

Avaliação do estado de saúde da população de Portugal continental na década de noventa¹. Resultados de um modelo multi-atributivo

Maria Helena de Oliveira Fachada

Professora Profissionalizada em Geografia
do 3.º ciclo do Ensino Básico e Secundário

Objectivos do Estudo

Nos últimos anos, as desigualdades em saúde e no estado de saúde têm vindo a aumentar, quer entre regiões ou países quer dentro do mesmo país, apesar das melhorias significativas registadas no sector da saúde. Investigadores dos países do Norte e do Centro da Europa têm tentado perceber e explicar as causas dessas variações, como ocorrem no tempo e no espaço, bem como a identificação de comportamentos de risco (SANTANA, 1999). Assim, combater as desigualdades perante a saúde é um dos maiores desafios das políticas de saúde pública, tanto a nível nacional como a nível europeu.

Portugal é um país com uma sociedade afectada por importantes dualismos e desfasamentos, nomeadamente entre o maior dinamismo económico e demográfico das áreas urbanas e litorais e o despovoamento e estagnação do interior rural. Estas desigualdades sociais, económicas e demográficas, amplamente conhecidas e reconhecidas, terão como consequência diferentes padrões de saúde e de doença da população portuguesa. É opinião consensual, entre os investigadores, que um bom ou mau estado de saúde resulta de um conjunto vasto de factores que podemos agrupar em: factores do contexto (o lugar, coesão e capital social, etc.); individuais imutáveis (sexo e idade) e individuais mutáveis (comportamentos, estilos de vida, nível de instrução, rendimento, etc.). Assim, explicar variações em saúde não é fácil porque, para além dos múltiplos factores que as influenciam, há também múltiplas combinações desses factores.

Apesar dos poucos estudos realizados em Portugal sobre a temática das desigualdades perante a saúde, pode afirmar-se que elas existem e persistem no território português. Estas desigualdades observá-

veis em função do nível de escolaridade, da ocupação, do sexo, da idade, entre outros factores, constituem "uma das grandes injustiças contemporâneas, desafiando princípios de igualdade de oportunidades e de justiça social e territorial elementares em sociedades democráticas" (NOGUEIRA, 2001: p.10).

Este estudo teve como objectivo geral: avaliar o estado de saúde da população portuguesa ao longo da década de noventa. Para além deste objectivo geral foram ainda considerados quatro objectivos específicos:

- verificar se existem desigualdades espaciais no estado de saúde da população portuguesa;
- conhecer os factores explicativos das desigualdades no estado de saúde;
- saber qual a tendência de evolução do estado de saúde da população ao longo da década de noventa;
- indicar políticas de intervenção que poderão vir a alterar o quadro do actual estado de saúde da população portuguesa.

Metodologia

Para concretizar os objectivos anteriormente referidos, foi utilizado, como suporte teórico e metodológico, um modelo matemático designado de modelo multi-atributivo de utilidades (MAU). Este modelo foi aplicado pela primeira vez em Portugal, em 1992, ao Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro² (Vaz e outros, 1994), originando o modelo de avaliação do estado de saúde das populações (MAESP). Alguns anos mais tarde, esse mesmo modelo foi utilizado para identificar as variações espaciais em saúde existentes na Região Centro

¹ Título da Tese de Mestrado em Geografia (área de especialização em Geografia Humana - Território e Desenvolvimento), apresentada a 25 de Maio de 2004 na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, sob a orientação da professora Doutora Ana Paula Santana.

² O Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro abrangia 36 concelhos integrados em 6 agrupamentos de concelhos e 4 distritos, com uma população de cerca de 520 mil habitantes.

(SANTANA, 1999). O MAESP permite não só observar variações geográficas do estado de saúde mas também comparar estados de saúde em diferentes períodos. Para tal utiliza uma multiplicidade de variáveis, agregadas em seis conjuntos de famílias, que foram identificadas como estando directa ou indirectamente relacionadas com a saúde da população. A obtenção de um resultado do estado de saúde nas diferentes unidades territoriais consideradas permite, não só detectar áreas com resultados em saúde "anormalmente" altos e/ou baixos, mas também verificar quais as variáveis ou famílias de factores que mais contribuíram para essa situação. A utilização deste modelo, sendo um importante instrumento de identificação das desigualdades em saúde, pode, também, fornecer uma ajuda adequada à definição, implementação e monitorização de políticas específicas destinadas à redução ou eliminação de tais desigualdades.

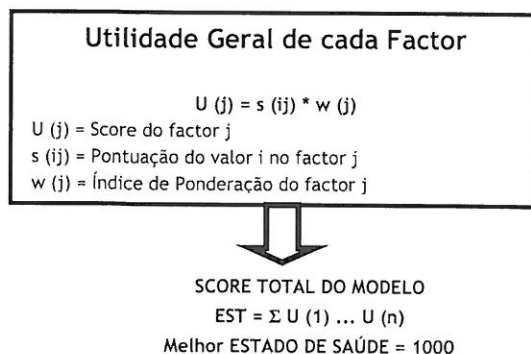
A metodologia do modelo aplicada neste estudo aborda 3 diferentes questões: Quais os indicadores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma comunidade? Como se podem medir? Qual a influência relativa de cada um dos indicadores no estado de saúde? A resposta faseada a estas questões permite, no final, a obtenção do modelo de avaliação do estado de saúde das populações.

A lista de indicadores incluídos no MAESP foi submetida à apreciação de um painel de especialistas portugueses (médicos, economistas da saúde, administradores, geógrafos, autarcas e decisores da área da saúde) que sugeriram, ao longo do processo de construção do modelo, várias alterações (foram afastados do modelo indicadores como o consumo de álcool e tabaco, comportamentos sexuais, esperança de vida à nascença, taxa de natalidade, listas de espera, demoras médias nos hospitais, etc.). Finalmente o consenso foi alcançado e o modelo final integra 51 indicadores distribuídos por 6 famílias de indicadores³, que directamente (indicadores de saúde) ou indirectamente (indicadores demográficos) estão relacionados com a saúde da população. No caso da presente investigação foram apenas considerados 48 indicadores, por não se considerarem adequados (caso do atendimento nos serviços de atendimento permanente, que coincide, na maior parte dos casos, com as consultas nos CSP) ou não se dispor de informação sobre a cobertura vacinal (Indicadores de Saúde), a saúde escolar e o atendimento nos serviços de atendimento permanente (SAP) dos Cuidados de Saúde Primários (Indicadores de Utilização dos Serviços de Saúde). Uma vez definidos

os indicadores a integrar o modelo, e dado que muitos deles têm sistemas ou unidades de medida diferentes, houve necessidade de converter os diversos sistemas de medida numa unidade de avaliação única. Para isso foram criadas 51 tabelas de conversão dos valores reais dos factores em utilidade. Segundo os autores do modelo, a utilidade é a medida de avaliação de um determinado valor real de um qualquer indicador que contribui para a explicação do estado de saúde, correspondendo o melhor valor possível ou desejável a uma utilidade de 100 e o pior possível admitido a 0. O melhor valor de cada um dos indicadores foi estabelecido por peritos, considerando, ou os melhores valores nacionais, ou outros valores considerados para um conjunto de países (OCDE, CE...) ou, ainda, valores considerados desejáveis para alguns indicadores. De seguida, dado que cada um dos indicadores apresenta uma importância relativa para a avaliação do estado de saúde das populações diversa, foi necessário atribuir a cada indicador um índice de ponderação que traduzisse tal importância. Perante a inexistência de qualquer estudo sobre a matéria, as ponderações foram atribuídas, por consenso, pelos membros da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro e por dois peritos indicados por esta mesma Comissão (Professor Doutor Nuno Grande e Dr. Menezes Correia). Assim, foi atribuída a maior ponderação aos Indicadores de Saúde e a menor aos Indicadores Económicos.

Depois de definidos os indicadores a integrar o modelo, os seus índices de ponderação, as respectivas tabelas de conversão dos valores em utilidades, o modelo encontra-se concluído e pronto a ser testado com valores reais.

A sua tradução matemática é a seguinte³:



Assim, através da soma das utilidades ponderadas das seis famílias de factores, obtém-se o estado de saúde de cada um dos concelhos. Se todos os factores apresentarem valores reais correspondentes a uma

³ Indicadores de Saúde; Indicadores Demográficos, Indicadores de Oferta de Cuidados de Saúde, Indicadores de Utilização dos Serviços de Saúde; Indicadores Sociais e Indicadores Económicos.

máxima utilidade poder-se-á atingir um *score* final (estado de saúde) de 1000.

Resultados

Este modelo foi aplicado no início da década de noventa, nos 275 concelhos que constituíam o território continental e, no final da década de noventa em 278 concelhos.

Entre os dois períodos em estudo, a maioria dos concelhos portugueses registou variações positivas nos resultados finais. Dos 275 concelhos considerados, apenas oito (2,9%) registaram um agravamento do seu estado de saúde (Castanheira de Pêra, Gondomar, Paredes, Mourão, Felgueiras, Castro Verde, Vila Nova de Gaia e Vila Nova da Barquinha), o que corresponde a 6,2% da população nacional em 2001. A comprovar estes ganhos, está a subida do valor médio do estado de saúde da população portuguesa (1991: 520,9 e 2001: 603,2). O desvio padrão sofreu um decréscimo entre os dois períodos (1991: 79,4 e 2001: 55,5), traduzindo uma atenuação dos contrastes concelhios em termos dos resultados de saúde.

Apesar do valor médio do estado de saúde ter aumentado e o desvio padrão ter diminuído, significando, por um lado, que melhorou genericamente o estado de saúde da população e, por outro, que existiu uma diminuição das diferenças entre áreas geográficas, continuam a verificar-se desigualdades espaciais. Ou seja, em 1991, dos 275 concelhos considerados, 144 (52,3%) deles obtiveram valores superiores à média nacional, e desses, 77,8% são considerados urbanizados (INE, 1991) e 72% estão situados no litoral. Por outro lado, 131 dos concelhos (47,6%) obtiveram resultados inferiores ao valor médio nacional, sendo estes maioritariamente rurais (71,8%) e localizados no interior (90%).

Decorridos dez anos, em 2001, 50,7% dos 278 concelhos considerados estão acima do valor médio encontrado para Portugal, 70,2% são concelhos urbanizados (INE, 1991) e aproximadamente 65 % estão situados na orla costeira. Dos 49,3% que apresentam valores abaixo da média, 64% são considerados rurais (INE, 1991) e, quase todos localizados no interior do país (80%).

Ao longo da década de noventa ocorreram melhorias nos resultados do estado de saúde de 33 concelhos (25,1%) que, situando-se, em 1991, abaixo da média do Continente, vêem alterada essa posição em 2001. Por outro lado, 38 concelhos (26,3%) que, em 1991, alcançaram resultados acima da média, vêem os seus resultados do estado de saúde agravarem-se relativamente ao valor médio encontrado para o Continente em 2001.

Assim, a utilização do referido modelo, demonstra uma diversidade territorial do estado de saúde suportada nas desigualdades demográficas, sociais e económicas que marcam o País em ambos os períodos considerados.

A aplicação do modelo de avaliação do estado de saúde da população coloca em evidência que o estado de saúde da população melhorou ao longo da década de noventa, com mais visibilidade em alguns concelhos rurais e interiores. Essa melhoria deve-se fundamentalmente aos ganhos alcançados na família dos factores sociais e de saúde. No entanto, apesar das variações positivas que ocorreram entre os dois períodos considerados nessas famílias de factores, os concelhos que se encontravam com pior estado de saúde em 1991 continuam na mesma posição relativa, em 2001, sendo o inverso genericamente verdadeiro. Ou seja, os concelhos localizados no interior Norte, Centro e Alentejo continuam, em 2001, com resultados pouco favoráveis. Por outro lado, observa-se também um aumento do estado de saúde nos concelhos mais urbanizados do litoral, realizado à custa das melhorias nos factores de saúde, oferta e utilização de cuidados de saúde, o que lhes permite continuar a ocupar os primeiros lugares em 2001. Assim, não obstante se ter verificado uma melhoria generalizada do estado de saúde da população portuguesa na década de noventa, continua a existir uma clara dicotomia litoral/interior a que se sobrepõe a urbano/rural. Os resultados apontam claramente para a obtenção de menores resultados no estado de saúde à medida que aumenta a ruralidade, o envelhecimento, a fraca capacidade de poder de compra, o analfabetismo e a distância aos cuidados de saúde (principalmente os hospitalares).

As desigualdades geográficas no estado de saúde, encontradas através da aplicação do modelo, são consequência não só das características individuais imutáveis (sexo e idade) e mutáveis (ocupação, rendimento, nível de instrução, etc.), mas também das da área geográfica (características da comunidade, oferta e acesso aos serviços de saúde, condições ambientais, urbanização, etc.).

Continuar a acompanhar/estudar a evolução do estado de saúde da população portuguesa será uma tarefa importante para investigadores de diferentes áreas. Através deste ou de outro modelo de avaliação do estado de saúde será possível identificar variações geográficas do estado de saúde, assim como contribuir para a identificação e monitorização de políticas multi-sectoriais específicas indicadas para prevenir o aumento de tais variações e para melhorar o estado de saúde das populações de áreas mais desfavorecidas. Como afirma TONNELIER (1997), as questões relaciona-

das com a saúde têm uma dimensão espacial complexa, tanto pela diversidade de factores que a influenciam como pelas interacções existentes entre os factores. A Geografia da Saúde tem, inquestionavelmente, a par com outras disciplinas, um papel determinante na compreensão dessas complexidades.

O geógrafo da saúde, em conjunto com outros investigadores - sociólogos, antropólogos, economistas, epidemiologistas - pode finalmente aspirar ao conhecimento, pelo espaço, de uma sociedade mais saudável.