão de Epidemiologia.
- Direcção-Geral da Saúde (2005), *Elementos estatísticos – Saúde/2003*, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2006), *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS – 2005*, Série “Estatísticas”, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise – Divisão de Estatística.
- Direcção-Geral da Saúde (2006), *Doenças de Declaração Obrigatória: 2001-2005. Regiões e Sub-Regiões de Saúde no Continente e Regiões Autónomas*, Série “Estatísticas”, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise/Divisão de Epidemiologia.
- Direcção-Geral da Saúde (2006), *Health in Portugal. Basic indicators 2004*, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2006), *Risco de Morrer em Portugal 2004*, vol. 1, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise – Divisão de Epidemiologia.
- Direcção-Geral da Saúde (2006), *Risco de Morrer em Portugal 2004*, vol. 2, Lisboa, Direcção de Serviços de Informação e Análise – Divisão de Epidemiologia.
- Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1991), *Médicos-Sentinela: um novo olhar sobre a saúde*, 2, Lisboa.
- Elliot, P. e outros (2000), *Spatial Epidemiology: methods and applications*, Oxford, Oxford University Press.
- Eurostat (1994), *Définitions et méthodes de collecte des statistiques démographiques dans les pays de la Communauté Européenne*, Thème 3: Population et Conditions Sociales, Série E, Luxembourg.
- Falcão, I.M. (2007), *Médicos-Sentinela. Relatório das actividades de 2005. Quase 12.000 observações em saúde*, 19, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (disponível em [www.onsa.pt](http://www.onsa.pt) – acedido a 06/11/2009).
- Falcão, J.C.F. (1992), “Fenómenos raros, amostras grandes: fenómenos frequentes, amostras pequenas: porquê?”, *Saúde em Números*, Lisboa, 7(5), Dez., pp. 37-39.
- Falcão, J.M. (1987), “Papel dos inquiridos por entrevista na avaliação ‘a posteriori’ do efeito de programas de saúde: sua aplicação no caso da vacina contra o sarampo”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, 5 (2), Abr.-Jun., pp. 51-56.
- Ferreira, F.A.G. (1990), *Moderna Saúde Pública*, 6ª ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, V.; Lemos, J.B. de (1987), “A Saúde em números – análise dos inquiridos de saúde em Portugal”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, 23, Set., pp. 115-128.

- Gable, C.B. (1990), “Reviews and commentary: a compendium of Public Health Data Sources”, *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, 131 (3), March, pp. 381-385.
- Huguier, M.; Flahault, A. (2000), *Biostatistiques au quotidien*, Paris, Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística (vários anos), *Estatísticas da Saúde*, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (vários anos), *Estatísticas Demográficas*, Lisboa.
- Jones, K.; Moon, G. (1987), *Health, Disease and Society: an introduction to Medical Geography*, New York, Routledge & Kegan Paul.
- Last, J.M. (ed.) (1988), *A dictionary of Epidemiology*, 2ª ed., New York, Oxford University Press.
- Laurenti, R. e outros (1987), *Estatísticas de Saúde*, 2ª ed. revista, São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, Lda..
- Laurenti, R. (1991), “Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças”, *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (6), pp. 407-417.
- Loureiro, J.A.M. de (1945), “Reflexões acerca do valor da estatística de mortalidade por causas em Portugal”, *Revista do Centro de Estudos Demográficos*, Lisboa, 2, pp. 63-94.
- Mausner, J.; Bahn, A. (1990), *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (2001), *SIDA: a situação na Europa a 31 de Dezembro de 2000*, Doc. 126, Lisboa, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (2002), *SIDA: a situação em Portugal a 30 de Junho de 2002*, Doc. 128, Lisboa, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde (2004a), *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004/2010*, vol. I – Prioridades, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004b), *Plano Nacional de Saúde. Prioridades para 2004/2010*, vol. II – Orientações Estratégicas, Lisboa.
- Ministério da Saúde, Alto Comissário da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2007), *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO): Orientações Programáticas*, Lisboa (disponível em [www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/.../0/PNPCDO\\_2007.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/.../0/PNPCDO_2007.pdf) – acedido a 06/11/2009).
- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1988), *Inquérito Nacional de Saúde – 1987*, 7 vols., Lisboa.
- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997), *Inquérito Nacional de Saúde – 1995/96*, 7 vols., Lisboa.

- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Observatório Nacional de Saúde (2001), *Inquérito Nacional de Saúde – Continente: 1998/99*, Lisboa.
- Morton, R.F.; Hebel, J.R. (1990), *Épidémiologie et Biostatistique*, Paris, Doin Éditeurs.
- Nóbrega, S.M.D. (1993), “Amostragem – Métodos de frequente aplicação”, *Saúde em Números*, Lisboa, 8(1), Fev., pp. 1-3.
- OMS; UNAIDS (2007), *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, End-Year Report 2006, nº 75, Saint-Maurice (disponível em [www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org) – acedido a 06/11/2009).
- OMS; UNAIDS (2007), *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, Mid-Year Report 2007, nº 76, Saint-Maurice (disponível em [www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org) – acedido a 06/11/2009).
- Pol, L.G.; Thomas, R.K. (2002), *The demography of Health and Health Care*, 2nd ed., The Netherlands, Kluwer Penum, Dordrecht.
- Remoaldo, P.C. (2002), *Fontes internacionais e nacionais em saúde*, Guimarães (policopiado), 19 págs..
- Remoaldo, P.C. (1996a), “A importância do incorrecto registo da variável peso à nascença em quatro concelhos”, *Saúde Infantil*, Coimbra, 18, Dez., pp. 15-21.
- Remoaldo, P.C. (1996b), *Que estatísticas dispomos para o planeamento em saúde?...*, “IV Encontro Nacional da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional (A.P.D.R.)”, Covilhã, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional e Universidade da Beira Interior, 17 p. (policopiado).
- Remoaldo, P.C. (2002), *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e da Tecnologia (Fundação para a Ciência e a Tecnologia).
- Remoaldo, P.C. e outros (2003), *Conhecimento e risco apercebido pelos estudantes Universitários face às Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Relatório enviado à Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 94 p. (policopiado).
- Remoaldo, P.C. e outros (2005), “Hipotecando o futuro – o caso das Doenças Sexualmente Transmissíveis”, *Semata*, 16 – Marginados y excluídos – um enfoque interdisciplinar, Revista de Ciências Sociais e Humanidades, Faculdade de História e Geografia da Universidade de Santiago de Compostela, pp. 149-167.
- Remoaldo, P.C. (2008), *Geografia da Saúde*, 2ª ver., Curso de Geografia, Guimarães, 199 p. (policopiado).
- Rumeau-Rouquette, C. e outros (1993), *Épidémiologie: méthodes et pratique*, Collec. “Statistique en Biologie et en Médecine”, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.
- Scott, S.; Duncan, C.J. (2001), *Human demography and disease*, Cambridge.

- Serna, C.T. (2007), *Salud Pública en muy pocas palabras*, Cali, Centro Editorial Catorse.
- Stone, D., et al. (1998), *Introdução à Epidemiologia*, Alfragide, McGraw-Hill de Portugal.
- Vasconcelos, A.M.N. (2001), *L'enregistrement des décès au Brésil: une évaluation des statistiques de mortalité*, Louvain-La-Neuve, Institut de Démographie de l'Université de Louvain-La-Neuve, Thèse de Doctorat, 234 p..
- White, K.L. (1985), « Les enquêtes sanitaires: raison d'être, objet et cible », *World Health Statistics Quarterly*, Genève, 38(1), pp. 2-14.

### **World Wide Web**

<http://www.aidsportugal.com> (site da SIDAnet – Associação Lusófona – acedido a 15/11/2009).

<http://www.ansr.pt> (site da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária – acedido a 02/11/2009).

<http://www.cid10.hpg.ig.com.br> (site que dispõe de informação sobre a Classificação Internacional de Doenças – acedido a 15/11/2009).

<http://www.croc.min-saude.pt> (site do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil – acedido a 12/11/2009).

<http://www.dgs.pt> (site da Direção-Geral da Saúde – acedido a 02/11/2009).

<http://ec.europa.eu/health-eu> (site do Portal de Saúde Pública da União Europeia – acedido a 06/11/2009).

<http://www.eurohiv.org> (site com dados referente à SIDA na Europa – acedido a 12/11/2009).

<http://www.idt.pt> (site do Instituto da Droga e da Toxicodependência – acedido a 12/11/2009).

<http://www.imtt.pt> (site do Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres – acedido a 02/11/2009).

<http://www.ine.pt> (site do Instituto Nacional de Estatística – acedido a 03/11/2009).

<http://www.inem.min-saude.pt> (site do Instituto Nacional de Emergência Médica – acedido a 12/11/2009).

<http://www.ipolisboa.min-saude.pt> (site do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil – acedido a 12/11/2009).

<http://www.ipoportor.min-saude.pt> (site do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – acedido a 12/11/2009).

<http://www.onsa.pt> (site do Observatório Nacional de Saúde – acedido a 03/11/2009).

<http://www.portaldasaude.pt> (site do Ministério da Saúde – acedido a 05/01/2008).

<http://www.unaids.org> (site da UNAIDS – acedido a 02/01/2008).



## II PARTE

### INDICADORES E VARIAÇÕES EM SAÚDE

Depois de se ter definido alguns conceitos básicos em Geografia da Saúde, e de se ter apresentado as principais fontes de informação nesta área do saber, nesta segunda parte privilegia-se a temática das variações em saúde. O terceiro capítulo revela alguns dos indicadores mais utilizados na avaliação da saúde da população, enquanto o quarto, e último capítulo, é dedicado à relação entre saúde e desenvolvimento.





## CAPÍTULO 3

### INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

*O modo de encarar a vida, ou, pelo menos, certos aspectos da vida, varia de país para país, de região para região. A humanidade, sem dúvida, é a mesma em toda a parte. Sucede, porém, que em toda a parte é diferente.*

Fernando Pessoa, in Silva, P.N. da (2009)

Este capítulo apresenta alguns dos indicadores mais comumente utilizados para avaliar o estado de saúde de uma população, como é a taxa de mortalidade infantil, mas também indicadores particulares, criados com objectivos específicos, para territórios específicos. Entre as questões que nortearam a sua redacção, podem apontar-se:

- *O que é um indicador de saúde?*
- *Que indicadores permitem avaliar a saúde de uma população?*
- *São de fácil construção e obtenção de dados?*
- *Que indicadores de saúde são mais tradicionais e aceites universalmente?*
- *Como podem ser criados, e como funcionam, os indicadores das determinantes sociais da saúde?*

#### **3.1. Indicadores de saúde – definição e diversidade**

Um indicador de saúde é uma medida simples, usualmente quantitativa, capaz de captar uma dimensão-chave da saúde, do sistema de cuidados de saúde ou de factores afins (CIHI, 2009). São medidas sintéticas e exactas que permitem compreender e avaliar o estado de saúde das populações e o funcionamento dos sistemas de cuidados de saúde, possibilitando a identificação de factores que devem ser melhorados. Para além de

se assumirem como valiosos instrumentos de auxílio aos processos de decisão – por exemplo, para a selecção das prioridades de acção sanitária – permitem também medir os resultados de diferentes intervenções (Pelle-tier, 1990). Possibilitam, acima de tudo, o seguimento do progresso do desenvolvimento socioeconómico de um país ou de um qualquer território.

São características fundamentais dos indicadores a fiabilidade, a pertinência, a relevância, a oportunidade, a objectividade, a facilidade de construção, a comparabilidade, quer no tempo, quer no espaço, e a sensibilidade às variações do seu objecto, o que, na prática, torna difícil a decisão sobre os melhores indicadores a utilizar e dificulta a sua construção.

Acompanhando a evolução do conceito de saúde, os indicadores de saúde têm vindo a aproximar-se do paradigma da salutogénese, medindo não apenas, nem sobretudo, a doença, mas fundamentalmente a saúde enquanto entidade positiva, as determinantes sociais da saúde, a *performance* dos sistemas de saúde e as características dos sistemas de saúde e das comunidades.

O Quadro 1 sublinha a potencial diversidade dos indicadores de saúde, verificando-se que as medidas de doença e morte, que constituem uma parte das circunstâncias presentes, possuem uma relevância limitada. Salienta-se ainda a transversalidade do conceito de equidade que, na estrutura apresentada, surge como condição inerente a todos os indicadores.

Quadro 1 – Indicadores de saúde: estrutura e diversidade

<b>Indicadores do Estado de Saúde</b>			
Bem-estar	Condições de saúde	Funções humanas	Mortes
1. Estado de saúde auto-avaliado 2. Saúde mental percebida 3. Auto-estima	1. Índice de Massa Corporal 2. Diabetes 3. Artrite 4. Asma 5. Pressão sanguínea alta 6. Depressão 7. Baixo peso ao nascer 8. Incidência de cancro 9. Hospitalização por acidentes	1. Saúde Funcional 2. Dias de incapacidade nos últimos 15 dias 3. Limitações à actividade 4. Esperança de vida sem incapacidade	1. Mortalidade infantil 2. Mortalidade neonatal 3. Mortalidade perinatal 4. Esperança de vida 5. Mortalidade por causas 6. Anos de vida potenciais perdidos

Equidade

Fonte: elaboração própria com base em CIHI, 2009.

Quadro 1 – Indicadores de saúde: estrutura e diversidade (continuação)

<b>Indicadores das Determinantes Sociais da Saúde (não-médicas)</b>			
Comportamentos saudáveis	Condições de vida e de trabalho	Recursos pessoais	Factores ambientais
1. Tipo de fumador 2. Frequência de consumo de álcool 3. Tempo e regularidade de actividade física 4. Consumo regular de fruta e vegetais 5. Práticas de amamentação	1. Ensino superior/secundário 2. Taxa de desemprego adulto e juvenil 3. Taxa de desemprego de longa duração 4. Baixo rendimento 5. Crianças em famílias de baixo rendimento 6. Qualidade da habitação 7. Ocorrência de crime 8. Áreas de privação	1. Sentido de pertença à comunidade 2. Suporte social 3. Percepção de <i>stress</i> na vida quotidiana	1. Exposição ao fumo (fumador passivo) em casa 2. Exposição ao fumo (fumador passivo) em veículos e espaços públicos 3. Exposição à poluição atmosférica 4. Exposição à poluição sonora 5. Exposição a radiações electro-magnéticas 6. Exposição a outros elementos nocivos ( <i>e.g.</i> , amianto)
<b>Indicadores de Performance dos Sistemas de Saúde</b>			
Aceitabilidade	Acessibilidade	Conveniência	Competência
1. Satisfação dos utentes	1. Vacinação para vírus <i>Influenza</i> 2. Planeamento Familiar 3. Mamografia e ecografia mamária 4. Citologia cervical 5. Transportes públicos regulares e durante todos os dias da semana	1. Nascimentos por cesariana	1. Relação empática entre profissional de saúde e paciente 2. Compreensão dos valores, crenças, tradições dos pacientes
Continuidade	Eficácia	Eficiência	Segurança
1. Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde a todos os indivíduos	1. Mortalidade hospitalar por enfarte do miocárdio ocorrida no mês seguinte ao enfarte 2. Readmissões hospitalares por enfarte, asma, histerectomia	1. Tempo de demora para marcação de uma consulta de rotina 2. Tempo de demora para marcação de uma consulta de urgência	1. Condições de assepsia nos estabelecimentos de saúde 2. Existência de rampas e elevadores em todos os serviços de saúde

Equidade

Fonte: elaboração própria com base em CIHI, 2009.

Quadro 1 – Indicadores de saúde: estrutura e diversidade (conclusão)

Indicadores de Características do Sistema de Saúde e da Comunidade		
Comunidade	Sistema de saúde	Recursos
1. Estimativas populacionais	1. Fluxo de entradas/saídas	1. Médicos de medicina geral e familiar
2. Densidade populacional	2. Intervenções coronárias percutâneas	2. Médicos especialistas
3. Índice de dependência dos jovens e dos idosos	3. <i>Bypass</i> coronário	3. Enfermeiros especializados
4. População urbana e rural	4. Substituição da anca	4. Outros técnicos especializados
5. População jovem	5. Substituição da rótula	
6. População idosa (65 e mais anos)	6. Histerectomia	
7. População imigrante	7. Contacto com medicinas alternativas	
8. População de minorias étnicas	8. Contacto com profissionais de saúde oral	
9. Migrações internas	9. Contacto com um médico	
10. Famílias monoparentais	10. Transplantes	
11. Gravidez na adolescência		

Equidade

Fonte: elaboração própria com base em CIHI, 2009.

A evolução do conceito de saúde em direcção à salutogénese é também evidenciada na definição dos 10 indicadores de saúde principais (*leading indicators*), efectuada pelo Gabinete de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde dos EUA (*Office of Disease Prevention and Health Promotion*) no âmbito do projecto *Healthy People 2010*<sup>1</sup>. Trata-se de dez medidas relativas a (<http://www.healthypeople.gov/LHI/lhiwhat.htm> – acedido a 03/07/2009):

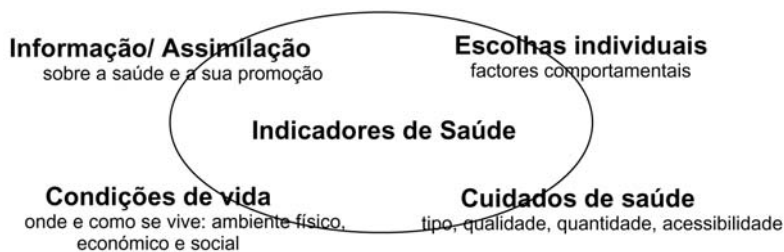
1. Actividade física;
2. Excesso de peso e obesidade;
3. Tabagismo;
4. Abuso de drogas;
5. Comportamento sexual responsável;
6. Saúde mental;
7. Violência e acidentes;
8. Qualidade ambiental;
9. Imunização;
10. Acesso a cuidados de saúde.

Os indicadores definidos serão utilizados para avaliar a saúde da população nos próximos dez anos e foram seleccionados atendendo a três características: 1. capacidade de desencadear acções; 2. disponibilidade de dados para monitorizar progressos; 3. relevância enquanto problemas

<sup>1</sup> Os objectivos deste programa são aumentar a qualidade e os anos de vida saudável e diminuir as iniquidades em saúde.

de saúde pública. Os dez indicadores seleccionados dependem de quatro realidades distintas (Figura 1), que se inter-relacionam e enfatizam a multiplicidade de factores que determinam a saúde, individual, comunitária e da sociedade.

Figura 1 – Factores que contribuem para a definição/utilização dos Indicadores de Saúde



Fonte: elaboração própria.

### 3.2. Os indicadores “padrão”

Apesar da diversidade subjacente aos indicadores de saúde, atrás realçada, é possível assinalar aqueles que são utilizados com maior frequência e de modo mais exaustivo. Trata-se, quase sempre, de indicadores relacionados com a mortalidade, o que decorre do facto de países menos desenvolvidos possuírem sistemas estatísticos débeis, nos quais os óbitos constituem ainda as fontes estatísticas mais fidedignas. Entre estes, a taxa de mortalidade infantil e a esperança de vida à nascença são porventura dos mais utilizados, quer pelas organizações internacionais, com destaque para a OMS, quer pelas instituições dos próprios países (por exemplo, Ministérios da Saúde), quer ainda pelas diversas comunidades científicas, nacionais e internacionais. Apesar da dificuldade em obter medidas comparáveis em diferentes contextos, assistiu-se, nos últimos anos, a uma diversificação dos indicadores “padrão”, que se vêm tornando simultaneamente mais específicos – por exemplo, taxas de mortalidade para grupos etários restritos – e menos sectoriais, procurando extravasar o âmbito limitado da mortalidade.

### **3.2.1. Mortalidade infantil e materna**

Os indicadores da mortalidade infantil e materna são utilizados para avaliar não apenas a saúde destes dois grupos populacionais específicos, mas a saúde da própria sociedade. Uma sociedade saudável apresenta baixos valores de mortes maternas e infantis, uma vez que a maioria destes óbitos são devidos a causas facilmente prevenidas com medidas básicas de saúde, como o saneamento ambiental, a provisão de água potável e de habitação apropriada, a imunização, uma adequada nutrição, o planejamento familiar, a vigilância pré-natal e a atenção de profissionais de saúde no momento do parto. Os indicadores de mortalidade precoce e materna reflectem a efectividade das políticas e iniciativas de saúde pública, o que justifica a sua capacidade de avaliar o estado de saúde das populações.

Os valores mais elevados de mortalidade infantil e materna ocorrem nos países mais pobres e menos desenvolvidos. Nestes, seja por barreiras geográficas, económicas ou culturais, muitas mulheres e crianças carecem de acesso aos serviços de saúde e vivem à margem das condições básicas de higiene e nutrição que possibilitam uma vida saudável.

Para além da pobreza e da discriminação sofrida pelas mulheres, deve sublinhar-se o risco inerente aos próprios padrões de paridade: aumenta para as mulheres que engravidam muito cedo (antes dos 18 anos) ou muito tarde (depois dos 35 anos) na sua vida reprodutiva; para as que têm muitos filhos (mais de três); para as que os têm muito seguidos (com menos de 24 meses de intervalo); e também para aquelas que não os desejam.

#### **3.2.1.1. Taxa de mortalidade infantil**

Até aos anos noventa do século XX, a OMS considerou a taxa de mortalidade infantil como o indicador de eleição na avaliação do estado de saúde das populações. Esta taxa define-se como o número de óbitos de crianças com idade inferior a um ano por cada mil nados-vivos. A pertinência deste indicador resulta da sua sensibilidade não apenas a questões restritas de saúde infantil, mas a todo um conjunto alargado de condições socioeconómicas que contribuem para o bem-estar das sociedades (Remoaldo, 2008). Para além de reflectir o nível de mortalidade e o estado de saúde, este indicador é ainda sensível à disponibilidade, utilização e eficácia dos cuidados de saúde, particularmente, dos cuidados preventivos maternos e infantis (OMS, 1981).

A taxa de mortalidade infantil varia entre países com diferentes níveis de desenvolvimento e com as condições de pobreza e privação dos progenitores; aumenta com a diminuição dos níveis de instrução da mãe, com as más condições de habitabilidade e higiene dos alojamentos, com uma alimentação desadequada e insuficiente, com a ilegitimidade dos nascimentos, com a má acessibilidade aos serviços de saúde, pré e pós-natais, e com um vasto conjunto de factores demográficos, como a idade da mãe, a ordem de nascimento e o espaçamento entre os nascimentos.

A evolução das taxas de mortalidade infantil reflecte o processo de desenvolvimento das sociedades, enquanto as dramáticas variações territoriais do indicador sublinham a persistência de iniquidades socioeconómicas muito acentuadas. Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil diminuiu cerca de 96% entre 1960 e 2006, passando de 77,5‰ em 1960 ([http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades\\_30.pdf](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_30.pdf) – acedido a 25/07/2009) para 3,3‰ em 2006 (OECD, 2009). Esta evolução evidencia a melhoria ocorrida nas condições de vida da população portuguesa e coloca Portugal no conjunto de países europeus com os mais baixos valores de mortalidade infantil (quartil inferior). A nível mundial, esta taxa apresenta marcadas variações, atingindo o máximo valor em Angola (180,1‰) e o mínimo em Singapura (2,31‰) (The World Factbook, 2009 – <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html> – acedido a 30/07/2009).

Acresce que nos países menos desenvolvidos, o registo civil das crianças é frequentemente incompleto ou inexistente, particularmente nas regiões rurais, onde muitas crianças que morrem na primeira semana de vida não foram registadas como tendo estado vivas. Nestes países, os dados provenientes de regiões urbanas são mais confiáveis, mas estes reflectem sobretudo a parcela da população mais privilegiada. No conjunto, é admissível que haja um enviesamento da mortalidade infantil que, na verdade, deve apresentar valores mais elevados dos que os formalmente comunicados e conhecidos.

### **3.2.1.2. Outras taxas de mortalidade precoce (fetal e juvenil)**

#### *Taxas de mortalidade neonatal e pós-neonatal*

A taxa de mortalidade infantil subdivide-se em duas taxas mais específicas: a taxa de mortalidade neonatal e a taxa de mortalidade pós-neonatal (Figura 2). A primeira, cingindo-se aos óbitos ocorridos com menos de 28 dias de vida por mil nados-vivos, reflecte sobretudo o nível

de cuidados pediátricos, enquanto a segunda, referenciando-se aos óbitos ocorridos entre o 28º dia e o 364º dia de vida, reflecte também as condições de vida da criança. Por sua vez, a taxa de mortalidade neonatal pode subdividir-se em taxa de mortalidade neonatal precoce (dos zero aos seis dias completos de vida) e neonatal tardia (do 7º até ao 27º dia de vida – Figura 2), o que evidencia a crescente importância da mortalidade dos primeiros dias de vida e, mais especificamente, do primeiro dia de vida no conjunto da mortalidade infantil.

Figura 2 – Subdivisão do período que medeia entre as 28 semanas de gestação e cerca de um ano de vida

	mort. neonatal precoce	mort. neonatal tardia	
	mortalidade neonatal		mortalidade pós-neonatal
	mortalidade infantil		
mortalidade perinatal			
28 semanas	0 dias	7 dias	28 dias
			12 meses

Fonte: adaptado de Távora, 1989: 16.

### *Taxa de mortalidade perinatal*

A taxa de mortalidade perinatal define-se como o número de óbitos ocorridos entre a 28ª semana<sup>2</sup> de gestação e os sete dias de vida (número de fetos-mortos de 28 e mais semanas de gestação, mais óbitos de nados-vivos falecidos com menos de 7 dias de idade por 1000 nascimentos – nados-vivos e fetos-mortos de 28 e mais semanas – Figura 2). Este indicador de mortalidade precoce reflecte sobretudo o nível de cuidados obstétricos e pediátricos, motivo da sua utilização crescente por parte dos organismos internacionais, nomeadamente, da OCDE.

<sup>2</sup> Existe actualmente, à escala internacional, uma grande variação na definição de morte fetal, sendo Portugal um dos países que utiliza como limiar mínimo os 500 g de peso, que corresponde sensivelmente às 22 semanas de gestação. Na construção da taxa de mortalidade perinatal, a OMS considera os fetos-mortos e recém-nascidos vivos pesando 1000 g e mais ou, quando o peso à nascença não está disponível, a idade gestacional correspondente (28 semanas) ou o comprimento do corpo (35 cm, medidos do ponto mais alto da cabeça até aos calcanhares). A preferência pelo peso à nascença, em vez da idade gestacional na definição da mortalidade perinatal, resultou da possibilidade de se obter, deste modo, estatísticas mais precisas. Optou-se neste trabalho por considerar as 28 semanas de gestação (e não as 22 semanas definidas na taxa calculada a nível nacional), visto ser este o limiar considerado pela maior parte dos países da União Europeia.



Os factores que influenciam a morte perinatal podem resumir-se nos seguintes (Sesmero, 2003):

- 1 – Factores biológicos da mãe (idade, paridade, história reprodutiva – morte perinatal prévia – e intervalo intergenésico);
- 2 – Factores socioeconómicos (quanto mais baixo for o nível socioeconómico e cultural da família, mais elevada é a mortalidade perinatal, uma vez que o estatuto socioeconómico se associa a factores como a gravidez na adolescência, a multiparidade, os trabalhos manuais com esforço físico e fadiga e a utilização inadequada dos serviços médicos);
- 3 – Actividade laboral e comportamentos (os trabalhos com excessiva fadiga estão relacionados com elevadas taxas de mortalidade perinatal, assim como os casos de consumo materno de álcool em excesso e outras drogas);
- 4 – Vigilância pré-natal (o défice de cuidados pré-natais ou a ausência dos mesmos incrementa a morbimortalidade perinatal);
- 5 – Factores fetais (o peso à nascença, a idade gestacional, o sexo e a gestação múltipla);
- 6 – Patologia pré-existente ao parto, concomitante ou específica da gravidez e do parto (diz respeito a toda a patologia obstétrica, como seja, a gravidez de alto risco).

#### *Taxa de mortalidade juvenil*

Um outro indicador que tem substituído a taxa de mortalidade infantil enquanto indicador de saúde da sociedade é a taxa de mortalidade juvenil (número de óbitos de crianças com idades de um ano a quatro anos por cada mil crianças com a mesma idade). Este indicador reflecte sobretudo os principais factores ambientais que influenciam a saúde da criança, como a nutrição, o saneamento, as doenças transmissíveis da infância, os acidentes (essencialmente os domésticos e ocorridos na proximidade da habitação), assim como o grau de pobreza, constituindo um indicador de grande sensibilidade do desenvolvimento socioeconómico de uma comunidade. Assim, se a taxa de mortalidade infantil pode apresentar um valor cerca de 10 vezes mais elevado nos países em desenvolvimento, comparativamente aos países mais desenvolvidos, o factor de multiplicação pode atingir 250 para a mortalidade juvenil (Remoaldo, 2008). Tal como acontece para a mortalidade infantil, os dados são actualmente difíceis de recolher em muitos países.

### 3.2.1.3. Mortalidade materna

Mortalidade materna é a morte de uma mulher ocorrida no decurso da gravidez ou num período de 42 dias após o seu fim (período do puerpério), qualquer que seja a duração ou localização dessa gravidez, devida a qualquer causa por ela determinada ou agravada ou pelos cuidados que ela motivou, mas não acidental nem fortuita (UNICEF, 2008).

As mortes maternas subdividem-se em mortes obstétricas directas e mortes obstétricas indirectas. As primeiras resultam de complicações obstétricas da gravidez, parto ou puerpério, de intervenções, omissões ou tratamentos incorrectos, ou de complicações resultantes de qualquer um destes factores. As mortes obstétricas indirectas resultam de doenças previamente existentes ou surgidas durante a gravidez (mas sem causas obstétricas directas), agravadas pelas alterações fisiológicas da gravidez e do parto<sup>3</sup>.

Existem diferentes medidas de mortalidade materna: a taxa de mortalidade materna, o rácio de mortalidade materna e o risco de mortalidade materna, verificando-se alguma sobreposição e falta de clareza na definição das duas primeiras. De facto, o denominador usado para o cálculo da taxa *versus* rácio de mortalidade materna varia consoante a fonte consultada, de tal modo que o que alguns organismos definem como sendo Taxa de Mortalidade Materna constitui, para outros, o Rácio de Mortalidade Materna.

#### *Taxa de Mortalidade Materna/Rácio de Mortalidade Materna*

O INE (2009, <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT#T> – acedido a 22/07/2009), a DGS (2008) e a UNICEF (2009) definem *taxa de mortalidade materna* como o número de mortes maternas ocorridas durante um determinado período de tempo por 100 mil nados-vivos registados durante o mesmo período, geralmente um ano. Neste caso, a taxa de mortalidade materna representa o risco de morte que uma mulher enfrenta a cada gravidez, isto é, o risco obstétrico. Em regiões onde a fecundidade é elevada, como na África Subsaariana, as mulheres enfrentam este risco muitas vezes durante a sua vida.

---

<sup>3</sup> A 10ª revisão da CID refere a morte materna relacionada com a gestação (inclui causas acidentais e não acidentais) e a morte materna tardia (que considera o período entre o 42º dia após o parto até um ano após o *terminus* do parto. Deste modo, inclui as mortes posteriores ao puerpério que estão dependentes do estado anterior de gravidez e puerpério (Sesmero, 2003).

No entanto, para a OMS (WHO, 1999), a definição apresentada corresponde ao conceito de *rácio de mortalidade materna*<sup>4</sup>. Assim, de acordo com a OMS (WHO, 1999), a *taxa de mortalidade materna* corresponde ao número de mortes maternas ocorridas num dado período de tempo, geralmente um ano, por 100 mil mulheres em idade fértil (usualmente 15 a 49 anos). Nesta obra, aceita-se a definição seguida em Portugal, pelo INE e DGS. Todavia, em resultado da falta de clareza, recomenda-se a verificação, nas estatísticas disponíveis, do denominador utilizado no cálculo dos indicadores em questão.

### *Risco de mortalidade materna*

Avalia o risco de morte materna tendo em conta, simultaneamente, e de forma cumulativa ao longo do período fértil da mulher, a probabilidade de engravidar e a probabilidade de morrer em resultado dessa gestação. Esta medida associa o risco inerente a cada gestação ao número de gestações de uma mulher durante o seu período fértil. O risco de morte materna pode ser estimado, multiplicando a taxa de mortalidade materna (definida como o número de mortes maternas que aconteceram durante um dado período por 100000 nados-vivos ocorridos durante o mesmo período) pela taxa de fecundidade (WHO, 1999).

Do conjunto de todos os indicadores utilizados para avaliar o estado de saúde, os de mortalidade materna são os que apresentam maiores variações espaciais, sendo aqueles que melhor ilustram as diferenças socioeconómicas e sanitárias existentes (Sesmero, 2003). Estes indicadores são influenciados por factores que actuam a diferentes níveis, relacionados tanto com o desenvolvimento socioeconómico dos países e regiões, como com o estatuto socioeconómico dos indivíduos.

Condições sanitárias medíocres antes da gravidez, a maior incidência das diferentes complicações da gravidez e do parto, a menor disponibilidade e utilização dos equipamentos de cuidados de saúde, essencialmente dos cuidados de saúde pré-natais e obstétricos, elevam as mortes maternas nos países menos desenvolvidos. A estas carências juntam-se, de forma cumulativa e interactiva, a pobreza e o baixo estatuto socioeconómico individual, que limita o acesso à educação e a uma alimentação conveniente, a possibilidade de pagar cuidados de saúde ou serviços de

---

<sup>4</sup> Refira-se que o denominador apropriado ao cálculo desta medida, independentemente de ser designada como taxa ou rácio, seria o total de gravidezes (nados-vivos, fetos-mortos, abortos induzidos e espontâneos, gravidezes ectópicas e mulares). A dificuldade em conseguir toda esta informação (mesmo nos países desenvolvidos) justifica a substituição pelo número de nados-vivos.

planeamento familiar e o empoderamento e capacidade decisória da mulher, muitas vezes também cultural e socialmente diminuídos. As mortes maternas, juntamente com o mais baixo estatuto social da mulher, explicam que a esperança de vida das mulheres dos países menos desenvolvidos seja idêntica ou inferior à dos homens, em oposição aos países mais desenvolvidos, onde a diferença pode chegar aos sete anos, a favor da mulher.

Para além das condições socioeconómicas e sanitárias deficitárias e do baixo acesso aos cuidados de saúde pré-natais e obstétricos das mulheres dos países menos desenvolvidos, o seu risco de morte eleva-se também devido às idades jovens em que engravidam e ao número elevado de gestações a que estão expostas durante a sua vida reprodutiva, decorrentes de um deficiente planeamento familiar ou da ausência deste, por motivos culturais, sociais ou legislativos.

A OMS refere que em 2005 morreram 536000 mulheres devido a causas associadas à maternidade e que 99% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento. A nível mundial, a taxa de mortalidade materna era de 400 mulheres por 100000 nados-vivos; este valor variava entre 920 para a África Subsaariana e 9 para o conjunto dos países mais desenvolvidos (Remoaldo, 2008). A situação é particularmente grave na África Subsaariana, onde ocorrem cerca de metade das mortes maternas, seguida pelo sul da Ásia. Em conjunto, estas regiões registam cerca de 86% do total de mortes maternas. A Índia é o país que apresenta um maior número de mortes maternas (117000), seguida pela Nigéria (59000), República Democrática do Congo (32000) e Afeganistão (26000) ([www.who.int/reproductive-health/global\\_monitoring](http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring) – acedido a 05/09/2009).

Uma quarta parte das mortes de mulheres em idade reprodutiva resulta de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, o que explica também os cerca de oito milhões de mortes anuais de crianças no momento do parto ou na primeira semana de vida. Para além das mortes maternas, assinalam-se ainda os cerca de 300 milhões de mulheres que vivem actualmente com problemas de saúde e incapacidade resultantes da gravidez e do parto (Changanaiqui, 2003). Este pesado fardo sublinha a urgência em reduzir a deficiente vigilância pré-natal e a falta de assistência aos partos, por um lado, investindo, por outro lado, no aumento da escolarização das mulheres, na promoção da igualdade de género e no reforço do empoderamento das mulheres, capacitando-as para a tomada de decisões.

Em 2000 (Quadro 2), Portugal apresentava uma das taxas de mortalidade materna mais baixas do mundo (5‰) ([www.childinfo.org/](http://www.childinfo.org/)

maternal mortality in 2000.pdf – acessado a 05/09/2009), valor bem diferente dos registados na Serra Leoa (2000‰), Afeganistão (1900‰), Malawi (1800‰), Angola (1700‰) ou Níger (1600‰). Acresce que a taxa de mortalidade materna tem diminuído sobretudo em países que possuem já níveis relativamente baixos de mortalidade materna. A OMS sublinha a ausência de progressos nos países que apresentam elevados valores de mortalidade: entre 1990 e 2005, o declínio anual na África Subsaariana foi de apenas 0.1%. ([www.who.int/reproductive-health/global\\_monitoring](http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring) – acessado a 5/09/2009).

Quadro 2 – Taxa de Mortalidade Materna  
(por 100000 nados-vivos) em 2000

Países	Taxa de Mortalidade Materna (‰)
Alemanha	8
Áustria	4
Bélgica	10
Canadá	6
China	56
Dinamarca	5
Eslováquia	3
Espanha	4
Finlândia	6
França	17
Grécia	9
Irlanda	5
Itália	5
Japão	10
Portugal	5
República Checa	9
Suécia	2
Suíça	7

Fonte: World Bank, 2005 (disponível em [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)).

Por último, deve sublinhar-se que a maioria das mortes maternas ocorre em áreas onde o registo é deficiente. Neste sentido, alguns autores (*e.g.*, Fathalla e outros, 1990; Martínez, 1998; Sesmero, 2003) têm denunciado o sub-registo existente nos países menos desenvolvidos

patente nas estatísticas oficiais, estimando-se que nalguns países a taxa real de mortalidade materna possa ser entre 25 e 80% superior à oficial.

### **3.2.2. Esperança de vida**

As medidas referentes à esperança de vida são comumente utilizadas para avaliar o estado de saúde das populações. Indicam o número de anos que um indivíduo pode esperar viver, desde o nascimento (para a esperança de vida à nascença) ou a uma determinada idade (por exemplo, aos 65 anos para a esperança de vida aos 65 anos), atendendo às estatísticas da mortalidade de um determinado período (taxas de mortalidade específicas por sexo e idade). Apesar da esperança de vida poder ser calculada à nascença e em qualquer altura da vida, as organizações internacionais, como a OCDE e a OMS, fazem geralmente referência a idades específicas, considerando a esperança de vida à nascença e aos 1, 15, 45 e 65 anos de idade. Globalmente, os indicadores de esperança de vida têm sofrido uma evolução positiva, sobretudo nos países desenvolvidos.

#### **3.2.2.1. Esperança de vida à nascença**

Define-se como o número de anos que um indivíduo pode esperar viver desde o seu nascimento, se submetido, ao longo da sua vida, às condições de mortalidade presentes num determinado momento. Calcula-se com base nas estatísticas de mortalidade de um determinado período.

Este indicador é fortemente influenciado pela mortalidade infantil, o que explica, em parte, os baixos valores registados nos países menos desenvolvidos. Em oposição, nos países desenvolvidos, a esperança de vida à nascença tem vindo a alongar-se, passando de menos de 40 anos (no final do século XIX) (Whitehead, 1998) para valores de cerca de 76 anos nos homens e 81,7 anos nas mulheres (valores médios em 2006 para os países da OCDE-OECD, 2009). Neste contexto, Desplanques e outros (1996) quantificam o aumento desta variável em cerca de três meses por ano, o que aponta para um aumento médio da longevidade de 3 anos em cada década. Em Portugal, a esperança de vida à nascença era, em 2004, de 74,8 e 81,1 anos, respectivamente para homens e mulheres, revelando um aumento de 4,2 e 3,5 anos, respectivamente, em menos de uma década (Santana e outros, 2006).

Todavia, as variações deste indicador são dramáticas, não só a nível mundial, ultrapassando os 30 anos entre países distintos (WHO, 2008), como também entre regiões do mesmo país. Segundo vários autores,

mesmo em países desenvolvidos, as diferenças na esperança de vida à nascença decalcam as diferenças no estatuto socioeconómico: quanto mais baixa é a posição socioeconómica, menor é a esperança de vida (Van Oyen e outros, 1996; Bossuyt e outros, 2004; Wood e outros, 2006; Marmot, 2004).

Por outro lado, deve considerar-se a possibilidade de diminuição da esperança de vida, em resultado de crises e conflitos, socioeconómicos e políticos. Refira-se, como exemplo, a diminuição da esperança de vida à nascença verificada em alguns países da Europa de Leste (Boys e outros, 1991), como consequência directa do aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, cancro, SIDA e doenças relacionadas com a infecção pelo VIH, decorrentes das transformações sociais, económicas, culturais e políticas aí ocorridas.

### **3.2.2.2. Esperança de vida aos 1, 15, 45 e 65 anos de idade**

Estas medidas indicam o número médio de anos que um indivíduo espera viver em determinada idade (1, 15, 45 ou 65 anos), atendendo às condições de mortalidade presentes num determinado momento. Estes indicadores, avaliando a esperança de vida parcelar, eliminam o efeito, na esperança de vida à nascença, de períodos caracterizados por níveis de mortalidade específicos e, muitas vezes, elevados. A esperança de vida ao 1 ano de idade exclui o período que decorre desde o nascimento até ao primeiro ano de vida, eliminando o efeito na esperança de vida dos elevados valores de mortalidade infantil dos países menos desenvolvidos. A esperança de vida aos 15 e aos 45 anos permite eliminar o impacto da mortalidade precoce na esperança de vida (excluindo a mortalidade ocorrida na infância, para a esperança de vida aos 15 anos, bem como a ocorrida na população jovem adulta, para a esperança de vida aos 45 anos). A esperança de vida aos 65 anos permite avaliar a possibilidade de sobrevivência após os 65 anos, ou seja, eliminando assim o impacto da mortalidade prematura. À semelhança da esperança de vida à nascença, a evolução destes indicadores tem sido também positiva, sobretudo nos países desenvolvidos.

### **3.2.2.3. Outros indicadores de esperança de vida**

Um dos actuais paradigmas, social e científico, é o prolongamento da vida até aos limites biológicos do organismo humano. Vive-se cada vez mais e espera-se viver ainda mais no futuro. No entanto, o alonga-

mento da vida fez emergir uma nova questão, relacionada com a qualidade da vida: vive-se mais e melhor ou apenas se ganharam anos de vida com má saúde?

A crescente importância de avaliar a qualidade de vida traduziu-se, na prática, no desenvolvimento de um conjunto de indicadores relacionados com a esperança de vida, mas corrigidos com medidas relativas à falta de saúde. Trata-se de indicadores compósitos que incorporam no conceito de esperança de vida informação relativa às morbidades e incapacidades, de modo a avaliar a qualidade dos anos vividos. Comparados com a esperança de vida estimada a partir unicamente da mortalidade, estes indicadores permitem avaliar o peso da incapacidade numa população. Refiram-se, entre outros, os indicadores genericamente conhecidos como DALE (*Disability-Adjusted Life Expectancy*), HALE (*Health-Adjusted Life Expectancy*) e DFLE (*Disability-Free Life Expectancy*), os dois primeiros conceptualmente sinónimos e destacados pela OMS como os métodos mais avançados e precisos de avaliar o estado de saúde das populações.

Segundo a OMS (2000), estes indicadores apresentam duas vantagens quando comparados com outros indicadores do estado de saúde: 1. o conceito de duração de vida sem incapacidade é de fácil compreensão, não sendo necessário ser-se especialista nestas questões, o que explica a sua popularidade crescente, sobretudo em determinados contextos (como os políticos); 2. são medidos em unidades que possuem um significado concreto (anos de vida esperados), mesmo para e entre audiências não técnicas.

Desde o seu relatório anual de 2000 que a OMS sublinha a utilização preferencial do DALE, enquanto medida do estado de saúde das populações. Esta medida permite, concretamente (Mathers e outros, 2000):

1. Comparar o estado de saúde de diferentes populações;
2. Comparar o estado de saúde da mesma população em períodos diferentes;
3. Identificar e quantificar as iniquidades em saúde existentes entre populações;
4. Atribuir a atenção necessária e apropriada ao efeito dos problemas de saúde não fatais na saúde total da população;
5. Estabelecer prioridades para a oferta e planeamento dos serviços de saúde;
6. Estabelecer prioridades de investigação e desenvolvimentos no sector da saúde;
7. Melhorar os *curricula* em saúde pública;



8. Analisar os benefícios das intervenções em saúde para uso em análises de eficiência (custo-benefício).

No entanto, deve também referir-se que a esperança de vida saudável constitui um indicador menos rigoroso do que a esperança de vida, uma vez que nem sempre é fácil comparar medidas de incapacidade entre diferentes países (WHO, 2009).

*Esperança de Vida Corrigida pela Incapacidade (EVCI) (DALE e HALE)*

A esperança de vida corrigida pela incapacidade (EVCI), ou esperança de vida saudável (*Healthy Life Years* – HLY) (DALE e HALE), indica o número de anos que um indivíduo de determinada idade pode ainda esperar viver de forma plenamente saudável, atendendo às condições de mortalidade e morbidade observadas num determinado período. Entende-se por condição ou forma saudável a ausência de limitações funcionais e incapacidades (Mathers e outros, 2000). Deste modo, a ênfase é colocada não apenas na duração da vida, mas também na sua qualidade, razão pela qual este indicador constitui um método privilegiado de avaliar o estado de saúde da população.

DALE (*Disability-Adjusted Life Expectancy*) e HALE (*Health-Adjusted Life Expectancy*) são geralmente calculados em duas idades – ao nascimento e aos 65 anos. Como se referiu, estes indicadores são sinónimos ou, pelo menos, conceptualmente idênticos, já que se podem registar algumas diferenças no seu cálculo e na área geográfica da sua aplicação. Ambos integram dados de mortalidade, de limitações à actividade e de institucionalização de longo termo, recorrendo a ponderações que permitem atribuir importâncias distintas a diferentes estados de incapacidade.

No cálculo do DALE são utilizadas ponderações que reflectem sete níveis de gravidade da incapacidade. Os pesos variam entre 0, representando estados de saúde boa ou ideal (preferidos em relação a todos os outros), a 1, representando estados equivalentes à morte. Os pesos não representam qualquer experiência de incapacidade ou saúde, nem tão-pouco qualquer valoração ou juízo pessoal relativos a estados de incapacidade ou saúde; antes quantificam as preferências sociais por estados de saúde relativamente ao ideal social de “boa saúde”. As sete classes de gravidade permitem atribuir pesos distintos aos anos vividos com níveis de saúde inferiores ao considerado ideal, que são posteriormente subtraídos à esperança de vida total.

O HALE tem sido usado e aperfeiçoado sobretudo no Canadá, onde

foi inicialmente calculado através de uma ponderação relativamente arbitrária da esperança de vida, atendendo a quatro situações definidas em termos de incapacidade. Mais recentemente, foi introduzida uma ponderação efectuada através do Índice de Utilidade de Saúde (HUI – *Health Utility Index*), que atribui mais peso aos anos vividos com boa saúde do que aos anos vividos com má saúde. As situações de incapacidade são, por ordem decrescente do peso que lhes é atribuído: sem limitações à actividade (com peso atribuído de 1); limitações em actividades de lazer ou transporte (0,8 de peso); limitações na actividade laboral, em casa ou na escola (0,65); institucionalização em equipamento de cuidados de saúde (0,5).

A ponderação efectuada nestes indicadores, e conseqüente correcção da esperança de vida, dá resultados que correspondem a cerca de 7 anos perdidos (média internacional) de vida com boa saúde (OMS, 2000: 30). Nos países mais desenvolvidos e com baixa mortalidade, esta perda é menor, elevando-se nos países menos desenvolvidos, devido às incapacidades que afectam crianças e jovens adultos (vítimas de infecções, traumatismos, cegueira, paralisia e doenças tropicais, como o paludismo e a schistosomiase).

A evolução do binómio “esperança de vida/esperança de vida saudável” tem sido alvo de inúmeras investigações e previsões. Em França, alguns autores sugerem uma evolução que conjuga alongamento da esperança de vida com alongamento da esperança de vida sem incapacidade (Crimminis e outros, 1994; Robine e outros, 1998). No Japão, onde a longevidade atinge os valores máximos, Asada e Ohkusa (2004) concluem que o aumento da esperança de vida é acompanhado por uma ligeira diminuição da esperança de vida saudável. Apesar de alguns autores colocarem a possibilidade de aumento absoluto da esperança de vida saudável, pela compressão das morbilidades e das suas conseqüências, proporcionada por diagnósticos mais precoces e tratamentos mais eficazes (Fries, 1980; De Coster, 2003), parece essencial sublinhar a existência de disparidades na distribuição e evolução desta variável. A esperança de vida saudável varia entre grupos e regiões de forma mais marcada que a esperança de vida, em função sobretudo de factores socioeconómicos (Van Oyen e outros, 1996; Bossuyt e outros, 2004; Wood e outros, 2006).

A esperança de vida saudável média à nascença era, em 2000, de 56 anos, variando entre 39 e 66 anos, respectivamente, para a África Subsariana e para os países desenvolvidos, elevando-se nestes últimos para os 72 anos após exclusão dos países da Europa de Leste e da antiga União

Soviética. Este indicador tem diminuído nos países da Europa de Leste (passou de 62 anos em 1990 para 58 em 2000) e na África Subsaariana, região onde o indicador recuou para níveis semelhantes aos registados durante a Idade Média nos países desenvolvidos (42 anos em 1990 contra 39 anos em 2000). A diminuição verificada reflecte o aumento da incidência, mortalidade e incapacidades resultantes de algumas doenças e acidentes, com destaque para o HIV/SIDA nos países africanos (WHO, 2003).

As medidas de esperança de vida corrigida acentuam as desigualdades entre os países pobres e os ricos. Para os nascidos em 1999, e num *ranking* de 191 países, o Japão conhecia os valores mais elevados de vida saudável (74,5 anos), e a Serra Leoa os menores (apenas 25,9 anos – OMS, 2000). Nas regiões mais saudáveis e desenvolvidas, cerca de 9% da vida é perdida por incapacidade, valor que ultrapassa os 14% nos países onde o nível de saúde é mais baixo (OMS, 2000: 31). Serra Leoa, Malawi e Níger são alguns dos países que evidenciam mais de 20% de perda de vida por incapacidade, em ambos os sexos. De acordo com a mesma fonte, Portugal fica-se pelos 8,4% e 8,6%, respectivamente nos sexos masculino e feminino, correspondendo a 6,1 anos de vida com incapacidade para os homens e 6,8 para as mulheres.

Não obstante os elevados valores de esperança de vida saudável registados nos países desenvolvidos, é necessário e forçoso referir que a probabilidade de um indivíduo vir a ter uma vida longa e saudável se mantém muito variável no seio destas sociedades: no Reino Unido, entre as classes do topo e da base da hierarquia social, quantificam-se diferenças de cinco a dez anos na esperança de vida, e de nove a trinta anos na esperança de vida saudável (Whitehead, 1998b; Kunst e outros, 2001).

### **3.3. Saúde Infantil**

Como foi referido anteriormente, os indicadores de mortalidade precoce são dos mais utilizados para avaliar a saúde infantil e, de forma mais alargada, a saúde da sociedade. Todavia, face a um conceito de saúde claramente positivo, os indicadores baseados na mortalidade tornam-se insuficientes, devendo ser complementados com outro tipo de informação. Neste sentido, assinala-se a crescente utilização de um conjunto de medidas que procuram avaliar o estado nutricional e o desenvolvimento psicossocial na infância.

As medidas antropométricas são os indicadores do estado nutricional mais largamente utilizados. Estes indicadores avaliam o crescimento e

desenvolvimento físico das crianças, procedendo usualmente à comparação de pesos e alturas. A avaliação e comparação das medidas antropométricas dos adultos é menos útil, uma vez que ela pode dar uma indicação do estado nutricional do momento, mas não reflecte o grau de atraso de crescimento sentido durante a infância. Acresce que as carências sentidas durante a infância e na vida *in utero* têm reflexos na saúde dos adultos. Segundo Barker (1992, 1994), as circunstâncias sociais e materiais passadas são determinantes, uma vez que os padrões de saúde dos adultos, e a sua mortalidade estão dependentes de uma programação biológica ocorrida em determinados períodos críticos da vida *in utero* ou do início da infância. Variações em saúde são precocemente determinadas por circunstâncias adversas de efeito latente que só mais tarde se manifesta (Marmot, 2000). As condições sociais que influenciam a saúde da mãe e condicionam o desenvolvimento fetal e posterior da criança vão ser determinantes na ocorrência de doença e morte prematura no adulto (Nogueira, 2007a).

### 3.3.1. Insuficiência Ponderal à Nascimento

A insuficiência ponderal à nascença (número de nados-vivos que apresenta um peso à nascença inferior a 2.500g por 100 nados-vivos) é o mais importante indicador do risco para a sobrevivência de um nado-vivo<sup>5</sup>, bem como para o seu crescimento e desenvolvimento saudável, informando ainda sobre o nível de cuidados que serão necessários ao recém-nascido.

Em países mais desenvolvidos, a percentagem de insuficiência ponderal à nascença é de apenas 4% (6,5% em 2006 nos países da OCDE) (OECD, 2009), elevando-se para cerca de 50% nos países menos desenvolvidos, valor que reflecte o estado de saúde deficiente das grávidas, um espaçamento insuficiente entre os nascimentos, a inadequação dos cuidados pré-natais, e que sublinha a necessidade de melhoria dos cuidados aos recém-nascidos. Em alguns casos, os elevados valores podem também exprimir o grau de endemia do paludismo ou malária.

Importa referir que, nos países da OCDE, a prevalência de insuficiência ponderal à nascença tem aumentado, passando de uma média de 5,7% em 1980 para 6,5% em 2006. No período considerado, os maiores aumentos ocorreram em Espanha (157% de aumento da prevalência), no

---

<sup>5</sup> Há uma correlação positiva entre insuficiência ponderal à nascença e mortalidade infantil, mesmo para os países da OCDE ( $r = 0,57$ ).

Japão (84%) e em Portugal (63%), o que pode reflectir o aumento da idade da mãe no momento do nascimento do filho e o aumento da utilização das Técnicas de Procriação Medicamente Assistida. Luxemburgo, Alemanha, Polónia e Hungria constituem excepções ao padrão geral, revelando uma tendência oposta, caracterizada pela diminuição de nados-vivos com baixo peso à nascença.

### **3.3.2. Outras medidas do estado nutricional**

Para além da insuficiência ponderal à nascença, podem ainda utilizar-se várias outras medidas do estado nutricional, entre as quais se podem destacar:

- Percentagem de peso baixo para a idade;
- Percentagem de peso baixo para a altura;
- Percentagem de estatura baixa para a idade.

#### **3.3.2.1. Percentagem de peso baixo para a idade**

Reflecte atrasos de crescimento e, conseqüentemente, situações de subalimentação de longa duração, assim como a malnutrição do momento.

#### **3.3.2.2. Percentagem de peso baixo para a altura**

Avalia sobretudo o estado nutricional do momento, indicando situações de subalimentação aguda.

#### **3.3.2.3. Percentagem de estatura baixa para a idade**

Constitui um indicador do aumento da estatura física e, em consequência, das influências nutricionais de longa duração.

Em colectividades gravemente subalimentadas, verificam-se frequentemente valores superiores a 50% para as percentagens de baixo peso para a idade e de estatura baixa para a idade, podendo também a percentagem de peso baixo para a estatura ultrapassar os 20%. Em colectividades bem alimentadas, todos estes indicadores são muito inferiores a 5%.

## **3.4. Outros indicadores do estado de saúde baseados na mortalidade**

Para além dos indicadores baseados na mortalidade atrás referidos, existem vários outros que têm sido utilizados para avaliar o estado de saúde da população. Enumerá-los de forma exaustiva, e explicar a informação neles contida, não é possível, nem tão-pouco é objectivo deste trabalho. Far-se-á somente uma breve referência aos mais utilizados, cabendo ao leitor mais interessado nesta matéria explorar posteriormente a informação agora veiculada.

### 3.4.1. Taxas de Mortalidade Padronizadas

A mortalidade é um acontecimento fortemente influenciado por várias características da população, *exempli gratia*, o sexo, a idade e a profissão. Deste modo, os valores brutos de mortalidade, como as taxas brutas, incluem todas as variáveis que a podem afectar, havendo muitas vezes a necessidade de controlar o efeito dessas variáveis. Esse controlo é possível recorrendo à padronização dos valores de mortalidade, o que é usualmente feito para as variáveis sexo e idade. Uma taxa de mortalidade padronizada é uma taxa que foi ajustada para diferenças na composição entre a população ou território estudado e uma população padrão. A padronização deve ser aplicada sempre que o objectivo é comparar valores de mortalidade entre diferentes territórios ou a diferentes escalas geográficas, ou seja, quando estão em causa populações que possuam estruturas e composições diferentes. As taxas padronizadas podem também ser aplicadas a dados de morbilidade.

Existem dois grandes métodos de padronização dos dados – o método directo e o método indirecto. Ambos consideram, no seu cálculo, uma população padrão, entendida como uma população cuja estrutura é conhecida e serve de referência. Apresenta-se, em seguida, os passos fundamentais das padronizações para a variável idade, semelhantes aos das padronizações para outras variáveis, ou para um conjunto de variáveis (sexo e idade, por exemplo).

#### *Taxa de Mortalidade Padronizada pelo Método Directo*

A padronização directa calcula uma taxa, média e ponderada, da mortalidade específica por idades de uma dada região, em que as ponderações representam as idades específicas da população padrão.

$$TM \text{ padronizada} = [\sum_{(\text{grupos idade})} (TM_{ir} P_{ip}) / P_p ] \times 1000$$

$TM_{ir}$  é a taxa de mortalidade específica por idades para a região  $i$  (para cada região, dividir o número de casos observados em cada

grupo etário pelo total da população no grupo etário).

$P_{ip}$  é o número de pessoas no grupo de idade na população padrão.

$P_p$  é o total da população padrão.

Cálculo da taxa padronizada pelo método directo:

1. Multiplicar, para cada grupo de idade,  $TM_{ir}$  por  $P_{ip}$ ;
2. Somar os resultados anteriores;
3. Dividir o somatório pela população padrão ( $P_p$ );
4. Multiplicar por 1000 (para obter uma permilagem).

Em suma, o método directo procede primeiro ao cálculo de uma taxa de mortalidade específica para cada grupo de idade na população da região em estudo, necessitando, pois, do acesso aos dados de mortalidade discriminados por grupo de idade e região. A taxa específica de cada grupo é então projectada sobre a população padrão, resultando um valor estimado, ou esperado, de mortalidade em cada grupo de idade dessa população padrão. Somando os óbitos esperados na população padrão, e dividindo pela população padrão considerada, obtém-se a taxa de mortalidade padronizada.

Este método, apesar de vantajoso quando o objectivo é comparar várias taxas entre si, requer informação detalhada sobre o número de óbitos por causa de morte e classe etária nos territórios em análise, informação que nem sempre está disponível. Por outro lado, este método é muito sensível ao problema do “pequeno número”. De facto, em populações de pequena dimensão, e com reduzido número de óbitos, o cálculo de uma taxa de mortalidade específica por idades é desaconselhável, dadas as flutuações e grande variabilidade que tal taxa pode sofrer (Stone e outros, 1999).

#### *Taxa de Mortalidade Padronizada pelo Método Indirecto*

A padronização pelo método indirecto recorre a taxas de mortalidade específicas por idade da população padrão, estimando, a partir delas, os óbitos esperados numa dada região.

$$TM_{padronizada} = O_r / [ \sum_{(\text{grupos idade})} (TM_{ip} P_{ir}) ] \times TM_p$$

$TM_{ip}$  é a taxa de mortalidade específica por idades para a população padrão (resulta da divisão do número de casos observados em cada grupo etário da população padrão pelo total da população no grupo etário).

$P_{ir}$  é o número de pessoas no grupo de idade na população da região.

$O_r$  é o número de óbitos na região.

$TM_p$  é a taxa de mortalidade bruta para a população padrão.

Cálculo da taxa padronizada pelo método indirecto:

1. Multiplicar, para cada grupo de idade,  $TM_{ip}$  por  $P_{ir}$  (obtendo-se o número de óbitos esperados na região);
2. Somar os resultados anteriores;
3. Dividir o número de óbitos verificados na região ( $O_r$ ) por este somatório;
4. Multiplicar o resultado pela taxa bruta de mortalidade da população padrão ( $TM_p$ ).

Em suma, a padronização pelo método indirecto recorre a taxas específicas por idades, calculadas para a população padrão, que são posteriormente projectadas sobre a população da região em estudo. O resultado deste procedimento é a obtenção de um valor estimado, ou esperado, de óbitos na população da região estudada, admitindo que os indivíduos dessa população morrem à mesma taxa (específica por idades) a que morrem os indivíduos da população padrão (Mausner e Bahn, 1990).

Alguns autores referem que o método indirecto não assegura o controlo de diferenças muito marcadas entre a estrutura das populações (Stone e outros, 1999) devendo, nesses casos, utilizar-se o método directo. Contudo, na prática, a opção pelo método directo ou indirecto é sobretudo condicionada pelos dados disponíveis, não sendo tanto o resultado de uma opção determinada pelos objectivos e fundamentos teóricos de quem os utiliza. Verifica-se assim uma maior utilização do método indirecto, uma vez que os dados necessários à utilização do método directo nem sempre estão disponíveis (número de óbitos por grupos de idade nas populações das áreas em estudo) e, mesmo quando estão, registam-se números demasiado pequenos para permitir o cálculo de taxas com segurança (e consequente significância estatística).

#### *Razão Padronizada de Mortalidade*

A padronização pelo método indirecto possibilita ainda o cálculo da Razão Padronizada de Mortalidade, considerada por alguns autores como uma variante da taxa de mortalidade padronizada (Stone e outros, 1999). A razão padronizada de mortalidade relaciona o número de óbitos observados na população de uma região, com o número de óbitos esperados nessa população.



$$\text{RPM} = (O_r/O_{er}) \times 100$$

$O_r$  é o número de óbitos observados na região.

$O_{er}$  é o número de óbitos esperados na região (obtem-se multiplicando a taxa de mortalidade específica por idades para a população padrão,  $TM_{ip}$ , pelo número de pessoas no grupo de idade na população da região,  $P_{ir}$ ) (cfr. fórmula anterior).  $TM_{ip}$  resulta da divisão do número de casos observados em cada grupo etário da população padrão pelo total da população no grupo etário.

Valores superiores a 100 revelam uma mortalidade superior à verificada na população padrão – 100 – enquanto valores inferiores assinalam uma mortalidade inferior à dessa população. A Razão Padronizada de Mortalidade não só é de fácil interpretação, como se presta muito bem a representações cartográficas, motivos que justificam a sua larga utilização (Jones e Moon, 1987; Nogueira, 2001; Nogueira, 2007a).

### **3.4.2. Anos de vida potencial perdidos (PYLL – *Potential Years of Life Lost*)**

Este indicador pode ser definido como o número de anos de vida “perdidos” quando uma pessoa morre prematuramente por qualquer causa de morte. O valor de referência utilizado tem sido os 70 anos (Santana, 2005) mas, na sua última publicação, o *Canadian Institute for Health Information* utilizou já o patamar dos 75 anos (CIHI, 2009), mudança que reflecte o aumento da esperança de vida da população. Considerando os 75 anos como valor de referência, um indivíduo que morre aos 25 anos, por exemplo, perde 50 anos de vida.

Este indicador pode ser calculado para a mortalidade total, ou para causas de morte específicas, sendo geralmente específico para cada sexo. Para o seu cálculo é necessário considerar, em primeiro lugar, a idade mediana da morte em cada grupo etário (e sexo), por causa de morte. Este valor é subtraído ao valor de referência (70 ou 75 anos) e seguidamente multiplicado pelo número de mortes ocorridas naquele grupo etário (sempre desagregadas por sexo e causa de morte). Finalmente, somando os resultados de todos os grupos de idade e sexo para as causas de morte seleccionadas (ou por todas as causas, para a mortalidade total), obtêm-se os anos potenciais de vida perdidos (CIHI, 2009). O indicador pode ainda ser apresentado como uma média (dividindo o total dos anos de vida perdidos pelo total de óbitos) ou como uma taxa, bruta (por 100000 indivi-

duos, por exemplo) ou padronizada (CICH, 2009).

### **3.5. Indicadores das determinantes sociais da saúde: o exemplo das áreas de privação**

É sobejamente conhecida a relação entre baixo estatuto socioeconômico, individual e familiar, e baixos níveis de saúde. Para além deste efeito individual, destaca-se, nos últimos anos, um interesse crescente em conhecer e quantificar a relação entre condições de vida quotidianas e saúde, nomeadamente, o impacto da residência em áreas de privação sociomaterial. Áreas de privação não são apenas áreas pobres, ocupadas por populações carenciadas e empobrecidas. São também áreas onde falham as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida e, muitas vezes, promover a saúde; áreas que criam e perpetuam iniquidades, sociais e de saúde (Pringle e outros, 2000; Nogueira, 2007a, 2008).

De acordo com a OMS, a privação sociomaterial constitui uma das mais poderosas determinantes sociais da saúde:

*We stated that a toxic combination of poor social policies, unfair economics, and bad politics is responsible for much of health inequity. In low-income countries and some poor communities in rich countries, this translates into material deprivation: lack of the material conditions for a decent life (...). The toxic combination is also responsible for the social gradient in health in those who are above the level of material deprivation but still lack the other goods and services that are necessary for a flourishing life (WHO, 2008: 35).*

Uma questão que tem sido debatida pela comunidade científica, referida no texto anterior, é a de saber se há, ou não, um limiar socioeconômico a partir do qual se faz sentir a influência da privação na saúde, o que se justifica pelas implicações sociais e políticas da existência de tal limiar. Segundo Charlton (1994), McLeone (2004) e Marmot (2004), a influência da privação na saúde verifica-se ao longo de toda a hierarquia social: a privação sociomaterial condiciona os resultados em saúde, mesmo em áreas consideradas de menor privação, conclusão que reitera o texto da OMS.

#### **3.5.1. Privação sociomaterial e saúde**

Num estudo efectuado na Califórnia, ainda nos anos 80 do século XX, concluiu-se que os residentes em áreas de grande privação experimentavam maiores taxas de mortalidade, por comparação com os residentes em áreas de menor privação. Considerando e controlando, no modelo estatístico elaborado, um conjunto de factores individuais determinantes dos resultados em saúde – género, idade, grupo étnico, estado de saúde inicial, rendimento, ocupação, educação, acesso aos cuidados de saúde e comportamentos relacionados com a saúde – verificou-se a persistência de um maior risco de morrer nas áreas de maior privação, o que comprovou a influência do ambiente socioeconómico na saúde (Haan e outros, 1987, referidos por Macintyre e outros, 1993).

Estudando o papel de um conjunto de determinantes sociais da saúde na Área Metropolitana de Lisboa, Nogueira (2007a) destaca a relação entre privação sociomaterial e estado de saúde auto-avaliado, sublinhando também a interacção existente entre a privação sociomaterial e um conjunto de determinantes contextuais da saúde pertencentes à organização social dos lugares e ao seu funcionamento colectivo, como o capital e a coesão social. Wilkinson (2005) sublinha o efeito indirecto da privação, referindo que a privação relativa e a iniquidade social possuem efeitos corrosivos nas relações sociais e nos níveis de capital e de coesão social. O aumento consequente do isolamento social, da insegurança, do *stress* e de outros riscos sociais tem impactos negativos na saúde física e mental. Reconhece-se que a privação afecta profundamente a organização social das comunidades, diminuindo níveis de suporte social, de participação comunitária e política e de empoderamento, o que conduz ao empobrecimento da saúde (Pridmore e outros, 2007).

### **3.5.2. Indicadores de privação sociomaterial múltipla – alguns exemplos**

Os resultados conclusivos da investigação efectuada sobre a temática da saúde em áreas de privação conduziram a comunidade científica à procura de parâmetros que permitam captar as múltiplas facetas da privação dos territórios, destacando-se, entre estes, os indicadores compósitos de privação múltipla. Os indicadores de privação múltipla são índices compósitos, que reúnem numa medida diversas variáveis, permitindo assim apreender formas de múltipla privação. A transformação de um leque de variáveis numa medida resumo é possível por recurso a tratamentos estatísticos, sendo o mais frequente a normalização e cálculo do “*Z-score*”, com ou sem ponderação das variáveis incluídas (Carstairs e

Morris, 1991; Pringle e outros, 2000; McLeone, 2004).

O Quadro 3 apresenta os principais indicadores de privação utilizados na investigação em saúde.

Quadro 3 – Indicadores de privação múltipla: variáveis e procedimentos estatísticos utilizados

Indicadores de Privação Múltipla	Domínios de privação/ /Variáveis	Procedimentos Estatísticos
1. JARMAN <sup>6</sup>	Idosos vivendo sós; População com menos de 5 anos; Famílias monoparentais; Famílias com representante na classe ocupacional mais baixa; Desemprego; Sobrelotação das habitações; Mudança de residência no último ano; População de minorias étnicas.	Normalização e atribuição de pesos às variáveis. Pesos determinados por clínicos gerais que atribuíram um valor a cada variável, tendo em conta que esse valor deveria traduzir as necessidades dos seus serviços. Soma dos valores normalizados e ponderados num <i>score</i> .
2. TOWNSEND <sup>7</sup>	População desempregada; Famílias sem acesso a carro; Habitações não ocupadas pelo proprietário; Habitações sobrelotadas.	Normalização das variáveis e soma dos valores de Z, obtendo-se um <i>Z-score</i> sem ponderação.
3. CARSTAIRS <sup>8</sup>	Indivíduos em habitações sobrelotadas; Desemprego masculino; Indivíduos em famílias com representante pertencente às classes sociais mais baixas; Indivíduos sem acesso a carro.	Normalização das variáveis e soma dos valores de Z, obtendo-se um <i>Z-score</i> sem ponderação.
7. SDD <sup>9</sup> (Departamento de Desenvolvimento da Escócia)	Habitação: deficiência de condições; sobrelotação; casas devolutas; Economia: desemprego; desemprego juvenil; doentes crónicos; baixos salários. Sociodemográficas: famílias monoparentais; famílias numerosas; famílias idosas.	Normalização das variáveis seguida da atribuição de diferentes pesos a cada uma dessas variáveis, sendo os pesos determinados com base numa Análise Factorial. Soma dos valores normalizados e ponderados num <i>score</i> .

Fonte: adaptado de Nogueira, 2007a).

Quadro 3 – Indicadores de privação múltipla: variáveis e procedimentos estatísticos utilizados (conclusão)

<sup>6</sup> Referido em Pringle e outros, 2000.

<sup>7</sup> Referido em Boyle e outros, 2001 e Stafford e outros, 2001.

<sup>8</sup> Referido em Carstairs e Morris, 1991 e McLeone, 2004.

<sup>9</sup> Referido em Carstairs e Morris, 1991.

8. CNI <sup>10</sup> (Índice de Necessidade de Cuidados)	População activa não qualificada; População desempregada; Residentes em habitações sobrelotadas; Idosos vivendo sós; Crianças com menos de 5 anos; Famílias monoparentais; Residentes com mudança de residência no ano transacto ao do cálculo do índice; População nascida no estrangeiro <sup>11</sup> .	Normalização e atribuição de pesos às variáveis. Pesos determinados por um corpo de clínicos gerais, convidados a atribuir um valor a cada um dos indicadores em questão, tendo em conta que esses valores deveriam traduzir as necessidades dos seus serviços. Soma dos valores normalizados e ponderados num <i>score</i> .
--	--	---

Fonte: adaptado de Nogueira, 2007a).

### 3.5.3. Privação sociomaterial e saúde na Área Metropolitana do Porto<sup>12</sup>

O impacte da privação sociomaterial na saúde da população residente nos territórios metropolitanos portugueses tem sido uma temática de estudo desenvolvida desde os primeiros anos do novo século. Numa primeira fase, criou-se um indicador de privação múltipla para as freguesias da Área Metropolitana de Lisboa (AML) (Nogueira e Santana, 2005; Nogueira, 2007b), estendendo-se posteriormente o âmbito do estudo para as freguesias da Área Metropolitana do Porto (AMP) (Nogueira e Remoaldo, 2009). A investigação realizada na AML concluiu pela existência de uma forte associação entre saúde e privação, associação essa que se verifica para diferentes resultados em saúde – mortalidade prematura e estado de saúde auto-avaliado – e que permanece em modelos estatísticos que permitem controlar o efeito de outras determinantes da saúde, quer ambientais, quer individuais (Nogueira e outros, 2006; Nogueira, 2007a, 2008b). Seguidamente, apresentam-se alguns dos resultados encontrados na Área Metropolitana do Porto.

#### 3.5.3.1. Construção do Indicador de Privação Múltipla (IPM)

<sup>10</sup> Referido em Sundquist e outros, 2003.

<sup>11</sup> O índice de necessidade de cuidados (CNI) original, desenvolvido na Suécia, tem sofrido algumas modificações. De facto, numa das últimas aplicações deste índice (Sundquist e outros, 2003), verifica-se que a qualificação da população activa foi substituída pelo nível de educação. Por outro lado, enquanto o índice inicial considerava a população nascida na Finlândia, Europa do Sul e de Leste, Ásia e América do Sul, o actual deixa de considerar a população nascida na Finlândia.

<sup>12</sup> Especial agradecimento a Pedro Teodósio pela colaboração dada no tratamento e representação da informação.

A privação sociomaterial foi avaliada através de um indicador composto de privação múltipla, previamente desenvolvido e testado na AML (Nogueira e Santana, 2005). Este indicador, designado por Indicador de Privação Múltipla (IPM), baseia-se em três variáveis derivadas do último Recenseamento Geral da População (2001):

1. Taxa de desemprego masculino;
2. Percentagem de população em habitações precárias;
3. Percentagem de população activa não qualificada (grupo profissional 9 da Classificação Nacional de Profissões).

O cálculo do Indicador é similar ao do Índice de Townsend, recorrendo-se a um processo de normalização e soma das variáveis normalizadas<sup>13</sup>. Vantagens e limitações do método utilizado, bem como as principais características dos indicadores assim obtidos, podem ser consultadas em McLeone (2004) e Nogueira (2007a).

A saúde foi avaliada pela mortalidade prematura padronizada pela idade. A escolha deste indicador justifica-se pela sua comprovada relação com a privação (Eames e outros, 1993; Sloggett e Joshi, 1994; Jordan e outros, 2004; Leyland, 2004; McLeone, 2004; Nogueira e Santana, 2005) e pela possibilidade de obtenção de dados exaustivos, baseados em todos os indivíduos e para todas as freguesias do território em estudo.

Considerou-se mortalidade prematura todos os óbitos ocorridos antes dos 70 anos de idade, independentemente da causa de morte (Sloggett e Joshi, 1994; McLeone, 2004). Utilizaram-se os óbitos ocorridos nas freguesias durante um período de 3 anos – 2001, 2002 e 2003 – com o objectivo de minorar as oscilações próprias do fenómeno (Rodrigues, 1993; Jougl e outros, 1997).

O ajustamento etário dos valores da mortalidade foi efectuado pelo método indirecto, que deve ser preferido quando o objectivo é evidenciar variações de risco no interior de um país ou de uma região de um país, na medida em que “os valores individuais são referidos a uma média global e as estimativas de risco obtidas possuem uma menor variabilidade estatística” (Rodrigues, 1993: 70, referindo Inskip e outros, 1983). A padronização etária produziu, como resultado final, uma Razão Padronizada de Mortalidade Prematura (RPMP), que pode ser interpretada em relação a um valor global de referência, 100. A significância da RPMP foi testada

---

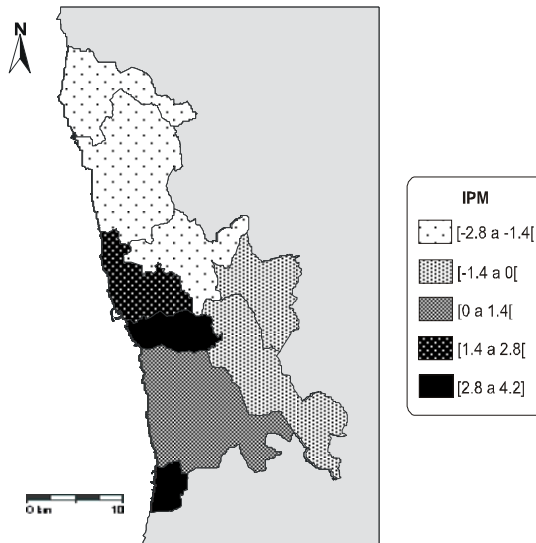
<sup>13</sup> A fórmula empregue é  $Z_i = \frac{x_i - X}{s}$ , em que  $Z_i$  é a variável normalizada,  $x_i$  corresponde aos valores observados da variável,  $X$  à sua média aritmética e  $s$ , ao seu desvio-padrão.

para um intervalo de confiança de 95%, segundo o método indicado por Jones e Moon (1987).

### 3.5.3.2. Padrão espacial da privação material múltipla

As figuras seguintes (Figuras 3 e 4) apresentam a distribuição espacial da privação sociomaterial nos concelhos e freguesias da área metropolitana do Porto. A abordagem cartográfica permite destacar a maior privação dos concelhos constituintes do litoral sul da AMP: Vila Nova de Gaia, Matosinhos e, sobretudo, Porto e Espinho, em oposição aos concelhos localizados no interior e a norte, principalmente, Póvoa do Varzim, Vila do Conde e Maia. Ao nível da freguesia, destaca-se a maior privação de algumas freguesias do Porto (Sé, São Nicolau, Miragaia, Campanhã e Vitória), Matosinhos (Lavra e Santa Cruz do Bispo) e Espinho (Silvalde). As freguesias referentes ao Porto apresentam uma população com baixo estatuto socioeconómico, um parque habitacional degradado e ainda prevalecem, nalguns casos, as designadas “ilhas”, que podem explicar parte dos resultados encontrados.

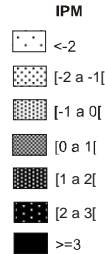
Figura 3 – Indicador de Privação Múltipla nos concelhos da AMP



Fonte: elaboração própria.

Figura 4 – Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AMP



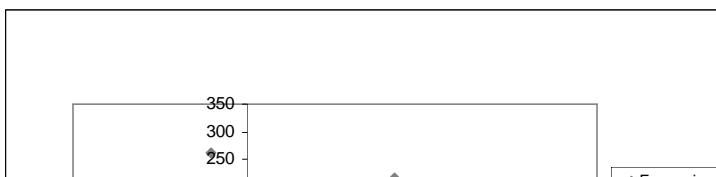


Fonte: elaboração própria.

### 3.5.3.3. Privação múltipla e mortalidade prematura

A Figura 5 revela a associação entre privação múltipla e mortalidade prematura para as cento e trinta freguesias da AMP. Evidencia a relação directa e significativa entre privação e mortalidade prematura: áreas de maior privação apresentam, tendencialmente, maiores valores de mortalidade prematura, verificando-se que o coeficiente de correlação de Pearson apresenta um valor muito significativo de 0,26 ( $p < 0,01$ ). Situação idêntica tinha sido já reportada para a AML.

Figura 5 – Associação entre privação material e mortalidade prematura (2001-2003) nas freguesias da AMP (n=130)





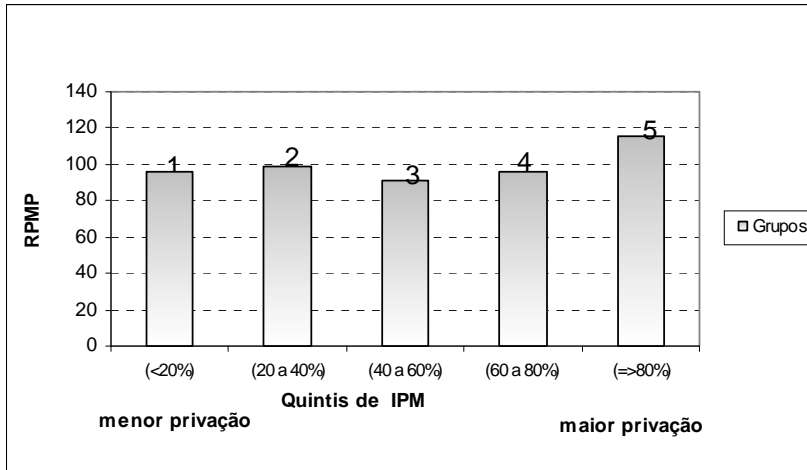
Fonte: elaboração própria.

#### **3.5.3.4. Gradiente socioeconómico na mortalidade prematura**

Como foi já referido, uma das questões mais relevantes nesta temática é saber se a influência da privação na saúde é transversal à hierarquia social, fazendo-se sentir ao longo de toda a escala social, ou se, pelo contrário, apenas se faz sentir a partir de determinado limiar socioeconómico, nomeadamente, nas áreas de maior privação. A verificação da existência, ou não, do gradiente socioeconómico na mortalidade prematura efectuou-se reagrupando as freguesias da área metropolitana segundo quintis de privação e recalculando-se, para cada um desses quintis, as respectivas RPMP.

A Figura 6 mostra a RPMP para os quintis de freguesias da AMP, ordenadas segundo o indicador de privação.

Figura 6 – RPMP (0-69 anos, 2001 a 2003) nas freguesias da AMP (n=130), hierarquizadas pelo valor do IPM e agrupadas em quintis



Fonte: elaboração própria.

A análise da figura sugere a possibilidade da existência do limiar de privação, determinante da influência da privação na mortalidade prematura. Verifica-se que a RPMP aumenta de forma consistente apenas a partir do terceiro quintil de privação; antes deste, e em áreas mais prósperas, a associação entre privação e RPMP não é clara. O quintil mediano (terceiro) apresenta o menor valor de RPMP e o valor do quarto quintil é ainda inferior ao registado no segundo quintil.

O Quadro 4 apresenta o número de freguesias, a percentagem de população residente, o valor da RPMP e o seu nível de significância nos quintis efectuados. Revela que 6,2% da população da AMP reside em áreas de menor privação, encontrando-se quase 23% da população nas áreas de maior privação. A RPMP é significativamente superior a 100 apenas no quintil de maior privação, encontrando-se abaixo deste limiar nos quatro primeiros quintis, embora nem sempre de forma significativa.

Quadro 4 – RPMP, níveis de significância e percentagem de população residente para as freguesias da AMP, agrupadas em quintis de privação

	Quintis	Freguesias	População (%)	RPMP	Significância da RPMP	
AMP	menor privação	<20%	26	6,2	95,9	Diminuída, não significativa
		20 a 40%	26	18,5	99,0	Diminuída, não significativa
		40 a 60%	26	18,8	90,8	Diminuída e significativa
		60 a 80%	26	33,9	95,7	Diminuída e significativa
	maior privação	80% e mais	26	22,9	115,2	Aumentada e significativa

Fonte: elaboração própria.

Os valores das razões padronizadas de mortalidade revelam significância apenas a partir do terceiro quintil. Nos dois quintis de menor privação, a RPMP encontra-se diminuída, mas de forma não significativa. A falta de significância, para além da sua interpretação estatística, pode revelar o menor número de óbitos ocorridos nestas áreas, por se tratar tão-somente de áreas com menos população residente, podendo ainda assinalar problemas relacionados com a capacidade discriminatória do IPM. Segundo Pringle e outros (2000) e McLeone (2004), indicadores de privação semelhantes ao utilizado parecem particularmente adaptados a áreas de intensa urbanização, devendo ser questionada a sua aplicação a outro tipo de territórios. Ora a AMP, comparativamente à AML, área para a qual o IPM foi inicialmente desenvolvido, é marcada não apenas pela maior ruralidade, como também por um modelo distinto de urbanização, de tipo difuso, o que poderá ter implicações na pertinência do indicador calculado. Refira-se, por último, que dado o carácter dinâmico e multidimensional da privação (Nogueira, 2008b), a AMP pode conhecer formas de privação não apreendidas na medida utilizada, que foi desenvolvida especificamente para o contexto da AML.

## Bibliografia

- Asada, Y. e Ohkusa, Y. (2004), “Analysis of Health-Related Quality of Life (HRQL), Its Distribution, and Its Distribution By Income in Japan, 1989 and 1998”, *Social Science & Medicine*, 59, pp. 1423-1433.
- Barker, D. (1994), *Mothers, Babies and Disease in Later Life*, Londres, B. M. J. Publications.
- Barker, D. (ed.) (1992), *Foetal and Infant Origins of Adult Disease*, Londres, B.M.J. Publications.
- Bossuyt, N.; Gadeyne, S; Deboosere, P. e Van Oyen, H. (2004), “Socio-economic Inequalities in Health Expectancy in Belgium”, *Public Health*, 118, pp. 3-10.
- Boys, R.; Foster, D. e Jozan, P. (1991), “Mortality from Causes Amenable and Non-Amenable to Medical Care: The Experience of Eastern Europe”, *British Medical Journal*, 303, pp. 879-883.
- Canadian Institute for Health Information (2009), *Health Indicators*, Ottawa, Ontario, Minister of Industry, 138 p..
- Carstairs, V. e Morris, R. (1991), *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press.
- Changanaqui, A.G. (2003), *La mortalidad materna en países en vías de desarrollo*, in Roura, L.C. (Dir.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Tomo 1, Madrid, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Editorial Médica Panamericana, pp. 1097-1110.
- Charlton, B. (1994), “Is Inequality Bad for the National Health?”, *Lancet*, 343, pp. 221-222.
- Crimminis, E. M.; Hayward, M. D. e Saito, Y. (1994), “Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population”, *Demography*, 31, pp. 159-175.
- De Coster, C. (2003), “Aging Healthy”, *Centre Piece*, 14, pp. 1-8.
- Desplanques, G.; Mizrahi, A. e Mizrahi, A. (1996), « Mortalité et Morbidité par Catégories Sociales », *Solidarité Santé*, 4, pp. 75-85.
- Direcção-Geral da Saúde (2008), *Portugal saúde. Indicadores Básicos, 2005*. Lisboa.
- Duncan, C.; Jones, K. e Moon, G. (1993), “Do Places Matter? A Multilevel Analysis of Regional Variations in Health-Related Behaviour in Britain”, *Social Science & Medicine*, 37, pp. 725-733.
- Eames, M.; Ben-Shlomo e Marmot, M. (1993), “Social Deprivation and Premature Mortality: Regional Comparison across England”, *British Medical Journal*, 307, pp. 1097-1102.
- Fries, J. F. (1980), “Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity”, *N. Eng. J. Med.*, 303, pp. 130-135.
- Howe, G.M. (1986), “Does it matter where I live?”, *Transactions, Institute of British Geographer's*, London, 11(4), pp. 387-414.
- Jones, K. e Moon, G. (1987), *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*. Londres, Routledge & Kegan Paul Ltd.

- Jordan, H.; Roderick, P. e Martin, D. (2004), “The Index of Multiple Deprivation 2000 and Accessibility Effects on Health”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 250-257.
- Jougla, E.; Millereau, E. e Toullec, A. (1997), Disparités Départementales de la Mortalité Prématuroe en France (1992-1994), *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, pp. VI-IX.
- Kunst, A. E.; Bos, V. e Mackenbach, J. (2001), *Monitoring Socio-economic Inequalities in Health in the European Union: Guidelines and Illustrations. A Report for the Health Monitoring Program of the European Commission*, Roterdão, Rotterdam Erasmus University, Department of Public Health.
- Leyland, A.H. (2004), “Increasing Inequalities in Premature Mortality in Great Britain”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 296-302.
- Macintyre, S.; Maciver, S. e Sooman, A. (1993), “Area, Class and Health: Should We Focusing on Places or People?”, *Jnl Soc. Pol.*, 22, pp. 213-234.
- Marmot, M. (2004), “Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 262-263.
- Mathers, C.; Sadana, R.; Salomon, J. Murray, C.; Alan D Lopez, A. (2000), *Estimates of DALE for 191 countries: methods and results*. Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 1, World Health Organization.
- Mausner, J.; Bahn, A. (1990), *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- McLeone, P. (2004), *Carstairs Scores for Scottish Postcode Sectors from the 2001 Census*. MRC Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow (policopiado).
- Nogueira, H.; Santana, P. (2005), Geographies of Health and Deprivation: Relationship between Them”. In: C. Palagiano e G. De Santis (a cura di), “*Geografia dell’Alimentazione*”. Perugia, Edizioni Rux, pp. 539-546, ISBN 88-86997-07-8.
- Nogueira, H. (2001), *Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde*, Universidade de Coimbra, Coimbra (Tese de Mestrado, policopiado).
- Nogueira, H. (2007a), *Os lugares e a Saúde – Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa*, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 483 p..
- Nogueira, H. (2007b), *Privação Sociomaterial e Saúde na Área Metropolitana de Lisboa*, in P. Santana (coord.), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra, Edições Almedina, pp. 155-162.
- Nogueira, H. (2008a), *Os Lugares e a Saúde. Investigação em Geografia da Saúde*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Nogueira, H. (2008b), “Vulnerabilidades do ambiente local – impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa”, *Revista de Estudos Demográficos*, Lisboa, 43, pp. 5-18.
- Nogueira, H.; Remoaldo, P.C. (2009), *Pobreza e risco de morte prematura na Área Metropolitana do Porto*, in Actas do X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Sociedades desiguais e paradigmas em confronto, Universidade do Minho e Associação Portuguesa de Sociologia, 13 p. (no prelo).
- Nogueira, H.; Santana, P. e Santos, R. (2006), Linking Perceptions of Health to Neighbourhood Environment in Lisbon Metropolitan Area, Portugal”, in U. Mander, C.A. Brebbia e E. Tiezzi (eds.), *The Sustainable City IV. Urban Regeneration and Sustainability*. Southampton, Boston, WIT Press, pp. 723-733, ISBN 1-84564-040-3.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2009), *Society at a Glance* ([http://www.oecd.org/document/24/0,3343,en\\_2649\\_34637\\_2671576\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#data](http://www.oecd.org/document/24/0,3343,en_2649_34637_2671576_1_1_1_1,00.html#data) – acedido a 16 de Agosto de 2009).
- Organisation Mondiale de la Santé (1981), *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue de progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Série «Santé pour Tous», 4, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant*, Genève.
- Pelletier, L. (1990), Les indicateurs de santé et la planification sanitaire, *Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Paris, 38(1), pp. 47-56.
- Phillips, D. (1991), “Problems and Potential of Researching Epidemiological Transition: Examples from Southeast Asia”, *Social Science & Medicine*., 33, pp. 395-404.
- Pridmore, P.; Thomas, L.; Havemann, K.; Sapag, J.; Wood, L. (2007), “Social capital and healthy urbanization in a globalized world.”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84, 1, pp. 130-143.
- Pringle, D.; Cook, S.; Poole, M. e Moore, A. (2000), *Cross-Border Deprivation Analysis. A Summary Guide*. Dublin, Oak Tree Press.
- Remoaldo, P.C.; Canteiro, E.E. (2003), “Práticas, crenças e mitos associados ao nascimento e ao primeiro ano de vida na cidade de Vizela”, *Saúde Infantil*, Coimbra, 25, pp. 57-61.
- Robine, J.-M.; Mormiche, P. e Sermet, C. (1998), Comment Mesurer les Conséquences de l'Augmentation des Durées de Vie sur l'État de Santé des Populations? In: *Morbidité, Mortalité: Problèmes de Mesure, Facteurs d'Evolution, Essai de Prospective*. Paris, PUF, pp. 64-77.
- Rodrigues, V. (1993), *Epidemiologia Geográfica de Cancro. Aplicação de Estimativa Bayesiana Empírica à Análise da Distribuição Geográfica da Mortalidade por Tumores Malignos em Portugal*. Universidade de Coimbra, Coimbra (Tese de Doutoramento, policopiado).

- Santana, P. (2002), “A mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993”, *Revista de Estudos Demográficos*, Lisboa, pp. 107-145.
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*, Coimbra, Livraria Almedina.
- Santana, P.; Nogueira, H. e Santos, R. (2006) “O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora”, *Engenharia Civil/Civil Engineering*, 27, pp.17-28, ISBN 0873-1152.
- Sesmero, J.R. de M. (2003), *Morbimortalidad materna y morbimortalidad perinatal*, in ROURA, L.C. (Dir.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Tomo 1, Madrid, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Editorial Médica Panamericana, pp. 1090-1096.
- Slogget, A.; Joshi, H. (1994), “Higher Mortality in Deprived Areas: Community or Personal Disadvantage?”, *British Medical Journal*, 309, pp. 1470-1474.
- Stafford, M.; Bartley, M.; Mitchell, R. e Marmot, M. (2001), “Characteristics of Individuals and Characteristics of Areas: Investigating their Influence on Health in the Whitehall II Study”, *Health & Place*, 7, pp. 117-129.
- Stone, Donald B; Armstrong, Warwick R; Macrina, David M; Pankau, Joseph w;(1999), *Introdução à Epidemiologia*. McGraw-Hill.
- Sundquist, K.; Malmstrom, M. e Sundquist, J. (2003), “Care Need Index, a Useful Tool for the Distribution of Primary Health Care Resources”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 347-352.
- Távora, A.M. (1989), *Indicadores de Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- The World Factbook (2009), <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html> – acedido a 30 de Julho de 2009.
- UNICEF (2009), *Situação Mundial da infância 2009. Saúde materna e neonatal*.
- Van Oyen, H; Tafforeau, J. e Roelands, M. (1996), “Regional Inequities in Health Expectancy in Belgium”, *Social Science & Medicine*, 43, pp. 1673-1678.
- Verbrugge, L. (1984), “Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, pp. 475-519.
- Waalder, H.T.; Sterky, G. (1984), « Quel est le meilleur indicateur de la qualité des soins de santé? », *Forum Mondial de la Santé*, Genève, 5(3), pp. 304-307.
- Whitehead, M. (1998), “Health Inequalities – Today’s Biggest Issue for Public Health”, *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, pp. 4-5.
- Wilkinson, R. (2005), Social corrosion, inequality and health, in Giddens, A., Diamond, P. (Eds), *The New Egalitarianism*. Polity Press, Cambridge, pp. 183-199.

- Wilkinson, R.; Marmot, M. (1998), *Social determinants of health: the solid facts*, WHO, Geneva.
- Wood, R.; Sutton, M.; Clarck, D.; Mckeon, A. e Bain, M. (2006), “Measuring Inequalities in Health: The Case for Healthy Life Expectancy”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 60, pp. 1089-1092.
- World Bank (2005), *World Development Indicators 2005* (www.worldbank.org).
- World Health Organization (1999), *Reduction of maternal mortality*, Geneva.
- World Health Organization (2002), *The World Health Report 2002 – reducing risks, promoting healthy life*, Geneva.
- World Health Organization (2008), *Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social determinants of Health*, Geneva.
- Yankauer, A. (1990), “What infant mortality tells us”, *American Journal of Public Health*, Washington, 80(6), June, pp. 653-654.

### **World Wide Web**

- <http://alea-estp.ine.pt> (site do ALEA, com informação estatística e disponibilização de instrumentos de apoio ao ensino da Estatística – acedido a 25/07/2009).
- <http://www.healthypeople.gov> (site do Governo dos EUA com informação sobre saúde e indicadores de saúde – acedido a 03/07/2009).
- <http://www.ine.pt> (site do INE – acedido a 22/07/2009).
- <http://www.who.int> (site da Organização Mundial de Saúde – acedido a 05/09/2009).
- <http://www.worldbank.org> (site do Banco Mundial, com inúmeras informações estatísticas – acedido a 25/02/2009).
- [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org) (site da UNICEF – acedido a 05/09/2009).



## CAPÍTULO 4

### **DESIGUALDADES NA SAÚDE VERSUS DESIGUALDADES NO DESENVOLVIMENTO**

---

*Não será a morte – até, talvez, fisiologicamente vista – uma espécie de nascimento – o nascimento, talvez, do que era incompleto numa forma completa ou pura?*

Fernando Pessoa, in Silva, P.N. da (2009)

Na sequência dos capítulos anteriores, e fundamentando-se, sobretudo, no conceito de saúde e na sua evolução, este capítulo pretende enfatizar as estreitas relações que existem entre a saúde e o desenvolvimento. Aos velhos problemas de saúde pública, que afligem as populações dos países menos desenvolvidos, junta-se um conjunto de novas preocupações em saúde colocadas pelo desenvolvimento e pela urbanização. Acresce a coexistência, em determinados territórios, de velhos e novos problemas de saúde, acarretando às suas populações um fardo intolerável, insustentável e iníquo. A vulnerabilidade de determinados territórios e populações, que surge, muitas vezes, associada à urbanização, conduziu à emergência de novos conceitos, como os de “saúde urbana” e “espaços urbanos saudáveis”. Num mundo intensa e progressivamente urbanizado, a problemática dos espaços urbanos saudáveis adquire particular relevância, porque subentende a possibilidade de promover a saúde pela transformação dos espaços. Este capítulo procura responder a um conjunto de questões de grande actualidade e pertinência, que plasmam as grandes desigualdades visíveis entre países ricos e pobres.

Sendo assim, pretendemos responder às seguintes questões:

- *Há uma relação entre saúde e desenvolvimento?*
- *Como é essa relação, como se concretiza em diferentes contextos e como tem evoluído?*
- *O que são territórios saudáveis?*
- *Quais as principais estratégias internacionais de promoção da saúde?*

#### 4.1. Saúde, Progresso e Desenvolvimento

Como mencionámos no capítulo 1, em 1946, a OMS definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>1</sup>. Nesta definição, saúde é mais do que ausência de doença, é um estado ideal, uma entidade positiva, uma presença a ser promovida e não apenas uma ausência a lamentar (Meade e outros, 1988). O conceito de saúde adquire um novo significado, de progresso, capacidade, recurso e potencial, revelando-se culturalmente determinado, dependente da posição social dos indivíduos, expansivo<sup>2</sup>, percepcionável – baseado nas perspectivas e expectativas individuais – e adaptativo/funcional – relacionando-se com a capacidade de desempenhar papéis de forma conveniente (Nogueira, 2007a). O conceito de saúde deixa de ser entendido num modelo patogénico, passando a ser perspectivado num modelo salutogénico (Charlton, 1994): a saúde cria-se, conquista-se, é um recurso a ser explorado, um potencial a desenvolver.

A “saúde positiva”, a “saúde-progresso”, assume-se como um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (Taylor e outros, 2003). Todavia, a qualidade de vida é também condição fundamental na génese, manutenção e aumento dos níveis de saúde (Raphael e outros, 2001). Grande (1991), referindo-se à melhoria do nível de saúde das populações, atribui maior importância aos progressos ocorridos na qualidade de vida do que às conquistas conseguidas na luta contra as doenças. Também Agbonifo (1983) relaciona o aumento dos níveis de saúde das populações da Europa e América do Norte com o desenvolvimento social, económico e cultural ocorrido durante o último século. Em Portugal, Santana e Nogueira (2001) destacam a contribuição de factores económicos, sociais e políticos no aumento da esperança de vida da população.

A relação entre desenvolvimento e saúde não é uma relação linear; é, antes, uma relação complexa e mediada por diversos factores, dos quais se destacam a alimentação e o ambiente. O desenvolvimento pode ser entendido como um processo que melhora a qualidade de todos os

---

<sup>1</sup> Um dos princípios da Constituição da OMS, adoptada na Conferência Internacional sobre Saúde em 22 de Julho de 1946, Nova Iorque, tendo entrado em vigor em 7 de Abril de 1948.

<sup>2</sup> A aplicação do conceito de saúde não se circunscreve ao contexto da biologia e do corpo. A este propósito, veja-se o exemplo das “cidades saudáveis”.

aspectos da vida humana (WHO, 1992), permitindo o aumento de investimentos no sentido de diminuir a pobreza, melhorar a nutrição, a salubridade do meio e as infra-estruturas urbanas, sobretudo de saneamento básico e abastecimento de água potável (Nogueira, 2007a). O desenvolvimento possibilita também mais e melhores intervenções de saúde pública (Agbonifo, 1983), um melhor acesso a recursos – habitação adequada, emprego, educação e serviços – uma maior disponibilização de cuidados sociais e de saúde, especialmente para os grupos mais carenciados e, ainda, entre outros factores, a possibilidade de escolha de estilos de vida saudáveis (Phillips e Verhasselt, 1994b).

Os factores apontados não só contribuem para a melhoria da saúde da população, como são, eles próprios, influenciados pelo seu estado de saúde. Desenvolvimento e saúde estão, pois, inter-relacionados: a saúde de uma população decorre, em parte, do seu desenvolvimento, mas, ao mesmo tempo, condiciona-o, podendo actuar como um factor de incremento ou limitação (Nogueira, 2007a). Até certo ponto, a saúde determina a capacidade de trabalho e a produtividade de uma população, cujos aumentos possibilitam um maior investimento em factores que permitem melhorar a sua qualidade de vida (Vidal, 1986) e a sua saúde. A saúde é um indicador e um factor de desenvolvimento.

A relação entre a saúde de uma população e o seu nível de desenvolvimento revela-se, pelo menos, a três níveis (Nogueira, 2007a):

1. Qualidade ambiental: o desenvolvimento é, geralmente, acompanhado por melhorias ambientais (Vigneron, 1993), entendendo-se que um bom ambiente é aquele que proporciona o crescimento intelectual e espiritual dos seres humanos, permitindo-lhes também a manutenção de um bom estado físico e mental;
2. Políticas de saúde e qualidade dos serviços de saúde: altos níveis de desenvolvimento desencadeiam políticas de saúde mais preventivas que curativas (Safran e outros, 1998) e serviços de saúde mais generalizados e acessíveis (Santana, 2005);
3. Perfis epidemiológicos: padrões de doença e morte dependem do nível de desenvolvimento das populações (Vigneron, 1993). Das doenças infecciosas às doenças crónicas e degenerativas, a diferença nos padrões de adoecimento e morte explica-se sobretudo por diferenças no desenvolvimento.

A inter-relação desenvolvimento – saúde é frequentemente avaliada pela forma como os processos de mudança social interferem na vida e na morte das populações (Picheral, 1997). Diferenças na esperança de vida e

nas causas de adoecimento e morte podem ser explicadas através de uma combinação de processos demográficos e epidemiológicos, sumariados pelos modelos das transições demográfica (Thompson, 1929 e Notestein, 1945, referidos por Noin, 1983 e Bandeira, 1996) e epidemiológica (Omran, 1971).

#### **4.1.1. A transição epidemiológica**

Na experiência ocidental, a baixa esperança de vida à nascença e a alta taxa de mortalidade, sobretudo infantil, das populações pré-industriais explicavam-se pela importância das doenças infecciosas e transmissíveis (as grandes epidemias), provocadas por bactérias e vírus (Meade e outros, 1988) e ainda pelas frequentes fomes e guerras (Nazareth, 1996). Industrialização e urbanização trouxeram consigo a subnutrição, o excesso de trabalho, a insalubridade e as más condições de habitação, com consequências negativas na saúde das populações. As taxas de mortalidade atingiam valores particularmente elevados nas novas cidades industriais, que eram compensados por uma também elevada fecundidade. A juventude da população tornava-a também particularmente sensível às doenças contagiosas.

O reconhecimento das consequências negativas da industrialização, as inovações industriais, a melhoria das infra-estruturas sanitárias, os progressos tecnológicos nos domínios da agricultura e da medicina proporcionaram grandes melhorias na qualidade de vida e um progressivo controlo das doenças infecciosas, o que conduziu a uma diminuição consistente das taxas de mortalidade, principalmente infantil. Seguiu-se, a mais de um século de distância, a diminuição das taxas de fecundidade. Natalidade e mortalidade readquiriram então um novo equilíbrio, oscilando em torno de um baixo nível de estabilização; a um crescimento populacional mais intenso seguiu-se um novo período de crescimento populacional reduzido.

No decurso deste processo, a realidade humana altera-se radicalmente: a esperança de vida alonga-se, passando de menos de 40 anos (no final do século XIX – Whitehead, 1998) para valores da ordem dos 80 anos (Santana e outros, 2006); as taxas de mortalidade infantil, que atingiam outrora valores superiores a 250‰, apresentam actualmente valores inferiores a 5‰; as populações tornam-se progressivamente envelhecidas. Nestas condições, as mortes resultam principalmente de doenças crónicas e degenerativas, cujas causas se associam a hábitos e comportamentos, bem como a questões ambientais ou ecológicas. No entanto, a partir das

últimas décadas do século XX, novas patologias infecciosas ganharam uma importância crescente como causas de mortalidade e de morbidade. Destacam-se, entre elas, as hepatites e a SIDA, esta última associada também ao recrudescimento da tuberculose (Santana e outros, 2001; Antunes e Waldman, 2001; Santana e Nogueira, 2004).

O modelo da transição epidemiológica resume um processo evolutivo que apresenta diferentes etapas, variáveis no tempo e no espaço:

1. A primeira, marcada por epidemias, fomes e insalubridade ambiental, onde a morte é provocada essencialmente por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, pneumonia, paludismo, desnutrição, diarreias infantis, deficiências calórico-proteicas, avitaminoses), que atingiam particularmente as crianças e os jovens;

2. Uma segunda etapa, a da transição propriamente dita, cujo motor principal são as oscilações tendencialmente decrescentes na mortalidade por doenças infecciosas, com aumento da esperança de vida e maior frequência das doenças crónico-degenerativas, como sejam, os tumores e as doenças cardio e cerebrovasculares;

3. A terceira fase, que se evidencia nos países ocidentais após a segunda Guerra Mundial, sobretudo a partir das décadas de 60-70, é marcada pelo desenvolvimento de novos tipos de patologias e pela crescente importância de patologias até aí pouco expressivas: obesidade, diabetes, doenças cardio e cerebrovasculares, tumores, doenças crónicas degenerativas, doenças psicossociais e sociopatias (doença mental, suicídio, alcoolismo, toxicodependências, homicídios – Vallin, 1992), destacando-se, entre elas, as doenças cardíacas e vasculares e os cânceros (Nogueira, 2001; Diez-Roux e outros, 2001; Bloom e outros, 2001; Sundquist e outros, 2004, Remoaldo, 2008). Em contraste com a primeira fase da transição, o padrão epidemiológico moderno acentua mais a morbidade do que a mortalidade, atingindo mais a população adulta do que a jovem e infantil. À importância da salubridade do meio junta-se a importância dos comportamentos saudáveis: poluição ambiental, sedentarismo, excessos alimentares e alimentação desequilibrada, excessivo consumo de tabaco e de álcool, contam-se como alguns dos mais importantes agentes delapidadores da saúde.

No entanto, verificam-se importantes desfasamentos espaço-temporais, mesmo entre os países que estão na última fase da transição epidemiológica. Acresce que as diferenças se verificam, inclusive, a escalas nacionais, surgindo quando se analisa a esperança de vida em regiões ou grupos específicos (Van Oyen e outros, 1996; Bossuyt e outros, 2004; Wood e outros, 2006). Para alguns autores, estas diferenças sugerem que

a transição epidemiológica ainda não está completa, mesmo nos espaços ocidentais mais desenvolvidos. As evidências sugerem a ocorrência de uma quarta e última etapa da transição, marcada por oscilações decrescentes nas doenças cardio e cerebrovasculares (Vallin, 1992, Curtis e Taket, 1996) e aumento das sociopatias e das doenças sexualmente transmissíveis, que levará a novos aumentos na esperança de vida, mas lentos e diferenciados (Phillips, 1993). Desplanques e outros (1996) quantificaram o aumento desta variável em cerca de dois a três meses por ano, concluindo pela possibilidade de um novo estágio da transição, caracterizado pela redução da mortalidade por doenças degenerativas.

No previsível cenário de alongamento da esperança de vida, colocam-se questões relacionadas com a possível degradação da saúde, uma vez que as causas das novas morbidades, crônicas mas não fatais, não foram ainda derrotadas (Verbrugge, 1984; Phillips, 1991; Van Oyen e outros, 1996; Bossuyt e outros, 2004; Wood e outros, 2006). No Japão, onde a longevidade atinge os valores máximos, Asada e Ohkusa (2004) concluem que o aumento da esperança de vida é acompanhado pela diminuição ligeira da esperança de vida saudável.

Deve ainda sublinhar-se que o modelo da transição epidemiológica resulta da análise das experiências europeia e norte-americana. Sabendo-se que os processos sintetizados no modelo variam no tempo e no espaço, esperam-se também diferenças nas alterações experimentadas pelos países no seu perfil epidemiológico. Vários autores defendem assim a contextualização histórica e geográfica do modelo (Jones e Moon, 1992) e o recurso a variantes<sup>3</sup>, aquando da sua aplicação a espaços não ocidentais. Refira-se, em concreto, dois casos que têm merecido alguma preocupação:

1. O panorama que marca os países da Europa de Leste, incluindo os da ex-URSS. Vários autores comprovam a existência de um contínuo e alarmante crescimento da mortalidade por doenças cardiovasculares, cancro, SIDA e doenças relacionadas com a infecção pelo VIH, com consequente diminuição da esperança de vida (Boys e outros, 1991), a

---

<sup>3</sup> As variantes do modelo são por vezes denominadas de “modelos retardados” e de “modelos acelerados” (Omran, 1983, referido por Curtis e Taket, 1996). Um modelo acelerado caracteriza países como o Japão e alguns estados do Sudeste Asiático, nos quais mortalidade e fecundidade declinaram muito rapidamente; em oposição, uma transição retardada parece estar a acontecer em alguns países pobres do mundo em desenvolvimento, onde a fecundidade nem sempre declinou rapidamente e as condições de vida nem sempre melhoraram substancialmente para todos os grupos da população, como exemplifica Curto de Casas (1993) no contexto latino-americano.

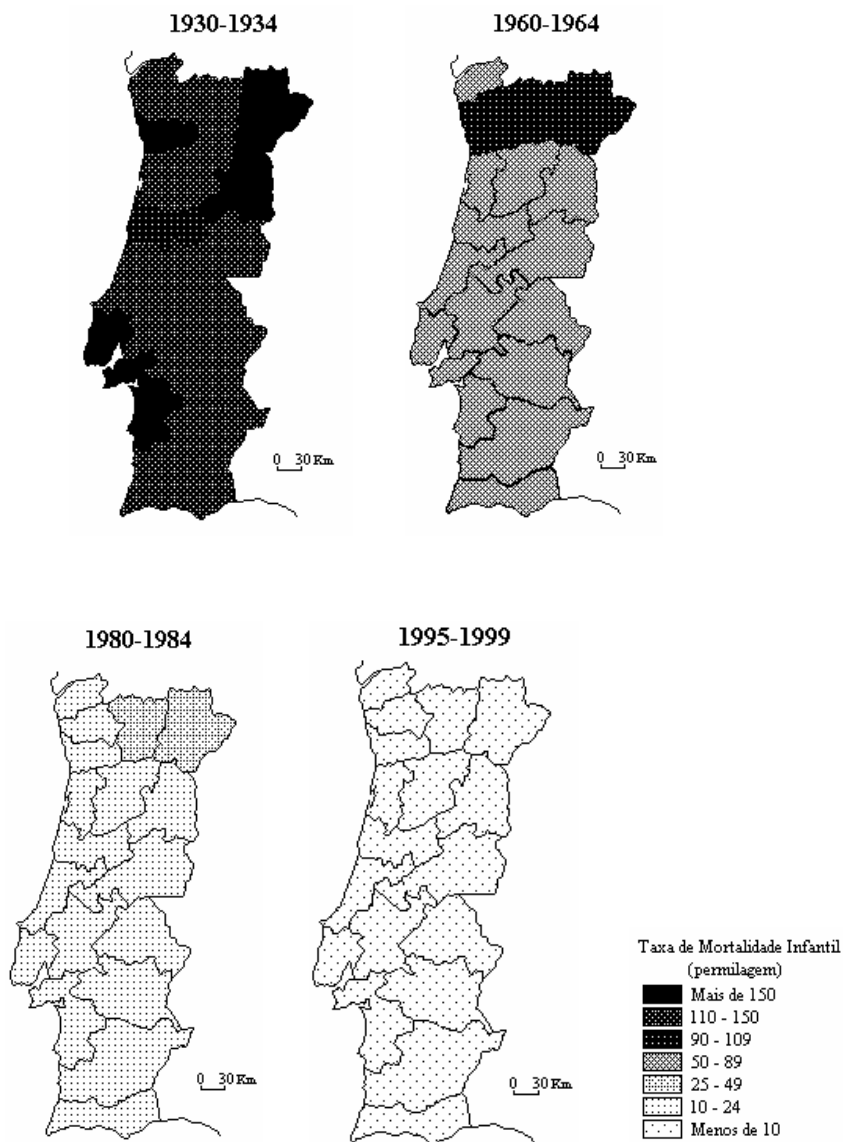
ponto de surgirem referências à emergência de uma divisão Este-Oeste da saúde na Europa (Dahlgren e Whitehead, 1992; Power, 1994; Meslé, 1996; Carlson, 1998; Atlani e outros, 2000; Siegrist, 2000; Piko e Fitzpatrick, 2001).

2. A situação de alguns países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento, maioritariamente na segunda fase da transição demográfica, marcada pelo aumento explosivo de algumas doenças infecciosas, de que é exemplo a SIDA. A sua importância e o significado que irá provavelmente ter nas taxas de mortalidade durante as próximas décadas, especialmente em alguns países africanos (Smallman-Raynor e Cliff, 1990), colocam a possibilidade de retardamento ou mesmo regressão no processo de evolução epidemiológica em curso nesses territórios (Painter, 2001, Antunes e Waldman, 2001).

#### **4.1.2. O caso português**

À semelhança de Espanha, Portugal insere-se no Modelo Mediterrâneo, caracterizado por uma transição tardia, mas acelerada. A transição epidemiológica ocorreu tardiamente no nosso país, já em pleno século XX, mas durou apenas entre 70 a 90 anos (Remoaldo, 2008). Como foi já referido no capítulo 3, a evolução de alguns indicadores de saúde em Portugal pode ser considerada exemplar, revelando o grande esforço da sociedade portuguesa no sentido da aproximação ao conjunto dos países mais desenvolvidos. Tal como reportado no modelo global da transição epidemiológica, as populações urbanas enfrentavam condições de saúde particularmente frágeis, face ao rápido e intenso crescimento demográfico e espacial das cidades. Foram, por isso, as regiões urbanas do litoral português aquelas que conheceram os maiores declínios nas taxas de mortalidade, sinal inequívoco de uma revolução epidemiológica em marcha. A evolução feérica das taxas de mortalidade infantil, que se apresenta nas figuras seguintes, evidencia a intensidade e rapidez que o processo adquiriu no nosso país. No final da transição, a tendência é de uniformidade das condições de saúde da população (Figura 1).

Figura 1 – Evolução das Médias Quinquenais da Taxa de Mortalidade Infantil por distritos em Portugal Continental, 1930 a 1999



Fonte: Remoaldo, 2002: 117-118.



Actualmente, no perfil epidemiológico português, destaca-se o contributo das doenças crónico-degenerativas, ainda que nos últimos anos se tenha registado uma diminuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório (em 1991, 1995 e 1997, estas contribuíam, respectivamente, com 44,5%, 41,9% e 40,1% para o total da mortalidade, não ultrapassando os 38,7% em 2000). Não obstante, algumas doenças infecciosas têm vindo a ganhar uma importância considerável, como é o caso da SIDA.

Segundo os dados do Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da SIDA, a taxa de incidência desta doença na União Europeia (UE) situava-se, a 31 de Dezembro de 2000, nos 22,5 casos por milhão de habitantes. Nesta data, Portugal registava 104,2 casos por milhão de habitantes, posicionando-se em primeiro lugar no *ranking* da UE, logo seguido da Espanha (63,0). Acresce que, enquanto Portugal se encontrava ainda num processo de aumento contínuo da taxa de incidência desta doença, Espanha conhecia, desde meados da década de noventa, uma tendência de desaceleração (Remoaldo, 2008), deixando, desde 1998, de ocupar o primeiro lugar no conjunto da UE. Esta desaceleração também ocorreu nos restantes países da UE, tendo como principal factor os tratamentos com medicamentos antiretrovirais. Em 2004, foram diagnosticados 71755 novos casos de VIH na Região Europeia da OMS. As taxas mais elevadas ocorreram na Estónia (568 casos por milhão de habitantes), seguindo-se Portugal (280), Rússia (239) e Ucrânia (212), desconhecendo-se os dados para Espanha e Itália.

Refira-se ainda que, apesar da aparente homogeneidade epidemiológica regional, revelada na Figura 1, persistem variações em saúde. Estas tornam-se visíveis entre territórios e grupos populacionais, quando focadas a escalas de maior pormenor. Avaliando um conjunto alargado de resultados em saúde, bem como de comportamentos relacionados com a saúde, um recente estudo europeu concluiu que Portugal apresenta das maiores desigualdades entre grupos educacionais, considerando um conjunto de países europeus (Eurothine, 2007), o que, não significando necessariamente desfasamentos na transição epidemiológica, revela, pelo menos, diferenças importantes nas condições de vida da população.

Estudos pormenorizados são então necessários para revelar a verdadeira dimensão das variações em saúde. A identificação de padrões de morbi/mortalidade, o conhecimento da difusão espacial da doença, a identificação de áreas de alerta, entre outros, também só é possível com informação desagregada a escalas adequadas. Todavia, o segredo estatístico não permite apresentar dados de mortalidade por determinadas causas a escalas de pormenor, como a freguesia ou o bairro (secção ou subsecção estatísticas). A confidencialidade dos dados não permite avaliar a

expansão da doença, nem tão-pouco identificar os seus padrões de difusão espacial, e sem esse conhecimento não pode haver prevenção nem planeamento eficazes. O cenário português de elevada incidência e prevalência de casos de VIH e de SIDA revela, entre outros aspectos, a falência da estratégia utilizada pelos sucessivos Governos e pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, falência essa que pode ser, em parte, resultante do desconhecimento dos padrões e das dinâmicas da doença.

#### **4.2. Saúde e urbanização**

A modernização das sociedades ocidentais fundamentou-se em mudanças na estrutura produtiva, com ênfase nas estratégias de industrialização. A industrialização conduziu a mudanças nas formas de ocupação dos espaços, no sentido de uma crescente urbanização. Industrialização e urbanização foram acompanhadas de melhorias nos níveis de saúde da população e de mudanças no seu padrão epidemiológico. Haverá então uma relação entre saúde e urbanização (e implicitamente, entre desenvolvimento e urbanização)?

Um olhar atento ao que nos rodeia mostra quão contingentes são as relações referidas. Isto porque não é totalmente claro que o estado de saúde de uma população melhore automaticamente com o aumento dos níveis de desenvolvimento num dado país, sobretudo se se considerarem todos os seus territórios e todos os seus habitantes (Phillips e Verhasselt, 1994b). Não há apenas diferenças nos perfis epidemiológicos dos países ao longo do tempo; há-as também na sua distribuição interna. Estas variações podem reflectir diferenças entre áreas urbanas e áreas rurais, entre regiões ou distritos, entre grupos económicos, sociais ou ocupacionais (Phillips, 1990, 1991; Van Oyen e outros, 1996). Por vezes, são os sectores mais ricos da população que desenvolvem perfis epidemiológicos mais modernos, enquanto os mais pobres permanecem afectados por doenças infecciosas e distúrbios alimentares, uma situação denominada de “polarização epidemiológica” (Phillips e Verhasselt, 1994a). Outras vezes, a variação verifica-se sobretudo entre áreas urbanas e áreas rurais, com níveis de saúde mais elevados nas áreas urbanas (Santana, 1993; McDade e Adair, 2001), que assumem igualmente a função de pólos no processo de polarização referido.

A melhor saúde dos habitantes em áreas urbanas, comparativamente aos seus congéneres rurais, é de certo modo consensual. McDade e Adair (2001) sugerem que as diferenças podem ser explicadas por diferenças no rendimento (maior para os cidadãos), o que possibilita uma alimentação mais adequada e o pagamento de mais e melhores serviços, diferenças

nos níveis de educação e informação e ainda por diferentes acessos a serviços de saúde diversificados e de qualidade. Galea e outros (2005) sublinham também a relação entre a maior acessibilidade da população urbana aos serviços sociais, em geral, e de saúde, em particular, e os seus melhores resultados em saúde.

Todavia, se é verdade que viver em áreas urbanas tem consequências ao nível das oportunidades e formas de vida, também é verdade que as cidades expõem os seus habitantes a um conjunto de riscos para a saúde (Fitzpatrick e LaGory, 2000; McDade e Adair, 2001). Refira-se, como exemplo, as questões relacionadas com a saúde da população que vive em condições de pobreza e de segregação, social e espacial. Conseguirão as cidades assegurar os serviços sociais e de saúde mais básicos para toda a sua população, inclusive para aquela que é mais pobre e que reside em áreas mais carenciadas? Phillips (1993) refere que o espaço urbano não é um *continuum* uniforme que proporcione a toda a sua população iguais oportunidades de acesso aos serviços, iguais oportunidades de ter uma vida saudável e iguais oportunidades de promoção da saúde. Fitzpatrick e LaGory (2000) referem-se aos problemas da saúde urbana, utilizando a expressão “urban health penalty”. Para estes autores, a situação de desvantagem verificada nas cidades é o resultado da confluência de factores como a má nutrição, a pobreza, o desemprego, a degradação das habitações, a violência, o isolamento e a falta de interacção social.

A equidade em saúde<sup>4</sup> é uma utopia e as iniquidades tornam-se especialmente evidentes nos maiores centros urbanos, onde se agudizam problemas de pobreza e desemprego e onde diferentes factores de risco se acumulam e interagem, determinando elevados riscos para a saúde das populações. Aos deficientes serviços básicos de saúde juntam-se serviços ambientais pobres, transportes públicos insuficientes e habitação condigna igualmente insuficiente. Ruídos, poluição, acidentes de trânsito e insegurança contribuem para deteriorar os níveis de saúde da população urbana (Weinstein, 1980; Gouveia e outros, 2004; Samet e White, 2004). A fragilidade das redes sociais, a falta de suporte familiar e a desestrutu-

---

<sup>4</sup> No seu sentido mais amplo, a equidade pressupõe iguais oportunidades de acesso para iguais necessidades (White, 1979). Equidade significa justiça social (Davies, 1968) e justiça territorial (Picheral, 1997). Variações em saúde justas, isto é, esperadas como, por exemplo, a melhor saúde de indivíduos jovens, comparativamente à de indivíduos idosos, o menor peso ao nascer dos bebés do sexo feminino, em comparação aos do sexo masculino, são apenas desigualdades. Mas quando as variações são injustas – por exemplo, a variação no estado nutricional ou nos níveis de imunização em função do sexo, a variação na probabilidade de receber tratamento adequado em função da etnia ou as variações em saúde em função da área de residência – então tornam-se iniquidades (Braveman e Gruskin, 2003).

ração familiar, mais evidentes nas áreas urbanas (Fitzpatrick e LaGory, 2000; Guerra, 2003), diminuem a auto-estima e aumentam o isolamento, a ansiedade, o *stress*, contribuindo ainda para a emergência de problemas psicossociais, como o consumo de drogas e a criminalidade (Dunn e Hayes, 2000; Pollack e Knesebeck, 2004; Hembree e outros, 2005; Irribarren e outros, 2005).

#### 4.2.1. As cidades saudáveis

As questões da saúde urbana têm sido explicitamente equacionadas no projecto “Cidades Saudáveis” da OMS. Este programa teve início em 1986 e baseia-se no conceito da OMS de “Saúde para Todos no século XXI”. Actualmente encontra-se na quinta fase (2009-1013), subordinada ao grande objectivo da “saúde e equidade em saúde em todas as políticas locais”. O movimento das cidades saudáveis é global, envolvendo cidades em todas as regiões do mundo; só na Região Europeia da OMS, existem mais de 1200 cidades saudáveis, em mais de 30 países. Em Portugal, a Rede envolve 21 cidades.

O conceito de “cidade saudável” incorpora ideias e ideais da saúde pública e de disciplinas como a Sociologia, a Geografia, o Planeamento Urbano, a Ecologia, a Política, a Economia e a Filosofia. Uma das primeiras definições de cidade saudável foi apresentada por Hancock e Duhl (Hancock e Duhl, 1988, referidos por Barton e Tsourou, 2000: 29):

*Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora ambientes físicos e sociais e expande recursos comunitários que permitem às populações suportarem-se mutuamente no desempenho de todas as funções das suas vidas e no desenvolvimento dos seus potenciais máximos.*

Cidades saudáveis são territórios que procuram proporcionar às suas populações mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhes desenvolver ao máximo as suas potencialidades. A tónica não incide somente no resultado, mas sobretudo no processo: não interessa apenas alcançar determinado nível de saúde, interessa principalmente criar a consciência da necessidade de melhorar a saúde e adquirir a capacidade para o fazer. O fundamental é estabelecer um compromisso com a saúde, procurando processos e estratégias que a permitam alcançar (OMS, 2001), pelo que qualquer cidade pode ser uma cidade saudável.

### 4.3. Saúde para Todos – Estratégia e Metas propostas pela OMS

Em 1980, a OMS formulou uma política comum europeia expressa no grande desafio da “Saúde Para Todos no ano 2000”. O conceito da “Saúde para Todos” assenta numa filosofia que sublinha a necessidade de diminuir taxas de morbilidade e mortalidade, bem como a necessidade de aumentar a igualdade de oportunidades para a saúde, baseando-se em seis princípios: 1. reduzir desigualdades em saúde, entre países e dentro do mesmo país; 2. enfatizar a prevenção da doença e a promoção da saúde; 3. promover a cooperação entre os diferentes sectores da sociedade, minimizando a exposição a factores de risco e melhorando o acesso às condições básicas para a saúde; 4. promover a participação na comunidade; 5. desenvolver a rede de cuidados de saúde primários; 6. desenvolver a cooperação internacional, uma vez que os problemas de saúde são transfronteiriços (OMS, 1985).

No âmbito da “Saúde Para Todos no ano 2000” (OMS, 1985), postula-se a (re)organização das infra-estruturas dos sistemas de prestação de cuidados, de modo a promover (1) a adequação entre distribuição dos recursos e necessidades, (2) a acessibilidade – geográfica, económica, cultural e organizacional – e ainda (3) a aceitabilidade dos serviços por parte da população (Meta nº 27 – OMS, 1985). Acredita-se que a equidade em saúde é possível através de uma distribuição mais justa dos recursos, atendendo às necessidades humanas. O compromisso é, pois, o de mais justiça, social e territorial.

O compromisso da “Saúde para Todos” foi assumido pelos 33 países da Região Europeia da OMS. Os objectivos delineados, relativos à melhoria da saúde e da equidade em saúde, conduziram ao estabelecimento de uma estratégia comum assente em quatro dimensões:

- Assegurar a igualdade em saúde (reduzir diferenças entre países e entre regiões e grupos do mesmo país);
- Dar mais vida aos anos (desenvolver plenamente o potencial físico e intelectual de cada um);
- Dar mais saúde à vida (reduzir a doença e a incapacidade);
- Dar mais anos à vida (diminuir a mortalidade prematura, aumentando a esperança de vida).

A estratégia da “Saúde para Todos” sublinhou a necessidade de promover mudanças nas determinantes da saúde, nomeadamente ao nível dos factores individuais (promover estilos de vida saudáveis), ambientais

(promover um ambiente salubre) e políticos (reorientar os sistemas de cuidados de saúde em direcção aos cuidados de saúde primários). A fim de melhorar a saúde e a equidade em saúde foram estabelecidas 38 metas que se pretendiam atingir até ao ano 2000.

Actualmente, algumas das metas enunciadas foram alcançadas, em parte ou na sua totalidade, enquanto outras persistem como um desafio. Refiram-se, como exemplo do primeiro caso, as metas números 5 (eliminar determinadas doenças, nomeadamente sarampo autóctone, poliomielite, tétano neonatal, rubéola congénita, sífilis congénita e paludismo autóctone), 6 (aumentar a esperança de vida à nascença para um valor de, pelo menos, 75 anos), 7 (reduzir a mortalidade infantil para valores inferiores a 20 por 1000 nados-vivos) e 8 (reduzir a mortalidade materna a valores inferiores a 15 por 100000 nados-vivos). Pelo contrário, algumas das metas mantêm-se distantes, revelando o relativo fracasso da estratégia delineada. Entre elas destacam-se as metas números 1 (reduzir as diferenças do estado de saúde entre países e entre grupos do mesmo país em, pelo menos, 25%) e 10 (reduzir a mortalidade por cancro em indivíduos com menos de 65 anos em, pelo menos, 15%). O insucesso nas metas referidas revela debilidades ao nível da prevenção primária e secundária (riscos relacionados com comportamentos e estilos de vida, rastreios insuficientes, diagnósticos tardios, cuidados de saúde desadequados). Por outro lado, o insucesso na consecução da primeira meta decorre das desigualdades socioeconómicas que se verificam nas sociedades modernas e que se concretizam por discrepâncias crescentes ao nível das condições de vida e de trabalho.

No final do século XX, a OMS procedeu a uma redefinição das metas, sob o desafio da “Saúde para Todos no século XXI”. Inspirado no anterior, o novo programa da OMS passa pela fixação de prioridades mundiais e de metas que criem condições para que cada indivíduo possa atingir, e manter, durante a sua existência, o melhor estado de saúde possível. Com o objectivo de permitir a cada indivíduo alcançar de forma plena o seu potencial de saúde, foram equacionadas 21 metas para a Região Europeia (OMS, 1999), continuando a insistir-se na equidade em matéria de saúde (Meta nº 2) e sobressaindo a saúde dos jovens (Meta nº 4), dos mais idosos (Meta nº 5), as doenças transmissíveis (Meta nº 7), os acidentes (Metas nº 9 e 10) e a adopção de modos de vida mais saudáveis (Meta nº 11 – Remoaldo, 2008). Para além de objectivos e estratégias claramente formulados, o programa colocou, de forma implícita, a necessidade de alterar políticas de saúde, bem como a questão dos apoios necessários para concretizar as mudanças preconizadas.

#### 4.4. Saúde e desenvolvimento para o século XXI – os Objectivos do Milénio

O século XXI começa com muitas incertezas e contradições: as desigualdades sociais são gritantes e crescentes, não só entre países como também entre diferentes grupos e territórios no mesmo país; uma parte da população mundial delapida grande quantidade de recursos naturais e financeiros, enquanto outros sobrevivem (e morrem) em condições consideradas inaceitáveis por aqueles; uns vivem para além dos oitenta anos, enquanto outros não conseguem atingir os cinquenta. É neste cenário de iniquidade que a comunidade internacional assume, no início do século XXI, o compromisso de erradicar a pobreza extrema e melhorar a saúde das pessoas mais pobres num período de 15 anos. O compromisso assumido foi plasmado em oito objectivos, formalmente expressos na Declaração do Milénio. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), genericamente aceites por países ricos e pobres, desdobram-se em 21 metas a serem alcançadas, maioritariamente, em 2015. Uma vez que possuem prazos de concretização, é possível aferir o modo como os ODM estão, ou não, a evoluir para a meta estabelecida, avaliando-se o sucesso ou insucesso das estratégias implementadas. Apresentam-se, seguidamente, os oito ODM (ONU, 2008):

1. Reduzir para metade a pobreza extrema e a fome;
2. Assegurar a educação primária universal;
3. Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres;
4. Reduzir em dois terços a mortalidade infantil;
5. Reduzir em 75% a mortalidade materna;
6. Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças graves;
7. Garantir a sustentabilidade ambiental;
8. Fortalecer uma parceria global para o desenvolvimento.

Os ODM fazem da saúde um tema central; três dos objectivos referem-se de forma expressa e concreta a resultados em saúde (objectivos números 4, 5 e 6), mas a saúde está subjacente a todos os outros objectivos. Pobreza, género, educação, ambiente, são determinantes da saúde, pelo que intervenções dirigidas à erradicação da pobreza, à igualdade de género, à universalidade da educação e à sustentabilidade ambiental possuem necessariamente impactes na saúde.

Pressupõem também mudanças importantes em termos culturais, visto a igualdade de género (Objectivo 3) se assumir como um objectivo primordial para se alcançarem os restantes sete.

O oitavo objectivo preconiza a constituição de um compromisso global para o desenvolvimento, resultante da contribuição de países ricos (através de apoios e ajudas ao desenvolvimento) e pobres (implementação de políticas de desenvolvimento, maior rigor na governação e nas contas públicas). Este objectivo revela a necessidade de construir um mundo mais equitativo, só assim alcançando segurança e prosperidade para todos.

Os primeiros anos do novo milénio trouxeram a esperança de concretização dos ODM; entre 1990 e 2005 a pobreza extrema recuou de forma acentuada (em 1990 cerca de metade da população das regiões em desenvolvimento vivia em condições de pobreza extrema, valor que recuou para cerca de  $\frac{1}{4}$  em 2005), ocorreram avanços significativos na educação (entre 2000 e 2007 o ensino primário aumentou cerca de 83% nas regiões em desenvolvimento, alargando-se a 88% da população), as taxas de mortalidade infantil diminuíram de forma consistente, sobretudo pela prevenção do sarampo e paludismo (não obstante, o aumento populacional, a mortalidade em menores de cinco anos passou de 12,6 milhões em 1990 para 9 milhões em 2007) e verificou-se uma diminuição do consumo de substâncias agressoras da camada de ozono (redução de 197% a nível global) (ONU, 2008).

Todavia, a crise económico-financeira surgida em meados de 2008 e ainda prevaiente no início de 2010, trouxe consigo a desaceleração na consecução de alguns objectivos, e até mesmo uma inversão nas tendências anteriormente verificadas. Estima-se que, em 2009, tenha havido um aumento de 55 a 90 milhões de pessoas a viver em situação de pobreza extrema. Em 2008, em consequência do aumento do preço dos alimentos, inverteu-se também a tendência de erradicação da fome, cuja prevalência tem aumentado nas regiões em desenvolvimento (16% em 2006 e 17% em 2008). É provável que a igualdade de género tenha sofrido algum retardamento, uma vez que o desemprego e a instabilidade no trabalho afecta de forma desproporcional o emprego feminino. As crianças são um grupo particularmente vulnerável aos problemas sociais e económicos, sendo de prever a continuação ou aumento da prevalência da subnutrição e da insuficiência ponderal à nascença.

Os países em desenvolvimento apresentam uma situação particularmente grave, uma vez que não só é aí que vive a maioria da população necessitada, como é também aí que mais se fazem sentir os impactes da crise económica. Por um lado, os programas dependentes da ajuda financeira dos países desenvolvidos podem ser comprometidos com a situação de crise, uma vez que estes dispõem de menos fundos financeiros e



monetários para a ajuda internacional. Por outro lado, os recursos internos que estes países podem disponibilizar para auxílio ao desenvolvimento tendem também a ser menores, face à diminuição do seu nível de exportações. Refira-se, por último, que a crise económica agrava a crise ambiental, dada a crescente pressão económica sobre os recursos naturais e sobre o ambiente. Problemas de desflorestação, perda de biodiversidade e pressão sobre os recursos hídricos devem, pois, persistir e até aumentar.

Relativamente a Portugal, estamos conscientes de que só nos últimos quatro anos o país assumiu uma postura mais interventiva, nomeadamente no âmbito da sustentabilidade ambiental (Objectivo 7). Na realidade, o Sétimo Objectivo é aquele em que se sente uma maior expressão pública e um maior empenhamento, quer por parte dos governos, quer por parte da sociedade civil. No âmbito da sociedade civil, o impacto em Portugal do filme de Al Gore (Verdade Inconveniente) foi crucial. Para compreender esta afirmação, há que ter presente a ratificação recente, à escala da União Europeia, do Protocolo de Quioto e a assunção pública (em 2006) das alterações que estão a ocorrer à escala do planeta devido à intervenção do Homem. Em relação aos restantes objectivos, deve sublinhar-se a importância do Sexto Objectivo, uma vez que a infecção por VIH/SIDA (uma das doenças contempladas neste Objectivo) permanece um dos maiores desafios que se colocam a Portugal até 2015.

## **Bibliografia**

- Agbonifo, P.O. (1983), “The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation”, *Social Science & Medicine*, 24, pp. 2003-2006.
- Antunes, J.; Waldman, E. (2001), “The Impact of AIDS, Immigration and Housing Overcrowding on Tuberculosis Death in São Paulo, Brazil, 1994-1998”, *Social Science & Medicine*, 52, pp. 1071-1080.
- Asada, Y.; Ohkusa, Y. (2004), “Analysis of Health-Related Quality of Life (HRQL), Its Distribution, and Its Distribution By Income in Japan, 1989 and 1998”, *Social Science & Medicine*, 59, pp. 1423-1433.
- Atlani, L.; Carael, M.; Brunet, J.; Frasca, T. e Chaika, N. (2000), “Social Change and HIV in the Former USSR: The Making of a New Epidemic”, *Social Science & Medicine*, 50, pp. 1547-1556.
- Bandeira, M.L. (1996), *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa, Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Barton, H.; Tsourou, C. (2000), *Healthy Urban Planning. A WHO Guide to Planning for People*. Londres, OMS, Spon Press.

- Bloom, J.; Stewart, S.; Johnston, M; Banks, P. e Fobair, P. (2001), "Sources of Support and the Physical and Mental Well-Being of Young Women with Breast Cancer", *Social Science & Medicine*, 53, pp. 1513-1524.
- Bossuyt, N.; Gadeyne, S; Deboosere, P. e Van Oyen, H. (2004), "Socio-economic Inequalities in Health Expectancy in Belgium", *Public Health*, 118, pp. 3-10.
- Braveman, P.; Gruskin, S. (2003), "Defining Equity in Health", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 254-258.
- Carlson, C. (1998), "Self-Perceived Health in East and West Europe: Another European Health Divide", *Social Science & Medicine*, 46, pp. 1355-1366.
- Charlton, B. (1994), "Is Inequality Bad for the National Health?", *Lancet*, 343, pp. 221-222.
- Curtis, S.; Taket, A. (1996), *Health and Societies: Changing Perspectives*, Londres, Arnold.
- Curto de Casas, S.I. (1993), "Geographical Inequalities in Mortality in Latin America", *Social Science & Medicine*, 36, pp. 1349-1355.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1992), *Políticas e Estratégias para Promover a Igualdade Perante a Saúde*, Copenhaga, OMS.
- Davies, B. (1968), *Social Needs and Resources in Local Services*, Londres, Michael Joseph.
- Desplanques, G.; Mizrahi, A. e Mizrahi, A. (1996), « Mortalité et Morbidité par Catégories Sociales », *Solidarité Santé*, 4, pp. 75-85.
- Diez-Roux, A.; Merkin, S.; Arnett, D.; Chambless, L.; Massing, M.; Nieto, J.; Sorlie, P.; Szklo, M.; Tyroler, H. e Watson, L. (2001), "Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Disease", *N. Eng. J. Med.*, 345, pp. 99-136.
- Dunn, J. e Hayes, M. (2000), "Social Inequality, Population Health, and Housing: A Study of Two Vancouver Neighborhoods", *Social Science & Medicine*, 51, pp. 563-587.
- Eurothine (2007), *Tackling health inequalities in Europe: An integrating approach*. Erasmus MC, Rotterdam.
- Fitzpatrick, K. e LaGory, M. (2000), *Unhealthy Places. The Ecology of Risk in the Urban Landscape*, Londres, Routledge.
- Galea, S.; Feudenberg, N. e Vladhov, D. (2005), "Cities and Population Health", *Social Science & Medicine*, 60, pp. 1017-1033.
- Gouveia, N.; Bremner, S. e Noaves, H. (2004), "Association between Ambient Air Pollution and Birth Weight in São Paulo, Brazil", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 11-17.
- Grande, N. (1991), *Perspectivas Actuais dos Conceitos de Saúde e de Doença*, in J. Bento e A. Marques (eds.), *Desporto. Saúde. Bem-Estar*. Porto, Universidade do Porto, pp. 27-32.
- Guerra, I. (2003), *Tensões do Urbanismo Quotidiano*, in *Políticas Urbanas. Tendências, Estratégias e Oportunidades*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

- Hembree C.; Galea, S.; Ahern, J.; Tracy, M.; Piper, T.; Miller, J.; Vlahov, D. e Tardiff, K. (2005), “The Urban Built Environment and Overdose Mortality in New York City Neighborhoods”, *Health & Place*, 11, pp. 147-156.
- Iribarren, C.; Jacobs, D.; Kiefe, C.; Lewis, C.; Matthews, A.; Roseman, J. e Hulley, S. (2005), “Causes and Demographic, Medical, Lifestyle and Psychosocial Predictors of Premature Mortality: The Cardia Study”, *Social Science & Medicine*, 60, pp. 471-482.
- Jones, K.; Moon, G. (1992), “Medical Geography: Global Perspectives”, *Progress in Human Geography*, 16, pp. 563-572.
- McDade, T.; Adair, L. (2001), “Defining the ‘Urban’ in Urbanization and Health: A Factor Analysis Approach”, *Social Science & Medicine*, 53, pp. 55-70.
- Meade, M.; Florin, J. e Gesler, W. (1988), *Medical Geography*, Nova Iorque, The Guilford Press.
- Meslé, F. (1996), Mortality in Eastern and Western Europe: A Widening Gap, in D. COLEMAN (ed.), *Europe’s Population in the 1990s*. Oxford, Oxford University Press, pp.127-143.
- Nazareth, J.M. (1996), *Introdução à Demografia – Teoria e Prática*, Lisboa, Editorial Presença.
- Nogueira, H. (2001), *Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde*, Universidade de Coimbra, Coimbra (Tese de Mestrado, policopiado).
- Nogueira, H. (2007), *Os Lugares e a Saúde – Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa*, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 483 p.
- Noin, D. (1983), *La Transition Démographique*, Paris, PUF.
- Oman, A.R. (1971), “The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, pp. 509-538.
- Organização das Nações Unidas (2008), *The Millennium Development Goals Report*, New York, United Nations.
- Organisation Mondiale de la Santé (1999), *Santé 21: la politique-cadre de la santé pour tous pour la Région européenne de l’OMS*, Genève.
- Organização Mundial de Saúde (1985), *As metas da Saúde para Todos: metas da estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*, Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2001), Urban Voice. *WHO European Healthy Cities Newsletter*, 3-4. Copenhaga.
- Painter, T. (2001), “Voluntary Counselling and Testing for Couples: A High-Leverage Intervention for HIV/AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa”, *Social Science & Medicine*, 53, pp. 1397-1411.
- Phillips, D. R. (1990), *Health and Health Care in the Third World*, Londres, Longman.

- Phillips, D. R. (1991), "Problems and Potencial of Researching Epidemiological Transition: Examples from Southeast Asia", *Social Science & Medicine*, 33, pp. 395-404.
- Phillips, D. R. (1993), "Urbanization and Human Health", *Parasitology*, 106, pp. 93-107.
- Phillips, D.R.; Verhasselt, Y. (1994a), Introduction: Health and Development, in D.R. Phillips e Y. Verhasselt (eds.), *Health and Development*, Londres, Routledge, pp. 3-32.
- Phillips, D.R.; Verhasselt, Y. (1994b), Health and Development: Retrospect and Prospect, in D. R. Phillips e Y. Verhasselt (eds.), *Health and Development*. Londres, Routledge, pp. 301-318.
- Picheral, H. (1997), La Valeur Stratégique de l'Espace dans les Politiques Sanitaires, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, pp. XXXV-XXXVI.
- Piko B.; Fitzpatrick, K. (2001), "Does Class Matter? SES and Psychosocial Health among Hungarian Adolescents", *Social Science & Medicine*, 53, pp. 817-830.
- Pollack, C.; Knesebeck, O. (2004), "Social Capital and Health among the Aged: Comparisons between the United States and Germany", *Health & Place*, 10, pp. 383-391.
- Power, C. (1994), "Health and Social Inequality in Europe", *British Medical Journal*, 308, pp. 1153-1156.
- Raphael D.; Renwick, R.; Brown, I.; Steinmetz, B.; Sehdev, H. e Phillips, S. (2001), "Making the Links between Community Structure and Individual Well-Being: Community Quality of Life in Riverdale, Toronto, Canada", *Health & Place*, 7, pp. 179-196.
- Safran, D.; Kosinki, M.; Tarlov, A.; Rogers, W.; Taira, D.; Lieberman, N. e Ware, J. (1998), "The Primary Care Assessment Survey. Tests of Data Quality and Measurement Performance", *Medical Care*, 36, pp. 728-739.
- Samet, J.; White, R. (2004), "Urban Air Pollution, Health, and Equity", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 3-5.
- Santana, P. (1993), *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde – Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*, Universidade de Coimbra, Coimbra (Tese de Doutoramento, policopiado).
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra, Edições Almedina.
- Santana, P.; Nogueira, H. (2001), "A Esperança de Vida em Portugal", *Cadernos de Geografia*, 20, pp. 3-13.
- Santana, P.; Nogueira, H. (2004), "The Geography of HIV/AIDS in Portugal", *Fenia*, 182, pp. 95-108.
- Santana, P.; Nogueira, H. e Ribeiro, O. (2001), "A Geografia do SIDA em Portugal", *Cadernos de Geografia*, 20, pp. 15-28.
- Santana, P.; Santos, R.; Costa, C.; Fernandes, M. e Nogueira, H. (2006), "Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde" (<http://www.acs.min>

- saude.pt/acs/resources/metaspns/main.html). Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.
- Siegrist, J. (2000), "Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework", *Social Science & Medicine*, 51, pp. 1283-1293.
- Smallman-Raynor, M.; Cliff, A. (1990), "Acquired Immune Deficiency Syndrome: Literature, Geographical Origins and Global Patterns", *Progress in Human Geography*, 14, pp. 157-213.
- Sundquist, K.; Malmstrom, M. e Johansson, S.-E. (2004), "Neighbourhood Deprivation and Incidence of Coronary Heart Disease: A Multilevel Study of 2.6 Million Women and Men in Sweden", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 71-77.
- Taylor, R.; R.; Smith, B. e Van Teijlingen, E. (2003), *Health and Illness in the Community*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- Vallin, J. (1992), *La Démographie*. Paris, Éditions La Découverte.
- Van Oyen, H; Tafforeau, J. e Roelands, M. (1996), "Regional Inequities in Health Expectancy in Belgium", *Social Science & Medicine*, 43, pp. 1673-1678.
- Verbrugge, L. (1984), Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, pp. 475-519.
- Vidal, C. A. (1986), *Equipamentos de Saúde como Factores de Valorização dos Recursos Humanos, numa Óptica do Desenvolvimento Económico-Social*, pp. 1-9 (policopiado).
- Vigneron, E. (1993), "Epidemiological Transition and Geographical Discontinuities: The Case of Cardiovascular Mortality in French Polynesia", *Social Science & Medicine*, 37, pp. 779-790.
- Weinstein, M. (1980), *Health in the City. Environmental and Behavioral Influences*, Nova Iorque, Pergamon Press.
- White, K.L. (1979), Equitable Allocation of Resources, in World Health Organization (ed.), *Measurement of Levels of Health*. Copenhaga, pp. 59-63.
- Whitehead, M. (1998), The Health Divide", in P. Townsend e N. Davidson (eds.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., pp. 215-381.
- Wood, R.; Sutton, M.; Clarck, D.; Mckeon, A. e Bain, M. (2006), "Measuring Inequalities in Health: The Case for Healthy Life Expectancy", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 60, pp. 1089-1092.
- World Health Organization (1992), *Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment*. Geneva, WHO.

**World Wide Web**

<http://www.dgs.pt> (site da Direcção Geral da Saúde – acedido a 20/11/2009).

<http://www.europa.eu.int/eurostat.html> (site do Eurostat – acedido a 20/11/2009).

<http://www.elcha.co.uk/holp/> (site com dados sobre as 15 maiores cidades europeias – acedido a 20/11/2009).

<http://www.prb.org> (site do Population Reference Bureau – acedido a 20/11/2009).

<http://www.oikos.pt> (site da Oikos – Cooperação e Desenvolvimento – acedido a 20/11/2008).

<http://www.uccla.pt> (site da União das Cidades Capitais Luso-Afro-Américo-Asiáticas – acedido a 10/05/2009).

<http://www.undp.org> (site do United Nations Development Programme – acedido a 20/11/2009).

<http://www.unicef.org/pon99> (site da Unicef que apresenta relatórios de 1999 relacionados com a criança e apresenta indicadores de saúde – acedido a 20/10/2008).

<http://www.who.org> (site da Organização Mundial de Saúde – acedido a 20/11/2009).

<http://www.who.int/whosis/> (site da Organização Mundial de Saúde com indicadores de saúde) – acedido a 20/05/2008.

**Notas conclusivas**

A presente obra debruçou-se sobre alguns conceitos básicos em saúde, debatidos por inúmeros autores, principalmente no século XX, bem como sobre outros, mais recentes e relacionados com a saúde, tais como os de empoderamento e bem-estar.

Seguidamente apresentamos as principais ilações a reter.

1. A concepção actual de saúde é dinâmica e multidimensional, tendo em consideração o equilíbrio e a harmonia de vários factores – biológicos, psicológicos e sociais – e estando-lhe subjacente uma dimensão de potencial de vida; é cada vez mais, no domínio da própria Geografia da Saúde, uma concepção funcional e adaptativa e, sobretudo, uma construção sociocultural.

2. A doença deve ser entendida como uma experiência subjectiva e é uma manifestação do indivíduo, enquanto os problemas de saúde são uma expressão do lugar; sendo assim, apesar do modo de transmissão das doenças ser idêntico em toda a superfície da terra, é diferente como cada

lugar previne, promove a saúde, produz exposição e trata os doentes.

3. O conceito de bem-estar está relacionado, sobretudo, com um conjunto de variáveis socioeconómicas de que se ressaltam o estado de saúde, o padrão de vida, a habitação, o saneamento básico, a satisfação e condições de trabalho e o acesso a serviços de saúde.

4. A Geografia da Saúde apresenta várias potencialidades na abordagem em saúde, como resultado de aspectos metodológicos inerentes à ciência geográfica; o seu trunfo deriva da abordagem da dinâmica espaço-temporal e da capacidade para cartografar e analisar simultaneamente a dimensão biológica, social e espacial das doenças.

5. A abertura dos geógrafos da saúde às tecnologias, como os Sistemas de Informação Geográfica, permite-lhes, pela primeira vez e juntamente com as outras qualidades enunciadas atrás, aspirar a liderar equipas multidisciplinares que se preocupem com a problemática da saúde.

6. Outra das capacidades dos geógrafos da saúde, que é difícil de encontrar nos outros cientistas das ciências sociais, e que resulta da sua formação em Geografia, é a facilidade que têm em trabalhar com fontes diversificadas e de aceder às mesmas; no entanto, grande parte destas fontes não disponibilizam dados para escalas geográficas que permitam, com rigor, debelar a morbilidade e mortalidade que vão ocorrendo.

7. A partir, principalmente, dos anos oitenta do século XX, tornou-se possível deter um melhor conhecimento da morbilidade dos portugueses, a uma escala nacional, mas esta ainda é muito limitada quando tentamos estudar a realidade municipal e das respectivas freguesias.

8. Uma das questões mais relevantes e actuais passa pela existência de grandes (e crescentes) desigualdades em saúde, que se observam a diferentes escalas geográficas e para diferentes resultados em saúde. Estudando as variações na mortalidade prematura, conclui-se pela existência de um gradiente social: a mortalidade prematura é maior na base da hierarquia social, ou seja, nos grupos mais carenciados. Esta realidade questiona as políticas de redistribuição do rendimento, uma vez que estas podem apenas promover uma transferência de saúde dos grupos ou áreas mais “ricas”, para os grupos ou áreas mais “pobres”. Parece então necessário diminuir a população dos grupos da base da hierarquia, aumentando a do topo.

9. A melhoria da saúde passa por intervenções dirigidas a diferentes níveis (do local ao nacional), por diferentes actores e em diferentes sectores (*e.g.*, habitação, transportes, educação, saúde). A causalidade em saúde é complexa, sendo múltiplos os factores que conduzem ao empobrecimento ou promoção da saúde. Factores individuais, como a escolaridade e o rendimento, factores comportamentais, como a

ridade e o rendimento, factores comportamentais, como a alimentação, a actividade física e o tabagismo, e factores contextuais, como a acessibilidade ao transporte público, a disponibilidade de recursos locais e a organização social (sentimentos de pertença, identidade, reciprocidade) imbricam-se, constituindo teias de suporte às populações e promoção da sua saúde ou, inversamente, de degradação da sua qualidade de vida e da sua saúde. A identificação das determinantes da saúde é, pois, fundamental para o desenho de políticas mais dirigidas e mais eficazes.

10. A relação entre desenvolvimento e saúde não é uma relação linear, mas sim uma relação complexa e mediada por diversos factores, sobressaindo a alimentação e o ambiente. Se é verdade que a saúde melhora com o aumento dos níveis de desenvolvimento, é também verdade que isso não se verifica de forma exaustiva, considerando todos os territórios e todos os grupos populacionais. Grupos e áreas favorecidas tornam-se mais saudáveis e desenvolvem perfis epidemiológicos modernos, constituindo-se como focos de polarização epidemiológica, enquanto os mais pobres e vulneráveis subsistem afectados por um pesado fardo de doença e morte. A transição epidemiológica revela assim os seus desfasamentos espaço-temporais.

11. Urge encontrar soluções para um conjunto de preocupações em saúde que emergiram derivadas do desenvolvimento e da urbanização. As cidades constituem-se hoje como paradigmas do habitat humano, mas é necessário adequá-las às suas populações, o que se torna difícil, sobretudo quando estas não param de aumentar. Habitação, disponibilidade de bens e serviços essenciais, infra-estruturas ambientais, de saneamento e água potável, são alguns dos aspectos do ambiente físico que se revelam essenciais à saúde; mas também coesão e suporte social, identidade e pertença, solidariedade e reciprocidade, sentimentos que surgem em comunidades caracterizadas por laços sociais consolidados, confiança institucional, capacidade de intervenção e que pressupõem equidade social. Compreende-se assim que a OMS tenha feito da equidade em saúde um dos seus objectivos principais.

12. Cidades saudáveis, comunidades saudáveis, populações saudáveis – é cada vez mais incontornável a relação entre estas realidades: o ambiente cria os nossos lugares e as nossas comunidades e estes sustentam a nossa saúde. Muito se tem feito para melhorar as condições de vida e a saúde das populações, mas muito há ainda a fazer. A prová-lo estão os programas para a saúde e para o desenvolvimento das Nações Unidas e muitos, como nós, estão expectantes e esperançados nos seus resultados.



## ANEXO

### Glossário de conceitos em Geografia da Saúde

**ACESSIBILIDADE** – Corresponde ao grau de facilidade com que o utilizador obtém os cuidados de saúde adequados, no momento oportuno, reportando-se a um determinado local e a um determinado momento. É considerada como uma componente da qualidade dos cuidados de saúde.

**AMBIENTE** – É o meio envolvente de um organismo vivo. Para os seres humanos o ambiente é constituído pelos componentes físico, biológico e cultural.

O componente físico compreende os circundantes físicos e químicos do ar, terra e mar. Também inclui constantes físicas, como a gravidade, e variáveis geográficas, como os solos, o clima, a altitude e a continentalidade. O componente biológico compreende todos os seres vivos (plantas, animais e micróbios), que vivem no solo, no ar e na água, enquanto o cultural corresponde ao ambiente criado pela cultura humana – os cenários sociais, as instituições e organizações da sociedade, e as transformações que a humanidade fez no ambiente físico e no biológico, como nas cidades, quintas, parques e lagos artificiais.

O ambiente físico inclui riscos para a saúde, tais como, a exposição excessiva à luz solar, os climas rigorosos, a escassez de ar ou água puros, os tremores de terra, as inundações e as erupções vulcânicas.

O ambiente biológico também contém agentes de doença. Os agentes mais temíveis são os vírus, as bactérias, os protozoários (animais constituídos por uma única célula), causadores de doenças infecciosas, e os insectos vectores que os transportam. Os venenos de plantas e animais são outros agentes biológicos.

O ambiente cultural também pode promover enfermidades e morte, como é o exemplo das mulheres afegãs e indianas.

**BIOÉTICA** – Corresponde ao ramo da Ética que se preocupa com o estudo dos problemas que surgem com o avanço tecnológico e que tenta encontrar decisões responsáveis que dizem respeito ao indivíduo, quer tenham a ver com a sua vida, quer com a sua morte (Imperatori, E., 1999).

**CLIENTE** – Termo que possui uma elevada conotação comercial para ser utilizado em saúde e que nos anos oitenta do século XX passou a ser utilizado para ressaltar a não gratuitidade dos cuidados de saúde. Em termos deontológicos e éticos é preferível usar o termo “doente”, o de “paciente” ou de “utente” (consultar Imperatori, 1999: 75).

**CONSUMIDOR** – Indivíduo que utiliza ou é potencial utilizador dos serviços de saúde (consultar Imperatori, 1999: 86).

**COMPLEXO PATOGENICO** – É um conceito que foi primeiramente equacionado por Max Sorre (1933), que o relacionou sobretudo com as doenças transmissíveis. Corresponde à associação parasitária de seres vivos em que o homem é a vítima, nas condições específicas de transmissão ligadas ao meio natural. A combinação destas associações determina a área de extensão potencial da doença, ou seja, a sua área patogénica.

**CUIDADOS** – Prestações ou serviços disponíveis para promover a saúde, incluindo também a sua função para prevenir ou debelar a doença, ou mesmo para recuperar os níveis de saúde. É utilizado em vez de atenção médica ou assistência médica (consultar Imperatori, E., 1999: 99).

**CUIDADOS AMBULATORIOS** – Qualquer cuidado de saúde que não requer internamento.

**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS** – Designação concedida na Conferência Internacional OMS/UNICEF sobre os cuidados de saúde primários que teve lugar em 1978 em Alma-Ata (ex-URSS) e que foram encarados como a estratégia que deveria permitir atingir a “Saúde para Todos”. O termo “primário” possui, desde então, várias conotações. É encarado como o primeiro contacto com o sistema de saúde ou o primeiro nível de cuidados ou com cuidados simples que podem ser ministrados por pessoas com relativa baixa formação ou ainda com intervenções alicerçadas nas principais causas de doença.

Em Portugal correspondem, sobretudo, aos cuidados prestados nos Centros de Saúde e suas Extensões e Sub-Extensões, tendo subjacentes a prevenção da doença e a promoção da saúde.

**CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS** – Correspondem ao segundo nível de cuidados, implicando uma especialização, tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico, reportando-se aos hospitais.

**CUIDADOS DE SAÚDE TERCIÁRIOS** – Segundo Emílio Imperatori (1999) correspondem aos cuidados de saúde de maior especialização, existindo apenas nalguns hospitais. O acesso a este tipo de cuidados ocorre, habitualmente, por referência do nível secundário.

**CUIDADOS DE SAÚDE PALIATIVOS** – Cuidados especializados prestados a doentes com doenças incuráveis, como cancro ou SIDA. Têm como objectivo proporcionar ao doente a possibilidade de viver e morrer com dignidade e com o menor sofrimento possível. Podem ser prestados no domicílio do doente ou em estabelecimento hospitalar.

**CUSTO-BENEFÍCIO** – Relação entre o custo de uma actividade e o benefício resultante.

**DETERMINANTES DA SAÚDE** – Conjunto de factores de cariz pessoal, ambiental, social, cultural e económico que determinam o estado de saúde de um indivíduo, ou de um conjunto de indivíduos.

O nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis:

- Biologia humana (genética e envelhecimento);
- Meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sociocultural);
- Estilo de vida (adopção de comportamentos nefastos);
- Sistema de Assistência Sanitária (cobertura e acessibilidade).

O estilo de vida adoptado por cada indivíduo determina mais a sua saúde do que os determinantes biológicos e o sistema de saúde vigente, e consoante o estilo de vida por ele adoptado, assim o meio ambiente influenciará, em maior ou em menor grau, a sua saúde.

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE** – É o conjunto de experiências de aprendizagem planificada, que tem como objectivo facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos com vista à adopção de estilos de vida saudáveis.

A Declaração de Alma-Ata (1978) considerou a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, como a primeira das oito actividades essenciais em Cuidados de Saúde Primários, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde.

A Educação para a Saúde deve ser considerada como uma aprendizagem contínua e gradual que se desenvolve ao longo da vida. Sofreu, ao longo do tempo, uma rápida mudança paradigmática, acompanhando a evolução das Ciências da Saúde e da Educação.

Inicialmente, a Educação para a Saúde, denominada de Educação Sanitária, era essencialmente uma instrução sobre a saúde onde dominava a abordagem informativa e didáctica. Assentava, pois, numa concepção médica, de transmissão de conceitos, de regras de conduta e de higiene.

Estava, assim, estreitamente ligada à prevenção da doença, com o objectivo de modificar comportamentos que foram identificados como factores de risco para o aparecimento de doenças. Actualmente, é fundamental a participação activa das pessoas envolvidas, para que esta seja designada como um processo educativo.

**EFICIÊNCIA** – Em saúde, corresponde à relação entre os recursos existentes e usados num determinado país ou região e os resultados conseguidos ao nível da saúde das populações. Um sistema de saúde é tanto mais eficiente quando consegue maximizar os resultados com um determinado nível de recursos.

**EMPOWERMENT** – Traduzido para português como Empoderamento, deve ser considerado como um processo através do qual os indivíduos ganham

capacidade para compreender as suas situações e aumentam o controlo sobre os factores que atingem a sua saúde. Neste processo cada um de nós adquire um poder (resultante da informação que detém e da assimilação que fez da mesma) que permite decidir e controlar a nossa própria vida.

**ENDEMIAS** – Enfermidade que grassa numa região (povo, país, etc.) e que tem causas exclusivamente locais (do grego *endemía*, “residência no próprio país”).

Por exemplo, a malária ou paludismo é uma doença de protozoários, endémica nas regiões tropicais e subtropicais e existente em todos os continentes. Constitui, provavelmente, a mais difundida de todas as doenças transmissíveis. Tem como vector diversas espécies de mosquito *Anopheles*.

**EPIDEMIA** – Corresponde à ocorrência de doença numa região ou comunidade, claramente excedendo a que normalmente se esperaria.

**EPIDEMIOLOGIA** – É o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças nas populações com objectivos preventivos e no âmbito de uma política de saúde comunitária.

**EQUIDADE** – Ocorre quando os serviços estão distribuídos equitativamente (distribuição justa), em relação às necessidades de cuidados da população e proporcionam um acesso igual aos diferentes grupos etários e socioeconómicos.

**ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA** – Número médio de anos que uma pessoa, nascida num determinado momento, poderá esperar viver, se as condições de mortalidade (segundo as idades) observadas nesse momento se mantiverem inalteradas ao longo da sua vida.

**ESPERANÇA DE VIDA AOS 60 ANOS** – Número médio de anos que uma pessoa, com 60 anos no momento de referência, poderá esperar viver após essa idade, se as condições de mortalidade (segundo as idades) observadas nesse momento se mantiverem inalteradas.

**ESPERANÇA DE VIDA CORRIGIDA PELA INCAPACIDADE (EVCI)** – Corresponde à esperança de vida (medida em anos) em que a população goza de um pleno estado de saúde, sem incapacidades.

**ESTERILIDADE** – Termo em desuso e substituído pelo de “infertilidade”, devido à agressividade e estigma negativo ligado ao termo, como também (nem que seja artificialmente) devido a esta situação já poder ser ultrapassada num número razoável de casos.

**ETIOLOGIA** – A ciência que estuda as causas ou origens das doenças.

**ETIOLÓGICO** – Respeitante às causas ou origens da doença.

**FACTOR DE RISCO** – Um aspecto do comportamento pessoal ou estilo de vida, uma exposição ambiental, ou uma característica inata ou herdada que se associa a um aumento da ocorrência de doença ou outro acontecimento ou condição relacionada com a saúde. Dito de outra forma, é uma característica ou variável etiológica, individual ou colectiva, espacial ou temporal, que determina a amplitude do risco ao qual está exposto um indivíduo ou uma população. Um factor de risco não é necessariamente um factor causal, podendo ser prevenido, modificado ou suprimido.

**FECUNDABILIDADE** – É a capacidade para conseguir uma gravidez comprovada durante um ciclo menstrual (probabilidade mensal de concepção). Num casal jovem a fecundabilidade é, em média, de apenas 20-30% para um dado ciclo.

**FECUNDIDADE** – Mede a frequência dos nados-vivos que ocorrem num subconjunto específico – as mulheres em idade de procriar. Em inglês a palavra *fecundity* não significa fecundidade, mas sim fertilidade (*fertilité* em francês), ou seja, a capacidade biológica de procriar. É a palavra *fertility* que significa em português fecundidade (*fecundité* em francês).

**FERTILIDADE** – Corresponde a uma potencialidade, ou seja, à capacidade física de reproduzir-se, a qual começa para as mulheres entre os 12 e os 14 anos (menarca) e para os homens entre os 12 e os 15 anos. As mulheres permanecem férteis até à menopausa, que ocorre entre os 49 e os 51 anos, diminuindo a fertilidade com a idade, sobretudo a partir dos 30-31 anos, ainda que a descida mais pronunciada ocorra a partir dos últimos anos dos trinta e primeiros anos dos quarenta.

**FETO-MORTO** – Segundo o Instituto Nacional de Estatística é o produto da fecundação, cuja morte ocorreu antes da expulsão ou extracção completa relativamente ao corpo da mãe (*in utero*), independentemente da duração da gravidez.

**GEOCANCEROLOGIA** – Análise da distribuição social e espacial dos tumores e da sua etiologia multifactorial.

**INCIDÊNCIA** – É o número de casos novos de uma doença.

**INDICADOR DE SAÚDE** – Corresponde a uma medida simples que permite avaliar a evolução do estado de saúde de uma população e dos respectivos serviços de saúde, bem como a sua planificação. Deve ser, simultaneamente, sintético, simples, exacto, de fácil construção e sensível às variações do seu objecto. Na prática, são poucos os indicadores que seguem todos estes critérios, constituindo, no entanto, valiosos instrumentos na ajuda da selecção das prioridades de intervenção sanitária, permitindo também medir os resultados de um programa. Possibilitam, acima de tudo, o seguimento do progresso do desenvolvimento socioeconómico de um país ou de um qualquer território.

**ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO** – Corresponde ao número de pessoas idosas (com 65 e mais anos) por cada 100 pessoas jovens (dos 0 aos 14 anos).

**INFECÇÃO OPORTUNISTA** – É uma infecção numa pessoa imuno-deprimida, causada por um organismo que geralmente não perturba pessoas com um sistema imunitário saudável.

**INFERTILIDADE** – De acordo com a OMS, é ausência de concepção após um ano de relações sexuais, regulares e desprotegidas. Podemos distinguir a infertilidade como primária (incapacidade fisiológica de uma primeira gravidez) ou secundária (incapacidade fisiológica de uma segunda ou mais gravidezes). Dito de outra forma, enquanto na situação primária o casal nunca conseguiu uma concepção, na secundária, pelo menos, um dos elementos do casal já passou por essa situação. Deste modo, a infertilidade de tipo secundária pode afigurar-se como ambígua, pois encerra situações em que o casal já possui, pelo menos, um filho vivo, ou outras em que as gravidezes terminaram com um episódio de mortalidade fetal. Podemos, assim, apelidar de inférteis vários tipos de mulheres: mulheres que já engravidaram, mas sem filhos, por terem passado pela situação de abortamentos espontâneos no início da gravidez, mulheres que nunca engravidaram; e mulheres que já têm um filho!...

**MEDICOMETRIA** – Corresponde a uma visão global da saúde utilizando métodos estatísticos e matemáticos aplicados para o estudo dos factos. Inspirando-se directamente na análise económica (econometria), a medicometria (de cariz social e espacial) foi criada em 1983, desenvolvida nos anos noventa pelo Geógrafo Antoine Bailly e pelo médico Michel Périat, e pretende saber se a oferta de cuidados e os recursos sanitários estão distribuídos de forma equitativa. Resumindo, a Medicometria tem por objectivo avaliar e prever os impactes económicos, sociais e espaciais da saúde.

**MORBILIDADE** – Qualquer desvio, subjectivo ou objectivo, de um estado de bem-estar fisiológico, ou psicológico, *i.e.*, enfermidade.

**MORTALIDADE** – Mede o número de mortes que ocorrem no conjunto da população de um país, numa região ou a outra escala geográfica.

**MORTALIDADE EVITÁVEL** – Corresponde às mortes inúteis e prematuras e é um método de avaliação da qualidade e da eficácia dos serviços de saúde.

**MORTALIDADE FETAL TARDIA** – Óbitos fetais referentes a fetos com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas completas de gestação.

**MORTES EVITÁVEIS** – São as causas de morte prematuras que poderiam ser evitadas, tomando em consideração as possibilidades que existem em termos preventivos e curativos (Santana, P., 2005: 66). Para o seu cálculo é necessário possuir informação dos óbitos e da população residente por sexo e por grupos etários para as áreas geográficas que se estão a analisar.

**NADO-VIVO** – De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), é o produto da fecundação que, após a expulsão ou extracção completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, do corte do cordão umbilical e da retenção da placenta, respira ou manifesta sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracções efectivas de qualquer músculo sujeito à acção da vontade.

**NASCIMENTO** – Corresponde, para fins estatísticos, ao total de nados-vivos e de fetos-mortos, não coincidindo com o conceito utilizado correntemente, mais coadunante com o de “nado-vivo”.

**NATALIDADE** – Mede o número de nados-vivos que ocorrem no conjunto da população de um país, numa região ou a outra escala geográfica.

**ORDEM DE NASCIMENTO** – Número de filhos anteriores na vida da mulher mais 1.

**PAISAGEM EPIDEMIOLÓGICA** – Corresponde a uma morbilidade específica num espaço, devido à combinação de factores naturais. Faz sentido quando falamos de patologias infecciosas e parasitárias.

**PANDEMIA** – Do grego *pán*, “todo” + *dêmos*, “povo” + *-ia*, constitui uma grande epidemia, com expressão à escala do globo.

Enquanto a epidemia é limitada no tempo e no espaço, a pandemia está limitada no tempo, mas assume-se como ilimitada no espaço.

**PERFORMANCE DO SISTEMA DE SAÚDE** – Corresponde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, àquilo que o sistema deveria ser capaz de realizar com os recursos de que dispõe, ou seja, alcançar os melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis.

A *performance* em termos de nível de saúde define-se como a relação entre os níveis de saúde alcançados e aqueles que poderiam ser atingidos por um sistema de saúde que fosse o mais eficaz possível.

A *performance* global do sistema de saúde relaciona os resultados do conjunto do sistema de saúde com as despesas em termos de saúde.

**PLANEAMENTO NA SAÚDE** – De acordo com o Ministério da Saúde, é um processo que estabelece prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, tendo por base as políticas adoptadas e as limitações dos recursos existentes. Tratando-se de um processo continuado, cada Plano que se define não deve ser encarado como um produto finalizado, mas sim em actualização contínua, adequando-se ao momento actual.

Segundo Emilio Imperatori (1999), as fases do Planeamento na Saúde são as seguintes:

- 1 – Diagnóstico da situação;
- 2 – Definição de prioridades;
- 3 – Fixação de objectivos;

- 4 – Selecção de estratégias;
- 5 – Elaboração de programas e projectos;
- 6 – Preparação da execução e da avaliação;
- 7 – Execução e avaliação.

**POLÍTICA DE SAÚDE** – Segundo Emílio Imperatori (1999), corresponde às directivas emanadas do Governo, baseadas na legislação do país, que orientam a acção dos serviços de saúde no sentido da resolução dos problemas de saúde da população.

**POPULAÇÃO EM RISCO** – População particularmente vulnerável e exposta a riscos.

**PREVALÊNCIA** – Todos os casos de doença numa população, quer novos quer antigos.

**PREVENÇÃO PRIMÁRIA** – É a actividade dirigida a prevenir que ocorram as condições indesejáveis e os precursores da(s) doença(s)/lesão(ões), correspondendo à fase anterior ao aparecimento das mesmas. Neste tipo de prevenção o comportamento dos indivíduos é um importante mecanismo de prevenção das doenças.

**PREVENÇÃO SECUNDÁRIA** – Identifica-se com a fase do início da doença ou lesão.

**PREVENÇÃO TERCIÁRIA** – Coincide com a fase de reabilitação do indivíduo, tentando voltar ao estado anterior ao início da doença ou lesão.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE** – A Promoção da Saúde é um conceito mais amplo do que o de Educação para a Saúde, que exige a participação da comunidade nas tomadas de decisão e na elaboração e desenvolvimento das estratégias para melhorar o nível de saúde.

Por vezes, estes dois conceitos confundem-se, estando o conceito de Educação para a Saúde incluído no de Promoção de Saúde. A Direcção-Geral da Saúde (1996: 5) define a Promoção de Saúde como *qualquer combinação planeada de suportes educativos, políticos e organizacionais para acções e condições de vida que conduzem à saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades*.

Enquanto a Promoção da Saúde depende da participação activa da população bem informada no processo de mudança, a Educação para a Saúde é uma ferramenta crucial neste processo e uma estratégia básica para a Promoção da Saúde.

**PUERPÉRIO** – Período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez.

**RELAÇÃO DE MASCULINIDADE À NASCENÇA** – Relação entre o número de nados-vivos do sexo masculino (NH) e o número de nados-vivos do sexo feminino (NM), ocorridos num determinado período (NH/NM x1000).



**RISCO** – A probabilidade de ocorrer um acontecimento numa população. Em epidemiologia, é a probabilidade de ocorrência de uma enfermidade ou morte numa população. Risco aplica-se a populações, não a indivíduos. O risco de uma determinada pessoa morrer este ano é desconhecido; o risco de pessoas num determinado grupo etário morrerem este ano é conhecido a partir do que ocorreu em anos passados.

**SAÚDE** – De acordo com a OMS (1948) corresponde a um estado completo de bem-estar físico, mental e social que não pressupõe somente a ausência de doença e de incapacidade, encarando a saúde como um estado positivo que diz respeito ao indivíduo no seu todo, no contexto do seu estilo de vida.

**SÍNDROME** – Um grupo de sinais e sintomas que, quando considerados em conjunto, caracterizam uma doença ou outro tipo de enfermidade.

**SISTEMA DE SAÚDE** – Organização dos serviços que visa a distribuição de cuidados de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde define-o como todas as actividades, cuja principal finalidade é promover, restabelecer ou manter a saúde.

Em Portugal corresponde ao Serviço Nacional de Saúde, a todas as entidades públicas e privadas e a todos os profissionais, que visam a promoção da saúde, a prevenção da doença e o seu tratamento.

**TAXA DE INCIDÊNCIA** – Número de casos novos de uma doença que apareceram num período determinado de tempo, por 1000 habitantes do meio desse período de tempo.

**TAXA DE FECUNDIDADE GERAL** – Reporta-se ao total de nados-vivos por 1000 mulheres em período férvido (15-49 anos de idade por convenção e para fins estatísticos). Elimina, apenas parcialmente, o efeito da estrutura por idades, já que duas populações podem apresentar Taxas de Fecundidade Geral díspares, simplesmente porque uma delas possui um número mais significativo de mulheres jovens e, por isso, mais capacitadas para conceber. O problema pode ser ultrapassado, calculando a Taxa de Fecundidade por Idades.

**TAXA DE FECUNDIDADE POR IDADES** – Como não faz sentido efectuar-mos o cálculo e a análise de 35 taxas, se optássemos por calculá-la para todos os anos que medeiam entre os 15 e os 49 anos, teremos 7 taxas se considerarmos grupos quinquenais nas idades das mulheres.

$${}_n F_x = \frac{{}_n N_x}{{}_n M_x} \times 1000$$

N=Total de nados-vivos de cada grupo de idades

M=Mulheres de cada grupo de idades

x=Idade mais baixa no grupo de idades considerado

n=Número de anos de cada grupo de idades que é, normalmente, cinco

**TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL** – Também apelidada de Número Médio de Filhos por Mulher, relaciona-se com o número médio de filhos que constituirá a descendência final das mulheres. Dito de outra forma, indica-nos o número total de filhos que virá, em média, a ter uma mulher que siga as tendências do momento da fecundidade por idades da população em que se insere. Sendo assim, traduz uma projecção para o futuro do comportamento, em matéria de nados-vivos, das mulheres de cada grupo etário no ano para que é calculada.

$$\text{Taxa de Fecundidade Total} = n \times \left( \sum_{z=1}^7 \frac{N_z}{M_z} \right)$$

$N_z$ =Total de nados-vivos de mulheres de cada grupo de idades.

$M_z$ =Mulheres de cada grupo de idades.

$Z$ =Série dos grupos de idades (15-19, 20-24, ...45-49).

$n$ =Número de anos de cada grupo de idades que é, normalmente, cinco.

**TAXA DE MORTALIDADE GERAL** – Também designada por Taxa Bruta de Mortalidade ou, simplesmente, Taxa de Mortalidade, reporta-se ao total de óbitos por mil habitantes (resultado em permilagem) e pode ser calculada para um determinado ano, para um triénio, um quinquénio ou para uma década, relacionando-se com várias entidades territoriais: à escala do planeta, do país, das NUTS (Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos usada pelos países da União Europeia), do distrito, do concelho e da freguesia (no caso de Portugal). Trata-se de uma medida rudimentar, porque não isola o efeito da estrutura por sexos e por idades.

**TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL** – Número de óbitos de crianças com idade inferior a 1 ano por cada 1000 nados-vivos.

**TAXA DE MORTALIDADE JUVENIL** – Número de óbitos de crianças com idades de 1 a 4 anos por cada 1000 crianças com a mesma idade.

**TAXA DE MORTALIDADE MATERNA** – Número de óbitos de mulheres ocorridos no decurso da gravidez ou num período de 42 dias após o seu fim (parto), qualquer que seja a duração ou a localização, por uma causa qualquer determinada ou agravada pela gravidez ou pelos cuidados que ela motivou, mas nem acidental nem fortuita. Pode ser calculada por 1000 nados-vivos ou 100000 nados-vivos.

**TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL** – Número de óbitos com menos de 28 dias de vida por 1000 nados-vivos.

**TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE** – Número de óbitos com menos de 7 dias de vida por 1000 nados-vivos.

**TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA** – Número de óbitos entre o 7º e o 27º dia de vida por 1000 nados-vivos.

**TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL** – Número de fetos-mortos de 28 e mais semanas de gestação, mais óbitos de nados-vivos falecidos com menos de 7 dias de idade por 1000 nascimentos (nados-vivos, mais fetos-mortos de 28 e mais semanas).

**TAXA DE NATALIDADE GERAL** – Também designada por Taxa Bruta de Natalidade ou, simplesmente, Taxa de Natalidade, reporta-se ao total de nados-vivos por mil habitantes (resultado em permilagem) e pode ser calculada para um determinado ano, para um triénio, um quinquénio ou para uma década, relacionando-se com várias entidades territoriais: à escala do planeta, do país, das NUTS (Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos usada pelos países da União Europeia), do distrito, do concelho e da freguesia (no caso de Portugal). Trata-se de uma medida rudimentar, porque não isola o efeito da estrutura por sexos e por idades.

**TAXA DE PREVALÊNCIA** – Número de casos de uma doença num determinado período de tempo por 1000 habitantes do meio desse período de tempo.

**TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA** – Teoria proposta em 1971 por A.R. Omran sobre o modelo cíclico da “Transição Demográfica”. À medida que aumenta a esperança de vida e ocorre desenvolvimento, as causas de morte mudam: a primeira fase é dominada pelas doenças infecciosas; a terceira, pelas doenças degenerativas e crónicas. Na passagem da primeira para a terceira fase, ocorre a fase intermediária de transição. Em 1989, Henri Picheiral acrescentou uma quarta fase à Teoria para as sociedades mais avançadas, correspondendo a um recuo de certas doenças crónicas (*e.g.*, cardiopatias, tumores), justificando a nova designação do modelo de “Transição Sanitária”. Esta nova designação tem em conta os efeitos do sistema de cuidados de saúde, não se limitando à análise da evolução no tempo das causas de morte.



Execução Gráfica  
Colibri – Artes Gráficas  
Faculdade de Letras  
Alameda da Universidade  
1600-214 Lisboa  
Telef. / Fax 21 796 40 38  
[www.edi-colibri.pt](http://www.edi-colibri.pt)  
[colibri@edi-colibri.pt](mailto:colibri@edi-colibri.pt)