

OS GANHOS EM SAÚDE E NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. AVALIAÇÃO DAS ÚLTIMAS TRÊS DÉCADAS

Paula Santana

In: Simões, J. (coord.) Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado. Edição Gulbenkian /APES.

Ao longo das últimas décadas têm vindo a registar-se mudanças na (re)distribuição dos recursos de saúde, tentando acompanhar as assimetrias da distribuição da população, com o objectivo de garantir a acessibilidade aos serviços de saúde e a correcção das iniquidades territoriais em saúde observadas nos anos 70. Esse processo implica a existência não só de serviços como também de utilizadores ligados dinamicamente, interactuando e influenciando-se mutuamente.

Neste capítulo são apresentados um conjunto de indicadores, quer relativos às características dos potenciais utilizadores dos Serviços de Saúde quer associados à prestação dos cuidados de saúde, concretamente a distribuição dos recursos físicos e humanos no território do Continente. São ainda descritos os padrões de utilização dos serviços de saúde pela população. O capítulo termina com a apresentação da evolução de alguns indicadores de resultados em saúde nas últimas décadas.

1. A realidade geo-demográfica

Nos últimos trinta anos acentuaram-se os desequilíbrios na distribuição da população residente no Continente, como vinha acontecendo há já algumas décadas. Considerando a totalidade dos concelhos do país, verifica-se, observando o quadro 1, ter havido uma variação positiva (entre 1981 e 2007) no número de concelhos das classes de densidade mais alta. Em concelhos onde a densidade é superior a 500 hab./km² (correspondendo a apenas 3,5% e 4% da área total do País, em 1981 e 2008, respectivamente) residia, em 1981, cerca de 43% e, em 2008, 47% da população do Continente. Entre aqueles dois períodos aumentou não só o número de concelhos com densidades elevadas (passaram de 28 para 34) como também a densidade média dos concelhos (passou de 1.941,9 para 1.895,7 hab./km²). Ou seja, as áreas de maior densidade populacional continuam a atrair população e áreas de baixa e média densidade a não conseguirem fixar nem atrair população. Por outro lado, os concelhos de muito baixa densidade (<15 hab./km²) aumentaram em número e em valor percentual de população. Estes dois fenómenos (aumento do número de concelhos de maior e de menor densidade populacional) estão associados, por um lado, à compactação urbana e, por outro lado, à fragmentação do território e à fraca capacidade de atracção de algumas áreas rurais.

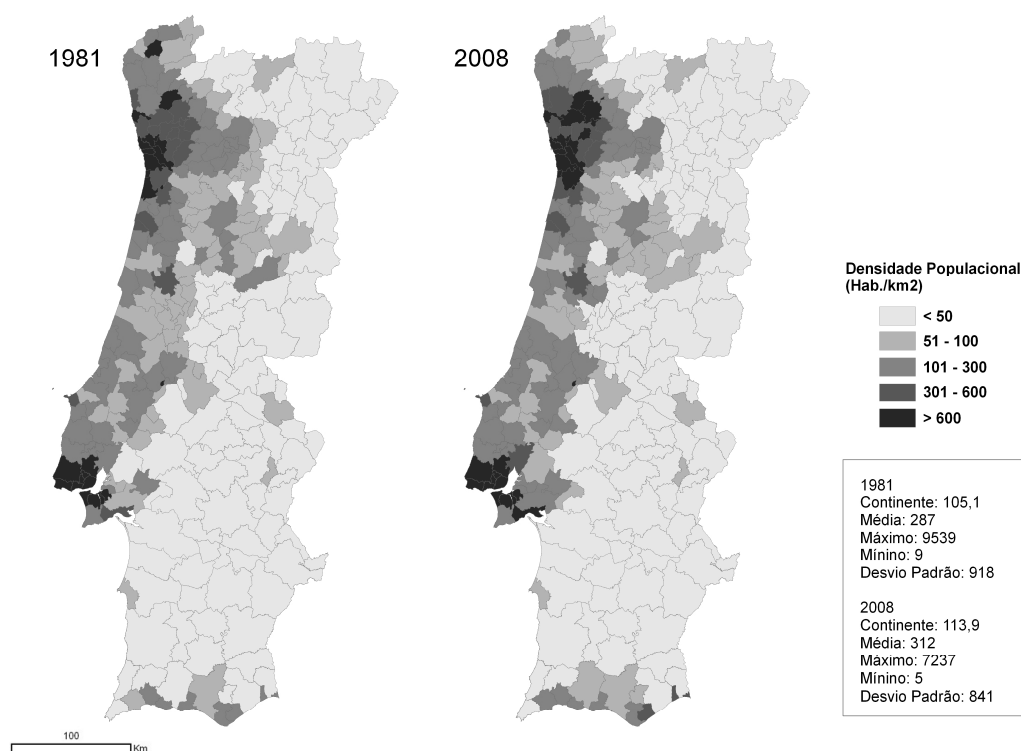
A população residente em 1981 e 2008, apesar de ter tido apenas um crescimento de 7 hab./km², apresenta valores extremos máximos nos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa e Porto e mínimos nos concelhos do Alentejo. Verifica-se também que, apesar de uma perda na ordem dos 300.000 efectivos no concelho de Lisboa e de um aumento da população nos concelhos vizinhos, este continua a ser o concelho com mais população residente. De facto, em 2008, os valores mais elevados de população e de densidade populacional continuam a registar-se nos concelhos das duas áreas metropolitanas.

A heterogeneidade espacial na distribuição da população é visível na figura 1. Genericamente, as densidades populacionais mais baixas correspondem a concelhos das Regiões do Alentejo e do Centro e as mais altas às Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte. A faixa litoral a norte de Setúbal e a sul de Viana do Castelo pode caracterizar-se, genericamente, por ter densidade superior à média do Continente. Destaque para os altíssimos valores de densidade populacional¹ nos concelhos de Amadora (7.292) e Lisboa (5.897) e os muito baixos de Alcoutim (6) e Monforte (7), em 2008.

Quadro 1 - Distribuição dos concelhos por escalões de densidades, 1981 a 2008

Escala de Densidade (Hab./km ²)	N.º de Concelhos				Densidade Média				% de Área				% de População			
	1981	1991	2001	2008	1981	1991	2001	2008	1981	1991	2001	2008	1981	1991	2001	2008
< 15	15	23	30	39	12,0	11,1	11,2	11,3	11,4	15,4	19,4	27,7	1,2	1,6	1,9	2,7
15 a 34	58	58	52	48	23,4	21,8	23,5	23,3	35,5	33,7	26,2	23,4	7,5	7	5,3	4,7
35 a 69	55	54	49	46	49,8	49,2	50,6	49,7	20,7	21,5	18,7	17,8	9,2	10	8,1	7,5
70 a 104	40	37	34	33	83,5	87,4	85,8	85,1	11,2	9,7	9,3	9,4	8,5	8,1	7,1	7,1
105 a 199	53	50	50	46	141,3	143,3	147,1	141,8	12,7	11,5	11,5	10,8	16,6	15,7	15,0	13,4
200 a 500	26	27	26	31	305,9	326,7	322,3	299,9	5,0	5	4,6	6,8	14,3	15,3	13,9	17,6
> 500	28	26	32	34	1941,9	1417,9	2053,7	1895,7	3,5	3,2	3,5	4,0	42,5	42,3	44,6	47,0

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1981, 1991, 2001 e 2009a.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1981 e 2009a.

Figura 1 – Densidade Populacional, 1981 e 2008²

Nota: Classes tendo em conta a média e desvio padrão do indicador em 1981.

¹ Os valores apresentados foram transformados em inteiros.

² Densidade Populacional = $\frac{\text{População Absoluta}}{\text{Área (Km}^2\text{)}}$

Ao longo dos últimos decénios pode, assim, confirmar-se a atracção continuada da população pelas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e pelo litoral — a Norte de Setúbal e Algarve — e a repulsa pelo interior, com maiores perdas no Pinhal Interior Sul, Trás-os-Montes, Beira Interior e Baixo Alentejo, revelando um território de claros contrastes. As maiores perdas consubstanciam-se em áreas já rarefeitas, envelhecidas e com menor dinamismo económico e social.

Quadro 2 – População por grupo etário, 1981-2008 Portugal Continental

Regiões (NUT II 1999)	População Residente com 65 ou mais anos			População Residente de 0-14 anos			População Total		
	1981	2001	2008	1981	2001	2008	1981	2001	2008
Norte	333.085	517.940	580.432	983.309	645.962	584.267	3.569.149	3.687.212	3.745.439
Centro	248.768	350.130	370.470	424.627	266.915	245.996	1.813.099	1.782.254	1.788.295
LVT	346.135	568.745	657.113	759.322	517.352	571.545	3.254.668	3.468.869	3.664.010
Alentejo	94.385	126.128	121.867	121.077	72.654	65.364	595.280	535.507	507.481
Algarve	51.197	31.552	81.769	68178	51.852	66.190	323.524	392.208	430.084
<i>Continente</i>	1.073.570	1.636.796	1.811.651	2.356.513	1.560.715	1.533.362	9.555.720	9.869.050	10.135.309

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1981, 2001 e 2009a.

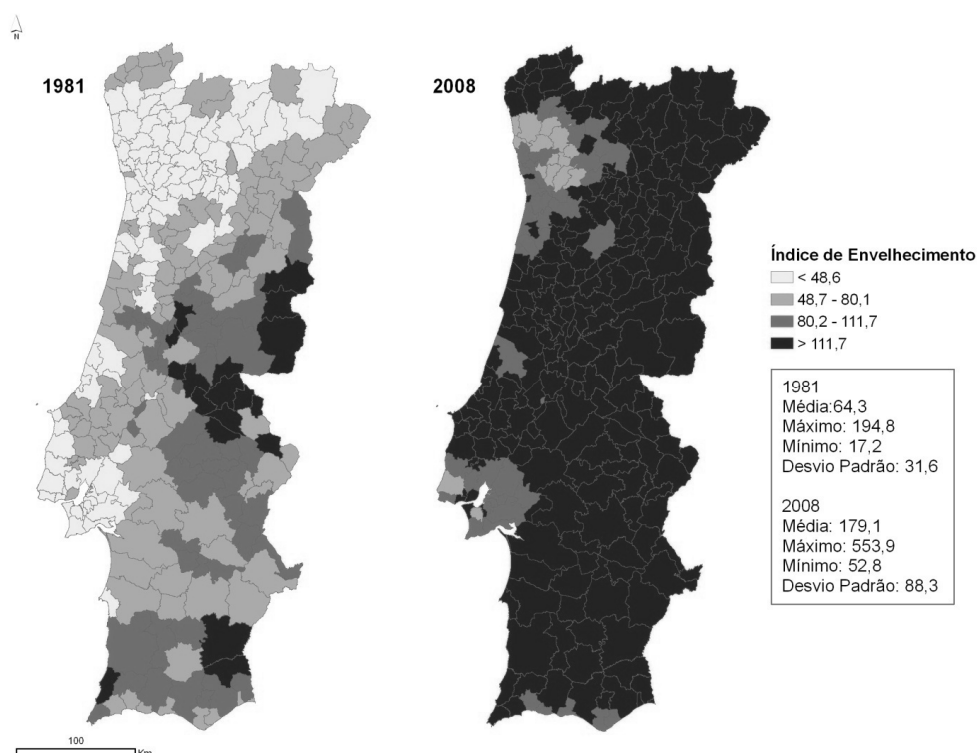
Em 2008 existiam mais homens e mulheres com 65 e mais anos do que crianças com menos de 15 anos, situação já evidenciada em 2001, mas contrária à identificada em 1981. O somatório destes dois grupos de idade correspondia a cerca de 33% da população. O peso destes sobre a população activa é, em 2008, de 22,3%, representando o índice de Relação de Dependência de Jovens, e de 26,7%, representando o índice de Relação de Dependência de Idosos; em 1981 estes valores eram de 38,5% e 17,5%, respectivamente. Na Região Norte residia, em 2008, 37% da população total do Continente e 38,1% da população com menos de 15 anos, sendo a população idosa, percentualmente, a mais baixa do Continente. Em contraste, na Região do Alentejo quase um quarto da população (24%) tem mais de 64 anos.

O índice de envelhecimento, que relaciona a população idosa com a população jovem, quase que triplicou nos últimos 27 anos: o valor médio para o Continente em 1981 era de 64,3 e em 2008 era já de 179,1 (figura 2). A análise do índice de envelhecimento revela uma assimetria Norte/Sul e um aumento do número de concelhos com índice de envelhecimento elevado³ (figura 3) nas últimas décadas. Embora os concelhos mais envelhecidos continuem a ser os rurais, os valores do índice são consideravelmente superiores: em 1981 o concelho mais envelhecido era Idanha-a-Nova (194,80), em 2008 era Vila Velha de Ródão (553,9). Outros exemplos de envelhecimento extremo encontram-se nos Concelhos de Penamacor (544,1), Alcoutim (532,8), Oleiros (490,2), Idanha-a-Nova (478,7), Pampilhosa da Serra (452,8), Gavião (442,5) e Sabugal (423,4). Os valores elevados de envelhecimento revelam a fraca expressão da população com idade inferior a 14 anos nestes territórios, consideravelmente desproporcionada à população com idade superior a 64 anos. Globalmente pode concluir-se que todo o Interior e Sul do País sofrem as consequências do forte envelhecimento.

Em termos demográficos pode concluir-se que, nestes concelhos, vive um conjunto de população que, não sendo numeroso, tem maiores necessidades de cuidados de saúde,

³ O valor relativo à média é calculado a partir do somatório dos concelhos.

comparativamente à população residente no litoral Norte e Centro do País. Todavia, encontra-se em situação geográfica desfavorável porque reside em locais distantes dos serviços de saúde de carácter especializado (hospitais, médicos privados, etc.).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1981 e 2009a.

Figura 2 - Índice de Envelhecimento, 1981 e 2008⁴

Nota: Classes tendo em conta a media e desvio padrão do indicador em 1981.

2. Oferta e Utilização dos Serviços de Saúde em Portugal

Segundo Campos (1983, p. 289-290), *ao longo da década de 1970 a 1980, a população portuguesa passou a ser menos discriminada no acesso a cuidados de saúde em função da área geográfica. Apesar das assimetrias populacionais e económicas se terem vindo a agravar em Portugal, observa-se no sector da prestação de cuidados de saúde às populações, entre 1970 e 1980, uma nítida igualização, com possíveis reflexos na melhoria global dos índices de saúde*. Vejamos o que se passou nas três últimas décadas (de 1979 a 2007) no sector da saúde, concretamente na distribuição e utilização dos serviços de saúde.

2.1 A oferta dos serviços de saúde públicos em Portugal

A prestação de cuidados de saúde, de forma estruturada, no seio de instituições dotadas de equipamentos e recursos humanos específicos, por profissionais com formação própria e especializada, é um fenómeno relativamente recente, pelo menos com a dimensão que hoje assume. Até ao início do século XX, o médico era praticamente o único prestador de cuidados de

⁴ $IndEnv = \frac{Pop > 64 \text{ anos}}{Pop 0 - 14 \text{ anos}} \times 100$

saúde (veja-se, por exemplo, o caso da enfermagem, profissão com apenas cerca de um século de existência formal), fazendo-o de forma individual e generalista. Também a especialização médica corresponde a um processo recente, ainda em curso, fazendo coincidir a divisão do trabalho médico (decorrente da tecnicidade própria da profissão e da criação de territórios autónomos de desenvolvimento do conhecimento) com os objectivos, a diferenciação, a complexidade e os utilizadores (ou clientela) dos cuidados.

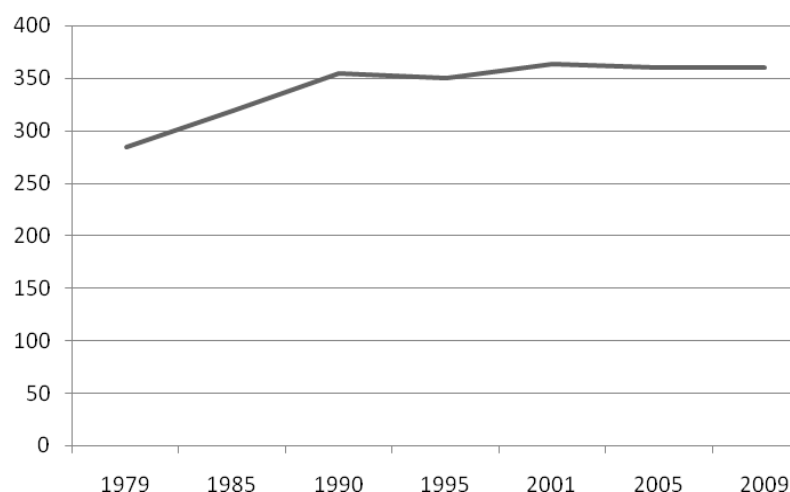
O fenómeno de especialização, bem evidente no seio da organização hospitalar, assenta sobre uma base conceptual de modelação dos cuidados de saúde em três parcelas ou níveis distintos e autónomos sobre o ponto de vista metodológico e técnico, possuidores, inclusive, de discursos por vezes divergentes ou, no mínimo, concorrentes – Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares e Saúde Pública, e mais recentemente Cuidados de Saúde Continuados ou Terciários – com impacte na deficiente articulação entre eles e na referenciação dos utilizadores dos serviços (CSP / Cuidados Hospitalares). A existência desta tríade, a qual foi replicada na organização funcional da prestação de cuidados de saúde, com a criação, um pouco por todo o lado e assumindo diferentes dimensões, de níveis de cuidados e de serviços prestadores autónomos e desintegrados, corresponde, de facto, a uma insuportável forma de “fatiar” uma realidade que é, por natureza, única e totalizante. Ou seja, trata-se de uma construção artificial organizativa que não encontra paralelo nem na natureza e expressão específica do fenómeno “doença” nem na comodidade dos cidadãos, alheia a “níveis”, “especialidades” ou outros artifícios organizacionais.

O início do século XXI é também o início de um novo paradigma na prestação dos cuidados de saúde, que se pretende mais integrada e inclusiva. As Unidades de Saúde Familiares e as Unidades Locais de Saúde são exemplos da mudança na organização e prestação de cuidados efectuada nos últimos anos, embora ainda não tenham a extensão ou cobertura dominante do território e populações.

2.1.1. Recursos Físicos

Ao longo dos trinta anos do SNS a qualidade física dos centros de saúde (CS) e dos hospitais (H) públicos melhorou substancialmente, proporcionando melhores condições de trabalho e de atendimento e prestação de cuidados. Um vasto número de centros de saúde foi construído (ou reconstruído) um pouco por todo o país (figura 3 e 4). Em 1979, existiam 284 Centros de Saúde. Em 2009 contam-se já 360 equipamentos que cobrem a totalidade dos municípios do país⁵ (figura 4). De facto, foram construídas novas unidades não só em áreas rurais periféricas do interior norte e sul mas também em áreas urbanas como Coimbra, Lisboa e Porto, densificando a rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Com estas novas unidades passou a ser possível prestar um serviço de boa acessibilidade geográfica a 70,2% da população (reside a menos de 10 minutos de transporte privado de um CS). Em 1997 este valor era de 59,9% (quadro 3).

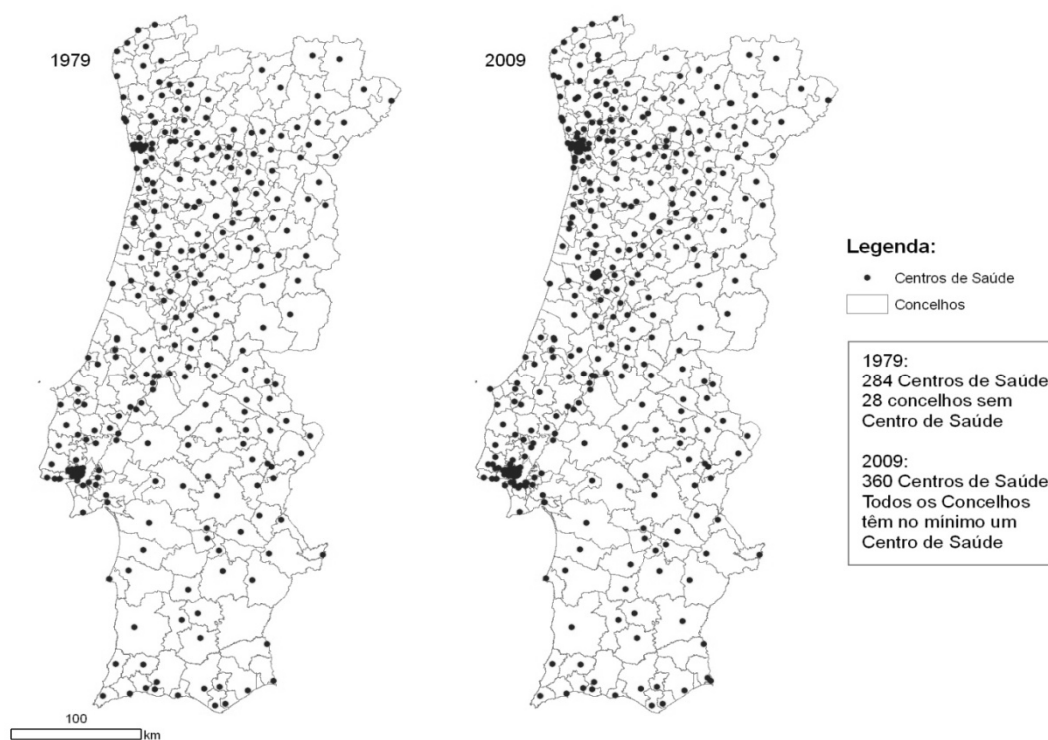
⁵ Segundo a Direcção Geral da saúde, o número oficial é de 347, correspondendo a diferença a centros de saúde integrados. Os 13 Centros de Saúde que estão actualmente neste regime de integração são: CS Gondomar/Foz do Sousa, CS São Pedro da Cova/ Rio Tinto, CS Maia/Águas Santas, CS Paredes/Rebordosa, CS Penafiel/Termas de São Vicente, CS Batalha/Bonfim, CS Carvalhosa/Foz do Douro, CS Valongo/Ermesinde, CS Vila do Conde/Modivas, CS Arcozelo/Boa Nova, CS Soares dos Reis/Oliveira do Douro, CS Barcelos/Barcelinhos e CS Ponte de Lima/São Julião do Freixo.



Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1989; DGS, 2001, 2007a e 2009;

Figura 3 – Evolução do número de centros de saúde, 1976 e 2009

Nota: Devido à integração de alguns centros e saúde noutros a partir de 2004, o número de centros de saúde diminuiu.



Fonte: Elaborado a partir de DGS, 2009b

Figura 4 - Distribuição dos Centros de Saúde em 1979 e em 2009

NOTA: A figura apenas pretende localizar o tipo de oferta e não o número das unidades, dada a impossibilidade de o fazer à escala deste mapa.

A construção ou reconstrução de 21 hospitais ao longo deste período permitiu também uma melhoria não só na acessibilidade geográfica das populações aos cuidados hospitalares como também das condições físicas dos hospitais. Em 1979 existiam 79 hospitais⁶. Actualmente

⁶ Em 1979, existiam 50 hospitais que pertenciam às Misericórdias (UMP, 2000) que eram geridos pelo Ministério da Saúde.

contam-se 103 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se subdividem em hospitais centrais (37, dos quais 20 são especializados) e hospitais concelhios ou distritais (66) (figura 5).

Quadro 3 – População Residente⁷ por níveis de acessibilidade aos Hospitais e Centros de Saúde, 1981 e 2009

Nível de Acessibilidade	Hospitais			Centros de Saúde		
	População Residente 1981	População Residente 2001	Variação (%)	População Residente 1981	População Residente 2008	Variação (%)
<10 min				5.565.788 (59,9%)	6.888.087 (70,2%)	10,4
10-20 min.	7.135.081 (76,7%)	8.592.282 (87,8%)	11,1	2.720.616 (29,3%)	2.215.817 (22,6%)	-6,7
20-30 min.				715.741 (7,7%)	494.829 (5%)	-2,7
30-40 min.				212.348 (2,3%)	151.777 (1,5%)	-0,7
40-50 min.	1.512.278 (16,3%)	1.114.785 (11,4%)	-4,9	49.684 (0,5%)	36.264 (0,4%)	-0,2
50-60 min.				19.665 (0,2%)	10.809 (0,1%)	-0,1
> 60 min.	652.929 (7%)	81.580 (0,8%)	-6,2	10.982 (0,2%)	8.172 (0,1%)	0,0

Fonte: Elaborado a partir de INE, Censos 1981 e 2001

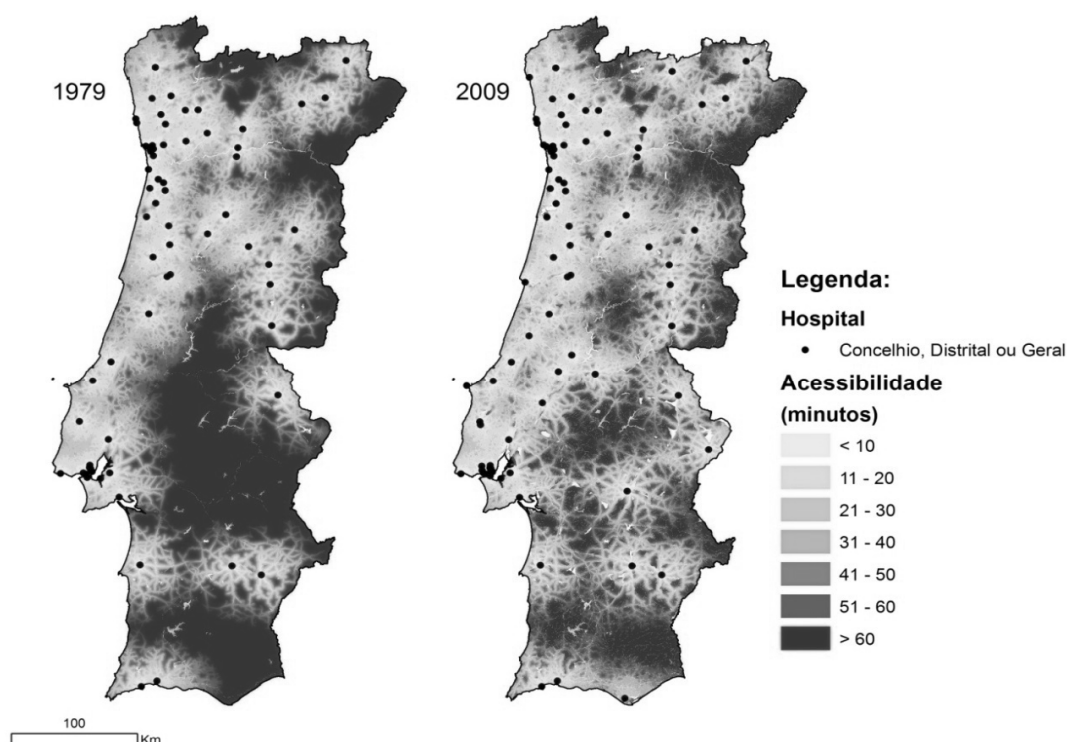
Considerando a actual oferta hospitalar pública (hospitais concelhios, distritais e centrais ou polivalentes), cerca de 88% da população (Censo de 2001) detém boa acessibilidade geográfica a esses serviços, por residir a menos de trinta minutos daquelas unidades de saúde (considerando transporte próprio e o tempo de deslocação entre a freguesia de residência e o hospital mais próximo⁸). A população que reside a mais de 60 minutos de um hospital não chega a 1%; localizando-se, principalmente nos concelhos do interior do país. Em 1979 (Censo 1981) a acessibilidade geográfica era mais baixa: 77,6% residia a menos de 30 minutos e 7% da população a mais de uma hora de um hospital. Verifica-se que a acessibilidade tem vindo a melhorar, mas ainda persistem iniquidades no acesso geográfico aos serviços de saúde (figura 5). O facto não seria relevante se estivéssemos perante um quadro demográfico e socioeconómico diferente. À perda de acessibilidade geográfica juntam-se outras restrições de natureza económica e socio-organizacional, para além da “distância” em relação às fontes de informação (instituições de saúde) e ao conhecimento e entendimento de um bom estado de saúde — percepção da saúde ou da doença.

As novas unidades de saúde não só proporcionaram melhor acesso mas também melhores condições de atendimento e de prestação de serviços a utilizadores e profissionais de saúde, respectivamente. De facto, pode afirmar-se que, em 2009, nos hospitais distritais e

⁷ Considerando a localização do centróide da freguesia.

⁸ Não se teve em conta os tempos de deslocação dentro das localidades, que variam em função dos dias da semana e das horas do dia.

centrais/polivalentes, cerca de 46% das camas detêm boas e muito boas condições físicas⁹. Em 1979, as condições eram potencialmente piores: apenas 15% das camas dos hospitais centrais e distritais eram de boa qualidade¹⁰ e 39% de má¹¹.



Fonte: Elaborado a partir de DGS, 2009b

Figura 5 - Acessibilidade geográfica¹² (tempo de deslocação em minutos) aos hospitais concelhios, distritais e gerais ou polivalentes de referência, 1979 e 2009

O número de camas da rede de hospitais pertencentes ao SNS por 1.000 habitantes era, em 1979 de 2,27 e, em 2007, de 2,29. A evolução da distribuição das camas hospitalares (SNS) é exemplo dos desequilíbrios espaciais, porque o aumento no número de camas não se verificou em todos os distritos: evidenciam-se quebras muito grandes nos distritos de Braga (passou de 1,84 para 0,75) e Beja (passou de 3,55 para 1,57) e o grande aumento no distrito de Vila Real (passou de 1,94 para 3,36) (figura 7).

Considerando apenas as camas em cuidados primários (Centros de Saúde), verifica-se um decréscimo nos últimos anos: de 0,4 por 1.000 habitantes em 1979, passou para 0,03 em 2007 (DEPS, 1989 e DGS, 2009a). Esta quebra deu-se em todos os distritos. Todavia, actualmente existe oferta de camas de Cuidados Continuados Integrados (3.549 camas). O *ratio* de camas por população residente com mais de 65 anos é de 196/100.000 habitantes. Para além destas existem 3.733 equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados. O maior número de lugares disponíveis de equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados verifica-se

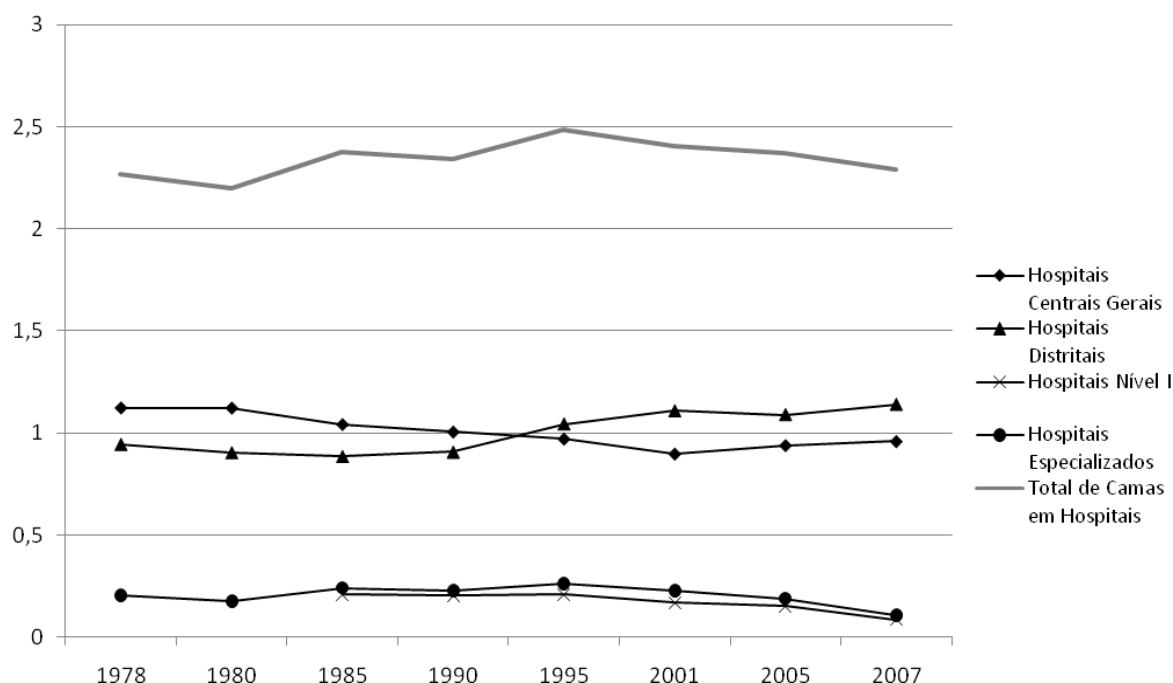
⁹ Camas em Hospitais construídos ou remodelados após 1980.

¹⁰ Camas em Hospitais construídos entre 1950 e 1980.

¹¹ Camas em Hospitais construídos antes de 1940.

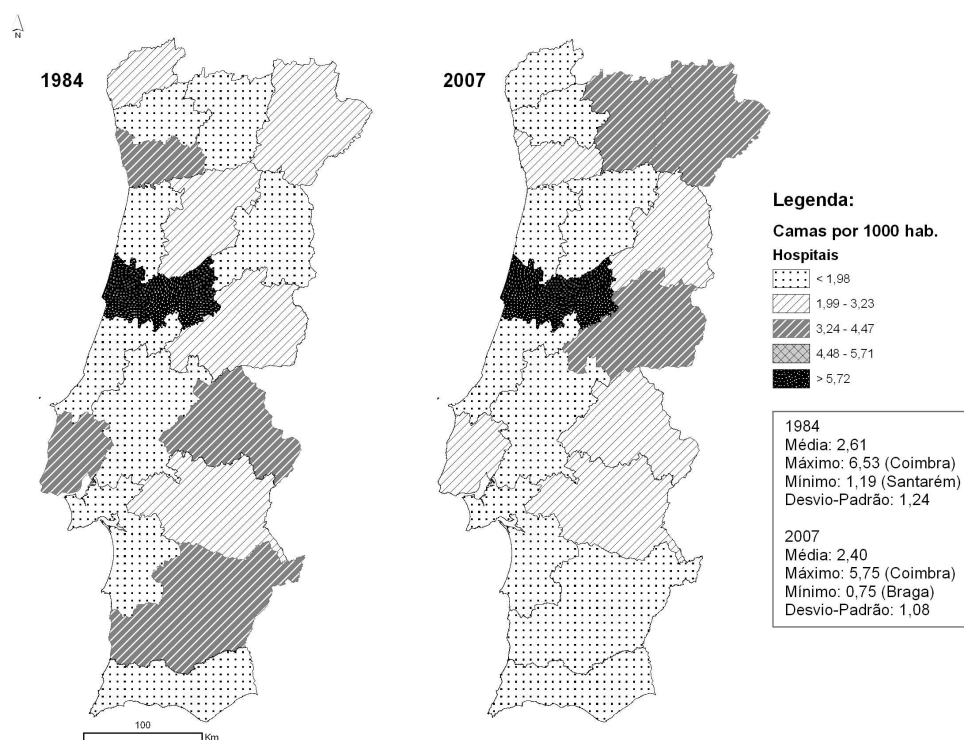
¹² Acessibilidade Geográfica tendo em conta a rede viária principal existente à época e a velocidade máxima permitida na mesma. Numa deslocação externa, foi tido em conta uma velocidade de 6km/h. Como factores de impedimento no atravessamento foram tidas em conta a rede Hidrográfica, rede ferroviária, lagoas e albufeiras.

nas regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Tendo em conta a população potencialmente utilizadora (com mais de 65 anos) o Algarve apresenta o maior *ratio* de lugares em unidades de internamento e lugares em equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados por 100.000 habitantes.



Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1989, DGS/MS, 1998 e DGS, 2001, 2007b e 2009a.

Figura 6 - Evolução das Camas hospitalares por 1.000 habitantes. Continente, 1978 a 2007



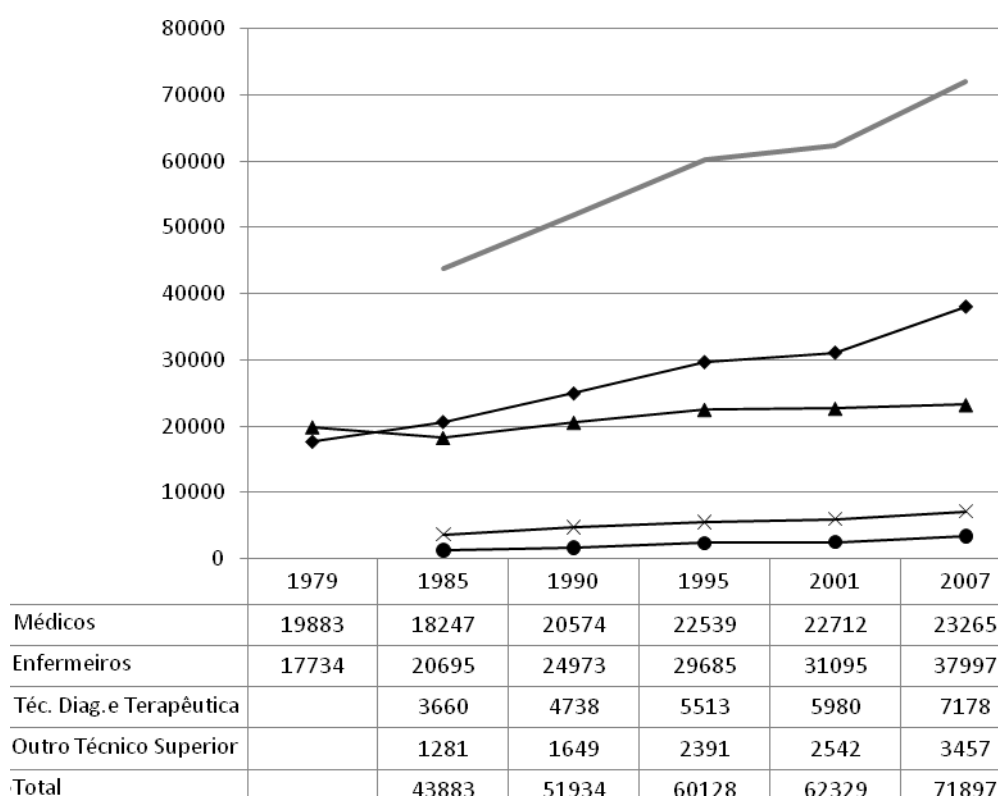
Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1985 e DGS, 2009a.

Figura 7 - Camas hospitalares por 1.000 habitantes, 1984 e 2007

Nota: Classes tendo em conta a media e desvio padrão do indicador em 1984.

2.1.2. Recursos Humanos

Os profissionais da saúde têm aumentado de número, sendo mais notório o aumento nos enfermeiros e pessoal técnico, incluindo os de diagnóstico e terapêutica, entre os anos 1979



e
2007
(figura 8).
O
número de
médicos e
enfermeiros
a
trabalhar
no
SNS
cresceu
38,6
%.
Fonte:

Elaborado a partir de INE, 1982, 1990, DEPS, 1995 e DGS, 2001, 2009a.

Figura 8 - Efectivos do Ministério da Saúde (Total por agrupamentos profissionais, 1979-2007)

Nota: Pessoal ao serviço em Hospitais e Centros de Saúde do SNS, Continente

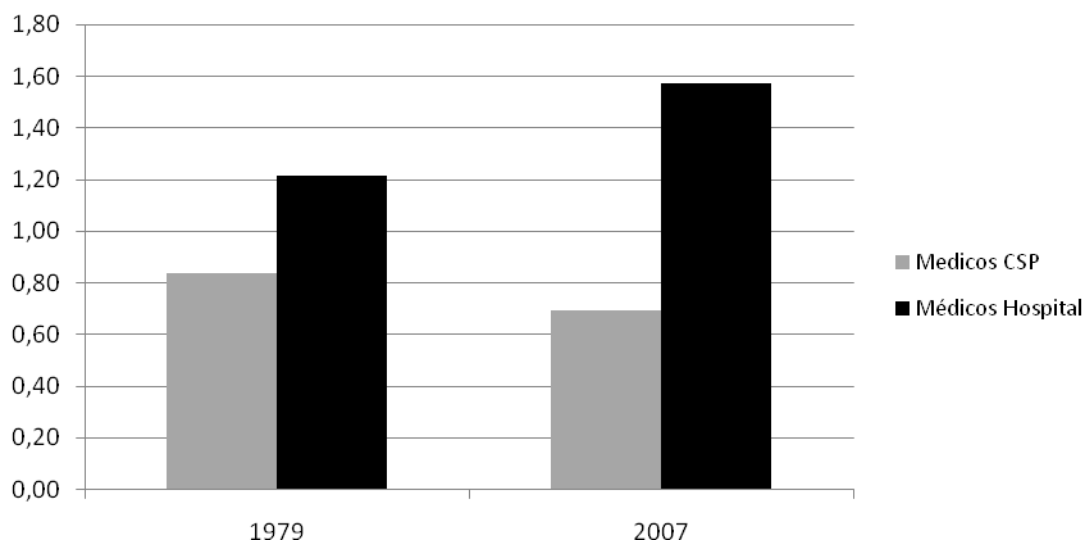
O esforço de formação destes profissionais nos últimos anos repercute-se na melhoria do *ratio* de profissionais a exercer funções no SNS por mil habitantes (médicos: de 1,87 em 1979 passa para 2,30 em 2007; enfermeiros: de 0,80 em 1979 passa para 3,75 em 2007). O número de técnicos de diagnóstico e terapêutica¹³ também evoluiu consideravelmente, passando de 0,39 em 1985 para 0,71 em 2007 (ACSS, 2007).

Em 2007, estavam inscritos na ordem dos médicos 37.064 médicos (51,5% de Homens e 48,5% de Mulheres) (Santana e Vaz, 2009). Destes, 23.265 exerciam a sua actividade no SNS; 7.059 (30,3%) nos Centros de Saúde (0,70 médicos/1.000 habitantes) e 15.928 nos Hospitais Centrais e Distritais (1,57 médicos/1.000 habitantes).

O número de médicos por 1.000 habitantes tem vindo a aumentar - cerca de 89,5% no período 1979-2007. O *ratio* de médicos nos CSP diminuiu de modo ligeiro nos últimos 30 anos: de 0,84/1.000 habitantes em 1979, passou para 0,70/1.000 habitantes em 2007. Apesar disso, verifica-se uma melhor distribuição dos mesmos – a maior quebra registou-se no distrito de Lisboa (de 1,03 passou para 0,67) e o maior aumento no distrito de Castelo Branco (de 0,48 passou para 0,74). Nas figuras 11 e 12 podem observar-se as variações geográficas destes

¹³ Apenas se conhece informação de prestadores em Hospitais e Centros de Saúde.

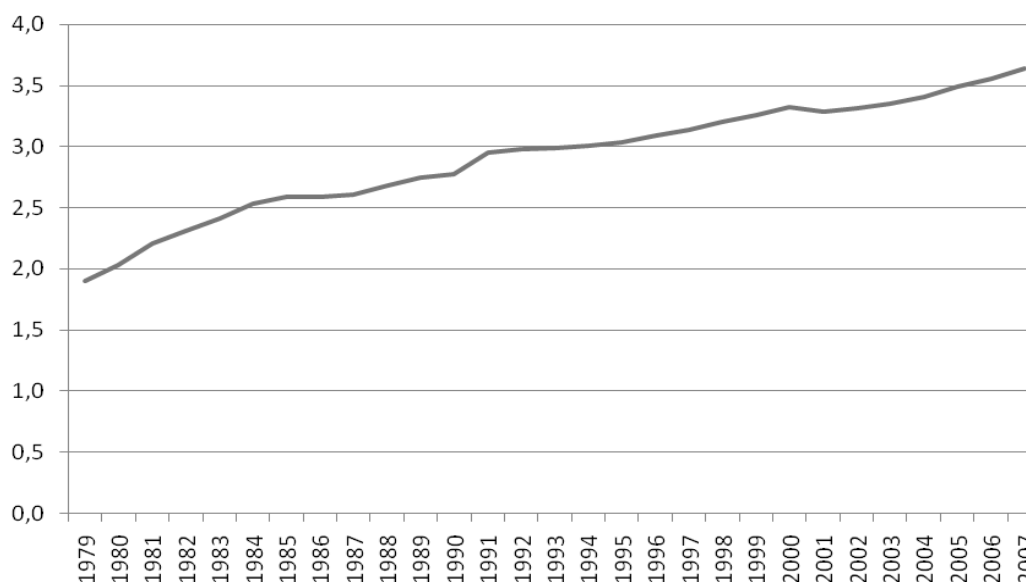
indicadores, revelando a grande heterogeneidade na distribuição de médicos, todavia, em ambos os casos, marcada pela distribuição das unidades de saúde.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a.

Figura 9 - Médicos por 1.000 habitantes, segundo tipo de estabelecimento, em 1979 e 2007

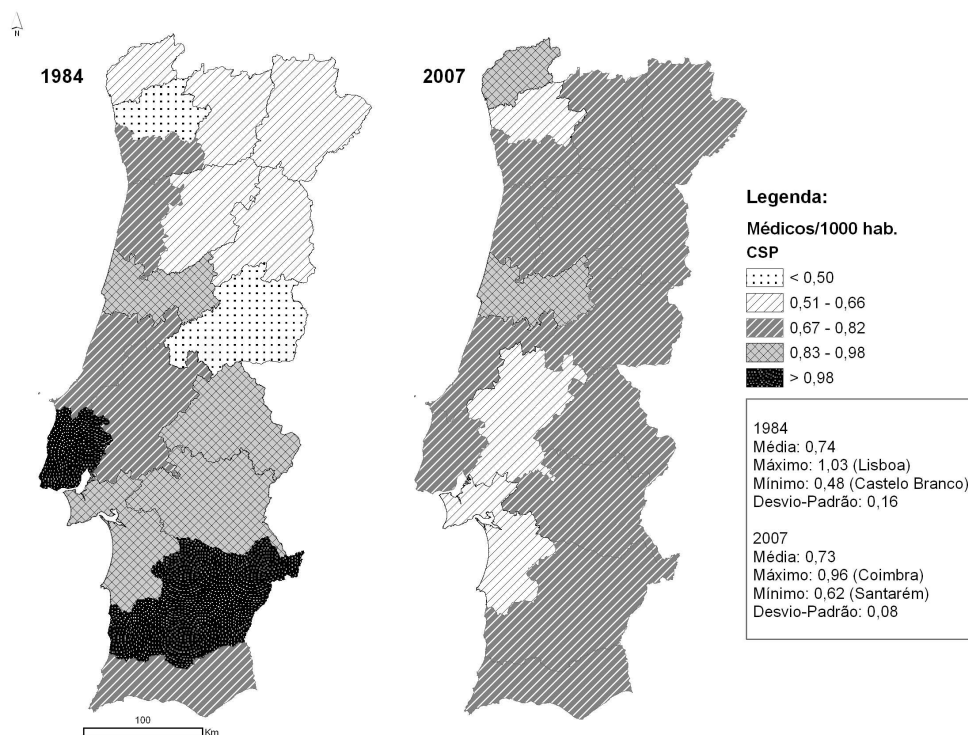
Nota: Em 1979, os Médicos CSP correspondem ao número de médicos em Postos Médicos (estabelecimento de saúde sem internamento). Aos Médicos Hospital corresponde o número de médicos em estabelecimentos de saúde com internamento do Estado.



Fonte: IINE, 1982 a 1983, DEPS, 1985 a 1995 e DGS 1996 a 2009a

Figura 10 – Evolução do *ratio* médico por 1000 habitante, Continente, 1979 a 2007

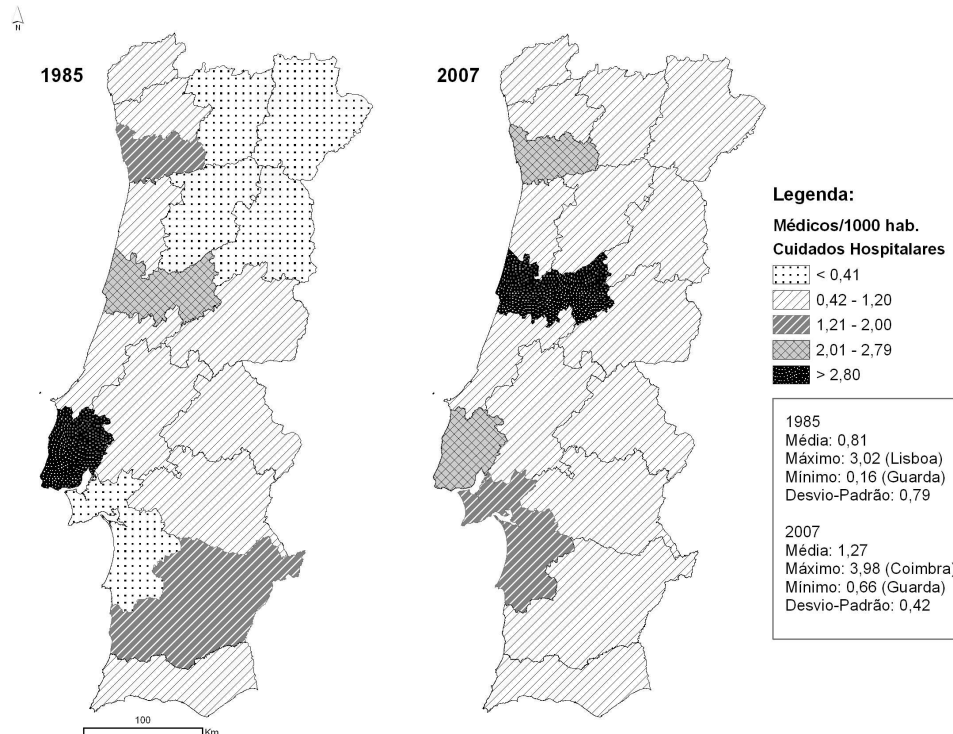
O número de médicos em Cuidados Hospitalares também tem aumentado nos últimos anos: enquanto em 1985 se contavam 1,31 médicos especialistas por cada 1.000 habitantes, em 2007 esse valor era de 1,57/1.000 habitantes. Este aumento deu-se em todos os distritos, exceção feita para Lisboa (3,02 para 2,06 médicos por cada 1.000 habitantes) e Beja (1,34 para 0,77 médicos por cada 1.000 habitantes). Este aumento é particularmente visível no distrito de Coimbra, que em 1985 tinha um *ratio* de 2,59/1.000 e em 2007 apresenta 3,98/1.000.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Figura 11 - Distribuição dos Médicos nos Cuidados de Saúde Primários por 1000 habitantes. Portugal Continental, 1984 e 2007

Nota: Classes tendo em conta a media e desvio padrão do indicador em 1984.



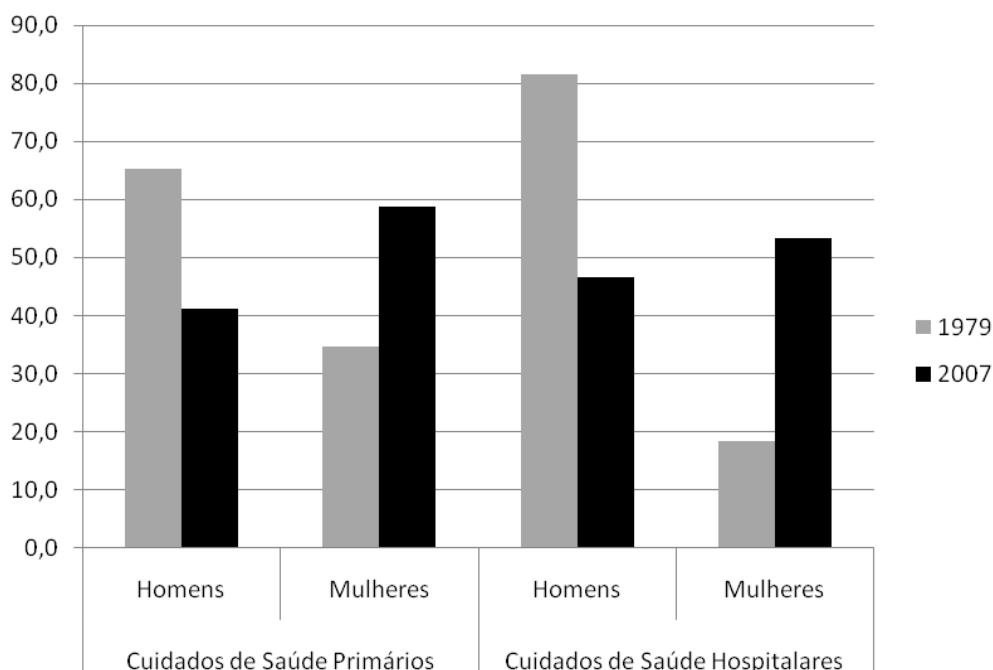
Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Figura 12 - Distribuição dos médicos especialistas (Cuidados Hospitalares) por 1.000 habitantes. Distritos, 1985 e 2007

Nota: Classes tendo em conta a media e desvio padrão do indicador em 1985.

Ao nível das Regiões de Saúde (RS), o Alentejo apresenta um *ratio* mais baixo em 2007 (0,97/1.000), mantendo a mesma tendência já evidenciada em 1985 (0,79/1.000), partilhada com a RS Algarve que apresentava um *ratio* ainda mais baixo, 0,46 médicos por 1000 habitantes. Lisboa e Vale do Tejo continua a deter o melhor valor (1,73/1000), embora tenha diminuído em relação ao período anterior (2,10/1.000).

Verifica-se também uma evolução no sexo/*ratio* na profissão médica: em 1979 mais de 70% dos médicos eram Homens; em 2007 as Mulheres representavam 55,1% dos profissionais que trabalhavam quer nos CSP quer nos CSH (figura 13).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e ACSS, 2009.

Figura 13 – Médicos segundo o género e tipo de estabelecimento (%). Portugal Continental, 1979 e 2007

Saliente-se as alterações ocorridas na razão médico especialista/habitante (por 10.000 habitantes), nos períodos de 1979 e 2007¹⁴, com destaque nas especialidades de pediatria (2,4 e 9,6, respectivamente), anestesiologia (0,2 e 1,4, respectivamente), pedopsiquiatria (0,1 e 0,9), ortopedia (0,2 e 0,9, respectivamente) e cirurgia geral (0,7 e 1,4, respectivamente) (Ordem dos Médicos, 1979 e 2007).

¹⁴ Uma vez que apenas é possível saber os Médicos por Especialidade em 1979 segundo a Ordem dos Médicos, procedeu-se à mesma análise para o ano de 2007. Deste modo, nas especialidades consideradas estão cerca de 6.356 médicos especialistas que não trabalham no SNS. A especialidade em que a discrepância entre os dados da Ordem dos Médicos e do SNS é maior é em Ginecologia/Obstetricia, Pediatria Médica, Estomatologia e Psiquiatria, com uma diferença superior a 500 efectivos. No sentido contrário, o número de médicos de Medicina do Trabalho e Doenças Tropicais é igual em ambas as fontes.

Quadro 4 – Médicos por especialidade, por 10.000 habitantes, segundo a Ordem dos Médicos (OM) e o Ministério da Saúde (SNS). Portugal Continental, 1979 e 2007

	Médicos/10.000 hab. 1979 (OM)	Médicos/10.000 hab. 2007 (OM)	Médicos/10.000 hab. 2007 (SNS)
Anatomia Patológica	0,05	0,23	0,15
Anestesiologia	0,24	1,40	1,03
Cardiologia	0,32	0,78	0,39
Cirurgia Cardio-Torácica	0,04	0,10	0,07
Cirurgia Geral	0,66	1,42	0,94
Cirurgia Pediátrica	0,38	0,68	0,42
Cirurgia Plástica Reconstructiva	0,04	0,20	0,11
Dermatovenereologia	0,11	0,30	0,14
Endocrinologia	0,07	0,18	0,11
Estomatologia	0,64	0,69	0,12
Gastroenterologia	0,13	0,43	0,23
Ginecologia/Obstetrícia	3,21	5,87	3,18
Medicina Física e Reabilitação	0,09	0,50	0,23
Neurocirurgia	0,05	0,16	0,12
Neurologia	0,13	0,36	0,24
Oftalmologia	0,23	0,83	0,40
Ortopedia	0,23	0,91	0,55
Otorrinolaringologia	0,22	0,54	0,27
Pediatria Médica	2,44	9,66	5,47
Pedopsiquiatria - Psiquiatria Criança/Adolescente	0,09	0,90	0,51
Pneumologia	0,19	0,50	0,31
Psiquiatria	0,34	0,91	0,38
Radioterapia e Medicina Nuclear	0,04	0,16	0,09
Reumatologia	0,03	0,11	0,06
Urologia	0,13	0,32	0,20
Doenças Tropicais	0,05	0,06	0,06
Medicina do Trabalho	0,01	0,83	0,83
Total	5,85	15,05	9,11

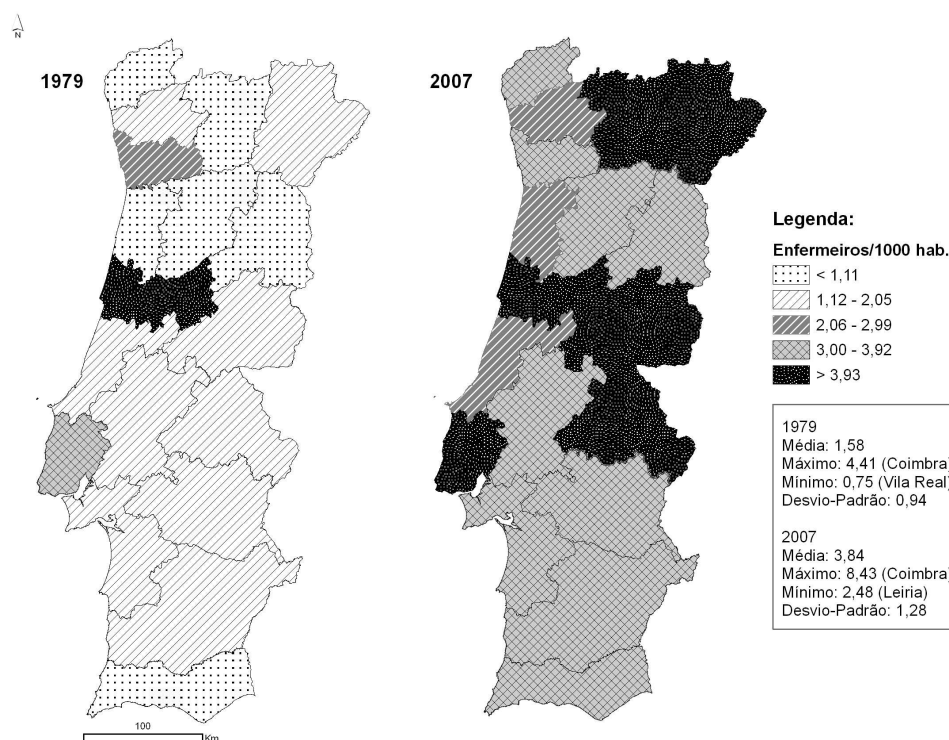
Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, DGS, 2009a e Ordem dos Médicos, 2009

NOTA: Apenas foram consideradas as especialidades identificadas no documento Estatísticas da Saúde de 1979.

Em 2007 existiam 50.680 enfermeiros inscritos na Ordem, em Portugal Continental, correspondendo a uma razão de 200 habitantes/enfermeiro. Destes, 37.997 trabalhavam no SNS (cerca de 75% dos inscritos da Ordem). Os hospitais concentram, em 2007, 79% dos enfermeiros. Para o mesmo ano, a relação do número de camas por profissional de enfermagem é de 0,62 (OE, 2009). Tendo em conta apenas as camas hospitalares e os enfermeiros a trabalhar em Cuidados de Saúde Hospitalares esse *ratio* eleva-se para 0,77. Nos CSP trabalhavam, em 2007, 7.459 enfermeiros e a relação era de 1.358 habitantes/enfermeiro.

O *ratio* de enfermeiros por 1.000 habitantes alterou-se muito entre 1979 e 2007: passou de 2,05 para 3,7; situação que ocorreu em todos os distritos. Os maiores aumentos verificaram-

se nos distritos de Coimbra (4,4 para 8,4), Vila Real (0,8 para 4,3) e Castelo Branco (1,7 para 4,8) (figura 14).



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e ACSS, 2009

Figura 14 - Enfermeiros por mil habitantes. Distritos, 1979 e 2007

Nota: Classes tendo em conta a média e desvio padrão do indicador em 1979. Em 1979 o número de enfermeiros inclui as parteiras e compreende 1091 profissionais de enfermagem que trabalhavam em estabelecimentos de saúde particulares.

2.2. Principais Indicadores de Utilização

Em 1979, a actividade do SNS correspondeu a cerca de 24 milhões de consultas em CSP e em CSH e 4 milhões de atendimentos de urgência, representando uma média anual de 2,6 consultas e urgências por habitante. Nos CSP foram realizadas 20.492.315 consultas, correspondendo a 2,2 consultas por habitante (quadro 5 e figuras 15 e 16).

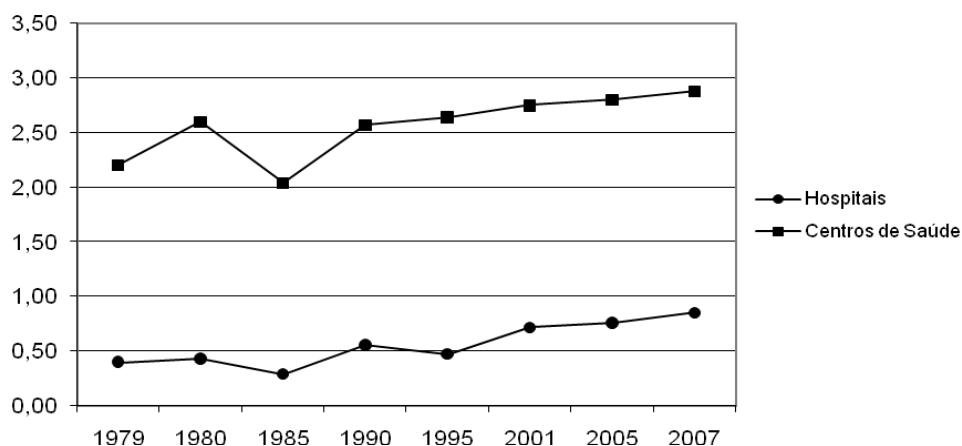
Quadro 5 – Evolução da Actividade dos Serviços (Consultas, Urgências e Doentes Saídos) no SNS, 1979 a 2007

	1979	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2007
Consulta CS	20492,3	22441,1	19032,7	23675,1	24882,4	27283,2	28262,9	29140,1
Consultas Hospitalares	3840,4	4032,5	3016,8	5234,8	4445,9	7107,6	7219,5	8629,1
Urgências SAP			1485,7	3314,0	4586,8	5636,7	5667,1	4256,2
Urgências Hospitalares	4126,3	4663,2	4259,4	5386,6	4285,5	6218,6	5368,3	5914,2
Doentes Saídos CS			58,8	43,9	26,4	17,8	10,5	3,5
Doentes Saídos Hospitalares	656,1	644,1	438,6	567,3	646,4	754,8	794,1	841,2

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, DEPS, 1995 e DGS, 2007b e 2009a.

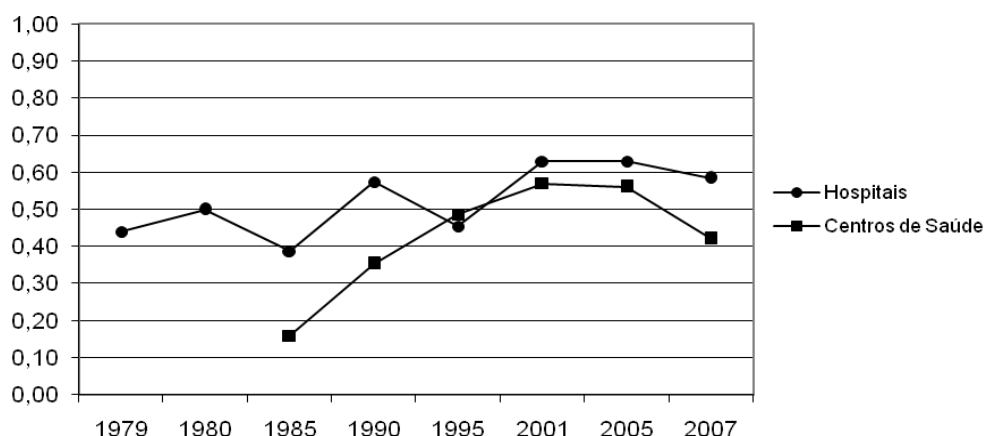
Nota: Para os indicadores respeitantes aos Hospitais foram considerados as tipologias Hospital Central Geral e Hospital Distrital

Em 2007, o número de consultas em CSP e em CSH (SNS) quase que duplicou, relativamente a 1979, ascendendo a mais de 37 milhões de consultas (29.140.100 nos CSP e 8.629.100 em hospitais), sendo a média de 3,7 consultas/ano por habitante. Os atendimentos de urgência quase que triplicaram, fixando-se em cerca de 11 milhões de atendimentos (61 % nos CSH e 39 % nos CSP do SNS), e num *ratio* de 1,1 urgências por habitante. (quadro 5 e figuras 15 e 16).



Fonte: Elaborado a partir do INE, 1982, 1980, DEPS, 1988a, 1995 e DGS, 2004, 2007, 2009a

Figura 15 – Consultas por habitante por tipo de Estabelecimento. Continente, 1979 – 2007.



Fonte: Elaborado a partir do INE, 1982, 1980, DEPS, 1988a, 1997 e DGS, 2004, 2007, 2009a

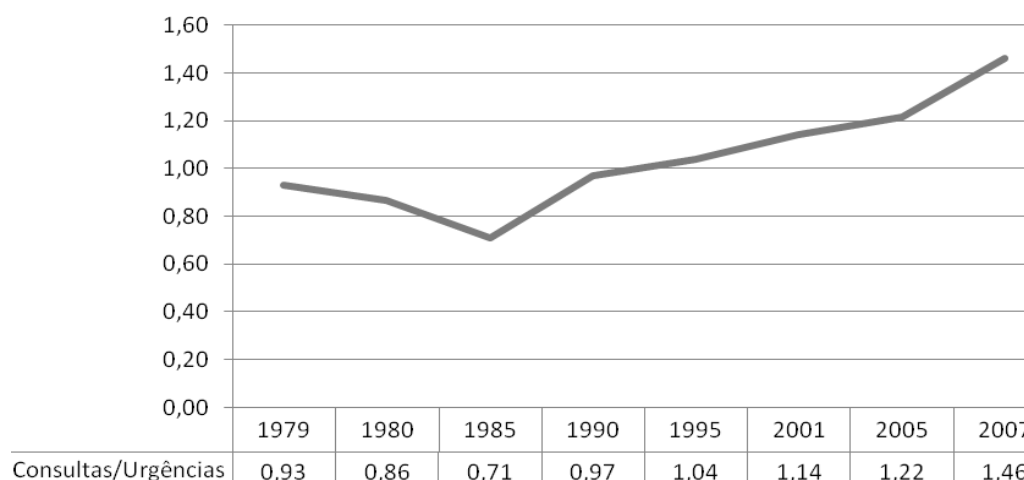
Figura 16 – Urgências por habitante por tipo de Estabelecimento. Continente, 1979 – 2007

O número de atendimentos em ambulatório, entre os anos de 1979 e 2007, tem vindo a aumentar, tanto nos CSP (de 20.492.315 em 1979, para 29.140.100 em 2007) como nos CSH (de 3.840.413 em 1979, para 8.629.100 em 2007), mantendo a tendência verificada desde os anos oitenta, com excepção de 1985. A razão entre o número de consultas e o de urgências hospitalares tem vindo a aumentar, fundamentalmente pelo aumento das consultas as quais, em 1979, apresentavam um valor inferior ao das urgências (consultas¹⁵: 3.840.413; urgências¹⁶: 4.126.344) e actualmente apresentam um valor superior ao das urgências (consultas: 8.629.100; urgências: 5.914.200) (figura 17). Apesar disso, verifica-se, ainda, um elevado número de

¹⁵ Somatório das consultas externas em estabelecimentos com internamento.

¹⁶ Urgências em estabelecimentos com internamento.

peças que tiveram atendimento no serviço de urgência, 10.170.400 em 2007, sendo 41,85% nos CSP e 58,15% em hospitais.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, 1980, DEPS, 1985 e 1997; DGS, 2004, 2007, 2009a.

Figura 17 – Consultas/Urgência nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, 1979 a 2007

Na actividade dos Centros de Saúde, destaca-se o número actual de consultas de clínica geral (24.169.800), verificando-se um aumento de cerca de 62% entre 1980 e 2007 (quadro 6). Destaque, ainda, para o aumento nas consultas de saúde infantil e planeamento familiar, respectivamente 172% e 430%. Já as consultas de especialidades nos CSP tiveram um decréscimo acentuado (- 90,20%).

Quadro 6 – Centro de Saúde: Actividade. Número de Consultas por valência e atendimentos. Continente 1980 a 2007

Valências	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2007	Variação 1980-2007
	Abs (milhões)							
Total	22441,1	19032,7	23675,1	24882,4	27283,2	28262,9	29140,1	6699,0
Saúde Materna	255,4 (1,1%)	200,2 (1,1%)	397,5 (1,7%)	349,8 (1,4%)	481,2 (1,8%)	492,0 (1,7%)	508,2 (1,7%)	252,9 (99,0%)
Planeamento Familiar	163,8 (0,7%)	185,5 (1,0%)	514,3 (2,2%)	560,1 (2,3%)	719,3 (2,6%)	798,9 (2,8%)	867,4 (3,0%)	703,6 (429,6%)
Saúde Infantil	1055,9 (4,7%)	764,4 (4,0%)	2460,0 (10,4%)	2111,6 (8,5%)	2655,3 (9,7%)	2808,4 (9,9%)	2868,6 (9,8%)	1812,7 (171,8%)
Clínica Geral	14953,2 (66,6%)	14381,0 (75,6%)	19419,4 (82,0%)	20635,6 (82,9%)	22597,7 (82,8%)	23415,5 (82,9%)	24169,8 (82,9%)	9216,6 (61,6%)
Especialidades	6012,9 (26,8%)	3118,2 (16,4%)	743,4 (3,1%)	802,6 (3,2%)	689,7 (2,5%)	601,9 (2,1%)	589,3 (2,0%)	-5423,6 (-90,2%)
Domicílios		383,4 (2,0%)	140,5 (0,6%)	124,8 (0,5%)	140,0 (0,5%)	146,2 (0,5%)	136,7 (0,5%)	-246,7* (-64,4%)
SAP (at. Permanente)		1485,7	3875,1	4586,8	5636,7	5667,1	4256,2	

Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1985, 1987, 1992 e 1996 e DGS, 2004, 2007, 2009a.

*a variação da Valência Domicílios refere-se aos anos de 1985-2007

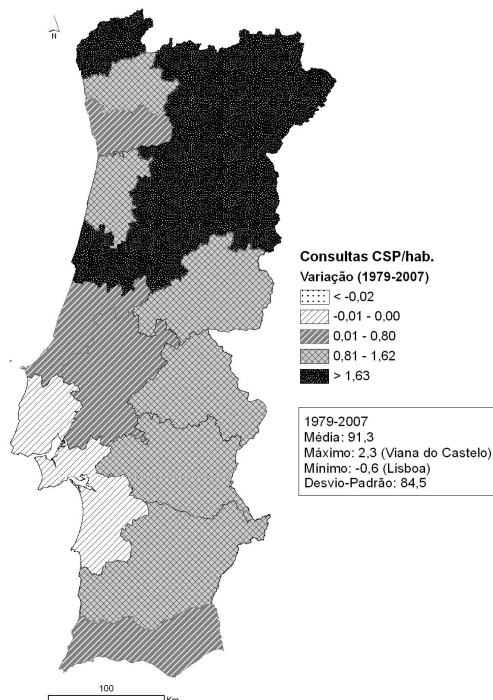
De acordo com informação publicada pela Direcção Geral da Saúde (2009a), em 2007 foram realizadas cerca de 136.700 visitas domiciliárias no Continente, representando cerca de 0,5% da actividade desenvolvida nos Centros de Saúde. Tendo em conta a variação nesta valência verifica-se um decréscimo de -64% entre 1985 e 2007.

As RS Alentejo e Centro apresentam os melhores valores de consultas por habitante nos CSP, ao longo do período em análise. Apenas a RS Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma variação negativa entre os dois períodos. Verifica-se, ainda, que os Centros de Saúde continuam a atrair crescente “clientela”, genericamente em todas as áreas do País. As figuras 18, 20 e 21 revelam que as maiores taxas de utilização dos CSP em todas as valências, incluindo a saúde materna e saúde infantil, verificam-se nos distritos localizados no interior do País.

Quadro 7 - Centro de Saúde: Actividade. Consultas por Habitante, por Regiões de Saúde no Continente. 1979 a 2007

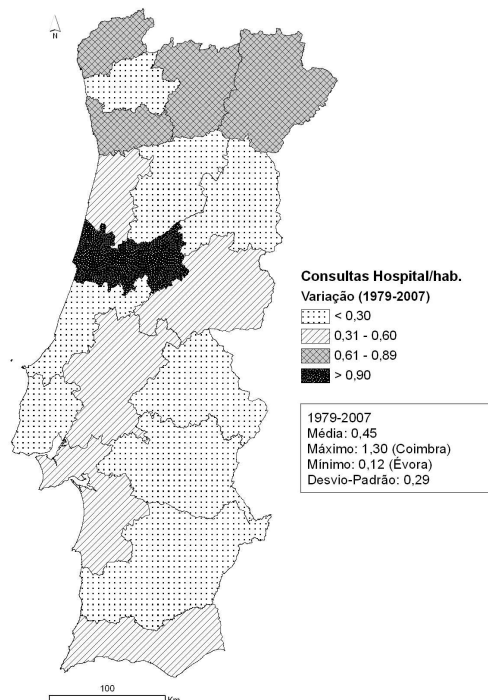
	1979	1980	1985	1990	1995	2001	2005	2007	Variação (%) 1979 – 2007
RS Norte	1,9	2,1	1,7	2,3	2,5	2,6	2,8	2,9	52,6
RS Centro	1,7	2,2	1,9	2,8	2,9	3,1	3,2	3,3	94,1
RS LVT	2,9	2,9	2,2	2,7	2,7	2,8	2,6	2,6	-10,3
RS Alentejo	2,0	2,1	2,0	2,8	3,0	3,3	3,1	3,4	70,0
RS Algarve	1,9	1,9	1,8	2,2	2,1	2,0	2,2	2,3	21,1
Continente	2,2	2,4	2,0	2,6	2,6	2,8	2,8	2,9	31,8

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, DEPS, 1985, 1990, 1994, 1997 e DGS, 2004, 2007, 2009a.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Figura 18 - Utilização dos Cuidados de Saúde Primários. Variação do Número de Consultas nos distritos do Continente entre 1979 e 2007

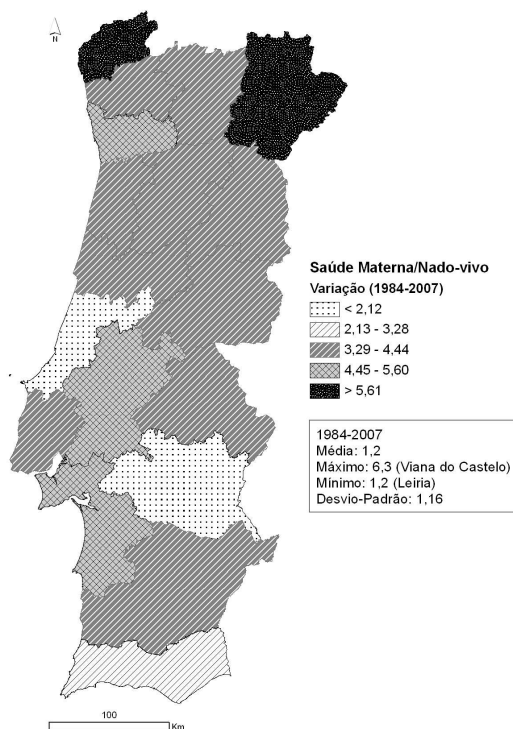


Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Figura 19 - Utilização dos Cuidados Hospitalares. Variação de Consultas por habitante, segundo os distritos do Continente, 1979 e 2007.

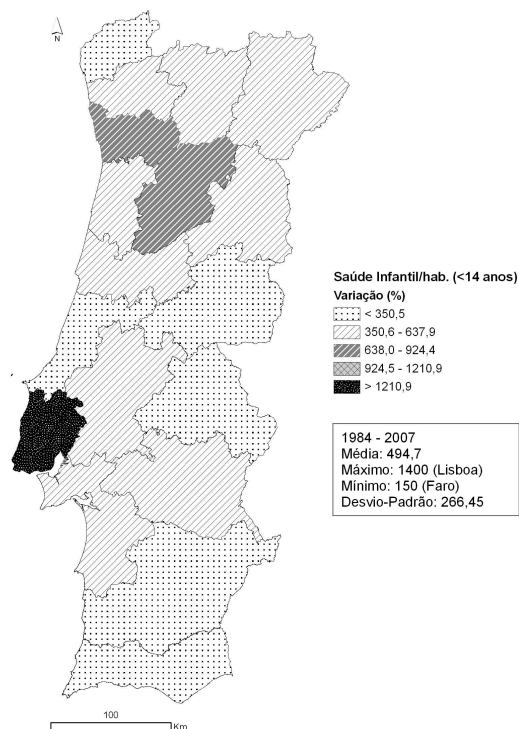
As consultas de Saúde Materna por nado-vivo quase que quadruplicaram entre 1979 e 2007: passaram de 1,36 para 5,25. Os distritos de Bragança e Viana do Castelo revelam os *ratios* mais elevados (figura 20).

As consultas de Saúde Infantil mais que duplicaram no período, crescendo de de 0,4 consultas por cada habitante com menos de 14 anos, em 1979, para 2,0, em 2007. O maior crescimento ocorreu em Lisboa.



Fonte: Elaborado a partir de DEPS, 1985 e DGS, 2009a

Figura 20 - Utilização dos Cuidados de Saúde Primários. Variação do Número de Consultas de Saúde Materna nos distritos do Continente entre 1984 e 2007



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1985 e DGS, 2009a

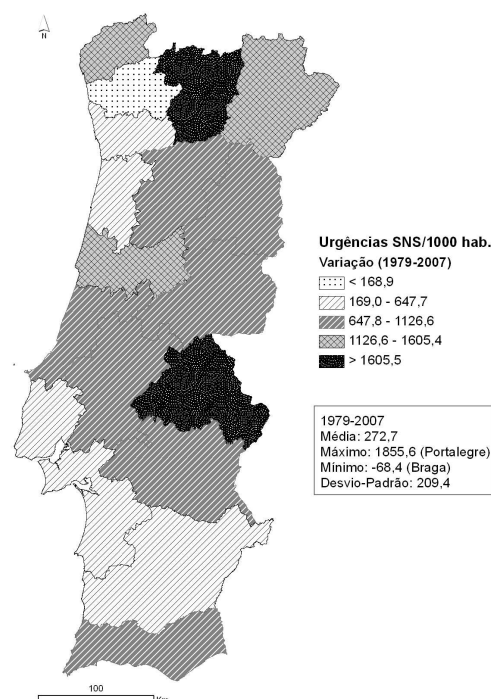
Figura 21 - Utilização dos Cuidados de Saúde Primários. Variação do Número de Consultas de Saúde Infantil nos distritos do Continente entre 1984 e 2007

Considerando a utilização do hospital, verifica-se que o distrito de Coimbra, juntamente com os de Lisboa e Porto, são as áreas geográficas com mais consultas por habitante em 2007, (1,9, 1,23 e 1,01, respectivamente) (figura 22). Em oposição encontramos os distritos de Braga, Guarda e Viseu, com *ratios* consulta por habitante de 0,31, 0,41 e 0,42, respectivamente. As maiores variações percentuais observam-se nos distritos da Região Norte (Viana do Castelo, Vila Real e Bragança, por exemplo), por oposição aos distritos do Alentejo.

O número de doentes observados em urgências aumentou, entre 1979 e 2007, em todos os distritos, exceptuando o de Braga (perda de -15%). O maior crescimento verifica-se no distrito de Portalegre, seguido por Vila Real, Viana do Castelo e Bragança.

O número total de Partos entre 1979 e 2007 decresceu cerca de -36%, assumindo o valor de 96.925 em 2007. Desses, 85.377 foram realizados no SNS (88,1%). Os partos ocorridos no Domicílio tiveram uma redução de 98%, embora haja uma tendência para a recuperação desta prática tendo em atenção as novas modalidades de parto com assistência baseadas na

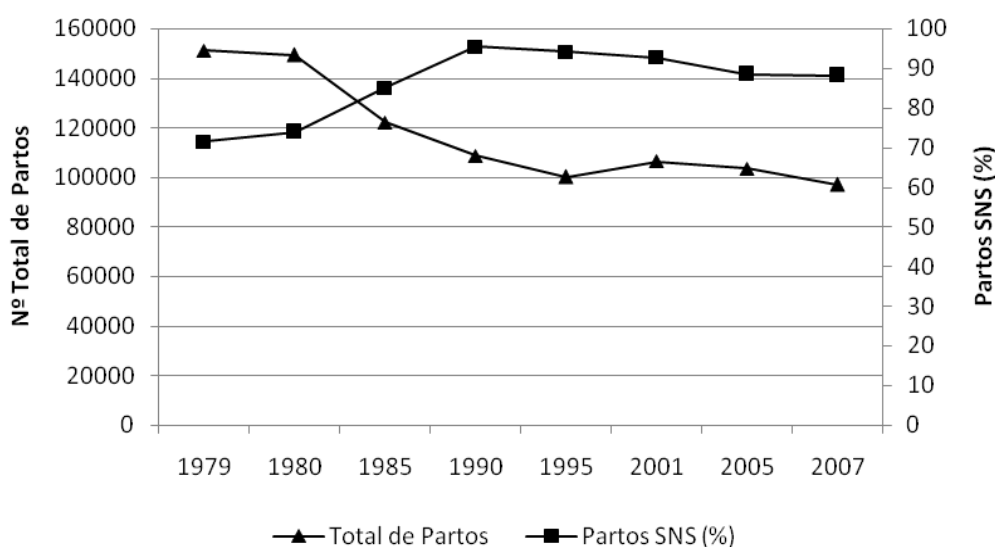
naturalidade do acto e conforto da parturiente. Os partos sem assistência também sofreram uma redução assinalável: -99,66% entre 1979 e 2007.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982 e DGS, 2009a

Figura 22 – Utilização dos Cuidados no SNS. Variação dos Doentes observados nos Serviços de Urgência por 1.000 habitantes nos distritos do Continente, entre 1979 e 2007

Nota: Os dados de 2007 dizem respeito a doentes observados nos serviços de urgência dos Hospitais e Centros de Saúde. Os dados de 1979 dizem respeito a doentes observados nos serviços de urgência dos estabelecimentos de saúde com internamento.

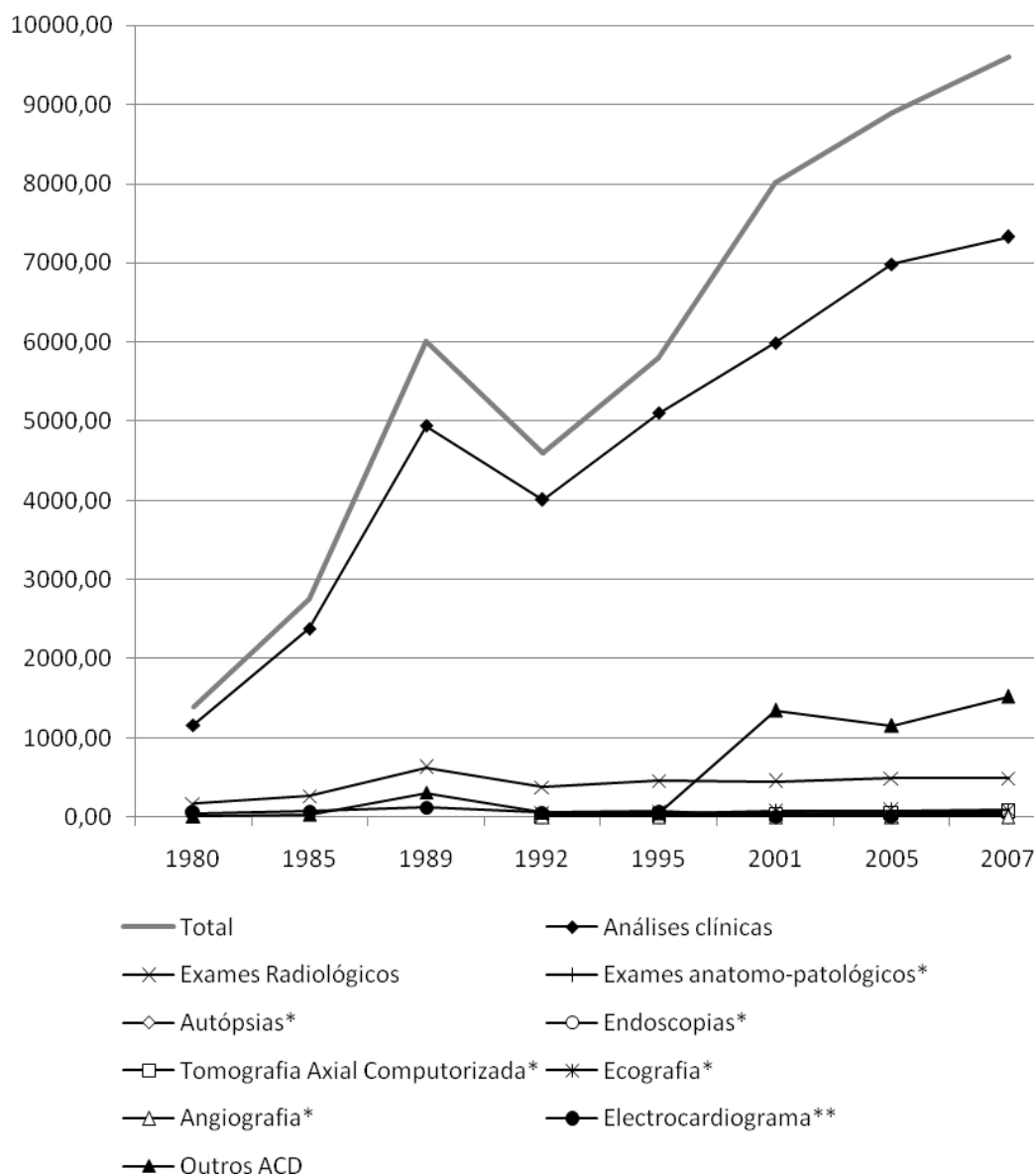


Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, 1980, 1985, 1990, 2002 a 2008, DEPS, 1997 e DGS, 2004, 2007b e 2009a.

Figura 23 – Partos: Total de Partos e % de Partos nos Hospitais do SNS, no Continente, entre 1979 e 2007.

Nota: Os valores de 1979, 1980, 1985, 1990 dizem respeito a partos em estabelecimentos de saúde com internamento.

Entre 1980 e 2007 os exames complementares de diagnóstico *per capita* passaram de 1,40 para 9,59 (DEPS, 1985, DGS, 2009a) correspondendo, essencialmente, a análises clínicas e exames radiológicos, realizados maioritariamente em Hospitais do SNS (em 2007: 97,7% em Hospitais e 2,3% nos Cuidados de Saúde Primários).



Fonte: Elaborado a partir: DEPS, 1985, 1989, 1994, 1997 e DGS, 2004, 2007b e 2009a

Figura 24 – Actos Complementares de Diagnóstico (ACD) por 1000 habitantes, efectuados no Serviço Nacional de Saúde. Continente, 1980 a 2007.

* Estas categorias não estão presentes nos elementos Estatísticos 1984 e 1989. ** Esta categoria está incluída em outros ACD em 2007.

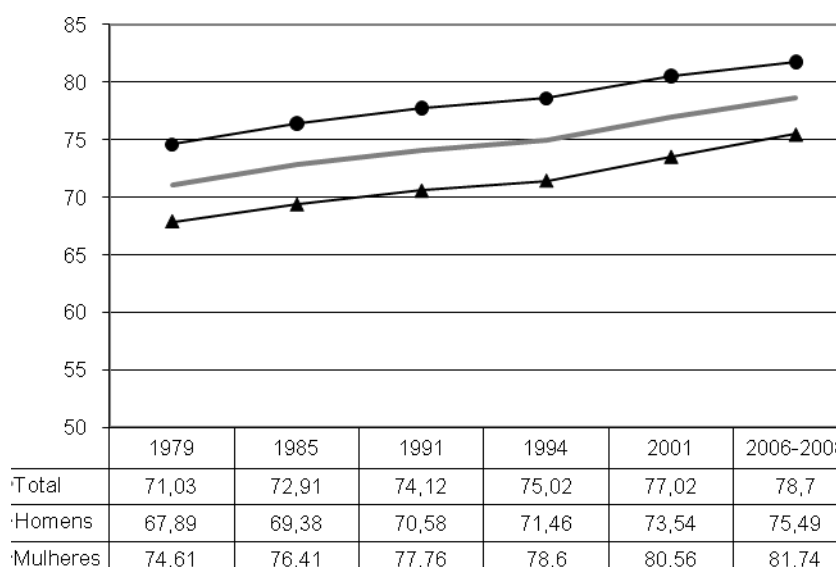
3. Saúde das Populações

Os indicadores de avaliação das necessidades em saúde e do acesso aos cuidados de saúde têm vindo a ser aperfeiçoados ao longo das três últimas décadas, tornando-os mais fiáveis e sensíveis e, por isso, mais úteis na definição de estratégias e políticas. Alguns desses

indicadores decorrem do aprofundamento e nível de detalhe dos indicadores tradicionais de mortalidade, como é o caso dos anos de vida potencial perdidos em cada causa de morte, mortalidade prematura, mortes “evitáveis”, etc. Pretende-se seguidamente evidenciar os ganhos em saúde entre 1997 e 2007 através da análise destes indicadores.

3.1. A Esperança de Vida

Nos últimos 30 anos a esperança de vida à nascença da população portuguesa aumentou quase oito anos, ocorrendo maior variação na população masculina (+7,6 anos) do que na população feminina (+7,1). A diferença entre os géneros é grande, com vantagem para as mulheres, atingindo o seu máximo, em 1991, com uma diferença de 7,18 anos. No período 2006-08 essa diferença diminuiu, situando-se nos 6,25 anos.



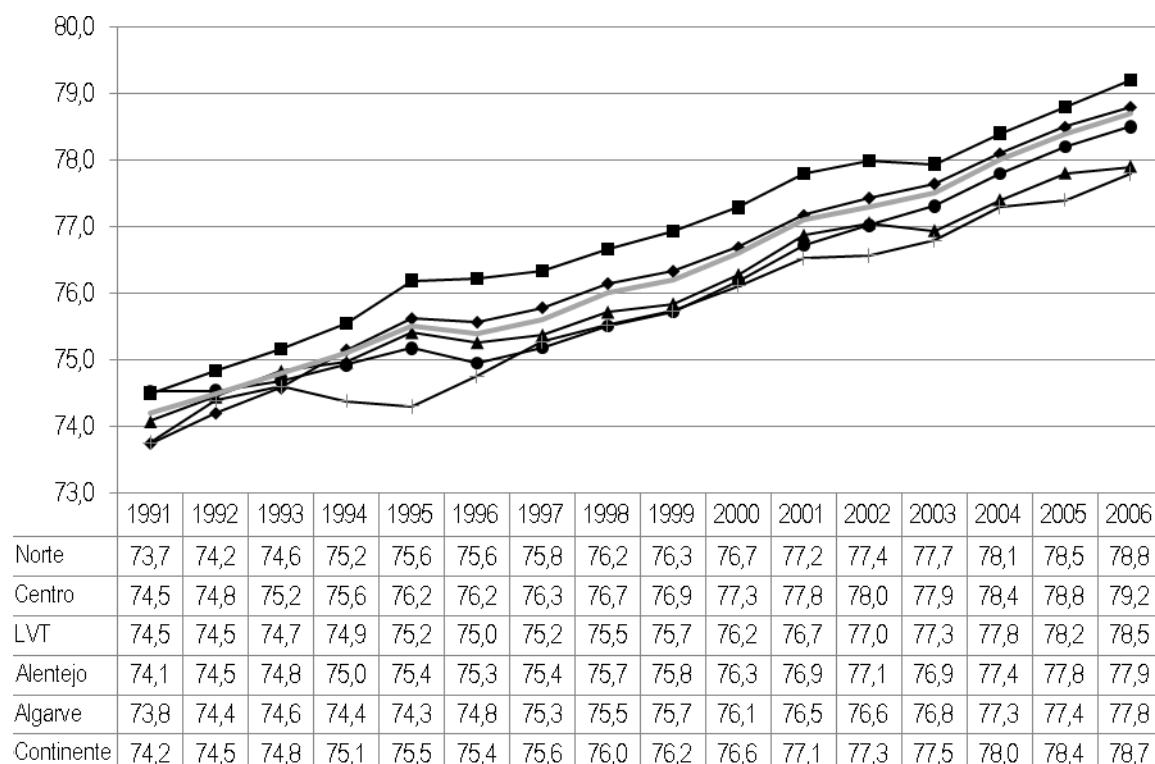
Fonte: INE, 2009b

Figura 25 – Esperança de Vida à nascença segundo o género, 1979 a 2008

Nota: A partir de 2002 o INE passou a calcular a Esperança de Vida à Nascença, por sexo em triénios.

As regiões Centro e Norte (NUT II, 1999) são as áreas com maior esperança de vida à nascença, em 2006-08 (79,2 e 78,8, respectivamente), apresentando também as maiores variações 1991-2006 (+4,7 anos para o Centro e +5,1 anos para o Norte). No entanto, em 1991, era a região de Lisboa e Vale do Tejo que compartilhava o maior valor de esperança de vida à nascença com a região Centro, apresentando 74,5 anos.

Também se registaram ganhos apreciáveis no que diz respeito às esperanças de vida aos 35 anos e aos 65 anos. Os indivíduos que no intervalo 1979-1981 atingiram os 35 anos, podiam esperar viver mais 41,2 anos; em 2006-2008 44,7 anos. Os que atingiram 65 anos nos mesmos intervalos podiam esperar viver mais 14,8 e 18,1, respectivamente.



Fonte: INE, 2009b

Figura 26 – Esperança de Vida à nascença por região do continente (NUT II, 1999), 1991 a 2006

Quadro 8 – Evolução da Esperança de Vida à nascença, aos 35 anos e aos 65 anos em Portugal, 1979-1981 a 2006-2008.

	Esperança de vida à nascença	Esperança de vida aos 35 anos	Esperança de vida aos 65 anos
1979-1981	71,0	41,2	14,8
1984-1986	73,0	41,2	15,2
1989-1991	74,2	41,5	15,9
1994-1996	75,2	42,1	16,3
2000-2002	76,7	43,4	17,1
2004-2006	78,2	44,6	17,9
2006-2008	78,7	44,7*	18,1
Varição 1979-1981 / Abs.	7,7	3,5**	3,3
2006-2008 %	10,8	8,5**	22,3

* Valor referente ao intervalo 2005-2007. ** Variação entre os períodos de 1979-1981 /2005-2007

Fonte: INE, 2009b

3.2. A mortalidade como indicador de avaliação das necessidades em saúde

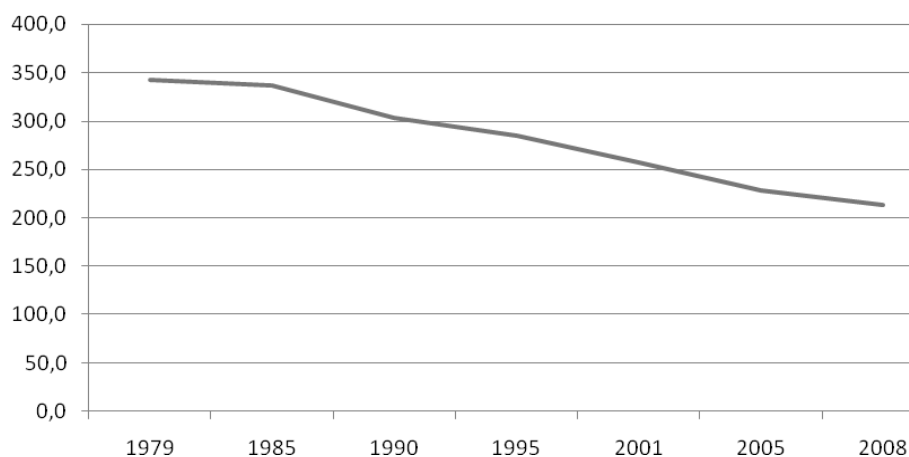
As taxas padronizadas de mortalidade e os anos de vida potencial perdidos fornecem informação de grande relevância para a definição das necessidades em saúde de acordo com o género, grupo de idade ou área geográfica. Estes indicadores podem ser complementados com outros que são mais específicos, porque partem de informações mais pormenorizadas – apenas algumas causas de morte, de acordo com o género e em determinados grupos de idade. O indicador de causas de mortes “evitáveis” integra causas de morte seleccionadas na sequência de investigações realizadas sobre um conjunto de doenças, incapacidades e óbitos prematuros considerados como “evitáveis”, se fossem tomadas em consideração as possibilidades

existentes na época quer ao nível preventivo quer ao nível curativo. O conhecimento deste último indicador permite verificar quais as causas de morte que poderiam ter sido “evitadas” se tivesse havido acesso tempestivo aos serviços de saúde (médicos e outros), comportamentos e/ou atitudes saudáveis, abrindo caminho ao desenvolvimento de políticas específicas e vocacionadas para a resolução dos problemas detectados.

Este indicador de mortalidade “evitável” é então validado como medida de alerta no que concerne à eficácia da prevenção primária ou secundária, sem negligenciar, no entanto, os riscos do erro ecológico (falácia ecológica).

3.2.1. Mortalidade antes dos 65 anos

A taxa de mortalidade prematura em Portugal tem vindo a decrescer nas últimas décadas: por cada 100.000 habitantes com idade inferior a 65 anos, registaram-se, em 1979, 343 óbitos e, em 2008, 214 (figura 30). Importa ainda referir que, em 1979, a percentagem no total de óbitos era de 42,1% enquanto em 2006 correspondia a 27,6 %. Esta proporção manteve-se, quer em 1979 quer em 2006, mais alta nos homens (51,5% em 1979 e 35,6% em 2006) quando comparada com a das mulheres (31,9% em 1979 e 18,9% em 2006).



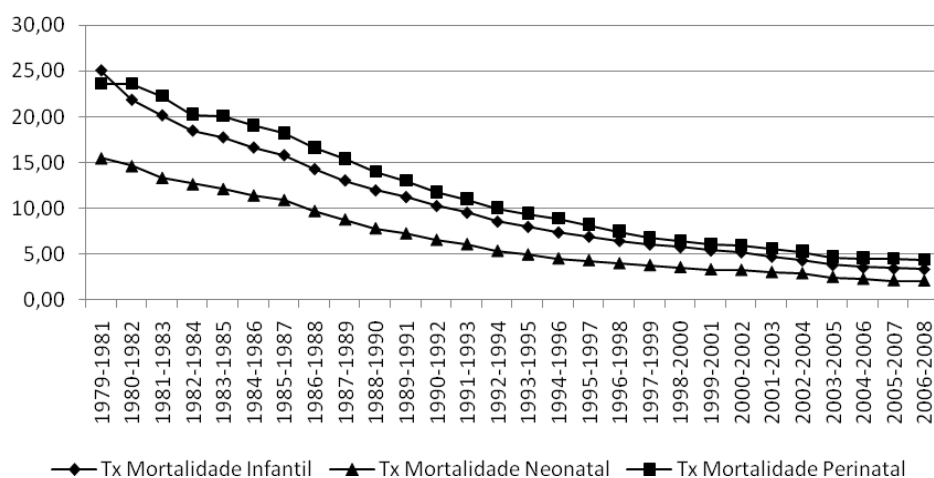
Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, 1985, 1990, 2009b e DGS, 2004.

Figura 27 – Evolução da Taxa de Mortalidade Prematura (inferior a 65 anos), por 100.000 habitantes, 1979 a 2008.

Incluída na mortalidade prematura, destaca-se a mortalidade infantil (também a neonatal e perinatal), a mortalidade materna e a de crianças com idade inferior a 5 anos por serem indicadores utilizados na avaliação da situação sanitária de um país. De facto, estão intimamente relacionados com a acessibilidade aos cuidados em saúde e o contexto socioeconómico do País e das Famílias.

A variação da mortalidade infantil foi muito relevante: passou de 38,9‰, para 3,4‰ nados-vivos, (3,3‰ no Continente) entre 1979 e 2008. Verificou-se, simultaneamente decréscimos acentuados nas taxas de mortalidade neonatal e perinatal: de 15,5‰ e 23,9‰ em 1979, passaram para 2,1‰ e 4,0‰ em 2008, respectivamente. O êxito obtido deve-se, certamente, a iniciativas várias como a criação do Serviço Médico à Periferia e a colocação de especialistas das áreas da Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria a nível distrital, o incremento do Diagnóstico Pré-Natal e do parto intra-hospitalar; o desenvolvimento do Programa Nacional de Vacinação e do Programa-Tipo em Saúde Infantil e Juvenil, o estabelecimento e reforço das

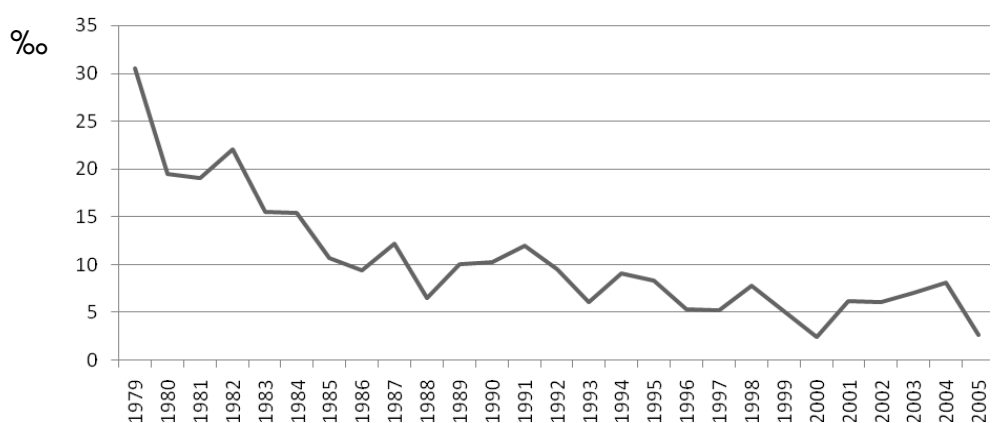
Consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil e à criação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), para além da melhoria das condições de salubridade e conforto dos residentes.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 2009b, DEPS, 1985, 1994, 1997 e DGS, 2007b, 2009a.

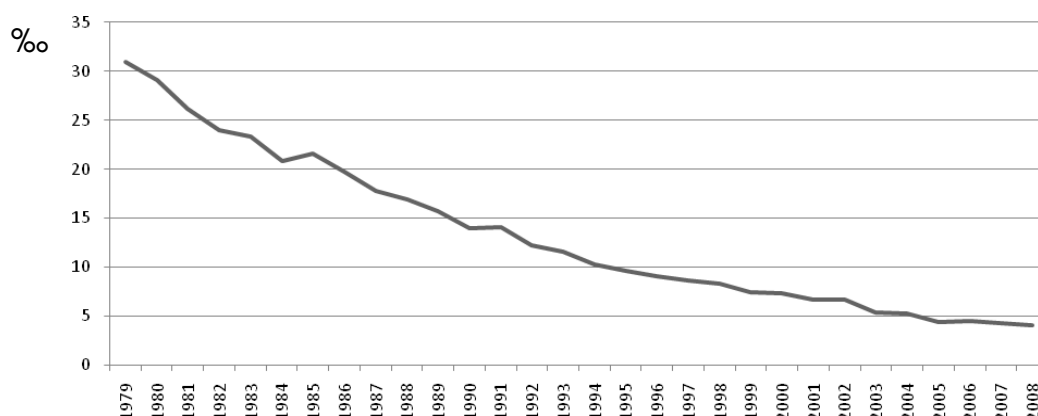
Figura 28 – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal e Perinatal em Portugal, 1979 a 2008

Também se verificaram reduções muito fortes na taxa de mortalidade materna. Em 1979 morriam por complicações relacionadas com a gravidez e o parto 30,6/100.000 mulheres. Hoje, quase não são registados óbitos maternos. Para isso têm contribuído algumas acções desenvolvidas no âmbito do SNS, com destaque para o Programa de Saúde Materno-Infantil, o incremento do número de partos assistidos por profissionais especializados e, ainda, a diminuição das complicações por aborto, designadamente após a despenalização da interrupção voluntária da gravidez.



Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, 1980/81, DEPS, 1985, 1994, 1997 e DGS, 2004, 2007b.

Figura 29 – Evolução da Taxa de Mortalidade Materna (100.000 nados-vivos) em Portugal, 1979 a 2005.



Fonte: Elaborado a partir de OECD HEALTH DATA 2008 (Junho 08).

Figura 30 – Evolução da Taxa de Mortalidade inferior a 5 anos em Portugal, 1979 a 2008.

3.2.2. Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

O número de óbitos antes dos 70 anos, em Portugal Continental, diminuiu entre 1980 e 2006: de 39.933 passou para 28.191, representando uma quebra de quase 30%. Além disso, em ambos os anos se verifica que morrem mais Homens que Mulheres. Estes óbitos representam a perda potencial de uma média anual de 1.301 anos de vida (em cada 100.000 habitantes) (quadro 8). Cada indivíduo que morreu antes dos 70 anos de idade perdeu, em média, 16,2 anos (16,6 e 15,4 anos, respectivamente para os homens e as mulheres) (quadro 9).

No Quadro 9 observa-se o número de óbitos e a mortalidade proporcional tendo em conta quer os óbitos que ocorreram antes dos 70 anos de idade quer os óbitos verificados em todas as idades. Ainda no mesmo quadro estão registados os correspondentes anos de vida potencial perdidos (AVPP) para uma esperança de vida padrão de 70 anos, em ambos os sexos. Verifica-se que, em 1980, 42,6% do total de óbitos ocorreram antes dos setenta anos, sendo os acidentes, envenenamentos e violências, doenças do aparelho respiratório e os tumores malignos os que apresentam um maior impacto sobre a mortalidade. Em 2005, o total de óbitos ocorridos antes dos 70 anos representa apenas 26,1% dos óbitos, sendo que, mais uma vez, os acidentes, envenenamentos e violência têm maior impacto nessa mortalidade.

Em Portugal, as doenças com maior responsabilidade pela mortalidade diferenciam-se, por ordem de importância, segundo o género¹⁷. No sexo masculino, por ordem do total de Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP), em 1980 os acidentes, envenenamentos e violência são a causa de morte com maior quantidade de AVPPs, seguidos pelas doenças do aparelho circulatório; em 2005 são os tumores malignos a causa de morte com maior quantidade de AVPPs, seguidos pelas doenças do aparelho circulatório. No sexo feminino, em primeiro lugar do total de AVPPs, situavam-se, em 1980, os tumores malignos, seguido por causas de morte causadas por doenças do aparelho circulatório; em 2005 o padrão mantém-se.

As figuras 31 e 32 são relativas às variações que ocorreram entre 1980 e 2005 nos AVPP. Genericamente, observa-se diminuição dos AVPPs quer no sexo masculino (578.622 para 315.982) quer no feminino (327.677 para 140.712) e no número médio de AVPP (sexo

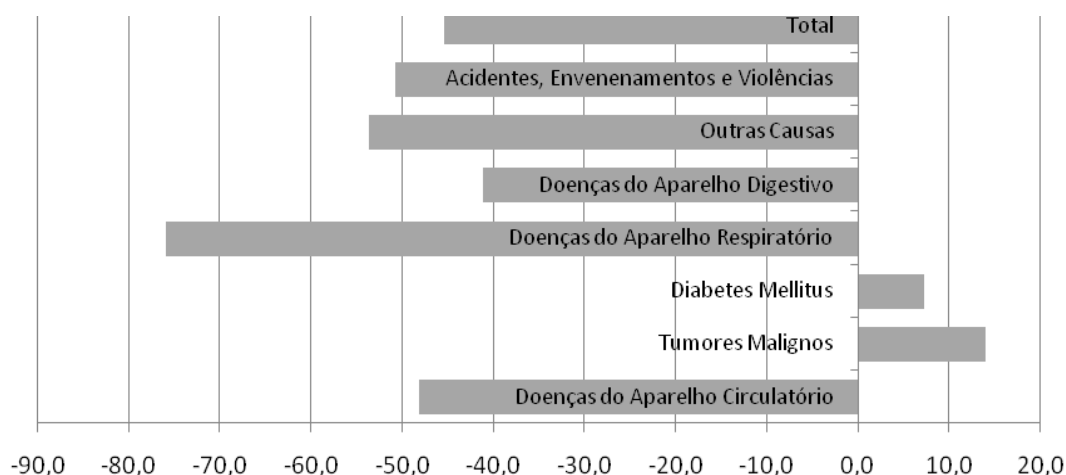
¹⁷ A diferenciação na hierarquia das causas de morte resulta, fundamentalmente, por causas específicas de cada género (cancro do colo do útero na mulher, por exemplo). Exceptuam-se, da hierarquia, as causas obstétricas directas e algumas afecções originadas no período perinatal

masculino: 22,7 para 16,6; sexo feminino: 22,7 para 15,4). As diminuições têm expressões diferentes segundo o género e a causa. As variações que se observam entre 1980 e 2005 têm padrões semelhantes na população masculina e feminina. Todavia, considerou-se importante apresentar separadamente os resultados. Nos óbitos masculinos as variações com resultados negativos em saúde (aumento de número de AVPP em 1980 e 2005) são observadas nos tumores malignos e na diabetes *mellitus*. Ou seja, em 2006 morre-se mais e mais cedo por estas causas de morte, comparativamente a 1980. Nos óbitos femininos o número de AVPP diminuiu em todas as causas, representando ganhos em saúde relevantes.

Quadro 9 – Óbitos e Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) e segundo Algumas Causas de Morte Seleccionadas e género, 1980 e 2005. Portugal.

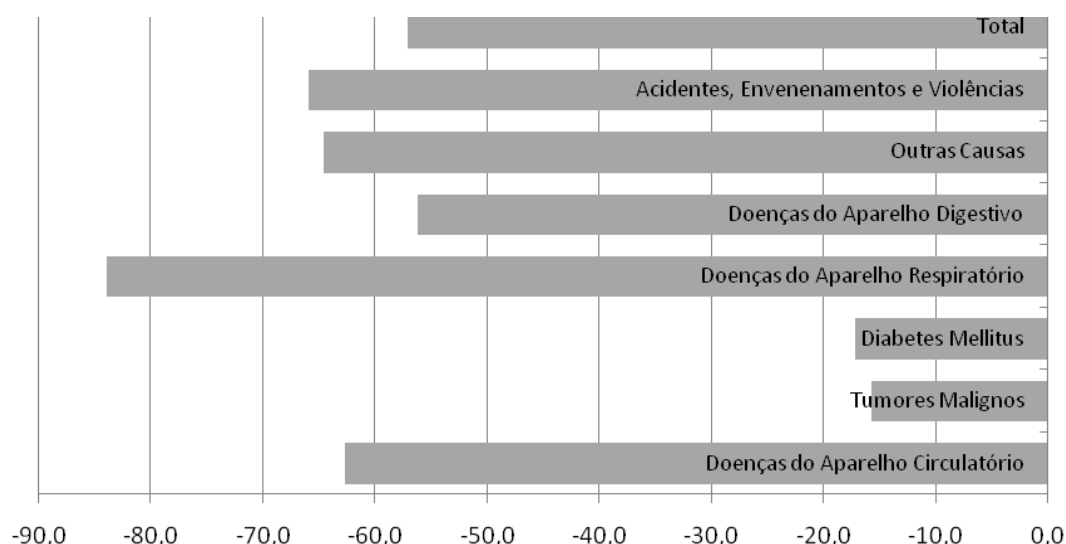
Causas de morte (CID-10)		Nº de Óbitos		%		Taxa 100.000 hab		Nº de Óbitos <70anos		Óbitos < 70 anos /total de Óbitos (%)		AVPP		Média AVP	
		1980	2005	1980	2005	1980	2005	1980	2005	1980	2005	1980	2005	1980	2005
Doenças do aparelho circulatório (25-30)	HM	40582	36723	42,8	34,1	412,9	347,4	11591	5282	28,6	14,4	120.886	56.116	10,5	10,6
	H	19118	16483	38,6	29,6	403,6	322,2	7081	3551	37,0	21,5	76.189	39.438	10,8	11,1
	M	21464	20240	47,4	38,9	421,4	371,1	4510	1731	21,0	8,6	44.698	16.678	10,0	9,7
Tumores Malignos (08-14)	HM	14198	22724	15,0	21,1	144,4	215,0	8432	9346	59,4	41,1	119.699	119.804	14,7	12,8
	H	7762	13421	15,7	24,1	163,9	262,3	4522	5811	58,3	43,3	63.460	72.428	14,0	12,5
	M	6436	9303	14,2	17,9	126,4	170,6	3910	3535	60,8	38,0	56.239	47.376	15,6	13,4
Diabetes Mellitus (181)	HM	1452	4570	1,5	4,2	14,8	43,1	628	819	43,3	17,9	6945	6.690	10,3	8,3
	H	617	1959	1,3	3,5	13,0	38,3	299	462	48,5	23,6	3.813	4.097	11,0	9,0
	M	835	2611	1,8	5,0	16,4	47,9	329	357	39,4	13,7	3.132	2.593	9,5	7,4
Doenças do aparelho respiratório (31-32)	HM	6966	11299	7,4	10,5	70,9	106,9	2786	1377	40,0	12,2	75.396	15.700	27,1	11,7
	H	4103	6139	8,3	11,	86,6	120,0	1864	961	45,4	15,7	45.476	10.901	24,4	11,6
	M	2863	5160	6,3	9,9	56,2	94,6	922	416	32,2	8,1	29.921	4.799	32,5	11,9
Doenças do aparelho Digestivo (33-34)	HM	4666	4642	4,9	4,3	47,5	43,9	3106	1893	66,6	40,8	51.044	27.637	16,4	14,7
	H	3064	2761	6,2	5,0	64,7	54,0	2165	1398	70,7	50,6	34.966	20.595	16,2	14,8
	M	1602	1881	3,5	3,6	31,5	34,5	941	495	58,7	26,3	16.078	7.042	17,1	14,4
Outras Causas	HM	19996	23324	21,1	21,6	203,4	220,7	7682	6512	38,4	27,9	350220	147.822	42,6	22,4
	H	9695	11693	19,6	21,0	204,7	228,6	5069	4469	52,3	38,2	216.330	100.454	41,0	22,3
	M	10301	11631	22,7	22,3	202,2	213,3	2613	2043	25,4	17,6	133.890	47.368	45,3	22,8
Acidentes, Envenenamentos e Violências (E47-E56)	HM	6062	4557	6,4	4,2	61,7	43,1	5708	2962	94,2	65,0	182.111	82.925	33,4	28,0
	H	5133	3297	10,4	5,9	108,4	64,4	4484	2380	87,4	72,2	138.390	68.070	32,7	28,6
	M	1829	1260	4,0	2,4	35,9	23,1	1224	582	66,9	46,2	43.721	14.856	35,7	25,5
Total	HM	94794	107839	100,0	100,0	964,4	1020,3	39933	28191	42,1	26,1	906.299	456.694	22,7	16,2
	H	49475	55753	100,0	100,0	1044,6	1089,8	25484	19032	51,5	34,1	578.622	315.982	22,7	16,6
	M	45319	52086	100,0	100,0	889,8	955,0	14449	9159	31,9	17,6	327.677	140.712	22,7	15,4

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1982, 2006



Fonte: Elaborado a partir de Fonte: INE, 1982, 2006.

Figura 31 - Variação Percentual dos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) segundo causas de morte seleccionadas, género masculino, 1980-2005.



Fonte: Elaborado a partir de Fonte: INE, 1982, 2006.

Figura 32 - Variação Percentual dos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) segundo causas de morte seleccionadas, género feminino, 1980-2005.

3.2.3. A geografia da mortalidade “evitável” nas ultimas décadas¹⁸

Depois de analisar a mortalidade prematura e os anos de vida potencial perdidos importa compreender quais as mortes que podiam ter sido “evitadas”, de acordo com a literatura sobre a matéria.

¹⁸ Sobre este tema *vide* Santana, P. (2002) – “Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993”, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 32, INE, Lisboa, pp. 107-145

O estudo que é apresentado baseia-se na análise das causas de morte “evitáveis” em Portugal Continental, em dois períodos – 1989 a 1993 e 2002 a 2005, ao nível das Regiões (NUT II).

O método que foi utilizado corresponde ao anteriormente desenvolvido por Levêque e outros (1999). Baseia-se numa lista de causas de morte “evitáveis” (Santana, 2005) que se encontra subdividida em indicadores sensíveis aos cuidados de saúde (inclui 18 causas de morte) e indicadores sensíveis a intervenções primárias (inclui 5 causas de morte). De acordo com a metodologia, avaliou-se o número de óbitos segundo causas de morte específicas para cada sexo¹⁹ e grupo de idade²⁰, nos períodos em análise. Em virtude destas causas de morte variarem com a idade e o sexo, utilizou-se o método de padronização indirecta, eliminando essas variações. Como resultado, obtivemos valores - Razão Padronizada de Mortalidade (RPM)²¹ - que colocam em evidência as variações geográficas (NUTs II) relativamente a um valor de referência encontrado para o Continente, o qual corresponde a cem, considerado como valor padrão. A utilização deste método permite destacar as variações geográficas do indicador, independentemente da estrutura etária das respectivas populações e permite determinar os diferentes níveis de mortalidade que podiam ter sido “evitados”. Tendo em conta os possíveis problemas resultantes da influência do acaso na amostra considerada, procedeu-se ao cálculo do intervalo de confiança (IC) a 95%, segundo o método indicado por Jones e Moon (1987)²².

É indispensável conhecer as áreas geográficas, os grupos de idade e género onde ocorreram mortes prematuras que, segundo a literatura científica (Holland *et al.*, 1992, 1997; Levêque *et al.*, 1999, Santana, 2002; Santana, 2005), poderiam ter sido evitadas quer através da intervenção dos cuidados médicos quer através de intervenções multisectoriais com resultados positivos na saúde situadas, maioritariamente, a montante (prevenção e promoção).

3.2.3.1. Mortalidade “evitável” segundo o género

Em Portugal Continental, no período 1989-93, as mortes “evitáveis” representavam cerca de 47,1% das mortes prematuras (quadro 30), em 2003-2005 correspondiam a 34,5%.

Considerando o somatório de todas as causas de mortes “evitáveis”, os homens morrem cerca de duas vezes mais do que as mulheres: em cada 100.000 habitantes morreram 78,7 mulheres e 106,0 homens (entre 1989-1993). Em 2003-2005 os valores diminuíram mas a diferença entre géneros acentuou-se: 50,8 e 113,4 em cada 100.000 mulheres e homens, respectivamente (quadro 8).

As mulheres apresentaram uma taxa de mortalidade por causas sensíveis aos cuidados médicos ligeiramente inferior à dos homens. Por outro lado, os homens registaram taxas de mortalidade sensíveis à prevenção primária e promoção da saúde muito superiores às das

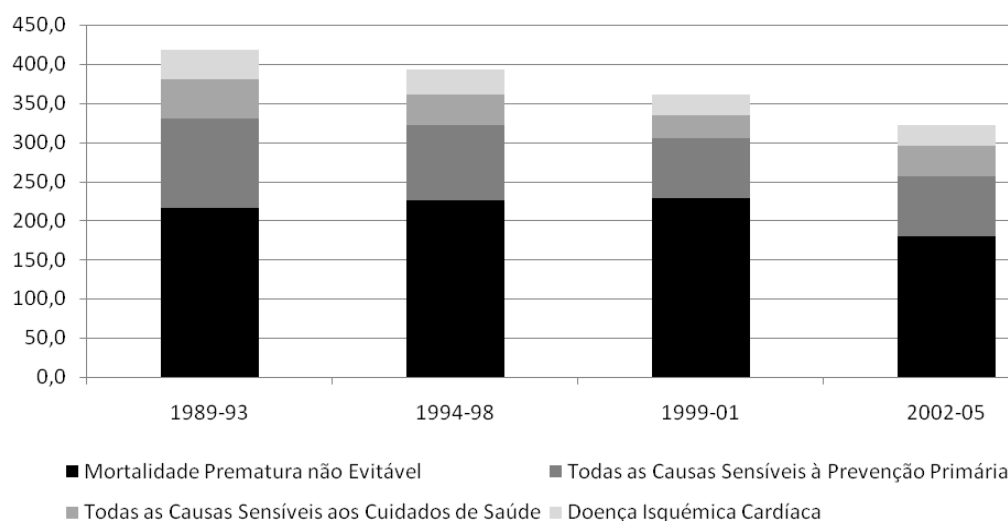
¹⁹ Por vezes houve necessidade de calcular a RPM para o conjunto de óbitos dos dois sexos (leucemia, doenças respiratórias, asma, úlcera péptica e cancro de pele) ou para um só, de acordo com a especificidade da causa de morte (ex: cancro do colo e corpo do útero, nas mulheres).

²⁰ Os grupos de idade variam consoante a causa de morte, sendo uma condição de evitabilidade dessas mesmas causas de morte (cfr. quadro I.3). Para cada grupo de idade (por exemplo 5-64 anos) foram encontrados subgrupos quinquenais e foi com base nessa informação que se procedeu ao tratamento da informação (padronização).

²¹ Também conhecida por Razão de Mortalidade Padronizada.

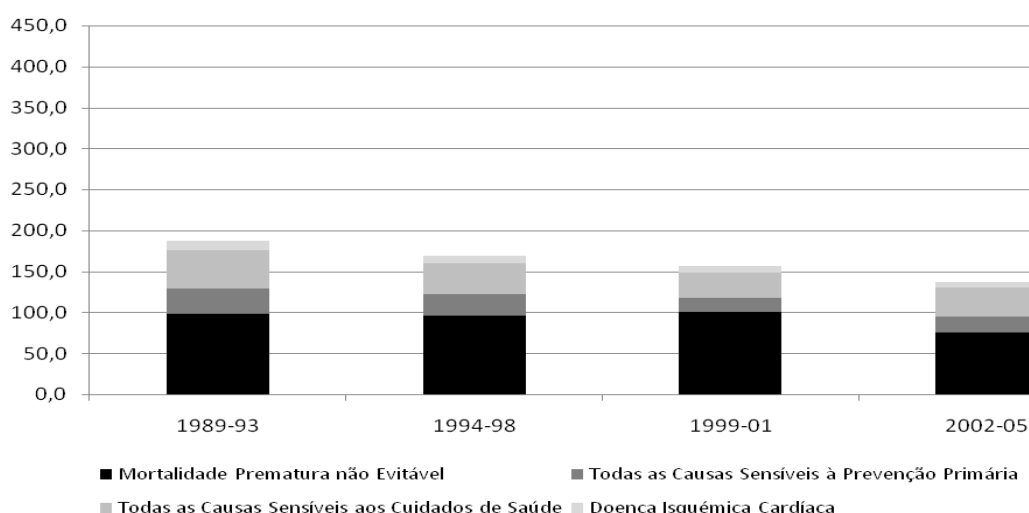
²² $IC = \frac{\text{casos observados} - 2\sqrt{\text{casos esperados}}}{\text{casos esperados}} * 100$ a $\frac{\text{casos observados} + 2\sqrt{\text{casos esperados}}}{\text{casos esperados}} * 100$

mulheres, o que está de acordo com o que vem sendo apresentado por outros autores (Westerling, 1996).



Fonte: INE, 1994 a 2006

Figura 33 – Mortalidade Evitável, gênero masculino, 1989-93 a 2002-05

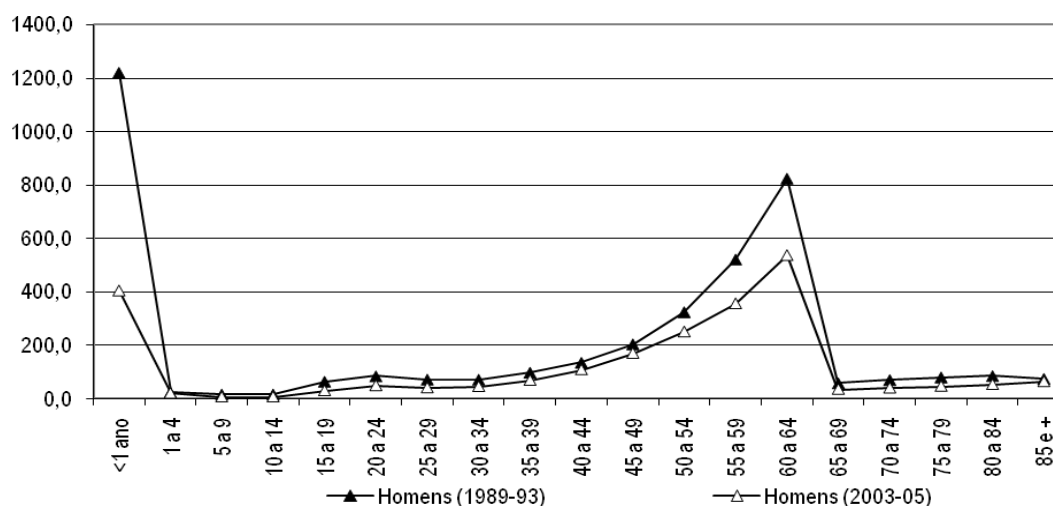


Fonte: INE, 1994 a 2006

Figura 34 – Mortalidade Evitável, gênero Feminino, 1989-93 e 2002-05

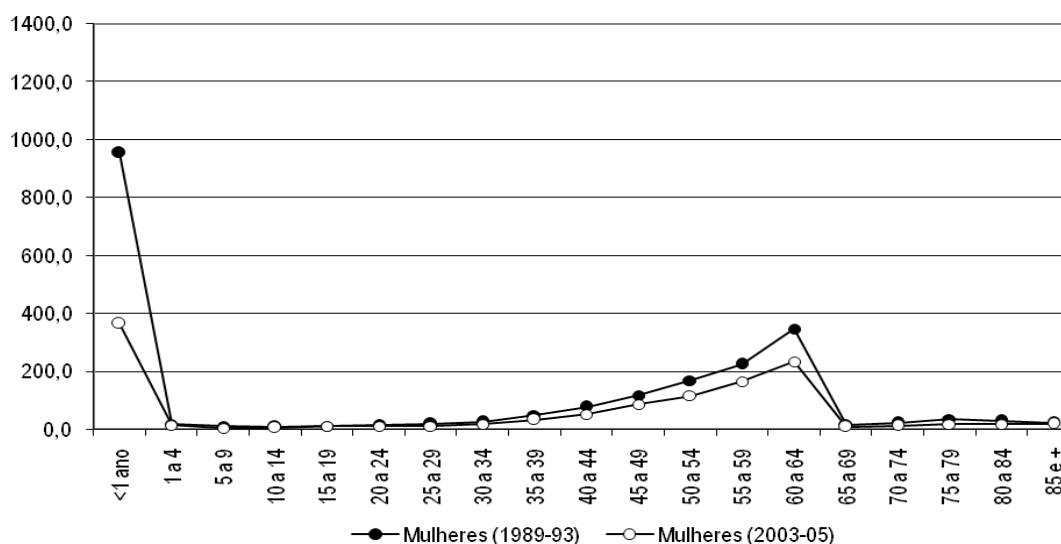
3.3.3.2. Mortalidade “evitável” segundo grupos de idade

Considerando o total das causas de morte “evitáveis”, verificou-se que, tanto num período como no outro, em todos os grupos de idade morreram mais homens do que mulheres. Em ambos os gêneros os valores mais altos encontram-se nas idades que ocupam a base e o topo das idades consideradas, nos dois períodos estudados (1989-93 e 2003-05) (figuras 38 e 39). Para ambos os períodos, até ao primeiro ano de vida, o valor médio de óbitos em cada 100.000 habitantes foi de 1219,0 e 403,3 no sexo masculino e 954,9 e 365,7, do sexo feminino, respectivamente naqueles períodos. Embora as diferenças entre os sexos sejam assinaláveis em todos os grupos de idade, elas começam a evidenciar-se no grupo dos 15 aos 19 anos (31,8 óbitos e 5,2, respectivamente em cada 100.000 homens e mulheres).



Fonte: INE, 1994 a 2006

Figura 35 - Variação Percentual para todas as causas de morte “evitáveis” - Homens, segundo grupos de idade, 1989-1993 e 2003-2005



Fonte: INE, 1994 a 2006

Figura 36 - Variação Percentual para todas as causas de morte “evitáveis” - Mulheres, segundo grupos de idade, 1989-1993 e 2003-2005

3.3.3.3. Mortalidade “evitável” segundo Região de Saúde

Mortalidade por todas as causas sensíveis aos cuidados de saúde (quadros 10 e 11) - Registam-se ganhos assinaláveis na diminuição do número de óbitos e das taxas de mortalidade por 100.000 habitantes, entre 1989-93 e 2003-05. A Região de Lisboa e Vale do Tejo destaca-se (pela negativa) com valores significativamente acima do valor padrão, simultaneamente para homens e mulheres, em 2003-2005, substituindo a posição de destaque ocupada inicialmente pela Região Norte. Os melhores valores estão todos localizados na Região Centro.

Quadro 10 – Todas as Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde, género masculino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 hab's		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
Continente	11.443	4.235	5.315	11.443	4.235	5.315	100	100,0	100	50,6	34,7	36,5
Norte	4.425	1.494	1.897	4.065	1.501	1.830	*109	99,5	104	52,8	32,1	35,1
Centro	2.068	644	835	2.117	810	902	98	**79,5	**93	50,0	30,2	32,2
L V Tejo	3.848	1.688	2.036	4.102	1.498	1.939	**94	*112,7	*105	48,6	39,2	39,2
Alentejo	654	226	311	721	244	261	**91	92,8	*119	49,2	37,2	40,5
Algarve	448	183	236	438	182	229	102	100,6	103	53,4	37,1	38,3

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Quadro 11 – Todas as Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde, género feminino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 hab's		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
Continente	11.445	4.607	4.855	11446	4.607	4855	100	100,0	100	47,2	37,1	31,2
Norte	4.245	1.636	1.672	4067	1.653	1729	*104	99,0	97	47,3	34,4	29,0
Centro	1.981	700	797	2123	869	839	**93	**80,5	95	44,3	32,1	28,6
L V Tejo	4.184	1.862	1.916	4148	1.649	1806	101	*112,9	*106	48,9	42,3	34,3
Alentejo	603	240	241	691	252	236	**87	95,2	102	43,4	40,1	30,3
Algarve	432	169	229	417	184	196	104	91,9	*117	49,8	35,2	37,0

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Mortalidade por todas as causas sensíveis à promoção da saúde e prevenção da doença (quadros 12 e 13) – No período 1989-93 o Centro, Lisboa e Algarve eram áreas de risco para ambos os sexos, mantendo-se o padrão no período 2003-05, com excepção da Região Centro para o sexo Feminino. Os melhores valores para a população masculina são os da Região Norte, em ambos os periodos. Os melhores valores para a população feminina registam-se no Alentejo, em 1989-93, e no Centro, em 2003-05.

Mortalidade por todas as causas de morte “evitável” (quadros 14 e 15) - tem um padrão semelhante ao referido no ponto anterior, com destaque para Lisboa e Vale do Tejo pelos valores significativamente elevados em ambos os sexos. Ainda na população masculina, observam-se valores muito elevados no Alentejo e Algarve. Como seria de esperar, tendo em conta os resultados apresentados nos pontos anteriores, os melhores valores são os do Centro e Norte.

Quadro 12 - Todas as Causas Sensíveis à Promoção e Prevenção Doença – Prevenção Primária, género masculino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 habs		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	26.081	10.736	11.215	26.081	1.0736	11.215	100	100	100	115,4	75,2	76,9
Norte	7.954	3.256	3.546	8.895	3.759	4.011	**89	**87	**88	94,8	61,4	65,5
Centro	5.073	1.552	1.923	4.896	1.962	2.003	*104	**79	96	122,7	60,0	74,3
L V Tejo	9.937	4.492	4.416	9.562	3.957	4.119	*104	*114	*107	125,5	89,5	85,0
Alentejo	1.726	783	710	1.705	589	591	101	*133	*120	129,9	101,1	92,6
Algarve	1.391	653	620	1.023	469	490	*136	*139	*127	165,7	110,0	100,6

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Quadro 13 - Todas as Causas Sensíveis à Promoção e Prevenção Doença – Prevenção Primária, género feminino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 habs		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	7.664	2.627	3.045	7.664	2.627	3.045	100	100	100	31,6	17,2	19,6
Norte	2.727	872	1.095	2.622	916	1.089	*104	95	101	30,4	15,4	19,0
Centro	1.590	375	525	1.470	491	549	*108	**76	96	35,5	13,4	18,9
L V Tejo	2.663	1.154	1.129	2.798	970	1.128	**95	*119	100	31,1	21,3	20,2
Alentejo	360	94	164	488	144	157	**74	**65	104	25,9	11,7	20,6
Algarve	324	132	132	286	106	122	*113	*124	108	37,3	21,9	21,3

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Quadro 14 – Todas as Causas de Morte “Evitável”, género masculino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 habs		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	37.524	14.971	16.530	37.524	14.971	16.530	100	100	100	166,0	104,9	113,4
Norte	12.379	4.750	5.443	12.960	5.260	5.841	**96	**90	**93	147,6	89,5	100,6
Centro	7.141	2.196	2.758	7.012	2.772	2.906	102	**79	**95	172,7	85,0	106,5
L V Tejo	13.785	6.180	6.452	13.665	5.456	6.058	101	*113	*106	174,1	123,1	124,2
Alentejo	2.380	1.009	1.021	2.427	833	853	98	*121	*120	179,1	130,2	133,1
Algarve	1.839	836	856	1.460	651	719	*126	*129	*119	219,1	140,8	138,9

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Quadro 15 – Todas as Causas de Morte “Evitável”, género feminino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 hab		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	19.109	7.234	7.900	19.109	7.234	7.900	100	100	100	78,7	47,3	50,8
Norte	6.972	2.508	2.767	6.688	2.569	2.818	*104	98	98	77,7	44,3	48,0
Centro	3.571	1.075	1.322	3.593	1.360	1.388	**96	**79	95	79,8	38,5	47,5
L V Tejo	6.847	3.016	3.045	6.946	2.619	2.933	100	*115	*104	80,0	55,7	54,5
Alentejo	963	334	405	1.179	396	393	**98	**84	103	69,4	41,4	50,9
Algarbe	756	301	361	703	290	318	**96	104	*113	87,1	49,8	58,4

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Todas as causas de morte antes do 65 anos (quadros 16 e 17) – A mortalidade prematura evidencia-se, mais uma vez, em Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo, em ambos os sexos, de forma estatisticamente significativa. No Alentejo também se observaram valores muito elevados, principalmente para os homens. Os melhores valores registaram-se na Região Centro.

Quadro 16 – Todas as Causas (0 – 64 anos), género masculino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 hab		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	80.838	42.754	39.218	80.839	42.754	39.217	100	100	100	357,5	350,5	269,0
Norte	28.377	14.924	13.676	27.981	15.213	14.124	*101	**98	**97	338,4	320,3	252,7
Centro	14.453	6.908	6.485	14.929	7.725	6.889	**97	**89	**94	349,6	323,6	250,4
L V Tejo	29.710	16.580	15.030	29.688	15.699	14.500	100	*106	*104	375,1	385,2	289,3
Alentejo	4.940	2.438	2.131	5.139	2.276	1.995	**96	*107	*107	371,7	400,9	277,8
Algarbe	3.358	1.904	1.896	3.102	1.842	1.709	*108	104	*111	400,1	385,7	307,7

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

Quadro 17 – Todas as Causas (0 – 64 anos), género feminino.

	Óbitos Observados			Óbitos Esperados			RPM			Taxa 100.000 hab		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
<i>Continente</i>	39.396	19.711	17.960	39.396	19.711	17.961	100	100	100	162,3	158,7	115,5
Norte	14.555	6.945	6.346	13.745	7.036	6.467	*106	99	98	162,1	146,0	110,0
Centro	7.089	3.313	3.026	7.384	3.626	3.165	*96	**91	**96	158,4	151,7	108,7
L V Tejo	14.123	7648	6.927	14.410	7.225	6.721	*98	*106	*103	164,9	173,7	124,1
Alentejo	2.235	1064	877	2.420	1.037	886	*92	102	99	161,0	177,7	110,3
Algarbe	1.394	741	784	1.437	787	722	97	94	*109	160,7	154,2	126,8

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

* RPM significativamente aumentada; ** RPM significativamente diminuída

3.3.3.4. Variação nas mortes “evitáveis” entre os períodos 1989-1993 e 2002-2005

Entre 1989-1993 e 2003-2005 verifica-se ter havido ganhos em saúde pela diminuição da relação percentual das mortes “evitáveis” no total de mortes antes dos 65 anos: passaram de 46,4% para 32,8%, no sexo masculino, e de 48,5% para 38,2% no sexo feminino. Este facto evidenciou-se em todas as Regiões, destacando-se o Algarve (com uma variação negativa de 22,3% para os Homens e 15,6% para as Mulheres) e a Região Centro (com uma variação negativa de 20,7% para os Homens e 14,1% para as Mulheres. Todavia, em 2003-2005, as Regiões do Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve registam os piores valores percentuais de mortes evitáveis no total de mortes prematuras, com valores acima da média do Continente. (quadros 18 e 19), evidenciando-se como as áreas geográficas onde os ganhos em saúde foram menores.

Quadro 18 – Mortalidade “Evitável” e Mortalidade Prematura, segundo a área geográfica, 1989-1993 a 2003-05. Homens

NUTs	Total Mortes Evitáveis (<64 anos)			Total Mortes Prematuras (<64 anos)			Proporcionalidade (%)		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
Continente	37.500	14.971	12.846	80.838	42.754	39.218	46,4	35,0	32,8
Norte	12.369	4.750	4.426	28.377	14.924	13.676	43,6	31,8	32,4
Centro	7.136	2.196	1.859	14.453	6.908	6.485	49,4	31,8	28,7
LVT	13.777	6.180	5.219	29.710	16.580	15.030	46,4	37,3	34,7
Alentejo	2.379	1.009	726	4.940	2.438	2.131	48,2	41,4	34,1
Algarve	1.839	836	616	3.358	1.904	1.896	54,8	43,9	32,5

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise.

NOTA: Proporcionalidade é igual ao total de Mortes Evitáveis a dividir pelo Total de Mortes Prematuras.

Quadro 19 – Mortalidade “Evitável” e Mortalidade Prematura, segundo a área geográfica, 1989-1993 a 2003-05. Mulheres.

NUTs	Total Mortes Evitáveis (<64 anos)			Total Mortes Prematuras (<64 anos)			Proporcionalidade (%)		
	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05	89-93	99-01	03-05
Continente	19.098	7.234	6.852	39.396	19.711	17.960	48,5	36,7	38,2
Norte	6.969	2.508	2.415	14.555	6.945	6.346	47,9	36,1	38,1
Centro	3.568	1.075	1.096	7.089	3.313	3.026	50,3	32,4	36,2
LVT	6.845	3.016	2.684	14.123	7.648	6.927	48,5	39,4	38,7
Alentejo	962	334	355	2.235	1.064	877	43,0	31,4	40,5
Algarve	754	301	302	1.394	741	784	54,1	40,6	38,5

Fonte: Elaborado a partir de INE, 1989 a 2006 (informação não publicada).

NOTA: Os valores dos óbitos são relativos ao somatório dos anos em análise

NOTA: Proporcionalidade é igual ao total de Mortes Evitáveis a dividir pelo Total de Mortes Prematuras.

Conclusão

A população portuguesa no início do novo século está concentrada em concelhos e cidades de forte e média densidade populacional: 47% da população reside em 34 concelhos, representando 4% da área do Continente, com uma densidade populacional média de 1.896 habitantes/Km2. Nos últimos trinta anos, foram estas as áreas mais atractivas para a população mais jovem. Pelo contrário, áreas de muito baixa densidade populacional correspondem a

concelhos com populações cada vez mais rarefeitas, envelhecidas (17,9% da população do Continente tem 65 e mais anos; Alentejo: 24,0%), pobres e com baixa escolaridade.

Seguindo a população, os cuidados de saúde de carácter diferenciado (hospitais distritais e especializados) concentraram-se também na faixa litoral (ocidental e sul) e nas áreas urbanas, tentando responder às necessidades dessas populações. Por outro lado, verificou-se uma pulverização dos cuidados primários por todo o território nacional. Nos últimos trinta anos verificou-se, assim, o aumento da oferta de serviços de saúde (centros de saúde: 206, em 1979; 369, em 2009; camas hospitalares: 21.186, em 1979 e 23.213 em 2007) e, simultaneamente, a melhoria das suas condições físicas (construção ou remodelação de vinte um hospitais).

O impacte da concentração da população tem aspectos positivos na acessibilidade geográfica, por favorecer a proximidade física dos potenciais utilizadores aos serviços de carácter especializado (87,8% da população portuguesa gasta menos de 20 minutos para chegar ao Hospital em 2009, representando um ganho para cerca de 11% dos residentes quando comparado a 1979). Relativamente aos CSP, em 2009 cerca de 70% da população reside a menos de 10 minutos (deslocando-se em transporte individual) do seu Centro de Saúde; em 1997 esse valor correspondia a 59,9%.

Também ocorreu um forte incremento dos recursos humanos da saúde, entre 1979 e 2007: 17,0% nos médicos, 114,3% nos enfermeiros e 99,6% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica. Este crescimento dos recursos proporcionou uma maior utilização dos serviços (tanto nas urgências como nas consultas). Em 2007 registaram-se 3,92 consultas e 1,07 urgências por habitante. A razão entre o número de consultas e o de urgências tem vindo a aumentar, fundamentalmente pelo crescimento das consultas.

Tanto a utilização dos CSP como a dos hospitais revelam, todavia, padrões regionais distintos²³. As maiores utilizações de cuidados primários e, cumulativamente, as variações mais elevadas entre 1979 e 2007, foram as da população da Região de Saúde do Centro. No Alentejo também se observaram valores elevados, e acima da média nacional, na utilização de cuidados primários. Verificou-se, ainda, que os Centros de Saúde continuam a atrair crescente “clientela”, genericamente em todas as áreas do País, principalmente nas áreas de características mais rurais. Foi nestas áreas que se observaram as maiores taxas de utilização dos CSP em todas as valências e, simultaneamente, o maior crescimento naquele período. Quanto à utilização do hospital, a maior variação ocorreu nos distritos da Região de Saúde do Norte; o distrito de Coimbra ocupa o primeiro lugar, seguido por Lisboa.

Verifica-se, ao longo dos trinta anos, que a separação entre CSP e Hospitalares é ineficiente e artificial. Teria sido mais interessante que os cuidados de saúde fossem prestados de forma integrada tendo em vista populações ou clientelas específicas. Refira-se, contudo, o caso de sucesso das Unidades Coordenadoras Funcionais da Saúde Materno-Infantil as quais permitiram, num prazo significativamente curto, obter excelentes resultados ao nível dos ganhos em saúde. Entre 1979 e 2008 a taxa de mortalidade materna diminuiu 91,2%, a taxa de mortalidade infantil 88,9% (perinatal 81,4%; neonatal 21,9%), a inferior a 5 anos 87,1% e a mortalidade prematura 37,7%.

A esperança de vida é um indicador que permite avaliar não só o estado de saúde de um país ou região, como também o seu desenvolvimento (Santana, 2000). O desenvolvimento

²³ Sobre as iniquidades geográficas na distribuição e utilização dos cuidados de saúde hospitalares, *vide* Oliveira e Bevan (2003).

económico e social verificado em Portugal nos últimos 30 anos foi decisivo para melhorar o estado de saúde da população. No que respeita à esperança de vida à nascença houve um ganho de quase 8 anos e uma diminuição da diferença entre os dois géneros. As razões que justificam estes ganhos são, fundamentalmente, a melhoria da saúde das crianças e das mães. Esse facto é verificável pela diminuição da mortalidade infantil e materna, a primeira de 38,9/1000 nados-vivos em 1979, para 3,4/1000, em 2008; a segunda, de 30,6/100.000 nados-vivos em 1979, para 2,7 /100.000, em 2005. Este decréscimo é reflexo não só de uma melhor e generalizada assistência médica e de saúde, como também de uma melhoria das condições sociais e económicas da população em geral. Em sentido contrário, regista-se um conjunto de causas de morte continua a apresentar taxas ainda muito elevadas em 2005, com variações positivas no período entre 1980 e 2005, para ambos os sexos como, por exemplo, os tumores malignos (144,4/100.000 para 215,0/100.000 habitantes), a diabetes *mellitus* (14,8/100.000 para 43,1/100.000 habitantes) e as doenças do aparelho respiratório (70,9/100.000 para 106,9/100.000).

Outro indicador de grande sensibilidade é o dos anos de vida potencial perdidos antes dos 70 anos, principalmente no que diz respeito à população masculina, uma vez que o sexo feminino reduziu o número de anos de vida perdidos em todas as causas de morte analisadas, entre 1980 e 2005. Em 2005 morreram 28.191 indivíduos com menos de 70 anos (26,1% do total de óbitos), representando a perda potencial de 456.694 anos de vida. Cada um destes indivíduos perdeu, em média, 16,2 anos de vida. Contudo, em 1979 tinham morrido 39.933 indivíduos (42,1% do total de óbitos) significando uma perda média de 22,7 anos de vida. Ou seja, morria-se mais e mais cedo. As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos são as causas de morte que apresentam um maior impacte sobre a mortalidade. Se as somarmos, contabilizam-se 13,7% do total de óbitos e cerca de 38,5% dos Anos de Vida Potencial Perdida (AVPP). Apesar dos altos valores de mortalidade proporcional, o que se verifica é que os AVPP não são igualmente elevados, porque a idade média em que ocorreram os óbitos é, genericamente, elevada (acima dos 60 anos). O inverso verifica-se nos óbitos causados por acidentes, envenenamentos e violências, onde as perdas em AVPP são várias vezes superiores à correspondente mortalidade proporcional. Esta desproporção é devida à média mais baixa das idades em que se observam os óbitos nesta causa. Ou seja, matam menos gente mas mais cedo.

Foram identificados ganhos em saúde também pela diminuição da relação percentual das mortes “evitáveis” no total de óbitos que ocorreram na população com menos de 65 anos (passou de 47% para 34% entre 1989-93 e 2003-05). Verificou-se existirem melhorias generalizadas, em ambos os géneros e todas as Regiões, destacando-se o Centro. Todavia, o número de mortes “evitáveis” continua a ser muito elevado. Em Portugal Continental as mortes “evitáveis” correspondiam a 8.143 óbitos (valor médio anual no período de 2003 a 2005) dos quais 6.566 ocorreram na população com idade inferior a 65 anos.

Apesar dos ganhos em saúde observados ao longo das últimas décadas, em 2003-2005 continuam a observar-se diferenças entre as Regiões. Genericamente, verifica-se que as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Alentejo possuem valores significativamente mais elevados quando comparados com os das outras Regiões, sendo “áreas de sinal de alerta” para o conjunto de todas as causas de morte “evitáveis”.

Na primeira década do novo século, paradoxalmente, as regiões mais urbanizadas - Lisboa e Vale do Tejo e Algarve - continuam como “áreas de sinal de alerta”, considerando os valores de mortalidade padronizada “evitável”. No Norte e no Centro verificaram-se ganhos substanciais neste indicador (principalmente para os homens). Em Lisboa e Vale do Tejo (especificamente na Grande Lisboa) observam-se valores significativamente acima do valor padrão (Continente) em mortes de homens e mulheres que poderiam ter sido evitadas quer através do acesso tempestivo aos cuidados de saúde quer pela prevenção da doença e promoção da saúde (especialmente no sexo masculino). No Algarve, grande parte dos óbitos que ocorreram podiam ter sido evitados fundamentalmente através da prevenção primária.

Quadro Síntese

Indicador	1979	2008	Varição (%)
Nascimentos/1000 hab.	18,8	9,8	-47,9
Fecundidade/1000 mulheres dos 15 aos 49 anos	74,2	40,3	-45,7
Envelhecimento/100 hab. com 14 ou menos anos	36,1	118,1	227,1
População com 65 ou mais anos	927.600	1.811.651	95,3
População inferior a 15 anos	2.567.300	1.533.362	-43,84
População em lugares com 10.000 ou mais habitantes	2.840.959 (g)	3.770.648 (h)	32,7
Médicos SNS/1.000 hab.	1,1 (b)	2,3 (a)	109,1
Enfermeiros SNS/1.000 hab.	1,2 (b)	3,7 (a)	208,3
Consultas CSP/1.000 hab.	2.194,5	2.877,5 (a)	31,1
Consultas Hospitais/1.000 hab.	411,3	945,8 (a)	130,0
Partos com assistência (%)	71,4	88,1 (a)	23,4
Taxa de Cobertura da Vacinal (%)	Difteria, Tétano, Pertussis (12 meses) - 77,7	Difteria. Tétano, Pertussis (12 meses) - 97,6 (a)	Difteria, Tétano, Pertussis (12 meses) – 19,9
	Poliomielite (menos 12 meses) - 21,0	Poliomielite (menos 12 meses) – 97,5 (a)	Poliomielite (menos 12 meses) – 76,5
	BCG (12 meses) - 71,9	BCG (12 meses) – 90,44 (a)	BCG (12 meses) – 18,54
	VASPR (12 a 23 meses) – 39,3	VASPR (12 a 23 meses) – 92,6 (a)	VASPR (12 a 23 meses) – 53,3
Esperança de vida à nascença (anos)	73,1 (c)	78,7 (d)	7,7
Taxa de Mortalidade Infantil (1.000 nados-vivos) (Portugal)	29,4	3,3	-88,9
Taxa de Mortalidade Prematura (100.000 hab.) (Portugal)	342,5	213,5	-37,7
AVPP (Portugal)	906.299 (e)	456.694 (f)	-49,6
Média AVPP (Portugal)	22,7 (e)	16,2 (f)	-28,6

(a) ano de 2007. (b) Portugal. (c) 1979-1982. (d) 2005-2007. (e) 1980. (f) 2005. (g) Censos 1981. (h) Censos 2001

Pode concluir-se, ao finalizar este capítulo, que durante os últimos decénios (continuando a tendência observada em 1983 por Correia de Campos) se verificou a melhoria generalizada dos indicadores de saúde em todo o território nacional. Para tal contribuíram decisivamente dois grupos de factores: 1. Promoção de condições de vida saudáveis; 2. Aumento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde. O primeiro resulta da

municipalização (descentralização de competências ao nível da gestão e administração do municípios) após a mudança do regime político em 1974. O segundo decorre de um sistema de saúde suportado fundamentalmente por um Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Referências Bibliográficas

- CAMPOS, AC (1983) - Saúde - O Custo de um Valor Sem Preço. Lisboa, Livros Técnicos
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS / MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS (1998) - O Hospital Português, Lisboa, DGS.
- HOLLAND, W.; EC WORKING GROUP (1988) Ed. – European community atlas of “avoidable death. Oxford, Nova Iorque, Tóquio, Oxford University Press.
- HOLLAND, W. ; EC WORKING GROUP (1992) – European community atlas of “avoidable death. 2nd ed. Vol 1, Oxford, Nova Iorque, Tóquio, Oxford University Press.
- | HOLLAND, W.; EC WORKING GROUP (1997) - European community atlas of “avoidable death” 1985-1989. Oxford, Nova Iorque, Tóquio, Oxford University Press.
- | JONES, D.; KIRBY, A. (1982) - Provision and well-being: an agenda for public resources research. Environment and Planning A; 14, pp. 297-310.
- | JONES, K.; MOON, G. (1987) - Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography. Londres, Routledge & Kegan Paul.
- | LEVÊQUE, A.; HUMBLET, P. C.; LAGASSE, R. (1999) – Atlas of “avoidable mortality” in Belgium 1985-1989. *in*: Archives of Public Health. Archives Belges de Médecine Sociale, Ministry of Social Affairs of Public Health and Environment Administrative State Centre-Vesale-Brussels, vol. 57, nr. 1 e 2.
- | OLIVEIRA MD, BEVAN G. (2003) - Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. Health Policy.;66, pp. 277-293
- | SANTANA, P. (2000) - Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *In*: Social Science and Medicine, 50, pp. 1025-1036.
- | SANTANA, P. (2002a) – Geography of “avoidable” deaths in Portugal. apresentado no Working Group III do Programa Social Variations in Health Expectancy in Europe, Maio, Roterão, Holanda.
- | SANTANA, P. (2002b) – Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993. Revista de Estudos Demográficos, nº 32, INE, Lisboa, pp. 107-145.
- | SANTANA, P. (2005) Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal, Coimbra, Edições Almedina
- | SANTANA, P.; Vaz, A. (2009) - Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. Governança dos Hospitais, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo / Leya (no prelo).
- | WESTERLING, R. (1996) – Can regional variation in “avoidable” mortality be explained by deaths outside hospital? A study from Sweden, 1987-1990. *in*: J. Epidemiol. Community Health, 50, pp. 326-333.

Fontes Estatísticas e Outras

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS (2007) – Serviço Nacional de Saúde. Relatório e Contas, 2007, Ministério da Saúde.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS (2007) – Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde http://www.recursoshumanos.min-saude.pt/Rec_Human_Saude/Dados_Estat/RH_Total_SNS.htm

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS (2008) – Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde - Enfermeiros, Ministério da Saúde.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS (2009) – Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde - Médicos, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1985) - Elementos Estatísticos – Saúde, 1984, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1988a) - Elementos Estatísticos – Saúde, 1986, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1988b) - Estabelecimentos de Saúde por concelho, 1987, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1990) - Elementos Estatísticos – Saúde, 1989, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1994) - Elementos Estatísticos – Saúde, 1992, Ministério da Saúde.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – DEPS (1997) - Elementos Estatísticos – Saúde, 1995, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2000) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 1998, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2002) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 1999, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2003a) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 2000, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2003b) – Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e Produção do SNS 2001, Ministério da Saúde.
- | DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2004) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 2001, Ministério da Saúde.
- | DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2007a) – Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e Produção do SNS 2005, Ministério da Saúde.
- | DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2007b) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 2005, Ministério da Saúde.
- | DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2008) – Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 2006, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2009a), Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde, 2007, Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS (2009b) – Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal/>
- INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE - IGIFS, (2002) Serviço Nacional de Saúde. Contas Globais, 2000, Ministério da Saúde.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2009a) – Estimativas Anuais da População Residente ao concelho, 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (1981) - CENSOS 1981: Recenseamento Nacional da População.
- | INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (1982) - Estatísticas da Saúde 1979.
- | INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (1991) - CENSOS 1991: Recenseamento Nacional da População.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (1993) - Estatísticas da Saúde 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (1998) - Estatísticas da Saúde 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2000) - Estatísticas da Saúde 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2002a) - Estatísticas da Saúde 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2002b) - Estatísticas Demográficas 2001 INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2002c) - CENSOS 2001: Recenseamento Nacional da População.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2003) - Estatísticas da Saúde 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2006) - Estatísticas da Saúde 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2009b) - <http://www.ine.pt>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE - Informação não Publicada referente aos anos entre 1989 a 2006, relativa a Indicadores de Saúde, Óbitos por causas de morte, sexo e grupos de idade.

OECD (2008) - HEALTH DATA, WHO, Junho.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Dados Estatísticos, 2000-2008 (http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/OE_Dados_Estatisticos_-_2000-2008.pdf)

ORDEM DOS MÉDICOS (2009) - Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo – 2007 (<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats medicos&type=1&ano=2007>)