



CAPÍTULO VII

*Susana Silva**

AS RECENTES METAMORFOSES DA SAÚDE NA REGIÃO NORTE

1. Princípios e orientações políticas

Na década de setenta consolidou-se, em termos europeus, a viragem para uma “nova” saúde pública, cujo núcleo central residia, essencialmente: *i)* na ampliação, universalização e descentralização da oferta de cuidados de saúde primários, de forma a racionalizar os sistemas de saúde e a conter os encargos que estes representavam num contexto de crise fiscal dos estados e de crise “ideológica” do modelo biomédico de produção de cuidados de saúde; e *ii)* na viabilização da participação dos utentes na promoção da saúde e na adopção de estilos de vida “saudáveis” (Carapinheiro e Côrtes, 2000, p. 260-263).

Este enquadramento, em confluência com os processos de democratização e descolonização, serviu de pano de fundo à criação do Serviço Nacional de Saúde (doravante SNS) pela Constituição de 1976 (artigos 63.º e 64.º) e à Lei do SNS, em 1979 (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro), que promoviam uma política unitária de saúde e a efectivação do direito universal, geral e gratuito à saúde. Porém, a universalidade e a gratuitidade como fundamentos essenciais do sistema de saúde foram desde logo limitados, quer pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, quer pela pretensa necessidade de racionalização da utilização dos serviços de saúde (Carreira, 1996, p. 413). De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (doravante OPSS), as principais debilidades do processo de construção do SNS prendem-se, sobretudo, com a oposição pública do associativismo médico dominante, que propunha, como alternativa, o financiamento público da medicina privada; a falta de transparência entre os interesses públicos e privados; as dificuldades de acesso e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde; a aposta em modelos “tradicionais” de organização e gestão; e uma base financeira frágil (OPSS, 2001, p. 14; OPSS, 2002, p. 8). Perante este cenário, Maria Baganha, Joana Ribeiro e Sónia Pires concluem que os princípios da universalidade e gratuitidade do SNS “vêm-se reduzidos a meros simulacros de cidadania

* Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho.



perante o poder e a força de sectores cujos interesses não coincidem com esses princípios” (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002, p. 12).

Na década de oitenta expandiram-se as infra-estruturas, instalações e equipamentos do SNS, mercê, entre outros, do financiamento europeu obtido a partir da adesão de Portugal à União Europeia em 1986. Neste período assistiu-se a um processo de descentralização e integração dos serviços de saúde financiados com recursos públicos, que foi convertido numa “regionalização mitigada” (Carapinheiro e Cortês, 2000, p. 277).

Nos finais da década de oitenta, o contexto internacional caracterizou-se pelo agravamento da crise económica e pela ascensão ao poder de políticos liberais em países “centrais”, emergindo um discurso que criticava a responsabilidade exclusiva do Estado na protecção das políticas sociais e na promoção do bem-estar (Carapinheiro e Cortês, 2000, p. 263-266).

Em termos nacionais, assistiu-se à propagação da ideia de que o peso “excessivo” do Estado na prestação de cuidados de saúde era uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde (OPSS, 2002, p. 9). Aliás, as políticas de saúde nacionais dos inícios dos anos noventa visaram a racionalização e redução das despesas públicas com a saúde, sobretudo por intermédio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado na protecção e financiamento da saúde, por um lado, e pela estimulação do papel do sector privado na saúde, por outro lado¹. Neste sentido, verificou-se uma progressiva privatização do sistema de saúde português, quer na gestão e financiamento das unidades de saúde, quer na prestação de cuidados de saúde. Estas iniciativas vieram abalar a unidade do funcionamento do sistema de saúde português e contribuíram para o reforço da desresponsabilização do Estado na protecção do direito à saúde, o que poderá explicar a ausência de uma política sustentada ao nível do planeamento, gestão e qualificação dos recursos humanos em saúde (que, como veremos, deu origem à “importação” de médicos e enfermeiros).

Nos finais da década de noventa, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu “novas” orientações políticas para a gestão das mudanças pretendidas nos sistemas de saúde europeus, que consistiam, fundamentalmente: na prossecução de políticas de saúde permanentemente adaptadas às necessidades de cada país, região ou comunidade, norteadas pelos princípios da qualidade, compatibilização de interesses e rentabilização do tipo custo-efectividade dos recursos existentes; na fiscalização, por parte do Estado, das fontes de financiamento dos cuidados de saúde, tornando-os sustentáveis; na implicação de todos os níveis de governação (local, regional, nacional e supranacional), com participação activa dos cidadãos, quer nas decisões políticas, quer na gestão dos cuidados de saúde; e no desenvolvimento de estratégias

¹ Estes objectivos foram concretizados, entre outros, na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro).



comunitárias multidisciplinares de protecção e promoção da saúde, articulando os cuidados de saúde primários formais e informais (Carapinheiro e Page, 2001, p. 103-105).

As áreas prioritárias de acção da “nova política” para a saúde nacional nos finais dos anos noventa foram enquadradas nestas propostas de uma saúde pública para a Europa. Em termos globais, advogava-se a aproximação dos cuidados de saúde primários aos diferenciados, assim como a possibilidade de articular formas públicas e privadas de prestação de cuidados de saúde através de novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização segundo uma “nova” gestão pública. A estratégia de saúde esboçada para o nosso país neste período baseou-se em dois pilares fundamentais – os ganhos em saúde e o desenvolvimento de serviços. Nesta perspectiva, investiu-se na melhoria das infra-estruturas de saúde pública e promoveu-se a inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde, sobretudo as públicas, pela aposta na empresarialização pública, no desenvolvimento de projectos experimentais de reorganização dos cuidados de saúde primários que visavam a proximidade com a comunidade e o recentramento nos cidadãos clientes, na distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde e na passagem de uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados. Ao mesmo tempo, fomentou-se a qualidade na saúde e reformulou-se a política de recursos humanos em saúde através do reforço do ensino da medicina e da enfermagem, da promoção da investigação e da implementação de um sistema de remuneração associado ao desempenho.

Apesar da proliferação de medidas políticas no âmbito da saúde no final dos anos noventa e início do século XXI, os seus impactos foram diminutos, mercê, entre outros aspectos, da ausência de uma ampla base política, técnica e social de apoio e das discontinuidades da acção governativa, com um conjunto de iniciativas entretanto interrompidas, abandonadas e/ou sem relevância (cf. OPSS, 2005, p. 6-8).

Mais, a flexibilização e privatização do sistema de saúde português foram e são ainda usadas como instrumentos políticos que pretensamente asseguram a “eficiência” e “suficiência” do mesmo, quando escamoteiam as incapacidades do próprio serviço público para conseguir pôr a funcionar plenamente todos os seus recursos (Carapinheiro e Côrtes, 2000, p. 266). As fragilidades da governação da saúde em Portugal evidenciam-se, ainda, nos desencontros entre as necessidades da população e os modelos de gestão e administração dos recursos e dos equipamentos de saúde, que são particularmente visíveis nas desigualdades de acesso efectivo a cuidados de saúde e na marginalização dos centros de saúde.

Nos últimos anos tem-se consolidado um modelo público de contrato no sistema de saúde português, em substituição do modelo público integrado dominante nos anos oitenta e noventa (Gonçalves, 2005), enquadrado numa reforma dos cuidados de saúde primários e diferenciados, dos centros de saúde e dos hospitais. De facto, a empresarialização hospitalar e a



gestão dos centros de saúde pelo sector privado lucrativo e sector social não lucrativo são fenómenos cada vez mais evidentes, tal como os incentivos fiscais ao desenvolvimento de seguros de saúde privados; a rede de prestadores de cuidados de saúde e as novas formas de coordenação e financiamento das unidades de saúde entrecruzam hoje os sectores público, privado e social, emergindo novos actores no sistema de saúde, que se podem configurar como elementos de inovação. Em termos globais, tem-se assistido a um discurso político de acção, que enfatiza a importância da prevenção e promoção da saúde, do acesso a cuidados de saúde de qualidade e a centralidade do cidadão, ainda que com poucas repercussões práticas. Neste sentido, tem-se investido numa nova política do medicamento, na criação da Entidade Reguladora da Saúde e no esforço de descentralização do financiamento dos serviços de saúde, o que poderá dotar as regiões de novas capacidades ao nível da (re)distribuição dos respectivos recursos de saúde.

No entanto, urge conceber políticas e dispositivos de governação de saúde fundamentados em termos simultaneamente técnicos, científicos e políticos, capazes de definir em pormenor os “resultados” esperados das medidas adoptadas de forma realista e objectiva. A prossecução destas políticas exige uma base social e técnica de apoio ampla e sólida, enquadrada num contexto de promoção de um debate crítico plural e participativo que envolva os diversos actores sociais nelas implicados, de forma a compatibilizar os interesses eventualmente em conflito.

Em síntese, a produção de políticas de saúde em Portugal nas três últimas décadas tem sido determinada por referências internacionais, onde assumem especial relevo a centralidade dos cuidados de saúde primários, a adopção de modelos de descentralização e de “metas para a saúde” e a ideia de participação da sociedade civil na governação e na promoção da saúde. Subjacente ao desenho de um modelo “europeu” de saúde pública subtilmente preocupado com os custos da saúde, desvendam-se especificidades nacionais, como sejam o reforço do hospitalocentrismo, uma implementação incompleta das políticas de saúde, caracterizadas por traços de coercividade e normatividade, e uma articulação de modos de produção de saúde (Santos, 1987; Carapinheiro e Page, 2001; OPSS, 2001, 2003; Carapinheiro, 2006). Os cuidados de saúde primários têm sido usados como um filtro no acesso ao hospital, quer pela população, quer pelos profissionais afastados das carreiras médicas diferenciadas, contribuindo para a sua “protecção” enquanto pilar fundamental em que assenta o sistema nacional de saúde e, ao mesmo tempo, têm pacificado a população através da medicalização de problemas que, no âmbito da protecção social, o Estado tem respondido de forma insuficiente (Carapinheiro e Côrtes, 2000, p. 275).



2. Medir a saúde na Região Norte: trilhos e constrangimentos

As recentes transformações sócio-culturais, políticas e médico-científicas com impactos no sistema de saúde português estão sobretudo associadas: à melhoria generalizada das condições de vida; às estratégias de articulação da acção política sobre o bem-estar e a saúde da população com a racionalização dos gastos do Estado; ao desenvolvimento dos conhecimentos médico-científicos e tecnológicos; e aos processos de biomedicalização e biosocialidade. Fenómenos como a aparente universalização e alargamento dos cuidados de saúde, o controlo das doenças infecciosas, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança de vida e do impacto da doença crónica, a descida da mortalidade infantil e materna, as alterações na estrutura das doenças e a diminuição da “dor” ilustram estas mudanças, tal como as novas formas de regulação e gestão dos sistemas de saúde, que promovem a privatização, mercadorização e neoliberalização dos cuidados de saúde, configurando uma “nova” saúde pública de cidadãos consumidores de serviços de saúde. Num contexto ideológico que valoriza o papel dos comportamentos e das responsabilidades individuais assiste-se à individualização da questão da saúde através dos “estilos de vida” e da emergência da domiciliarização dos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que surgem novos actores colectivos e “movimentos sociais” na saúde, como as associações de doentes e/ou familiares de doentes (Barreto, 1996, p. 44-46; Carreira, 1996, p. 412-421; Barreto, 2000, p. 43-44; Cabral, 2002, p. 27-31; Nunes, 2006).

A existência de diversos dispositivos organizacionais autónomos e desarticulados dificulta quer a descentralização de competências e responsabilidades, quer a coordenação dos mesmos e do sistema de saúde em geral. As descontinuidades e contradições nas orientações e prioridades das políticas de saúde (inter)nacionais revelam processos de decisão centralizados e pouco fundamentados em termos científicos e técnicos, sem capacidade de promover o debate público e sustentar uma intervenção real dos movimentos de cidadãos e das autarquias na saúde.

Apesar do aumento dos valores despendidos com a saúde em Portugal² e do esforço de melhoramento dos cuidados prestados, o sistema nacional de saúde afigura-se ineficiente em termos produtivos, económicos e distributivos e a coexistência de vários subsistemas potencia respostas desiguais às necessidades da população portuguesa. Se, em termos globais, os níveis de saúde dos portugueses melhoraram nos últimos trinta anos, ainda persistem variações e desigualdades sócio-económicas e espaciais, em particular no que respeita aos indicadores de oferta e utilização dos serviços de saúde, ilustradas, nomeadamente: *i)* pela concentração dos profissionais, dos serviços de saúde mais diferenciados e das tecnologias médicas mais

² Se a despesa total em saúde representava 5,6% do PIB em 1980, este valor sobe para 10,1% em 2004, sendo que a grande maioria corresponde a despesa pública – 64,3% e 73,2%, respectivamente (ver quadro A, em anexo).



inovadoras ao nível do diagnóstico e do tratamento; e *ii*) por uma relativa inacessibilidade da população à saúde, em termos económicos, de distância-tempo e de acesso à informação e ao conhecimento (Gonçalves, 2005, p. 39-44; Santana, 2005). Daí a relativa insatisfação, quer dos profissionais, quer dos cidadãos utentes dos serviços públicos de saúde e o desenvolvimento de estratégias por parte da população orientadas para a minimização das ineficiências do sistema (Carapinheiro e Côrtes, 2000).

O acréscimo gradual do peso relativo das despesas em saúde está associado ao envelhecimento da população, ao aumento progressivo do consumo *per capita* de cuidados de saúde e, em especial, à inflação específica do sector, visível no aumento quer do volume, quer do preço dos bens e serviços fornecidos ao sistema de saúde, onde se destaca o peso significativo das despesas com o pessoal e burocracia administrativa, assim como o rápido agravamento do custo diário de internamento e o esforço financeiro na aquisição de equipamento de alta tecnologia e em medicamentos. A persistente dificuldade em controlar as despesas em saúde prende-se, sobretudo, com a existência de orçamentos insuficientes e défices acumulados nem sempre assumidos aos hospitais, ao sector farmacêutico e a outros fornecedores, enquadrados numa quase ausência de instrumentos de avaliação da gestão e de responsabilização pelos custos (Carreira, 1996, p. 417-419; OPSS, 2001; Baganha, Ribeiro e Pires, 2002, p. 9; Cabral, 2002, p. 32-33; Gonçalves, 2005, p. 6).

A análise do sentido das mudanças e continuidades na saúde que caracterizam a sociedade portuguesa nas duas últimas décadas e, em particular, das tendências de convergência e divergência dentro da Região Norte, assim como das desigualdades entre indivíduos e grupos neste âmbito reclama uma perspectiva holística e pluricausal, capaz de articular atributos individuais e estruturais, como sejam: *i*) os contornos da oferta de recursos humanos, estabelecimentos e equipamentos e a acção e utilização dos serviços de saúde; *ii*) os indicadores que reflectem os “resultados” dos serviços de saúde e também o impacte dos estilos de vida, dos comportamentos e das políticas sociais e de desenvolvimento; e *iii*) as características económicas, sociais, escolares, profissionais, etárias, sexuais e habitacionais dos indivíduos (Barreto, 1996, p. 77-87; Barreto, 2000, p. 93-101 e 263-294; Cabral, 2002, p. 31-66; Santana, 2005, p. 48-70; União Europeia, s/d).

Este estudo foi elaborado com base na informação disponível nas Estatísticas da Saúde do Instituto Nacional de Estatística, o que restringe as possibilidades de análise das principais metamorfoses da saúde verificadas em Portugal e na Região Norte no período em análise. Desde logo, os dados estatísticos quantitativos podem escamotear a heterogeneidade e diversidade de atitudes e comportamentos e as modalidades de concepção dos inquéritos e respectivos relatórios de resultados tendem a excluir as informações estatísticas relacionadas com as



(des)igualdades económicas, sociais, etárias, sexuais e profissionais³. Neste contexto, é premente investir numa avaliação qualitativa da oferta, acção, utilização e resultados dos serviços de saúde.

A produção das Estatísticas da Saúde tem ainda revelado dificuldades de adequação às realidades do sistema de saúde português, dada a sucessão de processos de reorganização dos serviços de saúde (por vezes morosos e incompletos), assim como de alterações de critérios administrativos e estatísticos, entre outros aspectos. Daí que estas Estatísticas se caracterizem pela instabilidade e pelas mudanças nos instrumentos de notação e recolha da informação, com implicações nas mudanças, correcções e alterações das séries estatísticas⁴.

Para além das fragilidades nos sistemas de recolha de dados, existem constrangimentos ao acesso e disponibilização da informação, nomeadamente: atrasos nas publicações dos relatórios de resultados; acesso limitado a alguma informação de carácter “confidencial”; e fraca cobertura em termos geográficos, com particulares restrições nos dados a nível concelhio.

Apesar da melhoria global do sistema estatístico nacional no âmbito da saúde, é essencial, por um lado, apostar na uniformização, quer dos suportes para a recolha da informação, quer dos conceitos e dos indicadores usados no seu preenchimento e, por outro lado, reforçar e promover a importância da recolha, análise e divulgação de dados quantitativos, assegurando, ao mesmo tempo, a distribuição de competências mutuamente exclusivas entre as diversas instituições que produzem dados estatísticos sobre a saúde em Portugal (Barreto, 1996, p. 22-25; ARSN, 2005; Santana, 2005, p. 33-36 e 43-49).

Atendendo a estes constrangimentos, neste capítulo analisar-se-á a evolução dos principais indicadores de saúde na Região Norte nas duas últimas décadas no âmbito da oferta de estabelecimentos, equipamentos e recursos humanos em saúde, assim como da acção e utilização dos serviços públicos de saúde e dos “resultados” na mortalidade infantil e materna.

³ Como exemplos de ausência de informações nas Estatísticas da Saúde destacamos as seguintes situações: caracterização sócio-cultural e económica dos utilizadores dos diversos serviços de saúde; práticas de exercício físico; modalidades de auto-medicação; indicadores sobre a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida; taxas, preços e qualidade dos serviços de saúde; desigualdades regionais de acesso aos cuidados de saúde; o recurso a medicinas “alternativas”; pluriactividade dos profissionais de saúde; e mobilidade dos profissionais de saúde e dos doentes para além das fronteiras nacionais.

⁴ A título ilustrativo, referem-se apenas alguns exemplos de alterações das séries estatísticas na saúde nas três últimas décadas: assistiu-se ao lançamento de novos inquéritos aos centros de saúde e aos hospitais em 1986 e a alterações metodológicas sofridas pelo inquérito aos hospitais a partir de 1998 e pelo inquérito aos centros de saúde a partir de 1999; a listagem de doenças de declaração (ou notificação) obrigatória que vigorou até 1986 sofreu duas alterações, em 1987 e em 1999; por último, a 9ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte da Organização Mundial de Saúde, adoptada por Portugal a partir de 1 de Janeiro de 1980 foi alterada em 1998.



2.1. (Des)continuidades na oferta de estabelecimentos, equipamentos e recursos humanos

Em termos globais, nas duas últimas décadas verifica-se uma relativa estabilidade do número de estabelecimentos de saúde por habitante em Portugal e na Região Norte, apesar desta região apresentar valores inferiores aos registados em Portugal para todos os indicadores aqui contemplados. No entanto, subjacente a esta aparente continuidade desvendam-se algumas metamorfoses na evolução da oferta de estabelecimentos de saúde. Em primeiro lugar, assiste-se a uma diminuição ligeira do número de hospitais oficiais por habitante, que é acompanhada pela manutenção ou pequeno aumento do número de hospitais particulares, respectivamente em Portugal e na Região Norte, o que tem contribuído para uma aproximação lenta destes tipos de estabelecimentos ao longo dos últimos anos, reflectindo a promoção da privatização dos cuidados de saúde. Em segundo lugar, observa-se uma queda ligeira, mas consistente, das extensões dos centros de saúde por habitante. Por último, nos anos noventa constata-se uma redução do fosso entre Portugal e a Região Norte no que diz respeito à dotação de centros de saúde por habitante (quadro 1).

Quadro 1
Estabelecimentos de saúde

Ano	Hospitais oficiais por 100000 hab.		Hospitais particulares por 100000 hab.		Centros de saúde por 100000 hab.		Extensões dos centros de saúde por 10000 hab.		Farmácias/postos de medicamentos por 10000 hab.	
	Portugal	Norte	Portugal	Norte	Portugal	Norte	Portugal	Norte	Portugal	Norte
1988	1,4	1,3	0,9	0,6	3,8	2,9	2,0	1,6
1992	1,2	1,0	1,0	0,8	3,9	3,2	2,0	1,5	2,9	2,3
1996	1,2	1,0	0,9	0,7	3,8	3,4	2,1	1,4	2,9	2,3
2000	1,2	1,0	0,9	0,7	3,8	3,4	1,9	1,3	2,8	2,2
2004	1,2	0,9	0,9	0,8	3,6	2,9	1,8	1,2	2,9	2,4
2005	1,1	0,9	0,9	0,8	3,6	2,9	1,8	1,2	2,9	2,4

Notas:

a) Em 1988, os valores apresentados para Portugal e para a Região Norte relativos aos centros de saúde consideram treze e quatro unidades de especialidade.

b) Em 2004, os valores apresentados relativos às farmácias e postos de medicamentos congregam o número de farmácias e postos farmacêuticos móveis.

c) Hospital oficial: hospital que é propriedade do Estado; inclui os hospitais centrais ou distritais, militares, paramilitares e prisionais.

d) Hospital particular: hospital que é propriedade de entidades particulares, com ou sem fins lucrativos.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

O perfil da oferta de equipamentos de saúde na Região Norte beneficiou da construção de sete hospitais distritais nos anos oitenta e noventa (situados em Guimarães, Porto, Matosinhos, Macedo de Cavaleiros, Vila Real, Vale do Sousa e Santa Maria da Feira) e de remodelações noutras unidades hospitalares, a maioria das quais foi transformada em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos em 2002 e, desde 1 de Janeiro de 2006, em



Entidade Pública Empresarial⁵. Mais recentemente, construíram-se e remodelaram-se os centros de saúde e investiu-se numa diversidade de projectos, de carácter material e imaterial, o que ilustra a aposta na melhoria das condições e da qualidade física dos centros de saúde e dos hospitais públicos, enquadrada no reforço da qualidade dos serviços prestados à população (Gonçalves, 2005; Santana, 2005, p. 202).

No entanto, estes esforços não têm equivalência na promoção do acesso equitativo dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade. Desde logo, o sistema de saúde nacional tem revelado limitações na oferta de recursos sociais e dificuldades na resposta eficiente e adequada às necessidades da população em termos de cuidados de saúde básicos, domiciliários e continuados (sobretudo a idosos, deficientes e doentes crónicos), ao mesmo tempo que se registam barreiras no acesso a intervenções cirúrgicas electivas ou à medicina familiar (veja-se, por exemplo, o aumento do número de cidadãos à espera da possibilidade de inscrição num médico de família no centro de saúde) (OPSS, 2001, p. 11; Gonçalves, 2005, p. 9-10 e 40). Aliás, estas restrições têm (re)produzido os encargos de familiares e prestadores de cuidados não-profissionais, na sua maioria mulheres, no âmbito dos cuidados de saúde, que assumem o desempenho de tarefas que caberiam aos serviços de saúde e, neste sentido, reafirma-se a divisão sexual do trabalho de prestação de cuidados que caracteriza o próprio ambiente hospitalar (Nunes, 2006, p. 14).

As deficiências e limitações na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mais especializados a nível do diagnóstico e do tratamento (em especial nas áreas rurais e mais pobres), por um lado, e entre os serviços de saúde que fazem parte da rede local e regional, por outro, tornam evidente a necessidade de conceber e concretizar a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e de acordo com as necessidades específicas das populações em causa (Santana, 2005), até porque a distribuição regional dos estabelecimentos e equipamentos de saúde é desigual e assimétrica (quadro 2).

⁵ A Região Norte tem treze Entidades Públicas Empresariais, a saber: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil; Hospital Geral de Santo António; Hospital Santa Maria Maior – Barcelos; Centro Hospitalar do Nordeste; Centro Hospitalar do Alto Ave; Unidade Local de Saúde Matosinhos; Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; Centro Hospitalar do Alto Minho; Centro Hospitalar do Médio Ave; Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro; Hospital de São Gonçalo, Amarante; Hospital de São João, Porto; e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (Ministério da Saúde. [Consult. 16 Mai. 2007]. Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>).



Quadro 2
Hospitais oficiais e hospitais particulares por 100.000 habitantes e NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes		Ave		Cávado		Douro		Entre Douro e Vouga		Grande Porto		Minho-Lima		Tâmega	
	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP
1988	2,0	...	0,9	0,2	1,1	2,0	1,6	...	0,8	...	1,6	0,9	1,6	0,4	0,6	...
1992	1,7	...	0,9	0,2	0,6	2,8	1,3	...	1,2	...	1,4	1,3	0,8	0,4	0,4	...
1996	1,8	...	0,8	0,2	0,5	2,2	1,3	...	1,1	...	1,4	1,1	0,8	0,4	0,4	0,2
2000	1,8	...	0,8	0,6	0,5	2,1	1,4	...	1,1	...	1,5	1,2	0,8	...	0,4	0,2
2004	1,8	...	0,8	0,6	0,5	2,5	0,9	...	1,1	...	1,3	1,2	0,4	...	0,4	0,2

Notas:

a) Hospital oficial: hospital que é propriedade do Estado; inclui os hospitais centrais ou distritais, militares, paramilitares e prisionais.

b) Hospital particular: hospital que é propriedade de entidades particulares, com ou sem fins lucrativos.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Só o Grande Porto é que apresenta valores superiores a Portugal e à Região Norte nos hospitais oficiais (HO) e hospitais particulares (HP) por habitante em simultâneo, sendo ultrapassado por Alto Trás-os-Montes no que respeita aos hospitais oficiais e pelo Cávado na cobertura de hospitais particulares.

A NUT III Alto Trás-os-Montes apresenta o valor mais elevado da Região Norte no que concerne a distribuição de hospitais oficiais por habitante, sendo este valor sempre superior ao total nacional; no entanto, se analisarmos a oferta deste tipo de estabelecimentos de saúde em termos absolutos, verificamos que o número de hospitais oficiais no Grande Porto é cerca de quatro vezes superior ao registado em Alto Trás-os-Montes ao longo das duas últimas décadas (ver quadro B, em anexo). Esta aparente boa cobertura de estabelecimentos oficiais de saúde por habitante acontece num contexto de declínio demográfico generalizado. No Alto Trás-os-Montes não existem hospitais particulares, à semelhança do que acontece no Douro, Entre Douro e Vouga e no Minho-Lima, o que reflecte a própria concentração territorial destes estabelecimentos - dos 29 hospitais particulares existentes na Região Norte em 2004, 86% localizavam-se no Grande Porto (52%) e Cávado (34%) (com 15 e 10 hospitais particulares, respectivamente). Já aos valores mais elevados na cobertura de hospitais particulares por habitante no Cávado contrapõe-se uma relativa escassez de hospitais oficiais.

Os números de hospitais oficiais e particulares por habitante tendem a aproximar-se nos últimos anos no Ave, Tâmega e Grande Porto, onde se regista uma tendência para a evolução positiva do número de hospitais particulares, contrariamente à situação do Douro, Entre Douro e Vouga, Minho-Lima e Alto Trás-os-Montes. Se o Douro e Entre Douro e Vouga têm uma cobertura de hospitais oficiais por habitante próxima da registada em Portugal e na Região Norte e Alto Trás-os-Montes ultrapassa esses valores, no Minho-Lima parece escassear



gradualmente o número de hospitais oficiais por habitante, apresentando nos últimos anos o valor mais baixo das NUTS III da Região Norte (quadro 2).

A distribuição geográfica dos centros de saúde (CS) e suas extensões (ECS) por habitante no interior da Região Norte também revela disparidades: o Douro e Alto Trás-os-Montes apresentam a posição mais favorável, com valores substancialmente superiores à média de Portugal e da Região Norte, seguidos pelo Minho-Lima. Estes equipamentos são mais escassos no Ave, Cávado e Entre Douro e Vouga (quadro 3).

Quadro 3
Centros de saúde por 100.000 habitantes e suas extensões por 10.000 habitantes e NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes		Ave		Cávado		Douro		Entre Douro e Vouga		Grande Porto		Minho-Lima		Tâmega	
	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS	CS	ECS
1988	5,6	5,8	1,3	1,0	1,7	1,3	7,6	3,4	2,0	1,4	2,3	0,6	a)	a)	3,1	1,3
1992	6,1	6,0	2,4	0,9	1,7	1,1	8,0	3,3	2,0	1,6	2,5	0,6	4,4	1,7	3,5	1,3
1996	6,6	5,4	2,3	0,9	1,9	1,2	8,5	3,3	1,9	1,6	2,7	0,5	4,8	1,6	3,2	1,2
2000	6,8	4,5	2,2	0,8	2,3	1,1	9,1	3,1	1,8	1,5	2,8	0,5	5,3	1,5	3,1	1,2
2004	6,8	4,4	1,9	0,6	1,5	1,0	9,2	2,8	1,8	1,5	2,0	0,6	4,8	1,1	2,7	1,2

Nota: a) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

O Ave, Entre Douro e Vouga, Tâmega e Cávado são as NUTS III mais desprovidas de farmácias e postos de medicamentos por habitante, registando valores inferiores à média da Região Norte, por contraponto aos valores mais elevados verificados no Douro e em Alto Trás-os-Montes (quadro 4).

Quadro 4
Farmácias e postos de medicamentos por 10.000 habitantes e NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1991	2,5	1,9	2,4	3,1	2,0	2,4	2,2	1,9
1995	2,6	1,9	2,3	3,1	2,0	2,4	2,3	1,9
1999	2,6	1,8	2,3	3,2	2,0	2,4	2,3	1,3
2003	2,9	1,9	2,2	3,4	2,0	2,5	2,4	2,0
2005	2,9	2,1	2,2	3,4	2,1	2,5	2,5	2,1

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

A lotação praticada de camas hospitalares por habitante tem diminuído gradualmente, de forma ligeira, mas consistente, quer em Portugal, quer na Região Norte, com exceção da NUT III Entre Douro e Vouga. Os valores registados na Região Norte são inferiores à média nacional e verificam-se desequilíbrios na distribuição intra-regional deste indicador. O Tâmega mostra a disponibilidade mais baixa ao nível da lotação praticada de camas hospitalares por



habitante, enquanto o Cávado e Grande Porto apresentam-se como as NUTS III melhor situadas em relação a este tipo de equipamento, registando valores superiores à média nacional e da Região Norte; em contrapartida, a lotação praticada de camas dos centros de saúde escasseia nestas duas áreas (quadros 5 e 6).

Quadro 5
Camas hospitalares (lotação praticada) por 1.000 habitantes e NUTS III

Ano	Portugal	Região Norte	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1988	4,0	3,2	2,6	1,5	5,6	2,5	1,2	5,3	2,3	0,8
1992	4,0	3,4	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)
1996	4,0	3,3	3,3	2,0	5,3	2,8	1,0	4,9	2,6	0,9
2000	3,8	3,2	3,2	2,0	4,9	2,7	1,8	4,6	2,4	0,9
2004	3,6	3,0	3,1	1,9	4,7	2,3	1,9	4,4	2,0	1,0

Nota: a) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Em consonância com a tendência para a diminuição dos centros de saúde com internamento no sistema de saúde nacional, tem-se verificado uma quebra acentuada da lotação praticada de camas dos centros de saúde por habitante em Portugal e na Região Norte, cujos valores tendem a aproximar-se nos últimos anos. Mais uma vez, observam-se disparidades regionais, onde sobressaem as NUTS III Alto Trás-os-Montes, Douro e Minho-Lima por registarem valores bastante superiores em relação à média nacional e da Região Norte. Aliás, Alto Trás-os-Montes é a única NUT III que apresenta valores superiores à média para Portugal e para a Região Norte na lotação praticada de camas hospitalares e dos centros de saúde por habitante em simultâneo (quadros 5 e 6).

Quadro 6
Camas dos centros de saúde (lotação praticada) por 10.000 habitantes e NUTS III

Ano	Portugal	Região Norte	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1988	4,2	3,5	8,8	1,5	2,3	10,6	1,4	a)	8,1	6,6
1992	2,7	2,2	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)	a)
1996	1,9	1,5	4,0	∴	1,2	4,0	1,0	∴	3,9	3,5
2000	1,4	1,2	4,5	0,4	∴	5,1	∴	∴	3,9	2,2
2004	1,0	0,9	3,5	0,4	1,0	3,5	∴	∴	3,5	1,6

Nota: a) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Ainda que a NUT III Alto Trás-os-Montes aparente ter uma boa cobertura de estabelecimentos e equipamentos de saúde por habitante, esta acontece num contexto de



declínio demográfico generalizado e não se repercute, como mostraremos, em níveis semelhantes de dotação de recursos humanos, de acção dos serviços públicos de saúde e de resultados ao nível da mortalidade infantil, o que poderá indiciar uma relativa inacessibilidade em termos sócio-económicos e de distância-tempo desta população à informação e aos serviços de saúde.

Quadro 7
Médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes

Ano	Médicos		Enfermeiros	
	Portugal	Região Norte	Portugal	Região Norte
1989	2,8	2,1	2,8	2,2
1993	2,9	2,5	3,2	2,7
1997	3,1	2,6	3,8	3,2
2001	3,2	2,9	3,8	3,4
2005	3,4	3,1	4,6	4,1

Notas:

a) A afectação territorial dos médicos e dos enfermeiros faz-se segundo o local de residência e o local de actividade, respectivamente.

b) Os valores apresentados correspondem ao número de profissionais a trabalhar nos hospitais, centros de saúde e suas extensões e nos postos médicos, com excepção de 1997 para a Região Norte, que congrega, unicamente, profissionais dos hospitais e dos centros de saúde e suas extensões.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Portugal registou nas duas últimas décadas um aumento do número de recursos humanos de saúde por habitante, mais intenso nos enfermeiros do que nos médicos, reflectindo quer as mudanças verificadas ao nível da produção de cuidados de saúde, em particular no âmbito da reconfiguração da divisão do trabalho profissional⁶, quer as orientações das políticas de saúde, entretanto confrontadas com a necessidade de colmatar a visível carência de enfermeiros e a falta relativa de médicos desde finais da década de setenta (quadro 7). Mas a este aumento global dos recursos humanos de saúde subjazem algumas contradições e fragilidades. Em primeiro lugar, os processos de desigualdade sócio-profissional e simbólica entre os profissionais de saúde que trabalham nos hospitais e nos centros de saúde têm contribuído para a falta de atractividade pelos cuidados de saúde primários, continuados e preventivos, provocando um desequilíbrio crescente entre os recursos humanos no sector hospitalar e os dos centros de saúde e cuidados de saúde primários, a favor dos primeiros (OPSS, 2001, 2003; Baganha, Ribeiro e Pires, 2002; Gonçalves, 2005; Santana, 2005).

Em segundo lugar, a ausência de previsão e planeamento rigoroso de uma estratégia de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, em articulação com as barreiras impostas à formação dos mesmos na década de oitenta, têm contribuído para a necessidade de promover o

⁶ Neste contexto, há que salientar o crescimento significativo de outros grupos ocupacionais ligados à saúde, como o pessoal de farmácia e os técnicos de diagnóstico e terapêutica, o que tem provocado um redimensionamento do peso relativo das várias profissões da saúde (Lopes, 2006).



seu recrutamento noutros países (OPSS, 2003, p. 46-47). Como constata Maria Ioannis Baganha, Joana Ribeiro e Sónia Pires, na década de noventa verificou-se uma tendência para o aumento do número de trabalhadores estrangeiros ao serviço das instituições do Ministério da Saúde, onde se destaca a crescente presença de médicos estrangeiros nos distritos do Porto e Setúbal, sendo que a preferência pelo Norte é sobretudo uma escolha dos médicos espanhóis (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002, p. 17-22).

Em terceiro lugar, subsistem divergências regionais na distribuição dos recursos humanos de saúde. A Região Norte, por exemplo, apresenta valores inferiores aos registados em Portugal em relação ao pessoal médico e de enfermagem por habitante, ainda que esta diferença venha a diminuir lentamente, mercê, entre outros, do investimento regional na formação destes profissionais. A aproximação dos valores da Região Norte aos totais nacionais assume especial relevância atendendo ao facto de que a média nacional é empolada pelo montante registado em Lisboa e Vale do Tejo, cujos valores são bastante superiores aos das restantes regiões (Almeida, 1999, p. 43). Porém, o desfazamento entre a Região Norte e Portugal no que respeita aos recursos humanos de saúde acentuar-se-ia se o Grande Porto fosse excluído da análise.

A distribuição regional destes profissionais é desigual, irregular e heterogénea, com fortes assimetrias na partição espacial de médicos, que tendem a concentrar-se no Grande Porto e a escassear no Tâmega e, em menor extensão, no Ave e Entre Douro e Vouga. A desproporção na distribuição deste indicador é de tal forma significativa que o número de médicos por habitante na NUT III Grande Porto é pelo menos o dobro do valor observado no Cávado, que se afigura como a segunda NUT III da Região Norte melhor posicionada (quadro 8).

Os valores relativamente elevados observados na cobertura de hospitais oficiais e centros de saúde por habitante na NUT III Alto Trás-os-Montes não têm correspondência no número de médicos por habitante, o que pode reflectir uma modalidade de distribuição destes recursos que não contempla as necessidades de saúde nem os modelos de prestação de cuidados politicamente definidos.

Quadro 8
Médicos por 1.000 habitantes e NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1989	1,2	1,3	1,9	1,3	1,1	3,7	1,5	1,1
1993	1,2	1,1	1,8	1,1	1,2	5,3	1,3	0,5
1997	1,3	1,2	1,9	1,3	1,0	5,5	1,4	0,6
2001	1,7	1,2	2,1	1,5	1,1	5,8	1,9	0,6
2005	2,1	1,4	2,4	1,7	1,3	6,1	2,2	0,7

Nota: a) A afectação territorial dos médicos faz-se segundo o respectivo local de residência.
Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.



Quadro 9
Percentagem de médicos especialistas

Ano	Portugal	Região Norte	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1991	30,8	30,7	11,6	17,5	23,8	13,9	22,5	58,4	69,5	66,3
1995	62,2	60,8	54,8	60,1	61,4	53,5	58,1	62,0	59,4	52,8
1999	65,6	64,5	60,3	60,2	64,5	64,5	58,3	66,5	52,8	55,2
2003	64,9	63,2	55,7	57,2	61,0	60,8	55,2	66,2	51,2	53,4
2005	64,5	62,8	54,1	55,9	60,4	60,3	53,6	66,2	50,8	51,9

Nota: a) A afectação territorial dos médicos faz-se segundo o respectivo local de residência.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

A distribuição regional dos médicos especialistas segue um padrão semelhante ao que se observa no caso dos médicos em geral, ou seja, estes tendem a concentrar-se no Grande Porto (única NUT III da Região Norte com valores superiores à média nacional), ao passo que as assimetrias entre os médicos especialistas e não especialistas são menores nas NUTS III Minho-Lima, Alto Trás-os-Montes, Entre Douro e Vouga e Tâmega (quadro 9).

A tendência para a especialização médica consolidou-se na década de noventa e corresponde a um processo ainda em curso, que resulta, de acordo com Paula Santana, da construção social de uma tríade ao nível da modelação dos cuidados de saúde, cujos pilares assentam em três “níveis distintos e autónomos sobre o ponto de vista metodológico e técnico, possuidores, inclusive, de discursos por vezes divergentes ou, no mínimo, concorrentes - Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares e Saúde Pública - com impacte na deficiente articulação entre eles e na referenciação dos utilizadores dos serviços (CSP/Cuidados Hospitalares)” (Santana, 2005, p. 201).

As NUTS III Minho-Lima e Tâmega apresentam uma evolução da percentagem de médicos especialistas que contraria a tendência para a especialização médica, registando em 2005 valores inferiores aos verificados em 1991, o que poderá estar associado à relativa escassez de hospitais oficiais e particulares por habitante nestas sub-regiões.

2.2. Ambivalências na acção, utilização e “resultados” dos serviços de saúde

O número de consultas nos centros de saúde e suas extensões, de internamentos hospitalares e, sobretudo, de operações e anestésias realizadas nos hospitais do serviço público de saúde por habitante tem aumentado ao longo das duas últimas décadas (quadro 10), o que poderá reflectir o alargamento e melhoria da cobertura sanitária do país, por um lado, e os incentivos políticos ao aumento da produção e ao combate às listas de espera no sistema nacional de saúde, por outro lado. Para estes ganhos terá ainda contribuído o aumento notável



nas últimas três décadas das consultas de clínica geral e, em particular, as de saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil (OPSS, 2003, p. 71; Santana, 2005, p. 214).

Quadro 10
Algumas acções desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde

Ano	Consultas médicas nos centros de saúde e suas extensões por 100 hab.		Internamentos nos hospitais por 1.000 hab.		Operações e anestésias nos hospitais por 1.000 hab.	
	Portugal	Região Norte	Portugal	Região Norte	Portugal	Região Norte
1989	241	235	102,8	88,0	85,2	80,1
1993	246	247	113,2	99,8	95,7	91,0
1997	261	260	117,2	105,4	109,2	102,8
2001	268	261	115,1	108,7	141,7	132,8
2005	272	282	120,7	111,2	132,5	135,3

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Apesar de Suzete Gonçalves verificar que a Região Norte se tem caracterizado por níveis de consumo e despesa pública em saúde inferiores à média nacional e por apresentar custos unitários do sistema hospitalar mais reduzidos, sendo os principais beneficiários dos investimentos públicos na saúde os cuidados primários e os projectos em infraestruturas de saúde (Gonçalves, 2005, p. 34-37), a tendência para que a Região Norte reforce a aproximação aos valores relativos registados em Portugal no que diz respeito às consultas nos centros de saúde e suas extensões, assim como às operações e anestésias efectuadas nos hospitais dos serviços públicos de saúde, chegando mesmo a ultrapassar a média nacional em 2005 (quadro 10), pode contribuir para inverter o panorama dos custos e dos investimentos públicos neste domínio.

A visibilidade pública destes números não pode escamotear os problemas relativos à eficácia, organização e funcionalidade dos serviços públicos de saúde, como se tem vindo a demonstrar. Aliás, nestas modalidades de acção e utilização dos serviços públicos de saúde persistem, mais uma vez, desigualdades intra-regionais, nomeadamente no que concerne a totalidade de consultas efectuadas nos centros de saúde por habitante, observando-se valores mais baixos nas NUTS III Tâmega, Cávado e Alto Trás-os-Montes (quadro 11). Como constata Suzete Gonçalves, as populações que vivem em zonas em que a oferta de estabelecimentos, equipamentos e recursos humanos de saúde é escassa e/ou em que a distância-tempo para lhes aceder se afigura como um obstáculo à sua procura e utilização são particularmente penalizadas no acesso a cuidados de saúde (Gonçalves, 2005, p. 45-46), o que se torna particularmente visível na análise dos valores da mortalidade infantil na Região Norte.



Quadro 11
Consultas médicas nos centros de saúde e suas extensões por 100 habitantes e NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1989	195	256	253	229	254	226	228	243
1993	192	273	231	238	264	253	252	238
1997	209	279	241	260	267	270	263	250
2001	238	270	250	282	277	262	281	242
2004	281	274	263	311	274	281	311	264

Fontes: INE, *Estatísticas da Saúde*; INE, *Anuário Estatístico da Região Norte*.

Quadro 12
Taxas de mortalidade perinatal, neonatal e infantil por quinquénio (%)

Ano	Taxa de mortalidade perinatal		Taxa de mortalidade neonatal		Taxa de mortalidade infantil	
	Portugal	Região Norte	Portugal	Região Norte	Portugal	Região Norte
1980-1984	21,94	24,75	13,61	15,99	20,42	24,05
1985-1989	16,98	18,48	9,90	11,42	14,63	16,89
1990-1994	11,03	11,50	6,02	6,70	9,50	10,64
1995-1999	7,40	7,92	4,03	4,56	6,43	7,23
2000-2004	5,51	5,64	3,02	3,29	4,72	5,11
2001-2005	5,13	5,14	2,77	3,03	4,31	4,70

Notas:

a) Mortalidade perinatal: nados-vivos falecidos com menos de 7 dias de vida, mais fetos-mortos, pesando 500 ou mais gramas ou, se o peso é desconhecido, com idade gestacional correspondente.

b) Mortalidade neonatal: óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida.

c) Mortalidade infantil: óbitos de crianças com menos de um ano de vida.

Fonte: INE, *Estatísticas Demográficas*.

Nas três últimas décadas, verificou-se um decréscimo acentuado das taxas de mortalidade infantil, perinatal e neonatal, quer em Portugal, quer na Região Norte, cujos valores tendem a aproximar-se nos últimos anos (quadro 12). Estes indicadores são particularmente sensíveis à melhoria generalizada das condições sócio-económicas da população e à oferta e acção dos serviços de saúde e às políticas que lhes subjazem. E as condições de prestação de cuidados de saúde durante a gravidez e imediatamente antes e após o parto são fundamentais, nomeadamente a assistência médica e hospitalar no parto, cuja cobertura foi iniciada nos anos sessenta no nosso país, reflectindo-se num número muito baixo, quer da percentagem de partos sem assistência, quer nos óbitos de mulheres por causas associadas à gravidez, parto e puerpério (ver quadros C e D, em anexo).

Ao analisar as causas de morte maternas e até ao fim do primeiro ano de vida em Portugal nos anos noventa, Luísa Ferreira da Silva e Fátima Alves concluem que estas residiam sobretudo nas complicações do puerpério, no caso da mortalidade materna, e no crescimento fetal lento, má nutrição fetal e prematuridade, além dos óbitos devido a hipóxia, asfíxia à nascença e afecções respiratórias, no caso da mortalidade infantil; neste sentido, alertam para a



possibilidade de evitar algumas destas mortes através de uma assistência médica adequada e eficaz no âmbito da saúde materno-infantil (Silva e Alves, 2003, p. 36-38, 46 e 54-56).

Este cenário reconfigurou-se nos últimos anos, como mostra a Administração Regional de Saúde do Norte (doravante ARSN), que entende que pode ser difícil melhorar a incidência da mortalidade infantil, em particular na Região Norte, devido ao provável aumento do número de gravidezes de risco eventualmente associadas ao protelar da decisão de procriar e à maior prevalência de mulheres fumadoras em idade fértil, em articulação com o facto de a principal causa de mortalidade infantil serem hoje as malformações congénitas; no entanto, mostra alguma apreensão face à extensão do leque de causas mal definidas e de causas externas, que deverão ser esclarecidas e minimizadas (ARSN, 2005, p. 183-184).

Na nossa perspectiva, é essencial desconstruir o efeito despolítico associado aos discursos que enfatizam as dificuldades em baixar a taxa de mortalidade infantil na Região Norte, atendendo, entre outros aspectos, às disparidades observadas entre as NUTS III e, sobretudo, entre os concelhos desta Região: no período 2001-2005, trinta e nove concelhos apresentaram uma taxa de mortalidade infantil superior à média da Região Norte, seis dos quais registaram mesmo valores superiores a 10‰ - Murça (15,0‰), Vinhais (12,0‰), Vila Nova de Foz Côa (11,9‰), Arcos de Valdevez (11,8‰), Ribeira de Pena (11,2‰) e Alfândega da Fé (10,4‰), sendo que três destes concelhos pertencem à NUT III Alto Trás-os-Montes. Se Portugal registou em 2005 o valor mais baixo de sempre na taxa de mortalidade infantil (3,5‰), a Região Norte foi a única NUT II do Continente a ultrapassar esta média (3,8‰), sendo acompanhada nesta tendência apenas pela Região Autónoma dos Açores (6,3‰).

Entre Douro e Vouga é a NUT III da Região Norte que apresenta os valores mais baixos de mortalidade infantil ao longo das três últimas décadas, em oposição a Alto Trás-os-Montes, que se afigura como a NUT III com o pior desempenho neste domínio, apesar da lenta aproximação relativa às restantes NUTS III, em especial na última década (quadro 13).

Quadro 13
Taxa de mortalidade infantil por quinquénio e NUTS III (‰)

Ano	Alto Trás-os-Montes	Ave	Cávado	Douro	Entre Douro e Vouga	Grande Porto	Minho-Lima	Tâmega
1980-1984	31,33	23,50	22,16	32,26	22,75	21,36	21,39	25,76
1985-1989	22,14	16,14	15,64	18,70	14,13	16,93	15,19	17,38
1990-1994	15,46	9,35	9,33	12,83	8,08	10,85	9,90	11,39
1995-1999	8,60	7,16	8,12	7,62	6,93	7,03	7,24	6,78
2000-2004	6,63	4,62	4,66	4,70	3,87	5,61	5,08	5,14
2001-2005	5,53	4,05	4,38	4,16	3,63	5,21	4,67	4,87

Fonte: INE, *Estatísticas Demográficas*.



Em termos concelhios, o panorama da Região Norte no que concerne a taxa de mortalidade infantil pode sintetizar-se da seguinte forma (ver quadros E, F e G, em anexo):

- Nos concelhos da NUT III Alto Trás-os-Montes, Alfândega da Fé vê diminuir a taxa de mortalidade infantil sobretudo na segunda metade da década de noventa, mas esta regista um aumento nos últimos anos, para o qual contribuem os valores da taxa de mortalidade perinatal e, em menor extensão, neonatal, à semelhança do que se passa com Murça. Vimioso parece estar a recuperar recentemente este indicador, ao contrário do que se passa em Vinhais, concelho que aliás regista um aumento da mortalidade neonatal. Chaves e Macedo de Cavaleiros são os concelhos que tendem a apresentar os valores mais baixos de mortalidade infantil a partir da década de noventa nesta NUT III, sobretudo pela redução da taxa de mortalidade neonatal.

- No Ave, Vieira do Minho é o concelho pior posicionado ao longo da década de noventa, mas indicia uma recuperação da taxa de mortalidade infantil nos últimos anos, mercê da redução da taxa de mortalidade neonatal. Os concelhos melhor posicionados quanto a este indicador são Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso e Guimarães.

- Quanto ao Cávado, Braga, Barcelos e Amares apresentam o cenário mais favorável de mortalidade infantil ao longo de todo o período em análise, sendo acompanhados por Vila Verde na última década. O Concelho de Terras de Bouro tem um comportamento irregular: na década de oitenta apresenta os níveis mais elevados de mortalidade infantil, que diminuem de forma consistente até atingir os valores mais baixos nos primeiros anos da década de noventa, mercê da redução significativa da mortalidade perinatal e neonatal; a partir da segunda metade da década de noventa volta a assumir-se como o concelho com níveis mais elevados de mortalidade infantil, mas mantém níveis baixos de mortalidade neonatal e perinatal.

- O concelho geralmente mais penalizado do Douro é Alijó, à semelhança de Moimenta da Beira e Sabrosa nos últimos anos, enquanto Vila Real e Vila Nova de Foz Côa tendem a manter os níveis mais baixos nas duas últimas décadas no que toca à mortalidade infantil, apesar deste último concelho registar um valor bastante elevado no quinquénio 2001-2005. Vila Flor apresenta uma situação favorável na década de oitenta, que é invertida na década de noventa e recuperada novamente nos últimos anos, por oposição ao recente aumento da mortalidade infantil em Tarouca.

- No Grande Porto, Espinho é o concelho que, em termos gerais, apresenta os valores mais baixos de mortalidade infantil ao longo do período em análise, em contraste com o Porto e, na última década, Póvoa de Varzim.

- No Minho-Lima evidencia-se um cenário desfavorável nos Arcos de Valdevez e em Valença, com níveis elevados de mortalidade perinatal e neonatal, particularmente notórios nos últimos dez anos.



- Ribeira de Pena é o concelho do Tâmega com os piores resultados, aumentando substancialmente os valores de mortalidade perinatal nos últimos anos. Em contrapartida, Cabeceiras de Basto tem recuperado, sobretudo na última década, registando os valores mais baixos de mortalidade infantil, mercê da redução da mortalidade perinatal e neonatal.

Em suma, as assimetrias intra-regionais e concelhias ao nível da taxa de mortalidade infantil na Região Norte levam-nos a crer que é possível baixar a sua incidência, o que exige intervenções localizadas, de acordo com os respectivos perfis de necessidade, oferta e utilização de serviços de saúde materno-infantil e não com base nos custos ou na suposta relação custo-efectividade. Para que a mortalidade infantil seja uma batalha ganha, urge documentar e caracterizar as restrições e privações de natureza económica, social e sociorganizacional que obstam à igualdade de acesso a estes cuidados de saúde, assim como aos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos que lhes estão associados.

3. Algumas propostas de intervenção

Em termos globais, as continuadas assimetrias intra-regionais afiguram-se como um obstáculo à coesão e melhoria da saúde na Região Norte, repercutindo-se em diversas modalidades de privação do acesso à saúde e a condições de vida decentes. Neste contexto, é fundamental conceber formas de intervenção solidária que, ao perspectivar a saúde como um direito humano fundamental que não pode ser comercializado, garantam uma distribuição mais equitativa dos recursos básicos em saúde, promovam a resistência à sua privatização e assegurem a eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde (Nunes, 2006).

Para tal, há que delinear um conjunto de investigações com vista à avaliação das principais modalidades de acesso, utilização e (in)satisfação dos serviços públicos e privados de saúde, de modo a identificar necessidades locais de intervenção prioritária neste domínio, de acordo com as características sócio-profissionais, económicas, escolares, etárias, sexuais e habitacionais dos indivíduos e o respectivo contexto político-organizacional⁷. Aliás, a análise da evolução do panorama dos seguros privados de saúde e das diversas modalidades de relacionamento entre os financiadores privados, os prestadores de cuidados de saúde e os utilizadores permitirá gerir esta via de acesso aos cuidados de saúde em complementaridade com os serviços públicos (OPSS, 2001, p. 42).

⁷ A compreensão das especificidades dos comportamentos e hábitos de saúde e respectivos sentidos a partir do discurso dos actores sociais “leigos” torna-se especialmente relevante se atendermos a que as principais determinantes das causas de mortalidade em Portugal e na Região Norte são passíveis de intervenção pela promoção da saúde, a saber: consumo de tabaco; abuso do álcool; alimentação pouco “saudável”; condução rodoviária de risco; toxicodependência; e falta de exercício físico (OPSS, 2001, p. 10; ARSN, 2005).



Desta forma será possível abandonar uma visão centralista e economicista do planeamento regional de recursos e serviços em saúde (que assenta, fundamentalmente, no número de habitantes e na relação custo-efectividade) e fomentar a participação dos cidadãos no debate público e na definição de políticas sectoriais associadas à saúde, como sejam: uma maior intervenção sobre os preços, a disponibilidade e a quantidade e qualidade da alimentação e da água; o controlo da poluição ambiental exterior e em ambientes interiores, profissionais ou domésticos; melhoria das condições no local de trabalho, de recreio e na residência; e inclusão da educação para a saúde nas escolas e reforço da intervenção da saúde pública (Santana, Vaz e Fachada, 2004, p. 22-24). O envolvimento dos cidadãos no desenho, execução e avaliação de estratégias de planeamento e intervenção na promoção e pesquisa em saúde exige uma redistribuição dos diversos poderes e interesses em jogo, sobretudo pela reconfiguração dos papéis da governação central, regional e local com vista à necessária descentralização dos cuidados de saúde e intervenção sanitária e articulação entre os cuidados de saúde primários, os hospitais e outros serviços a montante e jusante da saúde.

A contemplação dos interesses dos cidadãos e o reforço da confiança das comunidades locais e regionais nos sistemas de saúde passam, entre outras, pelas seguintes situações: assegurar o direito à informação e direito de escolha dos cidadãos; garantir a transparência das listas de espera; assegurar a possibilidade de reclamar sem consequências; fomentar o direito de participação e representação através, por exemplo, das associações de doentes e/ou de familiares de doentes; e promover o investimento em tecnologias relativamente pouco dispendiosas e com um amplo âmbito de aplicação (OPSS, 2001, p. 20- 23; Gonçalves, 2005, p. 24).

As recentes metamorfoses científico-tecnológicas, demográficas e sócio-económicas observadas na Região Norte poderão repercutir-se em alterações nas necessidades em saúde e o sistema de saúde regional deve preparar-se para responder de forma adequada e eficaz aos eventuais desafios que se avizinham. Desde logo, há que eliminar as barreiras ao acesso às intervenções cirúrgicas electivas ou à medicina familiar e apostar na oferta de recursos sociais e de saúde que vão de encontro à crescente utilização dos serviços públicos de saúde⁸ e às necessidades emergentes da população em termos de cuidados de saúde primários, domiciliários, continuados e preventivos (em particular os idosos, deficientes, doentes crónicos e cidadãos estrangeiros a residir em Portugal). Também o aumento da incidência de SIDA na Região Norte exige um maior investimento na divulgação de informações e incentivos à mudança de comportamentos neste domínio (ARSN, 2005). Há ainda que atender às reconfigurações das necessidades no âmbito da saúde materno-infantil e dos cuidados pré-natais

⁸ A utilização dos serviços públicos de saúde é aqui expressa pelo número de consultas médicas nos centros de saúde e suas extensões, pelos internamentos hospitalares e pelas operações e anestésias efectuadas nos hospitais.



e perinatais, em especial face à tendência para o aumento de gravidezes de risco e da procura de técnicas de procriação medicamente assistida.

O planeamento rigoroso na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde deverá, entre outros aspectos: *i)* reforçar em quantidade e qualificação os recursos humanos de saúde em áreas com carências de pessoal, nomeadamente nos cuidados de saúde primários e, em especial, no apoio domiciliário e em algumas especialidades (por exemplo, clínica geral, obstetria, pediatria, anestesiologia e cuidados de emergência); *ii)* considerar as repercussões associadas ao peso crescente de médicos com mais de 55 anos; *iii)* atender aos desafios colocados pelo aprovisionamento de lugares por profissionais estrangeiros, salientando-se a presença crescente de médicos estrangeiros sobretudo no Grande Porto; e *iv)* avaliar os impactes das reformas de gestão nos profissionais de saúde e explicitar os mecanismos que garantirão a qualificação técnica dos mesmos (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002, p. 21-22; OPSS, 2003; Gonçalves, 2005, p. 39-44).

Atendendo aos resultados do Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais em 2006, importa sobretudo investir em aplicações que contribuam para a democratização e transparência das relações entre os cidadãos e a saúde, nomeadamente nas actividades de telemedicina e na divulgação *on line* da informação institucional acerca dos estabelecimentos de saúde e dos serviços prestados (incluindo a tabela de preços), mas também, e especialmente, na acessibilidade para cidadãos com necessidades especiais e na marcação de consultas e disponibilização de formulários a submeter *on line* (Instituto Nacional de Estatística, 2007).

Por último, há que explorar as potencialidades de um conjunto de instituições de I&D nas ciências da saúde localizadas na Região Norte, que se afiguram como um pólo preferencial de competitividade e inovação num mercado global (Portela, 2007), capaz de projectar Portugal e a Região Norte para uma das mais recentes tendências globais neste domínio: o “turismo” da saúde.



ANEXOS



Quadro A
Despesas com a saúde em Portugal

Ano	Despesas totais (em % do PIB)	Despesas públicas (em % das despesas totais)
1980	5,6	64,3
1985	6,0	54,6
1990	6,2	65,5
1995	8,2	62,6
2000	9,4	72,5
2004	10,1	73,2

Notas:

a) Em 1995 e 2000 há uma quebra na série.

b) Os valores relativos a 2004 são estimados.

Fonte: OCDE, *Dados Estatísticos da Saúde 2006*, Paris, Outubro de 2006.

Quadro B
Número de hospitais oficiais e hospitais particulares por NUTS III

Ano	Alto Trás-os-Montes		Ave		Cávado		Douro		Entre Douro e Vouga		Grande Porto		Minho-Lima		Tâmega	
	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP	HO	HP
1988	5	...	4	1	4	7	4	...	2	...	19	11	4	1	3	...
1992	4	...	4	1	2	10	3	...	3	...	16	15	2	1	2	...
1996	4	...	4	1	2	8	3	...	3	...	17	13	2	1	2	1
2000	4	...	4	3	2	8	3	...	3	...	18	15	2	...	2	1
2004	4	...	4	3	2	10	2	...	3	...	16	15	1	...	2	1

Notas:

a) Hospital oficial: hospital que é propriedade do Estado; inclui os hospitais centrais ou distritais, militares, paramilitares e prisionais.

b) Hospital particular: hospital que é propriedade de entidades particulares, com ou sem fins lucrativos.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*.

Quadro C
Percentagem de partos sem assistência

Ano	Região Norte	Portugal
1980	5,80	3,91
1985	1,50	0,98
1990	0,31	0,28
1995	0,13	0,12
2000	0,20	0,07
2005	0,14	0,15

Nota:

a) A afectação é efectuada segundo o local de residência da parturiente.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*.



Quadro D
Óbitos de mulheres por causas associadas à
gravidez, parto e puerpério

Ano	Região Norte	Portugal
1980	a)	31
1985	a)	15
1990	1	12
1995	2	9
2000	1	3
2005

Nota:

a) Dado não disponível.

b) A afectação é efectuada segundo o local de residência da parturiente.

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*.

Quadro E
Taxa de mortalidade perinatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Alto Trás-os-Montes	28,0	21,6	13,6	10,9	7,2	6,8
Alfândega da Fé	16,6	16,4	24,8	12,9	10,7	15,6
Boticas	34,7	28,5	16,1	8,9	10,4	5,3
Bragança	27,3	15,2	10,1	10,3	10,2	9,2
Chaves	31,6	21,7	11,2	7,1	5,5	5,6
Macedo de Cavaleiros	26,3	24,6	13,5	7,6	5,7	6,1
Miranda do Douro	25,8	39,9	15,7	7,2	4,0	4,1
Mirandela	26,2	15,6	18,0	18,3	7,7	7,0
Mogadouro	18,6	26,3	18,7	6,9	11,7	8,9
Montalegre	28,7	24,1	18,5	6,2	c)	2,9
Murça	34,9	10,6	19,4	10,3	14,1	11,2
Valpaços	32,3	26,1	13,4	22,5	1,4	c)
Vila Pouca de Aguiar	31,7	21,0	6,7	11,4	9,5	8,5
Vimioso	20,3	23,8	9,5	17,1	7,5	7,6
Vinhais	21,5	27,3	14,1	c)	7,9	8,0
Ave	24,5	18,1	10,4	8,3	4,8	4,3
Fafe	27,6	23,1	10,5	7,7	5,2	4,8
Guimarães	26,3	18,8	8,4	8,6	4,0	3,7
Póvoa de Lanhoso	27,5	16,7	8,7	5,6	7,4	6,0
Santo Tirso	23,5	15,8	12,5	8,6	6,1	5,3
Trofa	a)	a)	a)	a)	4,3	4,9
Vieira do Minho	23,3	19,3	11,7	12,8	11,0	11,5
V. Nova Famalicão	20,8	16,9	11,9	8,4	4,5	3,5
Vizela	b)	b)	b)	b)	2,2	2,3
Cávado	22,0	17,9	11,2	7,8	5,3	4,4
Amares	18,0	16,2	3,5	4,4	6,5	4,7
Barcelos	22,0	18,5	11,5	7,2	4,9	3,7
Braga	20,6	17,4	11,6	8,0	4,8	4,4
Esposende	29,3	18,5	14,0	8,9	7,4	5,8
Terras de Bouro	29,3	29,4	5,7	4,5	c)	c)
Vila Verde	20,9	16,0	10,6	9,5	6,4	5,2

(continua)



Quadro E
Taxa de mortalidade perinatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%)
(continuação)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Douro	28,1	17,5	13,6	7,9	5,4	4,7
Alijó	22,1	17,1	24,7	9,3	9,6	10,1
Armamar	30,4	17,2	13,6	6,2	3,4	3,6
Carraceda de Ansiães	23,0	17,4	18,1	c)	c)	c)
Freixo Espada Cinta	19,0	16,9	16,8	7,0	6,8	7,0
Lamego	33,0	17,1	9,6	8,8	5,9	6,3
Mesão Frio	35,9	25,6	17,6	6,5	7,8	8,7
Moimenta da Beira	30,2	15,3	14,4	11,0	3,5	7,5
Penedono	31,5	7,7	10,8	c)	c)	c)
Peso da Régua	36,8	21,3	8,4	7,7	7,4	4,7
Sabrosa	27,7	14,8	10,9	3,2	3,7	7,4
Sta Marta Penaguião	28,4	17,7	18,1	7,3	5,4	2,9
São João da Pesqueira	29,3	12,4	10,7	8,9	4,9	2,6
Sernancelhe	21,8	20,7	19,9	6,8	3,7	4,1
Tabuaço	29,6	12,0	18,0	6,0	c)	c)
Tarouca	18,2	19,3	11,6	8,6	13,6	7,3
Torre de Moncorvo	29,5	13,4	10,5	11,1	10,7	c)
Vila Flor	18,5	18,3	20,7	12,7	c)	c)
Vila Nova de Foz Côa	14,4	15,6	8,8	13,0	11,1	11,9
Vila Real	27,8	19,5	13,4	7,2	3,8	3,3
Entre Douro e Vouga	25,5	16,3	11,0	7,1	4,5	3,9
Arouca	29,6	15,9	14,9	7,8	4,9	6,8
Oliveira de Azeméis	27,6	15,5	10,3	8,1	3,6	3,3
Santa Maria da Feira	23,9	17,5	9,6	6,2	4,7	3,7
São João da Madeira	20,3	12,3	12,6	9,6	3,3	2,6
Vale de Cambra	26,1	16,0	15,1	6,4	7,2	5,5
Grande Porto	23,1	18,2	10,8	7,4	6,2	5,6
Espinho	18,5	14,2	4,6	8,1	4,5	4,7
Gondomar	24,2	19,0	10,6	6,0	5,8	6,2
Maia	16,8	12,3	8,9	6,1	6,6	4,9
Matosinhos	19,5	16,9	10,0	5,8	6,8	6,7
Porto	25,9	21,2	14,3	10,6	6,5	5,5
Póvoa de Varzim	21,2	19,0	10,9	7,4	5,2	4,2
Valongo	20,4	16,2	9,9	5,9	6,3	6,3
Vila do Conde	26,3	20,9	11,4	7,3	6,1	5,7
Vila Nova de Gaia	24,2	17,1	9,5	7,3	6,2	5,4
Minho-Lima	23,9	18,5	13,1	9,7	5,8	5,7
Arco de Valdevez	27,7	27,5	14,5	11,5	8,8	8,3
Caminha	16,1	17,1	8,1	9,0	2,8	5,7
Melgaço	24,3	21,4	4,8	10,3	c)	3,6
Monção	25,2	21,8	14,7	10,7	3,0	c)
Paredes de Coura	30,8	15,7	7,9	6,1	10,7	7,9
Ponte da Barca	24,1	14,7	21,5	9,4	3,5	1,8
Ponte de Lima	27,0	17,0	13,3	7,8	6,9	6,7
Valença	25,9	19,0	14,3	17,9	11,2	8,2
Viana do Castelo	20,5	16,5	13,6	9,0	4,9	5,7
V. Nova de Cerveira	24,5	24,8	6,9	15,3	5,1	2,6

(continua)



Quadro E
Taxa de mortalidade perinatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%)
(continuação)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Tâmega	27,1	19,8	12,3	7,8	5,6	5,4
Amarante	34,9	19,9	12,6	5,7	6,2	6,8
Baião	25,0	19,9	8,6	10,5	2,5	2,6
Cabeceiras de Basto	25,4	19,4	16,9	3,5	3,0	3,0
Castelo de Paiva	24,3	16,8	18,0	9,5	8,0	9,5
Celorico de Basto	31,8	22,4	15,5	11,8	5,8	4,0
Cinfães	20,6	16,8	14,5	11,0	6,0	7,2
Felgueiras	29,2	21,0	10,2	6,1	5,5	4,7
Lousada	25,4	18,3	14,3	7,0	4,5	4,7
Marco de Canaveses	27,4	20,5	12,3	6,1	5,5	5,5
Mondim de Basto	32,9	21,4	13,4	12,6	4,6	2,4
Paços de Ferreira	27,4	22,7	10,6	10,8	4,0	4,5
Paredes	22,0	20,0	11,4	7,2	6,3	5,9
Penafiel	24,7	17,0	11,8	8,6	6,8	5,5
Resende	31,2	28,6	15,9	8,8	3,2	3,4
Ribeira de Pena	36,1	13,6	2,4	3,1	14,1	18,7

Notas:

a) Esta unidade territorial integrou o concelho de Santo Tirso até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

b) Esta unidade territorial integrou o concelho de Guimarães até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

c) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas Demográficas*.

Quadro F
Taxa de mortalidade neonatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Alto Trás-os-Montes	18,6	14,4	8,9	5,4	3,9	3,6
Alfândega da Fé	16,6	13,7	7,1	4,3	10,7	10,4
Boticas	24,8	18,3	9,6	8,9	c)	c)
Bragança	16,7	12,4	8,3	6,4	3,2	2,6
Chaves	20,5	12,8	7,1	2,2	3,9	2,8
Macedo de Cavaleiros	17,7	17,4	6,7	2,5	2,9	3,0
Miranda do Douro	14,5	28,8	6,3	3,6	4,0	4,1
Mirandela	17,5	9,2	10,5	10,8	4,8	5,0
Mogadouro	16,7	13,8	20,6	6,9	2,9	3,0
Montalegre	21,1	16,8	13,5	4,1	c)	c)
Murça	27,1	3,5	8,3	3,4	10,6	11,2
Valpaços	21,2	19,8	9,3	8,0	c)	c)
Vila Pouca de Aguiar	17,7	15,8	4,4	2,8	4,8	3,4
Vimioso	14,7	18,5	9,5	17,1	7,5	7,6
Vinhais	12,1	12,9	9,4	c)	11,9	12,0

(continua)

Quadro F
Taxa de mortalidade neonatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%) • (continuação)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Ave	15,6	11,0	5,9	4,7	2,7	2,4
Fafe	17,9	14,5	5,3	7,4	2,0	2,4
Guimarães	16,7	10,1	4,7	4,1	2,6	2,3
Póvoa de Lanhoso	17,7	11,2	3,3	3,5	5,2	3,0
Santo Tirso	15,2	12,4	7,6	4,2	2,7	1,1
Trofa	a)	a)	a)	a)	1,9	2,5
Vieira do Minho	18,8	10,9	8,5	7,7	2,7	2,9
V. Nova Famalicão	12,3	9,7	6,6	5,3	3,1	2,9
Vizela	b)	b)	b)	b)	2,2	2,3
Cávado	15,4	11,0	5,9	5,1	3,0	2,7
Amares	13,0	9,9	3,5	1,8	4,7	3,8
Barcelos	14,8	11,1	6,1	6,1	2,4	1,9
Braga	14,1	10,1	6,2	4,6	3,0	3,2
Esposende	20,5	12,1	5,9	6,1	4,1	2,4
Terras de Bouro	17,6	20,6	3,8	2,2	c)	c)
Vila Verde	17,2	11,1	5,3	4,9	3,7	3,1
Douro	18,1	11,1	7,6	4,4	2,6	2,4
Alijó	20,1	11,1	15,6	4,7	7,7	8,1
Armamar	16,6	9,6	4,5	c)	c)	c)
Carraceda de Ansiães	12,1	8,7	12,9	c)	c)	c)
Freixo Espada Cinta	24,4	4,2	5,6	c)	6,8	7,0
Lamego	16,0	11,7	5,6	5,0	2,9	3,1
Mesão Frio	13,1	14,0	11,7	.	3,9	4,4
Moimenta da Beira	20,7	9,8	7,2	7,8	5,3	3,8
Penedono	12,6	c)	5,4	c)	c)	c)
Peso da Régua	25,1	16,5	6,1	6,8	3,2	2,3
Sabrosa	20,4	13,0	c)	6,4	c)	3,7
Sta Marta Penaguião	16,6	12,9	16,1	2,4	c)	c)
São João da Pesqueira	18,8	4,1	7,2	6,7	c)	c)
Sernancelhe	10,9	12,4	14,2	c)	c)	c)
Tabuaço	12,3	5,1	13,5	6,0	3,8	c)
Tarouca	15,9	10,4	1,9	2,1	6,8	4,9
Torre de Moncorvo	17,0	19,4	6,3	5,6	3,6	c)
Vila Flor	10,0	4,1	7,8	6,3	c)	c)
Vila Nova de Foz Côa	11,2	8,9	2,9	6,5	3,7	11,9
Vila Real	22,1	11,7	6,7	3,8	1,7	1,1
Entre Douro e Vouga	16,3	9,5	4,8	4,4	2,4	2,2
Arouca	15,9	6,2	4,8	5,6	2,4	3,4
Oliveira de Azeméis	18,1	9,6	4,1	4,8	2,5	1,8
Santa Maria da Feira	15,9	9,9	4,6	4,5	2,1	2,1
São João da Madeira	13,3	8,7	7,1	2,4	3,3	2,6
Vale de Cambra	15,8	11,2	6,2	2,4	2,7	2,7
Grande Porto	15,4	11,9	7,2	4,7	4,0	3,7
Espinho	10,9	9,3	3,2	3,3	0,6	1,8
Gondomar	15,7	12,7	7,4	4,0	4,1	4,0
Maia	11,4	8,1	6,6	3,2	3,9	3,5
Matosinhos	14,2	11,1	6,2	4,5	3,9	3,2
Porto	17,3	14,1	9,6	6,1	4,1	3,9
Póvoa de Varzim	12,7	10,4	5,8	5,6	4,8	4,7
Valongo	14,1	12,2	5,9	4,0	3,3	3,4
Vila do Conde	18,4	11,8	7,2	4,2	5,4	5,5
Vila Nova de Gaia	16,2	11,3	6,5	4,8	4,2	3,6



Quadro F

Taxa de mortalidade neonatal por quinquénio e concelhos da Região Norte (%) • (continuação)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Minho-Lima	13,6	10,6	6,5	4,7	2,8	2,6
Arco de Valdevez	16,5	16,4	8,2	5,2	4,4	4,7
Caminha	8,5	12,1	5,8	5,1	1,4	2,9
Melgaço	14,6	19,5	7,2	3,4	c)	c)
Monção	15,0	9,6	8,5	7,6	1,5	c)
Paredes de Coura	11,6	8,7	5,2	6,1	c)	c)
Ponte da Barca	12,5	6,9	8,9	3,1	1,7	1,8
Ponte de Lima	16,3	7,8	7,0	3,5	4,5	3,8
Valença	15,1	10,1	5,7	9,8	8,0	4,9
Viana do Castelo	10,9	9,7	5,7	3,3	1,8	2,3
V. Nova de Cerveira	22,9	19,1	2,3	15,3	2,6	c)
Tâmega	16,6	11,4	7,1	3,8	3,1	2,9
Amarante	21,9	12,3	6,9	3,5	4,8	4,7
Baião	14,6	11,3	3,3	3,5	0,8	c)
Cabeceiras de Basto	17,3	11,6	7,7	0,9	1,0	1,0
Castelo de Paiva	13,4	13,0	8,2	6,9	4,4	2,8
Celorico de Basto	18,8	13,3	10,6	7,1	1,9	2,0
Cinfães	9,9	11,0	10,3	6,3	2,6	3,6
Felgueiras	19,8	12,0	5,1	3,0	2,6	2,5
Lousada	14,2	11,9	10,6	3,5	2,5	3,0
Marco de Canaveses	17,8	9,1	7,9	3,2	3,8	3,4
Mondim de Basto	23,1	10,7	10,1	1,8	4,6	4,8
Paços de Ferreira	15,9	12,4	6,1	4,3	1,6	2,2
Paredes	14,2	11,3	5,6	3,4	3,5	3,1
Penafiel	15,5	9,1	7,1	4,5	3,6	2,6
Resende	14,8	15,3	7,3	2,9	1,6	1,7
Ribeira de Pena	16,2	12,1	2,4	3,1	3,5	7,5

Notas:

a) Esta unidade territorial integrou o concelho de Santo Tirso até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

b) Esta unidade territorial integrou o concelho de Guimarães até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

c) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas Demográficas*.



Quadro G
Taxa de mortalidade infantil por quinquênio e concelhos da Região Norte (%)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Alto Trás-os-Montes	31,3	22,1	15,5	8,6	6,6	5,5
Alfandega da Fé	31,1	24,7	7,1	4,3	10,7	10,4
Boticas	34,7	22,4	16,1	17,8	c)	c)
Bragança	28,1	20,3	14,2	9,0	7,7	6,5
Chaves	29,6	21,1	11,6	7,6	4,4	2,8
Macedo de Cavaleiros	28,6	24,6	12,3	3,8	4,3	4,5
Miranda do Douro	22,5	31,0	15,7	3,6	7,9	8,3
Mirandela	28,4	16,2	15,0	15,0	5,7	6,0
Mogadouro	39,1	27,6	24,3	9,2	5,8	5,9
Montalegre	34,7	24,1	20,2	6,2	c)	c)
Murça	37,5	14,1	13,9	6,9	17,6	15,0
Valpaços	38,6	28,2	17,5	11,9	8,7	4,7
Vila Pouca de Aguiar	33,0	23,3	20,0	4,3	9,5	6,8
Vimioso	35,0	23,8	14,2	22,9	7,5	7,6
Vinhais	25,2	17,3	23,5	c)	11,9	12,0
Ave	23,5	16,1	9,3	7,2	4,6	4,0
Fafe	29,7	21,8	8,8	10,2	3,3	3,1
Guimarães	24,0	15,4	8,6	7,3	4,8	4,3
Póvoa de Lanhoso	25,3	18,2	7,4	6,9	7,4	5,3
Santo Tirso	22,7	16,2	11,3	5,4	4,3	2,2
Trofa	a)	a)	a)	a)	4,8	5,4
Vieira do Minho	27,2	16,8	13,8	14,1	2,7	2,9
V. Nova Famalicão	19,8	14,2	9,0	7,1	4,5	4,3
Vizela	b)	b)	b)	b)	5,9	5,4
Cávado	22,2	15,6	9,3	8,1	4,7	4,4
Amares	19,9	12,7	6,9	8,8	4,7	3,8
Barcelos	21,0	16,4	8,5	8,6	4,6	3,7
Braga	19,8	14,2	10,6	7,5	4,1	4,6
Esposende	28,3	16,1	8,1	8,4	6,0	4,4
Terras de Bouro	28,1	25,0	5,7	6,7	12,6	7,9
Vila Verde	27,1	17,1	9,7	8,5	4,7	4,9
Douro	32,3	18,7	12,8	7,6	4,7	4,2
Alijó	41,5	22,2	20,8	9,3	9,6	8,1
Armamar	37,3	21,0	9,1	3,1	c)	c)
Carraceda de Ansiães	25,4	13,9	28,4	13,4	c)	c)
Freixo Espada Cinta	29,8	8,4	11,2	c)	6,8	7,0
Lamego	27,1	16,6	11,3	7,5	4,4	4,7
Mesão Frio	22,8	21,0	17,6	9,7	3,9	4,4
Moimenta da Beira	35,4	19,6	11,5	12,5	10,5	9,4
Penedono	31,5	7,7	16,2	c)	c)	c)
Peso da Régua	40,9	22,7	9,9	7,7	5,3	4,7
Sabrosa	38,0	20,4	13,7	9,6	7,4	7,4
Sta Marta Penaguião	29,6	19,3	18,1	7,3	c)	c)
São João da Pesqueira	40,8	16,6	10,7	6,7	c)	c)
Sernancelhe	26,5	18,6	14,2	c)	3,7	4,1
Tabuaço	24,7	20,6	15,7	9,0	3,8	c)
Tarouca	31,9	32,7	3,9	6,4	9,1	7,3
Torre de Moncorvo	35,2	22,4	18,8	5,6	3,6	c)
Vila Flor	21,3	8,1	15,5	15,8	3,4	3,6
Vila Nova de Foz Côa	30,5	17,9	8,8	6,5	3,7	11,9
Vila Real	31,2	16,3	10,5	6,8	4,5	3,3

(continua)



Quadro G

Taxa de mortalidade infantil por quinquénio e concelhos da Região Norte (%) • (continuação)

Unidade Territorial	Ano					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2001-2005
Entre Douro e Vouga	22,8	14,1	8,1	6,9	3,9	3,6
Arouca	22,3	11,3	8,2	7,8	3,2	5,1
Oliveira de Azeméis	25,7	14,0	8,1	6,1	5,0	3,6
Santa Maria da Feira	22,7	14,6	8,3	8,0	3,1	3,2
São João da Madeira	14,7	12,3	7,1	4,0	5,0	3,4
Vale de Cambra	21,5	16,6	7,5	4,8	5,4	5,5
Grande Porto	21,4	16,9	10,9	7,0	5,6	5,2
Espinho	16,9	13,7	6,4	6,7	1,7	3,0
Gondomar	21,0	17,9	10,0	6,0	5,7	5,3
Maia	17,9	12,6	10,2	4,6	5,0	4,7
Matosinhos	19,1	15,6	10,1	6,4	5,9	4,7
Porto	23,8	19,7	13,9	8,6	6,2	5,9
Póvoa de Varzim	21,6	16,8	10,2	8,1	6,9	6,4
Valongo	17,4	16,4	10,7	6,7	4,8	4,5
Vila do Conde	25,1	15,6	10,3	6,0	7,2	7,0
Vila Nova de Gaia	21,7	16,4	9,8	7,8	5,2	4,9
Mínho-Lima	21,4	15,2	9,9	7,2	5,1	4,7
Arco de Valdevez	30,8	19,0	13,6	8,4	9,9	11,8
Caminha	14,4	17,1	9,3	6,4	2,8	4,3
Melgaço	23,1	21,4	14,5	6,9	c)	c)
Monção	20,4	13,1	13,4	12,2	3,0	c)
Paredes de Coura	23,1	17,5	5,2	9,1	2,7	2,6
Ponte da Barca	21,6	14,7	8,9	4,7	5,2	5,5
Ponte de Lima	23,8	13,1	8,9	6,3	7,4	6,7
Valença	27,0	15,2	12,9	9,8	11,2	8,2
Viana do Castelo	15,7	13,7	9,5	6,2	3,4	3,2
V. Nova de Cerveira	35,9	24,8	2,3	15,3	2,6	c)
Tâmega	25,8	17,4	11,4	6,8	5,1	4,9
Amarante	31,1	19,5	11,8	6,9	7,6	6,8
Baião	25,0	17,2	6,6	6,3	2,5	1,7
Cabeceiras de Basto	24,9	17,5	14,6	3,5	2,0	1,0
Castelo de Paiva	21,1	18,4	10,6	12,1	6,2	6,6
Celorico de Basto	29,7	19,8	19,0	13,3	3,9	5,0
Cinfães	19,7	19,7	14,5	11,8	5,1	6,3
Felgueiras	27,6	18,1	8,7	7,2	4,2	4,2
Lousada	22,9	17,5	14,3	5,6	4,1	4,1
Marco de Canaveses	26,1	16,0	12,3	4,5	6,7	5,8
Mondim de Basto	32,0	21,4	16,8	1,8	6,8	7,2
Paços de Ferreira	23,7	18,3	11,1	7,5	3,7	4,5
Paredes	22,7	14,9	9,2	5,8	4,9	4,1
Penafiel	24,2	15,1	10,7	6,0	6,2	5,1
Resende	37,7	20,4	15,9	7,3	4,8	6,8
Ribeira de Pena	32,4	18,1	2,4	15,3	7,1	11,2

Notas:

a) Esta unidade territorial integrou o concelho de Santo Tirso até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

b) Esta unidade territorial integrou o concelho de Guimarães até 1998, ano a partir do qual granjeou autonomia administrativa. Deste modo, não se encontram disponíveis elementos sobre o concelho entre 1980 e 1998.

c) Dado não disponível.

Fonte: INE, *Estatísticas Demográficas*.



Bibliografia

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2005) - Saúde na Região Norte. Medir para Mudar [Em linha]. Porto: Centro Regional de Saúde Pública do Norte.

[Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.arsnorte.min-saude.pt/outras_pub_medir_para_mudar.htm.

ALMEIDA, Vanessa (1999) – Infraestruturas e indicadores de saúde na Região Centro [Em linha]. Cadernos Regionais – Região Centro, n.º 10, p. 39-70. [Consult. 2 Jan. 2007].

Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=148.

BAGANHA, Maria Ioannis; RIBEIRO, Joana Sousa; PIRES, Sónia (2002) - O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional [Em linha].

Oficina do CES. N.º 182. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em

<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>.

BARRETO, António, org. (2000) - *A situação social em Portugal, 1960-1999*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

BARRETO, António, org. (1996) - *A situação social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

CABRAL, Manuel Villaverde, coord. (2002) - *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciência Sociais.

CAMPOS, Maria dos Anjos Leitão de (2004) - A mortalidade por tuberculose em Portugal, no período de 1985 a 2002 - I Parte [Em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 36, p. 29-39. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em

http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=323.

CARAPINHEIRO, Graça (2006) - A saúde enquanto matéria política. In CARAPINHEIRO, Graça, org. – *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. P. 137-164.

CARAPINHEIRO, Graça; CORTÊS, Soraya (2000) - Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 57/58, p. 259-290.

CARAPINHEIRO, Graça; PAGE, Paula (2001) - As determinantes globais do sistema de saúde português. In HESPANHA, Pedro; CARAPINHEIRO, Graça, orgs. - *Risco social e incerteza. Pode o Estado social recuar mais?*. Porto: Edições Afrontamento. P. 81-121.

CARREIRA, Henrique Medina (1996) - As políticas sociais em Portugal. A saúde. In BARRETO, António, org. - *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. P. 409-421.



CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes (2004) – Tábuas de mortalidade em Portugal [Em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 36, p. 41-69. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=324.

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL DO NORTE (2006) – *Norte 2015. Competitividade e Desenvolvimento – Uma visão estratégica* [Em linha]. Porto: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.ccr-norte.pt/regnorte/norte2015.php>.

FERREIRA, Pedro Lopes (1999) – O estado da saúde em Portugal [Em linha]. *Cadernos Regionais – Região Centro*, n.º 10, p. 5-18. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=146.

FONSECA, Paulo A. Lucas da (2002) – Índices de Desenvolvimento Concelhio [Em linha]. *Revista de Estatística*, n.º 27, p. 1-34. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=253.

GONÇALVES, José Henrique Dias (2001) – A tuberculose: concepção de um modelo econométrico para a taxa bruta de mortalidade [Em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, p. 111-126. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=327.

GONÇALVES, Suzete (2005) – *Saúde: relatório final* [Em linha]. Porto: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.ccr-norte.pt/regnorte/doc2015.php>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007) – Inquérito à utilização de tecnologias da informação e da comunicação nos hospitais 2006: informação à comunicação social [Em linha]. Portugal: Instituto Nacional de Estatística. [Consult. 25 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2007/d070123/d070123.pdf>.

LOPES, Noémia (2006) – Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In CARAPINHEIRO, Graça, org. – *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. P. 107-134.

LOPES, Noémia Mendes (2001) - Automedicação: algumas reflexões sociológicas. *Sociologia - Problemas e Práticas*. N.º 37, p. 141-165.

NUNES, João Arriscado (2006) - A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas [Em linha]. Oficina do CES. N.º 253. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/253/253.pdf>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2006) - Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Relatório de Primavera 2006 [Em linha]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. [Consult. 2



Jan. 2007]. Disponível em

<http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/rp2006.htm?Template=1>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2005) - Novo Serviço Público de Saúde. Novos desafios. Relatório de Primavera 2005 [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2005.htm?Template=1>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2004) - Incertezas ... gestão da mudança na saúde. Relatório de Primavera 2004 [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2004.htm?Template=1>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) - Saúde: que rupturas? Relatório de Primavera 2003 [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2003.htm?Template=1>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2002) - O estado da Saúde e a saúde do Estado. Relatório de Primavera 2002 [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2002.htm?Template=1>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2001) - Conhecer os caminhos da saúde. Relatório de Primavera 2001 [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2001.htm?Template=1>.

OCDE (2005) – Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition. Summary in Portuguese [Em linha]. Paris: OCDE. [Consult. 4 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/49/34/35618945.pdf>.

PORTELA, Luís (2007) – *Os grandes desafios para a Região do Norte: Norte e Empresas* [Em linha]. Porto: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte. [Consult. 21 Mai. 2007]. Disponível em <http://www.ccr-norte.pt/conferencia/#2>.

RODRIGUES, António (1999) – Desigualdades na qualidade do serviço nacional de saúde. Alguns exemplos ilustrativos... [Em linha]. Cadernos Regionais – Região Centro, n.º 10, p. 19-37. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=147.

SANTANA, Paula (2005) - *Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

SANTANA, Paula; VAZ, Artur; FACHADA, Marta (2004) - O estado de saúde dos portugueses. Uma perspectiva espacial [Em linha]. Revista de Estudos Demográficos, n.º 36, p.



5-28. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em

http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=322.

SANTANA, Paula (2002) – A mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993 [Em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 32, p. 107-145. [Consult. 2 Jan. 2007]. Disponível em http://www.ine.pt/prodserv/Estudos/ficha.asp?x_estudoid=280.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1987) - O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais. O caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 23, p.13-74.

SILVA, Luísa Ferreira da; ALVES, Fátima (2003) - *A Saúde das Mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.

SIMÕES, Jorge (2004) – *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

UNIÃO EUROPEIA (s/d) – Developing European Union health indicators [Em linha]. [Consult. 23 Abr. 2007]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/indic_data_en.htm.

Legislação

Decreto-Lei n.º 233/2005 – Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima e aprova os respectivos Estatutos. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 249, 29 de Dezembro de 2005, p. 7323-7333.

Decreto-Lei n.º 93/2005 – Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 109, 07 de Junho de 2005, p. 3636-3637.

Decreto-Lei n.º 309/2003 – Cria a Entidade Reguladora da Saúde. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 284, 10 de Dezembro de 2003, p. 8329-8338.

Decreto-Lei n.º 281/2003 – Cria a rede de cuidados continuados de saúde. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 259, 08 de Novembro de 2003, p. 7492-7499.

Decreto-Lei n.º 86/2003 – Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 97, 26 de Abril de 2003, p. 2682-2686.

Decreto-Lei n.º 60/2003 – Cria a rede de cuidados de saúde primários. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 77, 01 de Abril de 2003, p. 2118-2127.

Decreto-Lei n.º 11/93 - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1ª série-A. N.º 12, 15 de Janeiro de 1993, p. 129-134.

Decreto-Lei n.º 513-C1/79 - Substitui pelas listas da 9.ª revisão as listas para classificação de doenças, traumatismos e causas de morte, 8.ª revisão internacional, anexas ao



Decreto-Lei n.º 138/70, de 4 de Abril. Diário da República, 1ª série, 3º suplemento. N.º 297, 27 de Dezembro de 1979, p. 3366(-65)-3366(-99).

Lei n.º 27/2002 – Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República, 1ª série-A. N.º 258, 08 de Novembro de 2002, p.7150-7154 .

Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1ª série. N.º 195, 24 de Agosto de 1990, p. 3452-3459.

Lei n.º 56/79 – Lei do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1ª série. N.º 214, 15 de Setembro de 1979, p. 2357-2363.

Portaria n.º 1071/98 - Aprova a tabela das doenças de declaração obrigatória, ordenada de acordo com o código da 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), e utilizando a respectiva nomenclatura nosológica, conforme a Deliberação n.º 131/97, de 27 de Julho. Diário da República, 1ª série-B. N.º 301, de 31 de Dezembro de 1998, p. 7381-7382.

Portaria n.º 766/86 - Aprova a tabela das doenças de declaração obrigatória, ordenada de acordo com o código da 9.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). Diário da República, 1ª série. N.º 296, 26 de Dezembro de 1986, p. 3817.

Portaria n.º 18 143 – Aprova a tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória, tanto nos casos de doença como nos casos de óbito. Diário da República, 1ª série. N.º 294, 21 de Dezembro de 1960, p. 2798.

131ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística - Aprova para fins estatísticos a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Diário da República, 2ª série. N.º 166/97, 21 de Julho de 1997, p. 8696-8718.