



INSTITUTO POLITÉCNICO DE TOMAR

ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO

Rui Miguel Ribeiro Pascoal

**DETERMINANTES, ESTADO E PERCEÇÃO DA SAÚDE DA
POPULAÇÃO NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CENTRO
HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO**

Orientadora: Doutora Graciete Honrado

Coorientadora: Mestre Maria João Inácio

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde

RESUMO

O entendimento sobre o que é a saúde evoluiu desde a primitiva concepção de unicausalidade na saúde e na doença até à interpretação mais holística da atualidade. Tal definição assume-se como fundamental pois constitui-se como ponto de partida para qualquer reflexão sobre esta área, pois só definindo exatamente qual a visão de saúde se torna possível, individualmente ou em sociedade, planejar, executar e avaliar a saúde.

O reconhecimento sobre o que determina os estados de saúde e doença, constitui uma ferramenta essencial para os decisores em saúde, especialmente quando se trata de saúde pública e epidemiologia. Qualquer intervenção efetuada no plano da saúde, só é verdadeiramente efetiva se agir sobre as causas, ou seja, sobre o que ainda é modificável: os determinantes da saúde. Atualmente, e fruto da referida visão holística da saúde, também o que a determina é analisado de uma perspetiva multicausal, em que o leque de fatores intervenientes no estado de saúde é muito mais alargado.

Em saúde, e ainda mais do que na generalidade das áreas, é importante que a decisão assente em pressupostos muito fortes e, para tal, é necessário que tudo seja constantemente avaliado. É a avaliação, nas suas mais diversas formas, que permite aos decisores obter informação para melhor gerir recursos, definir estratégias, melhorar resultados e justificar a afetação dos recursos.

Segundo resultados suportados pela presente investigação, na área de influência do Centro Hospitalar do Médio Tejo, a saúde avaliada e percecionada pela população, apresenta alguns resultados que vão ao encontro da produção científica na área da saúde. Um exemplo disso é o de que a saúde das populações é condicionada por fatores demográficos ou de oferta e utilização de cuidados de saúde. Há no entanto outros resultados que de alguma forma contrariam essa produção científica, como a perceção de que os níveis de saúde mais elevados estão associados a zonas mais urbanas. Neste caso não só não é possível afirmar essa associação, como existe uma tendência oposta.

Palavras-chave – Saúde, Determinantes, Avaliação e Centro Hospitalar do Médio Tejo

ABSTRACT

The understanding about what health is develops since the primary conception of monocausality in health and in sickness until the most holistic interpretation in present days. Such definition is fundamental once it constitutes the starting point for any reflection about this area, because, only defining exactly what the health perspective is, it is possible, either individually or in society, to plan, execute and evaluate health.

The recognition about what determines the states of health and sickness is an essential tool for the decision makers in health, especially when we are dealing with public health and epidemiology. Any intervention in the health plan is only truly effective if it acts over the causes, which mean, over what can still be modified: the determinants of health. Nowadays, as a result of the holistic interpretation of health, what determines it is also analyzed in a multicausality perspective, in which the variety of factors that influence the state of health is much greater.

In the health area, much more than in other areas, it is important that the decision can be based in very strong assumptions and, for that, it is necessary that everything is constantly evaluated. It is through evaluation, in its many ways, that the decision makers are able to obtain the information to better manage the resources, define strategies, improve results and justify the placement of the resources.

According to the results supported by the present investigation, in the area concerning the Centro Hospitalar Médio Tejo, health evaluated and understood by the population presents some results that refer to the scientific production in the health area. An example of that is that the health of the population is conditioned by demographic issues or by the offer and use of health care. There are, however, other results that somehow go against that scientific production, such as the perception that the highest health levels are connected to urban areas. In this situation it is not only possible to affirm that association but there is an opposite trend.

Key words: Health; Determinants, Evaluation and Centro Hospitalar Médio Tejo

AGRADECIMENTOS

A realização desta Dissertação de Mestrado não seria possível sem o incentivo, contribuição e apoio de algumas pessoas, às quais estou profundamente grato.

Ao Coordenador do Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde, Professor Doutor Jorge Simões, agradeço a oportunidade de ter frequentado este Mestrado.

Agradeço à Professora Doutora Graciete Honrado, pela sua orientação e apoio em momentos mais difíceis, por ter sempre acreditado em mim e no meu percurso académico. A Si, pela relação profissional e também pelos bons conselhos, agradeço muito do meu sucesso profissional e académico.

À Professora Mestre Maria João Inácio, agradeço a coorientação deste projeto de investigação. A sua disponibilidade e profissionalismo foram determinantes para o sucesso desta dissertação.

Agradeço igualmente a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para este estudo, nomeadamente à população anónima que, de forma genuína, participou no preenchimento do questionário SF-36v2.

Finalmente, mas mais importante, à minha Família pelo apoio e a quem “roubei” muito tempo para poder levar a bom porto este trabalho.

SIGLAS

AB	Abrantes
ALC	Alcanena
ARS	Administração Regional de Saúde
CHMT	Centro Hospitalar do Médio Tejo
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Constância
ENT	Entroncamento
FZ	Ferreira do Zêzere
GV	Gavião
KMO	Kaiser Meyer Olkin
MAESP	Modelo da Avaliação do Estado de Saúde da População
MÇ	Mação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OUR	Ourém
PHAC	Public Health Agency os Canada
PS	Ponte de Sôr
RIMAS	Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRD	Sardoal
TM	Tomar
TN	Torres Novas
VNB	Vila Nova da Barquinha
VR	Vila de Rei

ÍNDICE

Capítulo 1: Introdução, Formulação do Problema e Estrutura do Trabalho.....	1
1.1 – Introdução.....	1
1.2 - Formulação do Problema	2
1.3 - Estrutura do Trabalho	3
Capítulo 2: Enquadramento Teórico	5
2.1 - Definição de Saúde	5
2.1.1 - Contextualização Histórica.....	6
2.1.2 - Síntese	9
2.2 - Determinantes da Saúde	10
2.2.1 - Contextualização Histórica.....	11
2.2.2 - Principais Quadros Conceptuais dos Determinantes da Saúde.....	13
2.2.3 - Epidemiologia e a Saúde Pública	15
2.2.4 - Síntese	17
2.3 - Indicadores de Saúde.....	18
2.4 - Medição e Avaliação de Resultados em Saúde	20
2.4.1 - Objetivos da Medição dos Resultados em Saúde	23
2.4.2 - Avaliações Económicas dos Resultados em Saúde	24
2.4.3 - Avaliação de Resultados Através da Auto Perceção da Saúde	28
2.4.4 - Síntese	30
Capítulo 3 – Avaliação do Estado de Saúde da População da Área de Influência do CHMT	31
3.1 - Breve Caracterização da População Estudada.....	32
3.2 - Aplicação Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP)	34

3.2.1 - Caracterização do Modelo	34
3.2.2 - Metodologia	37
3.2.3 - Análise dos Indicadores	37
3.3 - Perceção da Saúde – Aplicação do questionário de SF-36v2	56
3.3.1 – Caracterização do Modelo	56
3.3.2 - Metodologia	58
3.3.3 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	60
3.3.4 - Análise e Discussão dos Resultados	63
Capítulo 4 – Conclusões, Limitações e Linhas para Investigação Futura	73
4.1 - Conclusões	73
4.2 - Limitações e Linhas para Investigação Futura	76
Referências Bibliográficas.....	77

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de saúde	9
Quadro 2 - Quadros conceituais dos determinantes da saúde.....	15
Quadro 3 - Indicadores de saúde	19
Quadro 4 - Medição de resultados.....	22
Quadro 5 - Elementos da avaliação económica em saúde.....	25
Quadro 6 - MAESP	36
Quadro 7 - Resultados dos indicadores de saúde	39
Quadro 8 - Resultado dos indicadores demográficos	41
Quadro 9 - Resultado dos indicadores de oferta de cuidados de saúde	43
Quadro 10 - Resultado dos indicadores de utilização dos serviços de saúde.....	46

Quadro 11 - Resultado dos indicadores sociais.....	48
Quadro 12 - Resultado dos indicadores económicos.....	50
Quadro 13- Resultados Gerais do Estado de Saúde.....	52
Quadro 14 - Resultados por hospital.....	54
Quadro 15 - Resultados por concelhos urbanos/rurais	55
Quadro 16 - Apresentação do SF 36.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Indicadores de saúde.....	38
Gráfico 2 - Indicadores demográficos.....	42
Gráfico 3 - Indicadores de oferta de cuidados de saúde.....	44
Gráfico 4 - Utilização dos Serviços de Saúde.....	47
Gráfico 5 - Indicadores sociais.....	49
Gráfico 6 - Indicadores económicos	51
Gráfico 7 - Resultados gerais	54
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por grupos etários	60
Gráfico 9 - Distribuição da amostra por hospital de referência.....	60
Gráfico 10 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade (1)	61
Gráfico 11 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade (2)	61
Gráfico 12 - Distribuição da amostra por concelhos urbanos/rurais	62
Gráfico 13 - Distribuição da amostra por freguesias urbanas/rurais	62
Gráfico 14 - Perceção de saúde por concelho.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise à percepção da saúde por género.....	64
Tabela 2 - Análise à percepção da saúde por idade	65
Tabela 3 - Análise à percepção de saúde por nível de instrução	67
Tabela 4 - Análise à percepção de saúde por área do hospital de referência	68
Tabela 5 - Análise à percepção de saúde por situação profissional.....	68
Tabela 6 - Análise à percepção de saúde por dimensão geográfica (concelhos).....	69
Tabela 7 - Análise à percepção de saúde por dimensão geográfica (freguesias)	70
Tabela 8 - Percepção da saúde por concelho	71

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Determinantes da saúde	12
Ilustração 2 - Distribuição dos concelhos por unidade hospitalar	32

ANEXOS

Anexo 1 - Tabelas de conversão de valores em utilidades - MAESP	84
Anexo 2 - Mapa de resultados do MAESP	91
Anexo 3 - Autorização de utilização do questionário MOS SF-36v2	93
Anexo 4 - Questionário MOS SF-36v2	95
Anexo 5 - Distribuição da amostra por concelhos.....	101

Capítulo 1: Introdução, Formulação do Problema e Estrutura do Trabalho

1.1 – Introdução

Acompanhando a evolução do próprio conceito de saúde através dos tempos, outras áreas que não médicas, se têm juntado a esta e dado grande contributo para melhores desempenhos em saúde. De resto, pela dificuldade patente na sua própria definição e pela complexidade da sua medição, a saúde oferece grandes desafios para os profissionais da saúde, sejam eles da prática clínica ou da gestão.

De resto, a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao referir que esta corresponde a "um estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não apenas à mera ausência de doença, demonstra bem essa complexidade e a necessidade de intervenção de várias áreas de conhecimento para atingir a saúde.

Na saúde de uma população, intervêm uma multiplicidade de fatores, dos quais se destacam património genético, ambiente social, cultural e físico e ainda o desempenho dos sistemas de saúde.

Por várias razões de ordem médica e de gestão, o planeamento constitui-se como ferramenta fundamental para a obtenção de bons resultados em saúde e nesse sentido, medir, caracterizar e compreender o estado da saúde de uma dada população é o primeiro passo para o planeamento. Para esse planeamento e para a sua fundamentação são importantes as análises que o fundamentem e também as medições e reflexão sobre as mesmas, para aferir os resultados do que foi planeado.

Outras razões há para que ocorram avaliações em saúde, como a de justificar gastos de recursos públicos ou a atual pressão económica a que as organizações de saúde estão sujeitas, que as obriga a fazer opções que nem sempre são bem entendidas ou aceites. É neste contexto que a presente dissertação pretende dar o seu modesto

contributo, na avaliação do estado de saúde da população abrangida pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT), a unidade geográfica definida para a presente investigação.

Esta área assiste uma população de 266 000 habitantes, que se encontra distribuída por quinze municípios (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Gavião, Golegã, Mação, Ourém, Ponte de Sôr, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha, Vila de Rei) e é dividida por três unidades hospitalares de carácter geral, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas.

O presente projeto de investigação procura, alavancado em pesquisa teórica sobre temas que dão suporte às questões levantadas, efetuar um levantamento do estado de saúde da população abrangida, pelo que se traça os seguintes objetivos:

- Avaliar o estado e a percepção de saúde e a da população referida;
- Verificar quais os determinantes da saúde, que exercem maior influência no estado de saúde da população estudada;
- Aferir se existe consonância entre o estado de saúde e a saúde auto percebida da população estudada;
- Apresentar os concelhos com melhores e piores resultados na saúde da sua população.

1.2 - Formulação do Problema

O objetivo central do presente projeto de investigação consiste em analisar o estado de saúde dos habitantes da área de influência do CHMT. Em particular, procura-se avaliar o impacto dos fatores de ordem económica, social, demográfica, de oferta e

utilização de cuidados de saúde e também apresentar a visão que a própria população servida pelo CHMT tem do seu estado de saúde.

Formalmente, a questão central em análise pode ser articulada da seguinte maneira:

- **Em que medida a mensuração do estado de saúde da população abrangida pelo CHMT pode contribuir para melhorar os seus níveis de saúde?**

Mais especificamente, a problemática a investigar subdivide-se em duas áreas:

- **Que determinantes da saúde exercem maior influência na população estudada?**
- **Qual a percepção que a população alvo desta investigação tem do seu próprio estado de saúde?**

1.3 - Estrutura do Trabalho

O presente trabalho de investigação encontra-se estruturado em três capítulos:

O primeiro capítulo inclui as notas introdutórias, formulação do problema e estrutura do trabalho.

O segundo capítulo confere a esta investigação a estrutura teórica e assenta na consulta a diversas fontes bibliográficas, cuja seleção teve em consideração o reconhecimento dos autores nas matérias estudadas, a atualidade dos temas ou o relevo histórico dos estudos. Foi analisado neste capítulo o conceito de saúde e a sua evolução no tempo, quais os principais quadros conceptuais dos determinantes da saúde e foi também abordada a relação entre a Epidemiologia e a Saúde Pública.

Consta ainda neste capítulo o estudo da avaliação e medição de resultados em saúde, tema mais ligado à componente empírica do presente trabalho.

No terceiro capítulo, e com base na revisão da literatura analisada no capítulo anterior, procede-se à avaliação do estado de saúde da população abrangida pelo CHMT através de duas ferramentas: O Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP) proposto pelo Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro e a aplicação à população da mesma unidade geográfica do questionário SF-36 v2 do Medical Outcomes Study, devidamente validado para a população portuguesa por Ferreira (1998). Neste capítulo também se abordam as metodologias de investigação estudadas, a operacionalização das variáveis e a análise e discussão dos resultados.

Finalmente, no capítulo 4, são apresentadas as conclusões gerais, as limitações encontradas e as linhas para investigações futuras.

Capítulo 2: Enquadramento Teórico

Pretende-se, neste capítulo, fazer uma revisão teórica à historicidade dos conceitos que se consideram relevantes no domínio da saúde para a presente investigação, bem como às suas definições e enquadramentos mais atuais.

Esta abordagem partirá da definição do conceito de saúde e da visão que esta teve ao longo dos tempos, remetendo em seguida para os temas que darão suporte teórico direto à investigação empírica, como os determinantes em saúde, os seus indicadores e ainda as diferentes possibilidades de medição e de avaliação dos resultados neste sector.

2.1 - Definição de Saúde

Chegar até uma definição acerca do que é a saúde não é um caminho fácil de trilhar, pois o conceito de saúde é o resultado da conjuntura social, económica, política e cultural (Scliar, 2007). Isto significa, por um lado, que a sua definição não é fácil e por outro que o termo “saúde” poderá ter significados muito diferentes. Para o mesmo autor, a definição de saúde está dependente de aspetos como a época, o lugar ou a classe social.

Pode ser estabelecido como ponto de partida para a definição de saúde a separação do binómio saúde/doença, sendo que o estado de doença é consensualmente definido e portanto um conceito mais fechado, mas já o conceito de saúde, fruto da complexidade referida, é um conceito mais difícil de obter (Lourenço, Dankzuc, Painazer, Junior, Maia & Santos, 2012).

2.1.1 - Contextualização Histórica

É importante para a definição de saúde perceber como a mesma foi vista ao longo dos tempos e se a visão que se tem da mesma interfere com as práticas para a preservar.

Nos primórdios das civilizações, quer a saúde quer a doença, detinham uma carga predominantemente mágico-religiosa (Scliar, 2007). A saúde era vista como algo externo ao indivíduo e que resultaria como recompensa pelo seu bom comportamento ou, no caso da doença, resultaria como uma punição por quebra de uma crença ou religião (Lourenço, *et al.*, 2012).

É com a civilização grega que a saúde e a doença começam a ter justificações mais racionais, afastando-se de concepções sobrenaturais e pondo de parte elementos mágicos ou religiosos na sua explicação (Batistella, 2007), (Scliar, 2007) e (Lourenço, *et al.*, 2012). Os grandes médicos gregos explicavam a saúde como resultado de processos naturais e das relações do Homem com a natureza.

A medicina grega assentava na observação empírica da natureza e teve o seu expoente em Hipócrates (460-377 a.C.), que através da sua obra afirma a saúde como resultado da homeostase, ou seja, do equilíbrio entre o homem e o seu meio.

Batistella (2007), descreve a medicina grega em quatro passos fundamentais:

- Exploração do corpo, através da auscultação e da manipulação sensorial;
- Conversa com o paciente (anamnese);
- Entendimento sobre o problema (o raciocínio diagnóstico);
- Estabelecimento de procedimentos terapêuticos ou ações indicadas para as queixas mencionadas (prognóstico).

Este entendimento sobre a saúde sofreu um retrocesso com a idade média, época em que o cristianismo e as sociedades fechadas de então exerceram uma forte influência sobre a definição de saúde e doença (Lindenberg, 2006). O mesmo autor afirma que as definições e/ou explicações, para a saúde e doença desta época estavam

fortemente associadas a situações de pecado, o que, de acordo com Batistella (2007), afastou o médico dos tratamentos e aproximou os religiosos.

A medicina e consequente definição de saúde viriam a registrar novos e grandes avanços nos séculos XVII e XVIII, com o renascimento e a transição para a modernidade. Os fenómenos naturais passam a ter explicação racional que se baseia na observação. O desenvolvimento da saúde é feito com a busca da causalidade das doenças e fortalecido com a biologia científica (Batistella, 2007).

Nos séculos seguintes, através da observação clínica e epidemiológica, deram-se grandes desenvolvimentos no estudo da anatomia, fisiologia e numa descrição individualizada das doenças (Batistella, 2007).

No século XIX, a aplicação de métodos estatísticos na área da saúde teve um grande impulso, o que permitiu ter uma nova visão sobre a saúde e a doença, mas mais importante que isso, impulsionou o surgimento da saúde pública. Scliar (2007), refere o médico inglês William Farr (1807-1883) como grande incitador da estatística na saúde. Através dos *Annual Reports*, Farr identificou desigualdades nos diversos distritos ingleses, permitindo-os classificar de “sadios” ou “não sadios”.

É com o nascimento da OMS, no período pós-segunda guerra mundial, que surge um conceito mais abrangente sobre o que é “saúde”. Para a OMS a saúde é definida pelo perfeito bem-estar físico, mental e social, ultrapassando a mera ausência de doença ou o desequilíbrio na saúde.

No estudo, “A new perspective on the health of Canadians” de 1974, que viria a ficar conhecido como o “Lalonde Report”, cuja autoria foi do ministro da saúde do Canadá Marc Lalonde, foi dada uma grande contribuição para o atual conceito de saúde. Lalonde propunha quatro grandes áreas responsáveis pela saúde individual das pessoas, que estavam interdependentes: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (Lalonde, 1974).

A definição da OMS, bem como o que lhe foi acrescido pelo “Lalonde Report” não foram consensuais. A definição defendida pela OMS causou críticas, umas de natureza técnica tal como a de que a saúde seria algo ideal e inatingível, outras de natureza política, em que era defendido que o conceito poderia levar a abusos pelo Estado que, com o pretexto de promover a saúde, poderia interferir com a vida dos cidadãos (Scliar, 2007) e (Segre & Ferraz, 1997).

Em 1977, Boorse com o seu estudo “Health as a Theoretical Concept” opõe-se a tal definição, sugerindo como definição de saúde a ausência de doença. Para Boorse a distinção entre pessoas saudáveis ou doentes passaria por questões objetivas associadas à eficiência das funções biológicas e afastadas de juízos de valor (Boorse, 1977).

Atualmente assiste-se a uma perspetiva mais individualista da saúde. Esta tornou-se num valor individual, próprio de uma sociedade de consumo e demonstrada pela adoção de comportamentos saudáveis, pela crescente disseminação de modelos de beleza ideal, pela intervenção da indústria cosmética e farmacêutica e ainda pela crescente procura de seguros privados de saúde (Batistella, 2007).

Numa perspetiva que se mantém atual, Lourenço, *et al.*, (2012) referindo-se à conceção proposta por Foucault de 1982, afirma ainda que a saúde passou a ser vista de forma comercial e como forma de criar “valor” e riqueza.

Mesmo na atualidade, não existe uma só definição de saúde. Aggleton (1990) citado por Ferreira (1998), referiu que o conceito de saúde pode ser definido de duas maneiras, conforme apresentado no seguinte quadro:

Quadro 1 - Definição de saúde

Definição de Saúde	Definição Oficial	Negativa	Ausência de doença
			Não se sentir doente
		Positiva	Estado ideal
			Bem
			Ajuste físico e mental
			Força interior ou capacidade
			Base para potenciar pessoal
	Opinião Popular	Sentir-se saudável	
		Sentir-se doente	

Fonte: Adaptado de Ferreira P. L. (1998)

À definição oficial corresponderá a dos clínicos e outros profissionais de saúde e à opinião popular corresponde a percepção comum da saúde. Ferreira (1998), refere que estas duas definições coexistem mesmo competindo por vezes entre si. O autor refere mesmo de que as percepções populares servem de apoio aos profissionais de saúde na tomada de decisão.

2.1.2 - Síntese

Como referido na nota introdutória deste capítulo o conceito de saúde, foi ao longo do tempo, mais ou menos abrangente ou mais ou menos aberto. Os modelos explicativos foram-se associando às diferentes correntes religiosas, sociológicas ou científicas. Evoluiu-se da unicausalidade, que vigorou durante milénios, para a teoria multicausal na origem do estado de saúde.

Mesmo a definição de saúde que para a maioria dos autores é a mais atual e completa, a proposta pela OMS em que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença”, que permita à população um salutar “desempenho de uma vida social e economicamente produtiva”, como

anteriormente referido, não é consensual. Para Segre & Ferraz (1997) esta definição tem uma grande carga subjetiva, é inatingível e limitadora das liberdades individuais.

Existe, no entanto, através dos tempos um fio condutor que se aplica também à definição de saúde e que assenta na premissa de que a conceptualização acerca de um determinado assunto influencia a sua prática, ou seja, a conceção que existe acerca da saúde e da doença determina as práticas nos sistemas e, conseqüentemente, nos serviços de saúde.

2.2 - Determinantes da Saúde

O ponto de partida deste capítulo pode consubstanciar-se pelas questões sobre o que torna um indivíduo ou uma população mais ou menos saudável, ou dito de outra forma, quais as causas que contribuem para a sua saúde ou falta dela.

A razão pela qual existe grande relevância no estudo dos determinantes da saúde tem a ver com a causalidade que existe no fenómeno da saúde. A conceção de que existem fatores, que ocorrendo primeiro, promovem determinados efeitos na saúde existiu, desde sempre, na humanidade. Fala-se de causalidade em saúde na medida em que existem duas entidades, o fator e o efeito, ligadas entre si e que à ocorrência de um (o fator) se espera que com grande certeza se dê o outro (fenómeno em saúde). Fala-se portanto de “ligação de causalidade” (Briz, 2012).

A terminologia “determinante da saúde”, cuja origem surge na economia e da sociologia (Dias, 2011), é definida como o conjunto de fatores que, isoladamente ou combinados entre si, condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde.

Outro aspeto importante, relativamente aos fenómenos que determinam a saúde, é de que estes têm como origem as “características e actividades básicas” de uma determinada população (Briz, 2012). É a exposição da população a fatores causais resultantes dessas características ou atividades que determina a saúde. A este

propósito Rego & Nunes (2010) referiram que o estado de saúde de uma determinada população é largamente influenciado por “factores de ordem económica, social, política, experiência pessoal e estilos de vida”.

Associado ao estudo dos fatores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população, surge o facto de estes não serem fáceis de determinar. Para o Plano Nacional de Saúde 2011-16, os determinantes da saúde são dinâmicos, sistémicos e complexos, o que demonstra essa dificuldade.

Como definição para o que determina o estado de saúde de uma dada população, a OMS refere que são o conjunto de fatores que se relacionam entre si e que são de ordem pessoal, social, económico e ambiental. Outra definição, de Bonita, Beaglehole, & Kjellström (2010), afirma os determinantes da saúde como fatores “sociais, económicos, culturais e ambientais, a maioria dos quais fora do setor saúde, mas responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença no indivíduo”.

2.2.1 - Contextualização Histórica

As causas que determinam a saúde têm vindo a ser estudados ao longo do tempo, tendo a percepção acerca dos determinantes da saúde evoluído e acompanhando a própria definição de saúde (Georgieva & Genc, 2005).

Como referido no capítulo “Definição da Saúde”, as causas para a condição de saúde, tiveram durante milhares de anos uma explicação linear (Barros, 2002). O que determinava o estado de saúde era justificado por um fator externo, normalmente religioso.

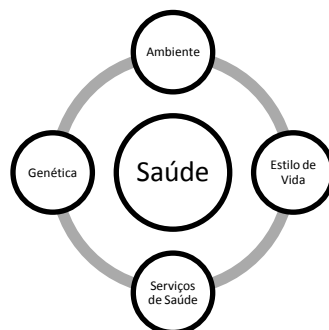
Hipócrates, com o seu “Tratado dos ares, águas e lugares” refere pela primeira vez, não só a multi-causalidade, como atribui também importância às interações entre fatores para compreender o estado de saúde das populações (Dias, 2011).

Apesar da evolução apontada por Hipócrates, a explicação linear para as causas das doenças prevaleceu durante séculos (Briz, 2012), (Glouberman & Millar, 2003) e (Dias, 2011) e seria já no renascimento que se daria a evolução para um “novo modelo”, que Dias (2011) define de triangular, por apontar como fatores determinantes da saúde o “agente”, o “hospedeiro” e o “meio”.

O primeiro autor a fazer uma reflexão séria sobre esta temática e a usar a expressão “determinantes da saúde” foi o epidemiologista e historiador inglês Thomas Mckeown (1912-1988) (Glouberman & Millar, 2003) e (Barreto, 2004). Mckeown, defendeu que existia um grande número de influências na saúde, influências essas que vão para lá da saúde pública e dos serviços médicos e que existiam outras influências que deveriam ser consideradas para melhorar a saúde das populações (Glouberman & Millar, 2003), aprofundando ainda mais o modelo multicausal.

O Lalonde Report, reforça a investigação de Mckeown, admitindo que existem outras explicações para a saúde, para além dos próprios serviços de saúde. O relatório afirma mesmo que os serviços de saúde não são os determinantes mais importantes na saúde dos indivíduos, abrindo caminho para que outros fatores passassem a ser considerados, de forma mais efetiva, enquanto fatores explicativos da saúde (Hancock, 1986) e (Lalonde, 1974). Este relatório introduz o conceito de “Health Field” onde a saúde é influenciada por quatro grandes áreas/determinantes como apresentado no seguinte esquema:

Ilustração 1 - Determinantes da saúde



Fonte: Adaptado de Glouberman & Millar (2003)

Com esta noção de determinantes de saúde, Lalonde (1974) pretendia explicar a saúde do indivíduo através das respostas às questões: quem é o indivíduo (genética e estilo de vida); em que condições vive (ambiente) e de que tipo de serviços de saúde ele usufrui (Georgieva & Genc, 2005). De realçar, mais uma vez, que este último determinante surge apenas como um dos fatores que explicam a saúde.

2.2.2 - Principais Quadros Conceptuais dos Determinantes da Saúde

Apesar da existência de uma certa uniformização na sua identificação e classificação, existem algumas diferenças nos quadros conceptuais dos determinantes da saúde, não deixando de ser sempre referida a sua interdependência.

Para a OMS, o que determina o estado de saúde de uma dada população é o conjunto de fatores que se relacionam entre si e que são de ordem pessoal, social, económico e ambiental. Assim, a OMS identifica os seguintes determinantes da saúde:

- **Rendimento e estatuto social** - maior rendimento e elevado estatuto social estão ligados a uma saúde melhor;
- **Educação** - baixos níveis de educação estão relacionados com problemas de saúde, mais *stress* e baixa autoconfiança;
- **Ambiente físico** - água potável e ar limpo, locais de trabalho saudáveis, casas seguras, comunidades e estradas, contribuem para uma boa saúde;
- **Redes sociais de apoio** - maior apoio das famílias, amigos e comunidades está ligado a uma melhor saúde;
- **Genética** - a herança genética desempenha um papel na determinação de vida útil, salubridade e a probabilidade de desenvolver certas doenças;
- **Serviços de saúde** - o acesso e utilização de serviços que previnam e tratem a doença, influenciam a saúde;
- **Género** - Homens e mulheres sofrem de diferentes tipos de doenças, em diferentes idades.

Alinhado com a definição de saúde em que esta não é apenas a mera ausência de doença mas também bem-estar e capacidade funcional, Evans & Stoddart (1990) desenvolveram o modelo de análise aos determinantes da saúde, denominado de “campo da saúde” (Dias, 2011).

O modelo de Evans parte de uma abordagem multidisciplinar para organizar os determinantes da saúde em quatro grupos de fatores: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização dos cuidados de saúde (Evans, Bare, & Marmor, 1994) e (Dias, 2011).

O fator distintivo deste modelo passa por utilizar uma abordagem multidisciplinar para identificar e classificar os determinantes da saúde, sendo que a principal crítica apontada a este modelo passa por não serem tidos em conta desigualdades sociais ou económicas em relação ao que determina a saúde (Dias, 2011).

No Canadá, país com grande tradição na prevenção da doença, a Public Health Agency of Canada (PHAC) procurou ir mais longe em relação aos determinantes da saúde identificados pela OMS. Para esta agência, os determinantes da saúde estão em contínua evolução e considera tanto fatores individuais como coletivos bem como as suas correlações (Public Health Agency of Canada, 2013).

Além dos sete determinantes identificados pela OMS, a PHAC enumera os seguintes determinantes da saúde considerando um total de doze determinantes:

- **Emprego e Condições de Trabalho** - Pessoas empregadas tendem a demonstrar melhores níveis de saúde, assim como boas condições de trabalho contribuem para o bom estado de saúde;
- **Desenvolvimento Saudável na Infância** - Os níveis de saúde desde a concepção até aos seis anos determinam o estado da saúde para o resto da vida;
- **Cultura** - A saúde pode ser afetada por diferentes práticas culturais;

- **Enquadramento Social** - Contextos sociais seguros estão associados a melhores níveis de saúde;
- **Hábitos Pessoais de Saúde** - Os hábitos ou passos de cada indivíduo contribuem ou não para prevenir a doença.

Quadro 2 - Quadros conceituais dos determinantes da saúde

Organismo/Autor	Determinantes da Saúde
Organização Mundial de Saúde (1986)	Rendimento e Estatuto Social
	Educação
	Ambiente Físico
	Redes Sociais de Apoio
	Genética
	Serviços de Saúde
	Género
Modelo de Evans (1990)	Contexto Social
	Contexto Físico
	Genética
	Resposta Individual (biológica e comportamental)
Public Health Agency of Canada (2001)	Rendimento e Estatuto Social
	Redes Sociais de Apoio
	Educação
	Emprego e Condições de Trabalho
	Ambiente Físico
	Enquadramento Social
	Hábitos Pessoais de Saúde
	Desenvolvimento Saudável na Infância
	Genética
	Serviços de Saúde
	Género
	Cultura

Fonte: do autor a partir de Evans, *et al.*, (1994), Public Health Agency of Canada (2013) e Dias (2011)

2.2.3 - Epidemiologia e a Saúde Pública

A necessidade de referir a “Epidemiologia e a Saúde Pública” separadamente num subcapítulo desta investigação, advém da definição científica das mesmas, mas cujo entendimento mais popular (e errado) prevalece ainda como áreas que apenas estudam a propagação de doenças transmissíveis.

Para Luiz & Struchiner (2002), a Epidemiologia é a ciência que se preocupa com a “frequência, distribuição e os determinantes das doenças que acometem na população”. Outras definições encontradas, referem que a epidemiologia é a ciência que estuda os padrões da ocorrência de doenças nas populações e os fatores que os determinam (Lilienfeld & Lilienfeld, 1994), contribuindo para o melhor conhecimento dos fatores que determinam a saúde (Menezes, 2001), ou ainda que diz respeito às ações coletivas cujo objetivo é melhorar a saúde das populações (Bonita, *et al.*, 2010).

Os mesmos autores referem que cabe à Epidemiologia, em articulação com outras áreas de conhecimento, produzir informação para quem toma decisões e também para a comunidade, no sentido de clarificar que escolhas a fazer e quais os custos e desfechos mais plausíveis.

George (2011), define Saúde Pública como “como acção organizada para melhorar a saúde de toda a população”, referindo também que ao contrário de outras áreas médicas, esta nem sempre é definida de forma clara ou bem entendida socialmente. O mesmo autor, citando Donald Acheson (1988), define ainda a Saúde Pública como meio de “prevenir a doença, prolongar a vida, bem como promover, proteger e melhorar a saúde de toda a população através de esforços organizados da sociedade”.

Para a Administração Regional de Saúde do Norte (2013), a Saúde Pública é o “ponto de partida e de encontro de diferentes disciplinas, sectores, instituições, culturas e valores”.

A Epidemiologia surge com grande frequência associada à Saúde Pública na medida em que se constitui como ferramenta para melhorar a saúde das populações. Para Briz (2012) a epidemiologia constitui os “olhos, inteligência e linguagem” da Saúde Pública, permitindo a esta atuar. A este propósito, Bonita, *et al.*, (2010) referem que a Epidemiologia só alcança a plenitude no momento em que se traduz em políticas de saúde.

Em conjunto, estas duas áreas (e com o apoio de outras como a Sociologia, a Economia, a Demografia ou a Estatística), procuram proporcionar a melhor saúde ao maior número possível de pessoas, tendo também como preocupação o desempenho económico das suas ações, sendo que a Epidemiologia está mais orientada para a criação e gestão do conhecimento em saúde e a Saúde Pública com a ação em saúde (Briz, 2012).

2.2.4 - Síntese

Britz (2012) coloca ênfase na questão: “porque é importante a ideia de determinante da saúde?”

O mesmo autor encontra a resposta no facto da tomada de decisão em saúde dever estar centrada nas suas causas modificáveis e na perspetiva do futuro no que diz respeito à prevenção da doença, muito embora o que preocupa as populações seja a doença em si e as suas consequências.

Para Mckeown (1978), se em sociedade concluir-se sobre o que causa a saúde, será muito mais fácil concordar como aplicar os recursos para obter os melhores resultados. Desta forma fica clara a importância da discussão à volta dos determinantes da saúde.

Naturalmente o que chama a atenção, quer do indivíduo quer da população, é o efeito (saúde ou doença), no entanto e para quem toma decisões em saúde, a atenção deve centrar-se nas causas, na medida em que são estas que previnem a doença e promovem a saúde (Briz, 2012).

São estes os determinantes que influenciam o estado de saúde das populações e cuja avaliação é preponderante para a tomada de decisão. A avaliação ao estado de saúde de uma população deve ser efetuada “numa perspetiva integrada, matricial e holística” que compreenda os diversos fatores da vida coletiva ou individual que

possam vir a afetar o estado de saúde das comunidades (Santana, Vaz, & Fachada, 2004).

2.3 - Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são medidas, normalmente quantitativas, com o objetivo de identificar uma determinada dimensão da saúde com o objetivo de avaliar o estado de saúde (individual ou coletivo) e também o desempenho dos sistemas de saúde (Nogueira & Remoaldo, 2010) e (Batistella, 2007). Os indicadores de saúde devem ser fidedignos e permitir que os níveis de saúde sejam quantificados para que exista comparabilidade entre grupos (Menezes, 2001).

Pretende-se, através dos indicadores de saúde, recolher informações relevantes e de forma sistemática sobre "diferentes atributos e dimensões da saúde bem como dos factores que a determinam" (Plano Nacional de Saúde, 2011).

Para o Canadian Institute for Health Information (2013), os indicadores de saúde devem assegurar a compreensão acerca de como o sistema de saúde funciona e quais as áreas em que esse mesmo sistema necessita melhorar o seu desempenho. Para este instituto canadiano, que tem por missão a produção e recolha de indicadores de saúde para avaliar o estado de saúde da população e a *performance* do seu sistema de saúde, um indicador deve:

- Produzir informação sobre políticas de saúde;
- Apoiar na gestão do sistema de saúde;
- Melhorar a compreensão sobre o que influencia a saúde;
- Identificar resultados em grupos específicos da população.

A decisão sobre quais são os melhores indicadores a usar é uma tarefa delicada na medida em que estes devem obedecer a um conjunto de características. De acordo

com Nogueira & Remoaldo (2010), um indicador de saúde deve obedecer aos princípios da “fiabilidade, pertinência, relevância, oportunidade, objectividade, facilidade de construção, comparabilidade, quer no tempo, quer no espaço, e a sensibilidade às variações do seu objecto”.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, são consideradas quatro grandes famílias de indicadores de saúde:

Quadro 3 - Indicadores de saúde

Família de Indicadores	Dimensões
Estado de Saúde	Mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar.
Determinantes de Saúde	Comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais.
Desempenho do Serviço de Saúde	Aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança.
Contexto	Determinantes individuais ou desempenho do Serviço de Saúde.

Fonte: do próprio a partir de (Plano Nacional de Saúde, 2011)

A construção de indicadores, bem como a decisão sobre quais usar, evoluíram de acordo com o próprio conceito de saúde. Recentemente e correspondendo à atual visão de saúde, existe a preocupação de escolha ou a construção de indicadores que avaliem a saúde de uma perspetiva positiva não medindo apenas a doença mas a saúde como reflexo de várias dimensões e ainda o desempenho dos sistemas de saúde, possibilitando a identificação de fatores a serem melhorados.

Para Santana, *et al.*, (2004), a seleção de indicadores é mesmo o ponto de partida para a avaliação do estado de saúde de uma população. Para estes autores, a seleção dos indicadores tem de ser bastante ponderada na medida em que deve ser analisada a sua validade e também o seu peso (ponderação).

2.4 - Medição e Avaliação de Resultados em Saúde

Qualquer prática, seja em que domínio for, pode ser objeto de medição de resultados nas suas mais variadas dimensões. A saúde não constitui exceção a essa avaliação, seja na dimensão dos cuidados individuais, seja ao nível das políticas e programas ou ainda aos seus sistemas e serviços (Silva & Formigli, 1994).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-16, “os factores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população são dinâmicos, sistémicos e complexos”, o que demonstra bem da dificuldade em medir o estado de saúde de uma dada população.

O interesse pela medição de resultados em saúde intensificou-se nas últimas quatro décadas e com este interesse cresceu também o número de instrumentos que permitem mensurar esses mesmos resultados (RIMAS, 2013) e (Ferreira, 2003). Kaplan (1989), citado por Ferreira (1998), assinala que até à década de 50 do século passado as medições efetuadas em saúde se concentravam sobretudo na deteção “da presença ou ausência de estados negativos de saúde, de limitações funcionais, de sintomas de doença e da existência de problemas agudos e crónicos”. Até esta altura, os resultados em saúde estavam circunscritos a conceitos de mortalidade, morbilidade e custos (Ferreira, 2009).

A partir da segunda metade do século passado, a reflexão sobre os resultados em saúde trouxe outros fatores relacionados com os cuidadores (organizações e profissionais) e com os planos de saúde.

A terminologia “resultado” e o seu conceito associado à saúde foi alvo dos estudos de Donabedian (1985), que partindo do pressuposto de um modelo causal, associa “estruturas, processos e resultados”, definindo aquilo que ficaria conhecido como a trilogia de Donabedian (Reerink, 1990), (Ferreira, 2009) e (Silva & Formigli, 1994).

Este autor e os seus estudos, cuja principal preocupação foi aferir a qualidade dos cuidados de saúde, definiu: (i) “a estrutura” como as “caraterísticas relativamente estáveis dos prestadores de cuidados” ao que corresponderiam os instrumentos e recursos, ambientes físicos e organizacionais; (ii) “os processos” como atividades desenvolvidas entre prestadores e doentes e (iii) “os resultados” como “o que acontece ao doente em termos de palição, tratamento, cura e reabilitação”.

Os resultados em saúde e as respetivas medições, evoluíram de simples análises a conceitos relacionados com a mortalidade e custos, para um conjunto muito mais alargado de medidas que se prendem com o desempenho dos profissionais, com a prestação efetiva do serviço ou ainda com os planos de saúde (Ferreira, 2009).

O mesmo autor, citando Davies (1993), refere os seguintes fatores como os principais impulsionadores de uma maior efetividade na avaliação dos resultados em saúde:

- Variações de padrões na prática clínica;
- Necessidade de resposta à adequação de determinados tratamentos;
- Maior envolvimento e participação dos utilizadores dos cuidados de saúde;
- Necessidade de informação para responder a agências de acreditação e certificação;
- Existência de avanços metodológicos que permitem avaliações mais efetivas.


Às razões apresentadas por Ferreira (2009), junta-se também a crescente contratualização do desempenho no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sakellarides (2010), define este processo como o que ocorre entre um financiador público e um prestador público ou entre um financiador público e um prestador privado, que promove “um exercício relacional de planeamento conjunto, visando melhorar o desempenho das organizações de saúde”. Nestas situações, o pagamento está associado ao cumprimento de objetivos sujeitos a avaliações.

As metodologias de avaliação de resultados em saúde evoluíram no sentido da relação qualidade de vida/saúde ou com a avaliação de satisfação com os cuidados de saúde e mais recentemente essas metodologias apontam para modelos de investigação multidimensional e muito vocacionados para a prática clínica.

Já para Silva & Formigli (1994) e Ferreira (2009), a medição de resultados em saúde deve obedecer a determinados atributos, que refletem as características das práticas de saúde e da sua organização social.

Quadro 4 - Medição de resultados

Atributos para medição de resultados		De onde advém
Atributos do cuidado médico	Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Ações e práticas de saúde implementadas; • Eficácia médica; • Aceitação social; • Custos das ações; • Adequação das ações; • Conhecimento técnico e científico vigente.
	Impacto	
	Eficácia	
	Eficiência	
	Qualidade	
Atributos do sistema de saúde	Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade e distribuição social dos recursos.
	Equidade	
	Cobertura	



Satisfação do Utilizador	Percepção dos utilizadores sobre as práticas.
---------------------------------	---

Fonte: Do autor a partir de Silva & Formigli (1994) e Ferreira (2009)

Mais recentemente, e defendido por um número de autores cada vez maior, os resultados em saúde são avaliados sob a perspectiva do próprio utilizador, da maneira como estes “satisfazem as suas expetativas e necessidades” e como afetam o seu bem-estar (Ferreira, 1998).

Em síntese, pode afirmar-se que para medir ou avaliar o estado de saúde há que ter em conta um conjunto de “circunstâncias de natureza biológica, física, psíquica, funcional e social” (Santana, *et al.*, 2004), para que dessa medição ou avaliação resulte informação, o mais aproximada da realidade.

2.4.1 - Objetivos da Medição dos Resultados em Saúde

Os objetivos da medição dos resultados em saúde e, consequentemente, os instrumentos e métodos dependem dos objetivos em estudo, do interesse específico dos investigadores ou ainda dos recursos disponíveis.

Ferreira (1998), estabelece como sendo dois os principais objetivos da medição dos resultados em saúde: interessa a medição para “quantificar os progressos dos doentes”, pois permite a avaliação aos cuidados aplicados e a sua eficácia e, por outro lado, interessa medir para estabelecer comparações entre tipos de tratamentos. Se no primeiro caso a atenção é centrada na evolução do estado de saúde do utilizador, no segundo procura-se avaliar diferenças nos resultados ao nível dos grupos.

Para Ferreira & Santana (2003), medir o estado de saúde de uma população, permite identificar injustiças nas condições de saúde, possibilita encontrar diferenciações geográficas (por exemplo entre países, regiões ou zonas) ou identifica problemas de saúde de acordo com diferentes classes sociais.

Para o RIMAS (2013), os principais objetivos da avaliação em saúde são:

- A determinação de ganhos em saúde em ensaios clínicos;
- Avaliações económicas sobre a efetividade de alternativas de tratamento;
- Monitorização da gestão da doença;
- Determinação do peso da doença;
- Obtenção de valores de referência dos cidadãos sobre estados de saúde com vista a uma melhor e mais racional distribuição dos recursos.

Já Ferreira (2009), apresenta como síntese sobre para que serve a medição dos resultados em saúde, os seguintes aspetos:

- Para medir o sucesso dos cuidados de saúde prestados;
- Para identificar maus resultados;

- Para provocar análises mais profundas sobre os processos que levaram a esses mesmos resultados;
- Para realização de avaliações económicas.

2.4.2 - Avaliações Económicas dos Resultados em Saúde

O interesse da avaliação económica em saúde pretende, em última análise, levar à otimização dos recursos disponíveis para esta área, na medida em que determinadas mudanças estruturais podem reduzir os custos com a saúde e até melhorar os seus níveis. Esta otimização pode ser obtida por uma das seguintes formas ou até pelas duas em simultâneo: maximização do “produto” saúde para um determinado orçamento ou minimização dos gastos para um determinado resultado em saúde (Freitas, 2005).

Se a avaliação económica tivesse de ser definida, dir-se-ia que seria o processo de análise de “mecanismos e fatores” que de alguma forma podem condicionar a “produção, distribuição, consumo e financiamento” de serviços e bens afetos à saúde (Lourenço & Silva, 2008). Para Freitas (2005), a avaliação económica em saúde consiste no estudo comparativo dos seus custos e também nas suas alternativas.

Em saúde, o custo de oportunidade está sempre presente, pois quando é tomada uma decisão de utilização de determinados recursos num programa de saúde, perde-se a oportunidade de serem utilizados de outra forma (Ferreira, 2005) e (Lourenço & Silva, 2008). A teoria do custo de oportunidade aplicada à saúde e num panorama de grande escassez de recursos especialmente financeiros como o atual, é algo que está forçosamente presente na tomada de decisão. Mais do que nunca é necessário justificar a aplicação de recursos e a priorização das escolhas.

Um dos primeiros casos em que houve uma relação efetiva entre a avaliação económica e a escolha de novas práticas em saúde, ocorreu na Austrália. Em 1993, o *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* estabeleceu que sempre que fossem

introduzidos novos medicamentos no mercado e cuja distribuição à população fosse gratuita, estes deveriam ser acompanhados por um estudo económico, comparando o novo medicamento com a terapêutica alternativa em utilização (Grobler, 1999).

Para Ferreira (2005), são duas as grandes componentes da avaliação económica na área da saúde: os custos e os ganhos em saúde. Lourenço & Silva (2008) referem ainda que cada uma destas componentes se subdivide em: diretos, indiretos e intangíveis.

Apresenta-se um quadro síntese dos elementos da avaliação económica em saúde:

Quadro 5 - Elementos da avaliação económica em saúde

Políticas de Saúde				Exemplos
	Custos da Saúde	Diretos	Suportados pelo doente	Pagamento de consultas, medicamentos não comparticipados ou deslocações aos serviços de saúde.
			Suportados pelo SNS	Custos de capital, limpezas ou material descartável.
		Indiretos	Baixa de produtividade	Ausência no trabalho ou tempo despendido em consultas médicas.
		Intangíveis	Dor/sofrimento do doente	Ansiedade, sofrimento ou infertilidade.
	Ganhos em Saúde	Diretos	Vidas salvas	Mortes evitadas pela utilização de um medicamento novo
			Anos de doença evitados	Diminuição da morbilidade
			Poupança em custos	Ganhos com a prevenção
		Indiretos	Aumento de produtividade	Tempo não gasto para tratamentos médicos
		Intangíveis	Dor/sofrimento evitados	Ansiedade, sofrimento ou infertilidade evitado

Fonte: do autor a partir de Ferreira (2005) e Lourenço & Silva (2008)

Campos (1986), citado por Ferreira (2005), refere que um estudo de avaliação económica em saúde deve passar por cinco fases: (i) definição e identificação dos objetivos a alcançar; (ii) identificação das alternativas possíveis; (iii) estimativa dos custos e benefícios para cada uma das alternativas; (iv) ajustamento dos custos face a incertezas e ao tempo e (v) apresentação de resultados.

O ponto de partida para qualquer análise económica consiste na análise aos custos, ou seja, na medição da aplicação de recursos pelos serviços de saúde (Drummond, Stodart, & Torrance, 1988), (Freitas, 2005) e (Lourenço & Silva, 2008).

Nesta análise, Polanczyk & Toscano (2008) referem a importância da distinção entre o que são custos financeiros e custos económicos, em saúde. Se aos custos financeiros corresponderá uma saída efetiva de dinheiro, os custos económicos englobarão os primeiros e também o valor de outros recursos que não têm valorização monetária como o custo de oportunidade ou o voluntariado. Para os autores, o segundo tipo de custos é mais completo, por incluírem “todos os recursos utilizados para implementar uma estratégia em saúde”.

A classificação dos custos identifica os custos diretos como os recursos gastos e pagos pelos serviços de saúde ou pelo utilizador, que envolvem transferências monetárias e decorrentes, por exemplo, da atividade de serviços médicos ou medicamentos; os custos indiretos identificados sobretudo como o tempo perdido na procura de saúde. Estes custos, sendo tangíveis não envolvem transações monetárias. Finalmente, os custos intangíveis que são considerados de valorização extremamente difícil e que também não envolvem transferências monetárias (Freitas, 2005), (Ferreira L. N., 2005) e (Polanczyk & Toscano, 2008).

Freitas (2005), refere ainda a existência de alguns passos básicos para determinação dos custos: especificação e contabilização dos recursos utilizados, atribuição de valores que sejam próximos dos do custo de oportunidade e ajustamento aos possíveis horizontes temporais. O mesmo autor refere também que qualquer análise a custos depende da qualidade disponível de dados.

Na generalidade da literatura consultada, são quatro os tipos de avaliação económica em saúde, (WHO, 2013), (Drummond, *et al.*, 1988), (Sancho & Dain, 2010), (Freitas, 2005) e (Lourenço & Silva, 2008), sendo que a diferença fundamental está na forma como os efeitos são medidos, a saber: (i) a análise de custo-minimização; (ii) a análise

de custo-efetividade; (iii) a análise de custo-utilidade e (iv) a análise de custo-benefício, dos autores referidos neste parágrafo:

- **Análise de custo-minimização** – Esta forma de análise é considerada por Freitas (2005), como uma forma parcial de avaliação económica em saúde na medida em que, medindo os custos em unidades monetárias para as diferentes alternativas, parte do pressuposto que as consequências são idênticas. Obtém-se o resultado de cada alternativa em unidades monetárias, medindo os custos e considerando-se que os efeitos são semelhantes em cada uma das alternativas;
- **Análise de custo-efetividade** - A análise de custo-efetividade é a comparação sistemática entre dois ou mais programas de saúde alternativos. São medidos os custos em unidades monetárias e consequências em unidade de medida comuns e naturais para a área da saúde, que normalmente refletem pacientes com melhorias, casos evitados ou anos de vida ganhos. Nesta forma de análise a comparação entre diferentes alternativas não é absolutamente clara, o que faz com que a decisão final fique ao critério dos decisores;
- **Análise de custo-utilidade** - Este tipo de avaliação é usado para cálculo dos custos por cada ano de vida ajustado que resulta do conceito de “quality-adjusted life year” (QALY). Este conceito assenta no princípio que os ganhos em saúde se baseiam no binómio: (i) no aumento de anos de vida e (ii) na melhoria da qualidade de vida. O QALY é portanto a unidade de medida, que combinando esses dois fatores, serve para avaliar os efeitos dos programas de saúde. Como se trata de uma unidade de medida aplicável a qualquer doença e a qualquer indivíduo é uma medida universal que permite comparabilidade entre programas de saúde ou doenças;
- **Análise de custo-benefício** - Esta análise, definida por Freitas (2005) como a “mais geral”, maximiza a razão entre custos e benefícios na medida em que quantifica, quer custos quer benefícios, em valores monetários. Desta forma pode-se comparar as duas componentes da análise financeira por se encontrarem na

mesma razão. Verifica-se, neste tipo de análise, uma grande dificuldade em avaliar monetariamente os benefícios, sendo este o principal entrave à sua utilização. Além disso, a utilização desta forma de análise, coloca uma questão de difícil resposta de uma perspectiva ética e que é a da atribuição de um valor monetário à vida humana.

O principal objetivo de qualquer avaliação económica em saúde passa pelo apoio transmitido à tomada de decisão, sendo desejável que estas contribuam positivamente para os ganhos em saúde e para a redução da incerteza (Sancho & Vargens, 2009). Colocam-se, no entanto, três grandes desafios para este tipo de avaliação em saúde: em primeiro lugar, o do alargamento da sua utilização uma vez que ainda está aquém das suas potencialidades de utilização; em segundo lugar, o da uniformização de métodos pois só assim permite comparabilidade e em terceiro, o de que qualquer avaliação económica deve ajudar a tomar decisões e não tomá-las (Drummond, *et al.* 1988), sob a condição de poder agravar injustiças na repartição dos recursos (Lourenço & Silva, 2008).

2.4.3 - Avaliação de Resultados Através da Auto Percepção da Saúde

Como verificado no decorrer desta investigação, muitas têm sido as formas de medir o estado de saúde das populações e muitos são os indicadores identificados para efetuar essa medição. No entanto, outra dimensão da avaliação da saúde, a saúde auto percebida, tem vindo a assumir grande relevo (Bonita, *et al.*, 2010) e (Oliveira, 2009). De acordo com Ferreira (1998), é grande o número de autores que afirma que a “perspectiva do doente” deve ser tida em conta no momento da avaliação dos resultados em saúde, devendo ser efetuada avaliação à forma como as suas necessidades e expetativas são atendidas.

Lembcke (1952), citado por Ferreira (1998), além de demonstrar que esta preocupação não é de todo recente, refere que “a melhor medida de qualidade não é a bondade ou a frequência com que um serviço médico é prestado, mas sim quão próximo o

resultado está dos objectivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar o *stress*, restaurar a função e prevenir a incapacidade”.

Se, por um lado, a ideia não é de todo atual, por outro a aplicabilidade de modelos de avaliação que tenham em conta a satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde só, recentemente, ganhou maior expressão (Ferreira, 1998).

Para Araújo, Ramos, & Lopes (2011), a necessidade de avaliação da saúde através deste mecanismo prende-se essencialmente por duas razões: a primeira prende-se com o facto de permitir melhor planeamento (p. e. em campanhas informativas à população sobre uma determinada problemática); a segunda razão apresentada tem a ver com o facto da percepção da saúde poder ser um determinante em si. Uma população mais consciente do seu estado de saúde tenderá a adotar comportamentos que promovam a saúde.

Outro aspeto considerado relevante para o incremento desta forma de avaliação, prende-se com o *empowerment* em saúde. Este conceito, assente numa maior tomada de conhecimento sobre o estado de saúde individual, consiste num maior poder por parte do utilizador dos serviços de saúde, sobre as decisões que o afetam (Ramos, 2003). Esta realidade aportou aos indivíduos um papel mais interventivo, havendo a necessidade de serem auscultados.

Uma das ferramentas desenvolvidas com o objetivo de medir a saúde percebida pelos indivíduos foi o questionário MOS SF-36. Este instrumento foi construído no âmbito do *Medical Outcomes Study* e está documentado em aproximadamente quatro mil publicações (Ware, 2013). Este instrumento de medição foi adaptado culturalmente para português por Ferreira (1998) através da publicação “A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36” e será alvo de maior atenção no capítulo 3.3.

2.4.4 - Síntese

A velocidade a que têm de ser tomadas novas decisões no setor da saúde é grande e mais do que em qualquer outro setor, a decisão só pode ser tomada com base em fundamentações extremamente robustas, pois associada à ideia de avaliação está a de juízo que tem como resultado a confrontação entre a avaliação propriamente dita e a situação planeada ou ideal.

A medição e avaliação, se sistematizada aos mais diversos níveis dos serviços de saúde, proporciona dados importantes para definir estratégias e afetar recursos. Outro objetivo é o de concluir se os resultados em saúde se encontram numa medida razoável com os custos (Bonita, *et al.*, 2010). Para o mesmo autor, medir e avaliar em saúde, deve ainda servir para determinar e comparar o desempenho do sistema de saúde.

Lourenço & Silva (2008), afirmam que só avaliando os serviços de saúde é que se torna possível assegurar à sociedade que se obtém o máximo dos benefícios pelos recursos investidos e que estes podem vir a ser aplicados racional, efetiva e eficientemente.

À semelhança dos processos de planeamento, a avaliação/medição dos resultados em saúde ainda não estão muito instituídos e quando são efetuados não são muito divulgados o que torna difícil a sua utilização na tomada de decisões (Freitas, 2005).

Capítulo 3 – Avaliação do Estado de Saúde da População da Área de Influência do CHMT

O objetivo deste capítulo é, alicerçado na revisão literária já apresentada na presente investigação, efetuar uma avaliação do estado de saúde dos habitantes da área de influência do CHMT.

Para tal, e indo sempre ao encontro da definição de saúde proposta pela OMS, considerou-se que deveriam ser utilizadas duas metodologias distintas, mas complementares, para ter uma percepção mais global do perfil de saúde desta população: (i) a avaliação objetiva de um conjunto de indicadores que traduzam o estado de saúde da população e (ii) a forma como a própria população percebe a sua saúde.

Para a primeira situação optou-se pela utilização do MAESP - Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações, um modelo que assenta na recolha e análise sistemática de indicadores relacionados com o estado de saúde das populações. Para a segunda situação, a opção recaiu sobre a aplicação do questionário MOS SF-36v2 que recolhe informação sobre a saúde das populações numa perspetiva de bem-estar e do ponto de vista das próprias populações.

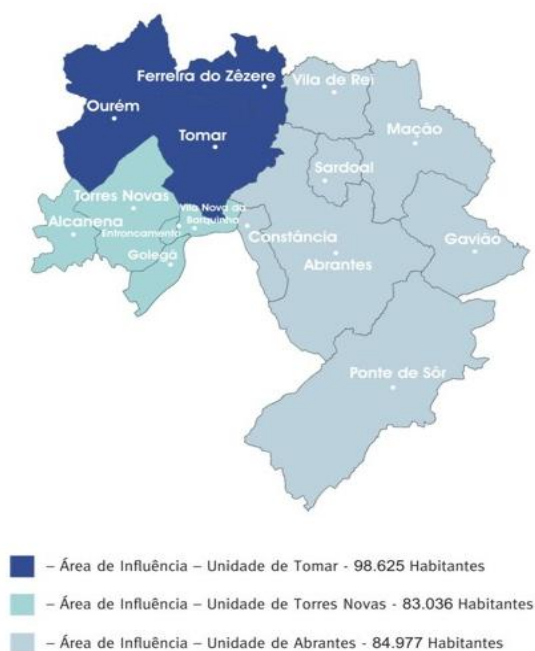
Recolhidos os dados e com ferramentas específicas de cada uma das metodologias, foi realizado em cada situação um estudo transversal, analítico e quantitativo para cada uma das situações.

3.1 - Breve Caracterização da População Estudada

A unidade geográfica tida em conta para a presente investigação é a da área de influência do CHMT. Esta área, com três unidades hospitalares (Tomar, Torres Novas e Abrantes), abrange uma população de 266 mil habitantes distribuídos por quinze concelhos (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Gavião, Golegã, Mação, Ourém, Ponte de Sôr, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha, Vila de Rei).

Destes concelhos, Gavião e Ponte de Sôr pertencem à NUT III – Alto Alentejo; Golegã à NUT III – Lezíria do Tejo; Vila de Rei à NUT III – Pinhal Interior Sul e os restantes onze à NUT III – Médio Tejo.

Ilustração 2 - Distribuição dos concelhos por unidade hospitalar



Fonte: <http://www.chmt.min-saude.pt>

No que diz respeito à distribuição da população por grandes grupos etários, 13% da população tem menos de 15 anos (13% a nível nacional), 62% tem entre 15 e 64 anos (66% a nível nacional) e 25% tem mais de 65 anos (19% a nível nacional).

O concelho mais populoso é o de Ourém com 45 932 habitantes e o menos populoso é o de Vila de Rei com 3 452.

A densidade populacional (DP) no conjunto destes quinze concelhos é de 161,71 habitantes por Km² (em Portugal é de 114,5), no entanto o valor apurado para a área de influência do CHMT apresenta valores muito distintos entre o concelho com maior DP (Entroncamento – 1471,9 habitantes/km²) e o concelho com menor (Gavião – 14 habitantes/km²).

Relativamente à distribuição da população pela dimensão dos lugares, 71% da população reside em lugares com menos de 2 000 habitantes, quando a média nacional é de 39%, e apenas 15% residem em aglomerados com mais de 10 000 habitantes, quando a média nacional é de 43%.

No que diz respeito ao nível de instrução da população, a taxa de analfabetismo situa-se nos 7,64%, quando a média nacional é de 5,2%. Também aqui se encontram valores muito distintos em que Gavião é o concelho que apresenta uma taxa de analfabetismo mais alta (de 15,4%) e o concelho do Entroncamento apresenta a mais baixa (de 2,6%). A taxa média de licenciados para o conjunto dos concelhos analisados é de 11%, recaindo os valores máximos e mínimos para os mesmos concelhos (Entroncamento com 20% e Gavião com apenas 5%).

Em relação à atividade económica, em 2011 a população residente economicamente ativa distribuía-se da seguinte forma: (i) 4% no setor primário; (ii) 27% no setor secundário e (iii) 69% no setor terciário. A taxa média de desemprego é de 11,61%, com o concelho de Ponte de Sôr a atingir o valor mais alto (20,9%) e o de Ourém com o valor mais baixo (8,5%).

3.2 - Aplicação Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP)

Para Santana & Martins (2001), é necessário considerar um conjunto vasto de factores que contribuem direta ou indiretamente para a saúde da população. Nesse sentido Vaz, *et al.*, (1994), desenvolveram um modelo para avaliar o estado de saúde da população da região de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A opção por este modelo para a presente investigação, prende-se com o facto de este já ter sido testado e validado em várias ocasiões; por integrar na sua análise variáveis de oferta e utilização de cuidados de saúde e também outras variáveis que não explicando diretamente o estado de saúde das populações, o fazem indiretamente como as variáveis demográficas, sanitárias, económicas ou sociais. Nesta medida, esta ferramenta está em consonância com a definição de saúde assumida pela OMS e já referida neste trabalho.

É intenção, com a aplicação deste estudo, perceber que fatores contribuem mais para um melhor estado de saúde ou quais os responsáveis pelas desigualdades num conjunto de concelhos bastante diferenciado que é o da presente investigação.

3.2.1 - Caracterização do Modelo

Para Santana, *et al.*, (2004), este modelo, designado de Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP), assenta em três aspetos: (i) na definição dos indicadores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma comunidade; (ii) na seleção das unidades de medida apropriadas, e finalmente, (iii) na determinação da influência relativa de cada um dos indicadores.

De acordo com os mesmos autores, o MAESP tem cinco grandes objetivos: (i) estar apto a avaliar o estado de saúde das populações de acordo com várias desagregações geográficas; (ii) poder comparar, em diferentes momentos, estados de saúde; (iii)

necessitar apenas de informação “de rotina” do INE e do MS; (iv) servir de ferramenta de planeamento em saúde, local e regionalmente e (v) apoiar a tomada de decisão política intersectorial com relevância na área de saúde.

Com o MAESP, o estado de saúde de uma determinada população é aferido através de um conjunto de 51 variáveis agrupadas em seis famílias (anexo x): (i) Indicadores de saúde; (ii) Indicadores demográficos; (iii) Oferta de cuidados de saúde; (iv) Utilização dos cuidados de saúde; (v) Indicadores sociais; (vi) Indicadores económicos. O MAESP apresenta também quais as unidades de medida apropriadas para cada uma das variáveis, bem como o peso ou a ponderação que cada uma delas tem no estado de saúde de uma população.

Esta ferramenta assenta na “Teoria da Utilidade Multi-atributo”, em que para as variáveis estudadas são identificados os valores inferiores e superiores e que, ao melhor valor é atribuída a maior utilidade e ao menor valor a menor utilidade. Neste caso os autores do estudo propõem a atribuição de utilidades suportada numa escala de zero a cem.

Quadro 6 - MAESP

Fatores	Ponderação	
I) Saúde		3
1. Mortalidade		1,85
1) Taxa de mortalidade perinatal	0,5	
2) Taxa de mortalidade neonatal	0,25	
3) Taxa de mortalidade infantil	0,4	
4) Taxa de mortalidade 1-4 anos	0,35	
5) Taxa de mortalidade por causas	0,35	
2. Outros Indicadores de Saúde		0,8
6) Partos sem assistência	0,31	
7) Incidência da tuberculose	0,18	
8) Incidência das doenças de notificação obrigatória	0,31	
II) Demográficos		1
9) Taxa de mortalidade geral	0,5	
10) Taxa de fecundidade	0,05	
11) População com mais de 65 anos	0,5	
12) População com menos de 15 anos	0,25	
13) Relação homens/mulheres	0,1	
III) Oferta de Cuidados de Saúde		2
1. Recursos Humanos de Saúde		0,75
14) Médicos especialistas	0,17	
15) Clínicos gerais nos CSP	0,3	
16) Médicos de saúde pública nos CSP	0,16	
17) Enfermeiros nos CSP	0,12	
2. Camas Hospitalares e de CSP		0,35
18) Camas hospitalares	0,2	
19) Camas dos CSP	0,15	
3. Outros Serviços de Saúde		0,25
20) Farmácias	0,15	
21) Laboratórios privados de análises clínicas	0,05	
22) Equipamentos privados de radiologia	0,05	
4. Acessibilidade Geográfica aos Serviços de Saúde		0,7
23) Acessibilidade aos CSP	0,4	
24) Acessibilidade aos hospitais	0,15	
25) Acessibilidade a outros serviços de saúde	0,1	
26) Investimento em Saúde	0,05	
IV) Utilização dos Serviços de Saúde		2
1. Cuidados de Saúde Primários		1,32
27) Consultas dos CSP	0,65	
28) Consultas de saúde materna (Obstetria)	0,15	
29) Consultas de saúde infantil (Juvenil e Pediatria)	0,15	
30) Consultas de planeamento familiar	0,12	
31) Doentes saídos do internamento	0,12	
32) Dias de internamento	0,14	
2. Cuidados de Saúde Hospitalares		0,51
33) Consultas dos cs hospitalares	0,18	
34) Urgências	0,1	
35) Doentes saídos do internamento	0,1	
36) Dias de internamento	0,13	
3. Gastos e Consumos		0,37
37) Embalagens de medicamentos	0,04	
38) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica	0,03	
39) Gastos públicos do SNS (transferências para os CSP)	0,3	
V) Sociais		1
1. Escolaridade		0,35
40) Taxa de analfabetismo	0,15	
41) População com mais de 4 anos de escolaridade	0,2	
2. Infraestruturas		0,55
42) Alojamentos com água	0,35	
43) Alojamentos com eletricidade	0,18	
44) Telefones residenciais por habitante	0,02	
VI) Económicos		1
45) População do sector secundário	0,08	
46) População do sector primário	0,03	
47) Taxa de desemprego	0,2	
48) Índice de poder de compra regional concelhio	0,5	
TOTAL		10

Fonte: Santana, *et al.*, (2004)

3.2.2 - Metodologia

Uma vez que as variáveis e a respetiva ponderação já estavam devidamente definidas, o primeiro passo foi o da recolha dos indicadores através das bases de dados do Instituto Nacional de Estatística, PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo e da Administração Central do Sistema de Saúde.

Seguidamente, os valores reais dos indicadores tiveram de ser uniformizados, pois encontravam-se em diversas unidades de medida como percentagens, permilagens ou quilómetros. Esta uniformização passou pela aplicação do modelo multi-atributo de utilidades e pela conversão dos valores obtidos em “utilidades”, em que o valor mais desfavorável de cada indicador para o estado de saúde obtém uma classificação de “0” e o mais favorável obtém uma classificação de “100”. Dado o elevado número de indicadores recolhidos, optou-se nesta investigação, pela construção de tabelas de utilidade (Anexo 1) para os indicadores que apresentam variabilidade grande ou significativa. Para os que apresentam variabilidade menor efetuou-se o cálculo direto.

O passo seguinte foi a aplicação da ponderação de cada indicador (dada pelo MAESP) à sua “utilidade”, obtendo-se os resultados (Anexo 2), construindo e interpretando os respetivos quadros e gráficos com a ajuda de algumas medidas estatísticas.

3.2.3 - Análise dos Indicadores

Indicadores de Saúde

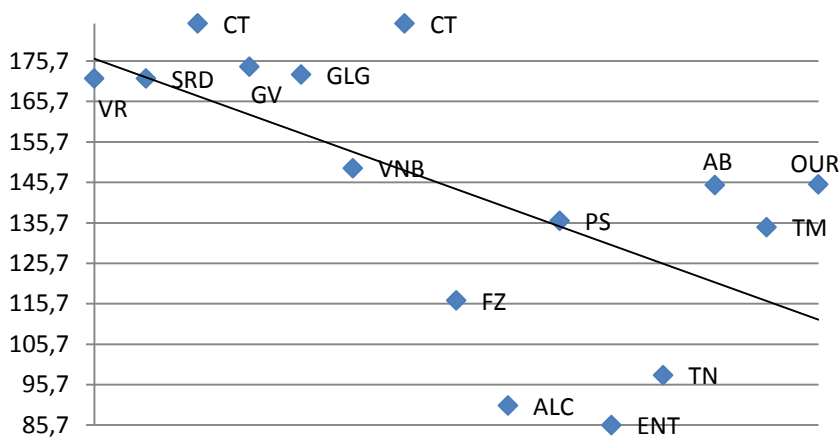
Este grupo de indicadores procura demonstrar os resultados e a eficácia na utilização de serviços de saúde. A este conjunto de indicadores, que Santana, *et al.*, (2004) apelida de “indicadores diretos do estado de saúde das populações”, corresponde: (i) taxa de mortalidade perinatal; (ii) taxa de mortalidade neonatal; (iii) taxa de mortalidade infantil; (iv) taxa de mortalidade 1-4 anos; (v) taxa de mortalidade por

causas; (vi) partos sem assistência; (vii) incidência de tuberculose e (viii) incidência das doenças de notificação obrigatória.

Relativamente aos três últimos indicadores não foi possível obter informação com o desdobramento por concelho, pelo que não puderam ser considerados. Quanto ao indicador (v) taxa de mortalidade por causas, foi apenas possível apurar o desdobramento por concelho para a taxa de mortalidade devido a doenças do aparelho respiratório, tendo sido esse o valor considerado.

O primeiro dado observado é o de que não existem desigualdades significativas entre os concelhos predominantemente rurais e os predominantemente urbanos e a existir alguma correlação entre a dimensão do concelho e os indicadores de saúde, ela demonstra que os melhores resultados estão do lado dos concelhos mais pequenos como verificado no gráfico 1, em que os concelhos se encontram alinhados da esquerda para a direita de acordo com a sua dimensão populacional (do menor para o maior).

Gráfico 1 - Indicadores de saúde



De resto, o melhor resultado foi obtido por Mação e Constância (185,00) dois dos concelhos com menor dimensão populacional da área de influência do CHMT. Este resultado é consequência dos bons indicadores nas diversas taxas de mortalidade analisadas.

Com o pior resultado surge o concelho de Entroncamento (85,70), o concelho com maior densidade populacional dos analisados nesta investigação e com valores bastante elevados no que diz respeito às “taxas de mortalidade por causas” e entre “um e quatro anos”.

Relativamente ao hospital que regista pior resultado na sua área de influência, este indicador recai sobre a área coberta pelo Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas, com um valor médio de 119,17 nos respetivos concelhos. O melhor resultado vai para o conjunto dos concelhos ligados ao Hospital Doutor Manoel Constâncio, em Abrantes. Apresenta-se no quadro 7 o resumos dos resultados.

Quadro 7 - Resultados dos indicadores de saúde

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	145,21	Valor máximo possível: 185,00 Valor mais baixo: 85,70 (Entroncamento) Valor mais alto: 185,00 (Mação e Constância) Mediana: 145,13 Média: 142,08 Desvio padrão: 34,06
	Ferreira do Zêzere	116,53	
	Tomar	134,63	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	98,04	
	Alcanena	90,55	
	Entroncamento	85,70	
	Golegã	172,36	
	V. N. da Barquinha	149,20	
Hospital Doutor Manoel Constâncio Abrantes	Vila de Rei	171,39	
	Mação	185,00	
	Sardoal	171,39	
	Constância	185,00	
	Abrantes	145,04	
	Gavião	174,30	
	Ponte de Sôr	136,19	

Indicadores Demográficos

O fato de se utilizarem indicadores demográficos para avaliar o estado de saúde de uma população é de que (e para lá da caracterização da própria população), existe uma relação entre fatores como o género ou a idade e a procura de cuidados de saúde. Para esta família de indicadores foi tido em conta: (i) taxa de mortalidade geral; (ii) taxa de fecundidade; (iii) população com mais de sessenta e cinco anos; (iv) população com menos de 15 anos e (v) relação homens/mulheres.

No que respeita à idade (Santana, 2001) refere mesmo que existem dois picos na procura de cuidados de saúde e que são eles até aos catorze anos e depois dos sessenta e cinco. No que respeita ao género, é referido por diversos autores que as mulheres tendem a consumir mais produtos/serviços de saúde, daí a importância de estarem presentes no MAESP.

Como resultado destes indicadores agregados, constata-se que o melhor resultado é alcançado pelo concelho do Entroncamento (127,60), sendo que há ainda mais dois concelhos com resultados bastante acima da média, Ourém (108,84) e Constância (109,74). Neste último caso destaca-se o facto deste concelho ser um dos menos populosos da população abrangida pelo CHMT, afastando a ideia que os melhores resultados se poderiam concentrar apenas em zonas mais urbanas. Contribui para este resultado, o facto dos concelhos referidos terem taxas de mortalidade geral baixas e da sua população se concentrar mais nas idades compreendidas entre os quinze e os sessenta e cinco anos.

Os resultados mais baixos surgem em Gavião (16,47) e Vila de Rei (18,19). Estes concelhos caracterizam-se por serem muito envelhecidos, em que no primeiro apresenta a taxa de 40,8% de população acima dos sessenta e cinco anos e o segundo regista uma taxa de 39,8%. Este indicador é o fator que mais contribui para os resultados menos positivos destes dois concelhos.

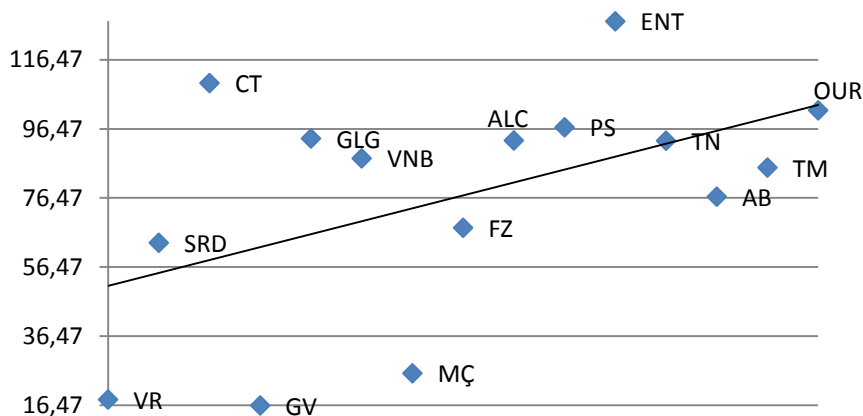
Relativamente ao hospital que obtém a melhor média na sua área de referência, surge em primeiro lugar o Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas (99,09), em segundo lugar o Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar (87,34) e com um resultado inferior à média geral, está o Hospital Doutor Manoel Constâncio, em Abrantes (58,22).

Quadro 8 - Resultado dos indicadores demográficos

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	101,84	Valor máximo possível: 140 Valor mais baixo: 16,47 (Gavião) Valor mais alto: 127,60 (Entroncamento) Mediana: 87,96 Média: 77,67 Desvio padrão: 33,84
	Ferreira do Zêzere	67,88	
	Tomar	85,30	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	93,05	
	Alcanena	93,13	
	Entroncamento	127,6	
	Golegã	93,71	
	V. N. da Barquinha	87,96	
Hospital Doutor Manoel Constâncio Abrantes	Vila de Rei	18,19	
	Mação	25,78	
	Sardoal	63,53	
	Constância	109,74	
	Abrantes	76,88	
	Gavião	16,47	
	Ponte de Sôr	96,94	

Os dados apresentam grande dispersão mas, como seria expetável, os concelhos com mais população apresentam melhores indicadores demográficos. No gráfico 2 apresentado, em que os concelhos estão dispostos do menos para o mais populoso, a linha de tendência mostra uma melhoria nestes indicadores à medida que a dimensão do concelho aumenta. Ainda assim, quer pela presença de valores atípicos, quer pela inclinação da própria linha de tendência, não se poderá afirmar a existência de correlação positiva.

Gráfico 2 - Indicadores demográficos



Indicadores de Oferta de Cuidados de Saúde

Apesar da oferta de cuidados de saúde não determinar, por si só, que a utilização é efetiva, ela apresenta-se como um fator relevante para o estado de saúde das populações. Para esta família de indicadores, são considerados: (i) médicos especialistas; (ii) clínicos gerais nos CSP; (iii) médicos de saúde pública nos CSP; (iv) enfermeiros nos CSP; (v) camas hospitalares; (vi) camas nos CSP; (vii) farmácias; (viii) laboratórios privados de análises clínicas; (ix) equipamentos privados de radiologia; (x) acessibilidade aos CSP; (xi) acessibilidade aos hospitais; (xii) acessibilidade a outros serviços de saúde e (xiii) investimento em saúde.

Dos indicadores referidos, não foi possível encontrar no desdobramento pretendido, os indicadores iii, xii e xiii, como tal não puderam ser considerados para a presente investigação. Para o indicador (x) acessibilidade aos CSP, foi considerada uma estimativa da distância tendo em conta a área de cada concelho e o número de unidades ou extensões de CSP aí existentes, partindo do pressuposto de uma distribuição geográfica ótima destas unidades. Para o indicador (v) camas hospitalares, o desdobramento foi efetuado por hospital de referência.

De realçar também o facto de, para alguns indicadores, existirem condicionantes legais de instalação, como no caso das farmácias ou ainda pelo facto do SNS atribuir a cada

concelho, pelo menos, um centro de saúde independentemente da sua dimensão, alguns rácios irão resultar em favor dos concelhos mais pequenos.

O Quadro 9 mostra uma grande dispersão de valores, sendo o concelho melhor posicionado o de Constância (108,93) e o pior classificado Ferreira do Zêzere (46,05). Para os resultados positivos do concelho de Constância, contribuíram bastante os rácios de clínicos gerais e de enfermeiros de que este concelho dispõe nos seus CSP e também o facto de ser o Hospital Doutor Manoel Constâncio, em Abrantes, aquele que apresenta o melhor valor de camas hospitalares para a população da sua área de influência. Para os resultados negativos de Ferreira do Zêzere, contribuíram o baixo número de enfermeiros e de clínicos gerais dos CSP, por habitante.

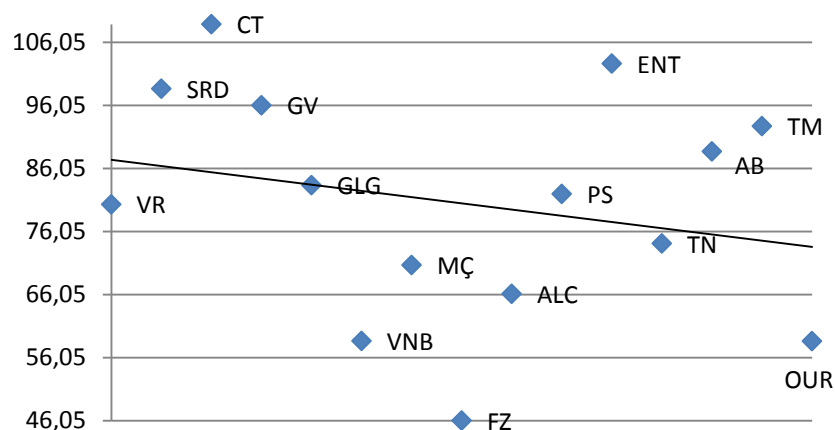
O hospital que abrange os concelhos com uma melhor média para estes indicadores é o Hospital Doutor Manoel Constâncio, em Abrantes, com uma média de 89,35 e a pior média encontra-se no conjunto de concelhos que se encontram sob a influência do Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar, com uma média de 65,82.

Quadro 9 - Resultado dos indicadores de oferta de cuidados de saúde

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	58,65	Valor máximo possível: 174 Valor mais baixo: 46,05 (Ferreira do Zêzere) Valor mais alto: 108,93 (Constância) Mediana: 82,00 Média: 80,53 Desvio padrão: 18,10
	Ferreira do Zêzere	46,05	
	Tomar	92,76	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	74,14	
	Alcanena	66,15	
	Entroncamento	102,68	
	Golegã	83,39	
	V. N. da Barquinha	58,68	
Hospital Doutor Manoel Constâncio Abrantes	Vila de Rei	80,34	
	Mação	70,72	
	Sardoal	98,69	
	Constância	108,93	
	Abrantes	88,74	
	Gavião	96,06	
	Ponte de Sôr	82,00	

O gráfico 3 é também demonstrativo da dispersão dos valores, mostrando ainda que não existirá correlação entre a dimensão populacional dos concelhos e maior oferta de cuidados de saúde, ainda que a linha de tendência apresente uma trajetória ligeiramente descendente dos concelhos mais pequenos para os maiores.

Gráfico 3 - Indicadores de oferta de cuidados de saúde



Indicadores de Utilização dos Serviços de Saúde

O conjunto de fatores que condiciona a oferta dos serviços de saúde é grande e prende-se com duas questões fundamentais: a oferta dos serviços e as características dos “consumidores” desses serviços. Para esta família de indicadores, são apresentados os seguintes elementos: (i) consultas dos CSP; (ii) consultas de saúde materna (obstetrícia); (iii) consultas de saúde infantil (juvenil e pediátrica); (iv) consultas de planeamento familiar; (v) doentes saídos de internamento em CSP; (vi) dias de internamento em CSP; (vii) consultas hospitalares; (viii) urgências; (ix) doentes saídos de internamento hospitalar; (x) dias de internamento hospitalar; (xi) embalagens de medicamentos consumidas; (xii) meios complementares de diagnóstico e terapêutica gastos e (xiii) gastos públicos do SNS.

Por não se ter conseguido o desdobramento por concelho dos indicadores ix, xi, xii e xiii, não foram considerados para o presente estudo. Relativamente aos indicadores v e vi não foram atribuídos valores por não existir capacidade de internamento dos CSP da área de estudo abrangida.

O Quadro 10 mostra uma grande dispersão de valores, sendo os concelhos melhor posicionados o de Gavião (120,42) e da Golegã (105,13) e o pior classificado Torres Novas (18,19). Para os resultados positivos dos concelhos de Gavião e Golegã, contribuíram bastante o elevado número de consultas em CSP e de consultas de planeamento familiar, demonstrando neste concelho uma atenção particular para este tipo de cuidados. Estes dois concelhos revelam uma forte utilização dos CSP, demonstrando dinâmicas locais interessantes nos mais diversos tipos de consultas nas suas unidades de CSP.

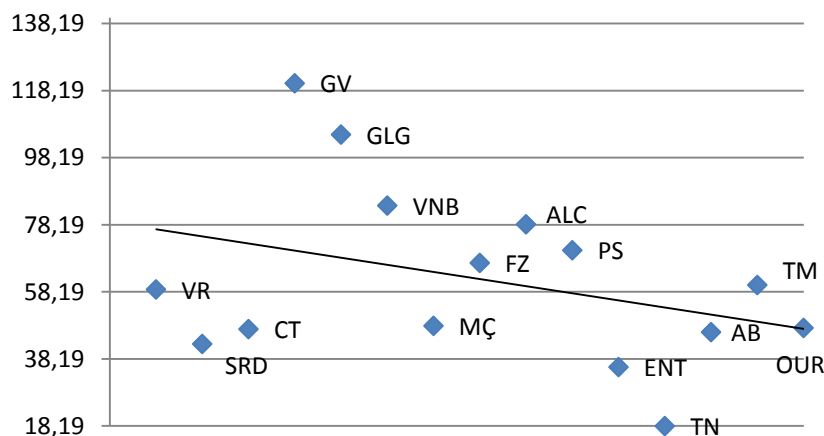
Para os resultados negativos de Torres Novas, contribuíram a baixa utilização de serviços relacionados com os cuidados primários, que compreende os seis primeiros indicadores desta família, atingindo este concelho as mais baixas taxas em quase todos eles.

Apesar do resultado negativo do concelho de Torres Novas, o hospital cuja área de influência apresenta melhores resultados médios é precisamente o Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas com uma média de 64,29, tendo o pior resultado a área geográfica do Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar, com uma média nos respetivos concelhos de 58,19.

Quadro 10 - Resultado dos indicadores de utilização dos serviços de saúde

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	47,46	Valor máximo possível: 148 Valor mais baixo: 18,19 (Torres Novas) Valor mais alto: 120,42 (Gavião) Mediana: 58,94 Média: 62,01 Desvio padrão: 26,71
	Ferreira do Zêzere	66,85	
	Tomar	60,26	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	18,19	
	Alcanena	78,37	
	Entroncamento	35,80	
	Golegã	105,13	
	V. N. da Barquinha	83,96	
Hospital Doutor Manoel Constância Abrantes	Vila de Rei	58,94	
	Mação	48,08	
	Sardoal	42,68	
	Constância	47,11	
	Abrantes	46,21	
	Gavião	120,42	
	Ponte de Sôr	70,63	

No gráfico 4 pode-se verificar que a dispersão dos valores obtidos é grande e quando alinhados do concelho menos populoso para o mais populoso, verifica-se uma ligeira tendência na diminuição de utilização dos serviços de saúde, o que poderá ser encarado como favorável para os concelhos predominantemente rurais, mas que é também reflexo das maiores necessidades destas populações em termos da utilização dos serviços de saúde. Ainda assim, do ponto de vista estatístico não é possível afirmar uma correlação entre estes dois fatores.

Gráfico 4 - Utilização dos Serviços de Saúde

Indicadores Sociais

A inclusão destes indicadores permite aferir condições económicas e sociais em que as populações estudadas se encontram. Este conjunto de indicadores procura trazer informação ao modelo que se prende com a relação existente entre os níveis de escolaridade e infraestruturas e a saúde, sendo eles: (i) taxa de analfabetismos; (ii) população com mais de quatro anos de escolaridade; (iii) alojamentos com água; (iv) alojamentos com eletricidade e (v) telefones residenciais por habitante.

Relativamente ao indicador (iv) alojamentos com eletricidade, não foi possível recolher dados pois a questão sobre eletricidade nos alojamentos deixou de constar nos Censos 2011. Nessa medida e considerando-se a existência de uma variabilidade mínima neste indicador, assumiu-se a utilidade máxima (100) para todos os concelhos analisados.

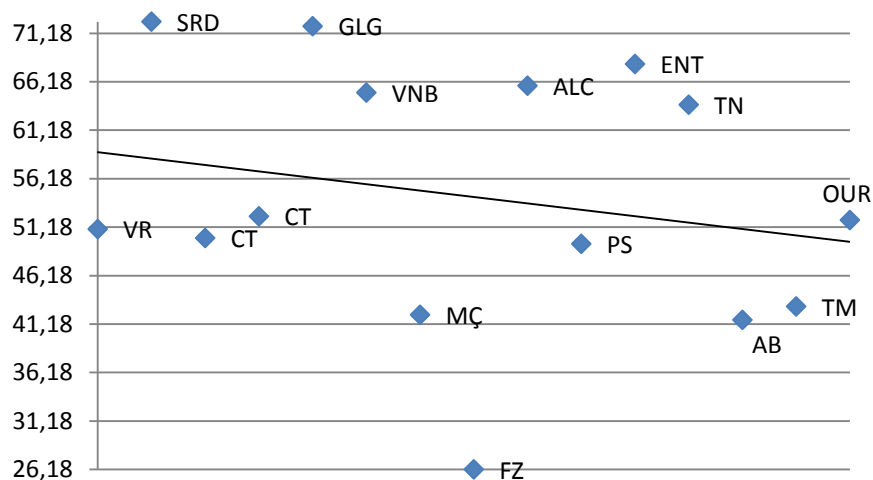
Os resultados obtidos e analisados no gráfico 5, indicam uma maior homogeneização neste conjunto de indicadores do que noutros, esbatendo-se as assimetrias entre concelhos. Verifica-se também que as assimetrias identificadas não se prendem com a dimensão dos lugares, o que afasta a relação direta entre melhores indicadores sociais e zonas mais urbanas.

Os resultados mais favoráveis encontram-se nos concelhos de Sardoal (72,37) e Golegã (71,90), contribuindo em grande parte para este resultado, os indicadores relacionados com escolaridade. No polo oposto, surgem os concelhos de Ferreira do Zêzere (26,18) e Abrantes (41,60), precisamente por terem associados altos índices de analfabetismo, no primeiro caso, e uma das mais baixas taxas de alojamentos com água canalizada, no segundo.

Relativamente ao hospital que abarca a população com piores indicadores sociais, é identificado o Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar, com a média de 40,36 nos seus concelhos e os melhores indicadores sociais apontam para o conjunto de concelhos abrangidos pelo Hospital Rainha Santa Isabel, de Torres Novas.

Quadro 11 - Resultado dos indicadores sociais

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	51,9	Valor máximo possível: 90 Valor mais baixo: 26,18 (Ferreira do Zêzere) Valor mais alto: 72,37 (Sardoal) Mediana: 51,63 Média: 54,47 Desvio padrão: 13,72
	Ferreira do Zêzere	26,18	
	Tomar	42,99	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	63,80	
	Alcanena	65,76	
	Entroncamento	68,00	
	Golegã	71,90	
	V. N. da Barquinha	65,05	
Hospital Doutor Manoel Constâncio Abrantes	Vila de Rei	50,97	
	Mação	42,13	
	Sardoal	72,37	
	Constância	50,05	
	Abrantes	41,60	
	Gavião	52,29	
	Ponte de Sôr	49,45	

Gráfico 5 - Indicadores sociais

Indicadores Económicos

Este conjunto é composto por quatro indicadores que pretendem medir o desenvolvimento económico dos concelhos: (i) população ativa no setor primário e (ii) secundário; (iii) taxa de desemprego e (iv) índice de poder de compra. Esta família de indicadores é considerada importante para o estado de saúde das populações na medida em que existe uma correlação positiva entre o estado de saúde e o desenvolvimento económico (Santana, 2001). Esta correlação existe sob a forma direta, pois maior capacidade económica confere maior poder de compra de serviços e produtos de saúde, e também de forma indireta, por estar associado a melhores condições de habitabilidade ou maior instrução.

Dos resultados obtidos (Quadro 12), é possível chegar a uma conclusão imediata que é a de que (e tendo em conta tanto o desvio padrão como a amplitude dos valores) existe uma grande heterogeneidade nas condições económicas dos concelhos estudados. De resto, dos quinze concelhos deste estudo, nove apresentam resultados abaixo da média (39,11), o que pode ser interpretado como a existência de grandes disparidades de valores. Esta variação ocorre sobretudo entre concelhos de pequena

dimensão (com menor poder económico) e os de grande dimensão (com maior poder económico).

Pela positiva destacam-se os concelhos do Entroncamento (77,00) e de Torres Novas (61,61), sendo o grande responsável por este resultado o índice de poder de compra que cada um deles apresenta e também o facto de possuírem taxas de desemprego baixas, relativamente aos restantes concelhos do estudo.

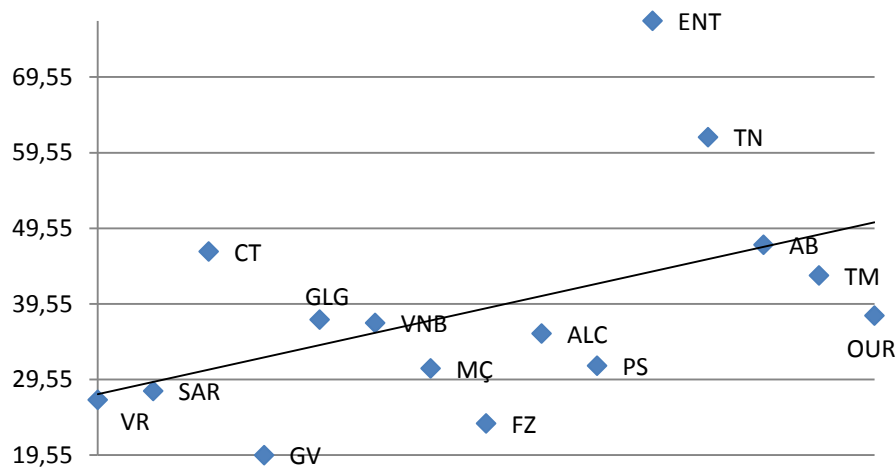
No polo oposto aparecem os concelhos de Gavião (13,73) e de Ferreira do Zêzere (23,75) que têm em comum um baixo índice de poder de compra. No caso de Ferreira do Zêzere existe uma grande taxa da sua população ativa afeta ao setor secundário (que é associado a riscos laborais e a morbilidade e por isso tem uma ponderação importante para o estudo) e no caso de Gavião existe a taxa de desemprego mais elevada dos concelhos analisados.

Quadro 12 - Resultado dos indicadores económicos

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Estatísticas
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	38,01	Valor máximo possível: 80 Valor mais baixo: 19,55 (Gavião) Valor mais alto: 77,00 (Entroncamento) Mediana: 36,56 Média: 39,11 Desvio padrão: 15,48
	Ferreira do Zêzere	23,75	
	Tomar	43,32	
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	61,61	
	Alcanena	35,64	
	Entroncamento	77,00	
	Golegã	37,48	
	V. N. da Barquinha	37,04	
Hospital Doutor Manoel Constâncio Abrantes	Vila de Rei	26,87	
	Mação	31,03	
	Sardoal	28,04	
	Constância	46,49	
	Abrantes	47,38	
	Gavião	19,55	
	Ponte de Sôr	31,38	

A heterogeneidade identificada está patente no gráfico 6 e se considerarmos a dimensão populacional e os melhores resultados para os indicadores económicos, observa-se alguma correlação através da linha de tendência e da sua trajetória ligeiramente ascendente.

Gráfico 6 - Indicadores económicos



Resultados Gerais do Estado de Saúde

A partir dos indicadores já expostos, foi obtido o resultado final, ou seja, o estado de saúde da população da área de influência do CHMT. Para o MAESP, o valor máximo atingível é de 1000 “utilidades”, no entanto na presente investigação e por não se terem obtido alguns indicadores com o desdobramento necessário, o que levou à sua exclusão, os concelhos teriam como resultado ideal 817 “utilidades”.

Desta forma, para além de comparações entre concelhos, quer por famílias de indicadores ou através dos resultados finais, é ainda possível comparar o resultado que cada concelho atingiu com aquele que seria o ideal.

Observando o quadro 12, verifica-se que o concelho onde o estado de saúde da população revela melhores resultados, é o da Golegã. Este concelho atingiu tal lugar

por ter revelado valores médios elevados em cada uma das famílias de indicadores. No entanto, e analisadas as famílias isoladamente, verifica-se que nunca atingiu o primeiro lugar em cada uma das famílias. Este dado revela equilíbrio entre os diversos indicadores que compõem o estudo. Se comparado com aquilo que seria o resultado ideal, a Golegã atingiria um valor relativo que se aproximaria dos 70%.

Em segundo e terceiro lugar surgem os concelhos de Constância e Entroncamento, com valores relativos de 67% e 61%, respetivamente. Relativamente a Constância, os resultados devem-se, em boa parte, ao desempenho nas famílias de indicadores “indicadores de saúde” e “oferta de cuidados de saúde”, onde este concelho atingiu o primeiro lugar. O Entroncamento apresenta um bom desempenho geral, mas um desempenho irregular se analisarmos família a família de indicadores. Este concelho é o que apresenta melhores valores nos “indicadores económicos” e nos “indicadores demográficos”, no entanto é o concelho que apresenta valores mais baixos nos “indicadores de saúde”, que se trata da família de indicadores com maior peso neste modelo.

Quadro 13- Resultados Gerais do Estado de Saúde

Posição	Concelho	Grupos de Indicadores						Resultado Geral	% face ao Ideal de pontuação
		I	II	III	IV	V	VI		
1	Golegã	172,36	93,71	83,39	105,13	71,90	37,48	563,97	69,03%
2	Constância	185,00	109,74	108,93	47,11	50,05	46,49	547,32	66,99%
3	Entroncamento	85,70	127,60	102,68	35,80	68,00	77,00	496,78	60,81%
4	V. N. da Barquinha	149,20	87,96	58,68	83,96	65,05	37,04	481,89	58,98%
5	Gavião	174,30	16,47	96,06	120,42	52,29	19,55	479,09	58,64%
6	Sardoal	171,39	63,53	98,69	42,68	72,37	28,04	476,70	58,35%
7	Ponte de Sôr	136,19	96,94	82,00	70,63	49,45	31,38	466,59	57,11%
8	Tomar	134,63	85,30	92,76	60,26	42,99	43,32	459,26	56,21%
9	Abrantes	145,04	76,88	88,74	46,21	41,60	47,38	445,85	54,57%
10	Ourém	145,21	101,84	58,65	47,46	51,90	38,01	443,07	54,23%
11	Alcanena	90,55	93,13	66,15	78,37	65,76	35,64	429,60	52,58%
12	Torres Novas	98,04	93,05	74,14	18,19	63,80	61,61	408,83	50,04%
13	Vila de Rei	171,39	18,19	80,34	58,94	50,97	26,87	406,70	49,78%
14	Mação	185,00	25,78	70,72	48,08	42,13	31,03	402,74	49,29%
15	Ferreira do Zêzere	116,53	67,88	46,05	66,85	26,18	23,75	347,24	42,50%

Um dado relevante observado nesta investigação, é o de não surgir nos primeiros lugares, nenhum dos concelhos sede do hospital de referência. Torres Novas (408,83) e Abrantes (445,85), apresentam mesmo resultados abaixo da média (457,04), já Tomar, apresenta resultados ligeiramente acima da média (459,26), mas na oitava posição geral. Estes resultados podem ser explicados pelo facto do modelo dar grande importância aos cuidados de saúde primários (oferta e utilização), indicadores que potenciam o desempenho dos concelhos de menor dimensão.

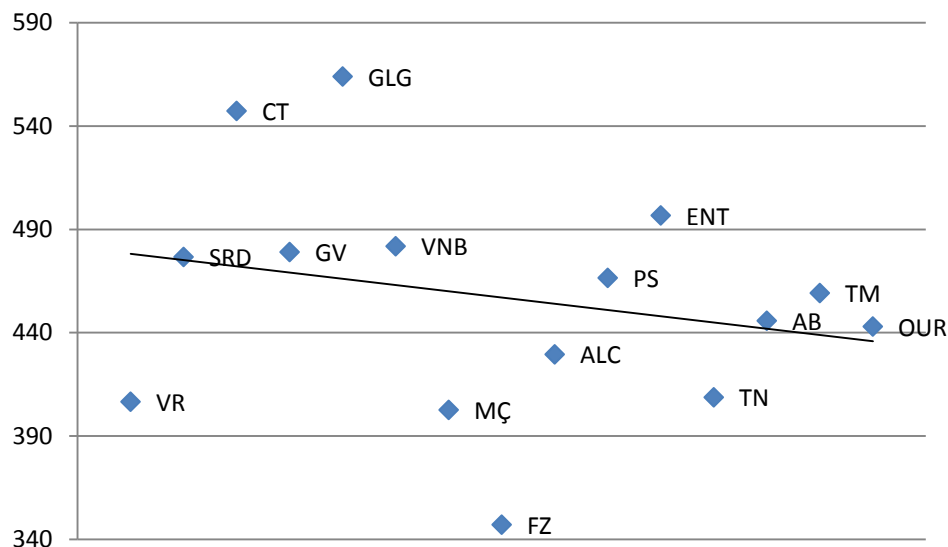
Como concelhos onde o estado de saúde apresenta valores mais baixos, ressalta Ferreira do Zêzere (347,24) em último lugar, antecedendo-lhe Mação (402,74) e Vila de Rei (406,70). Relativamente ao estado de saúde ideal para o modelo, estes concelhos apresentam, todos eles, valores abaixo dos 50%, o que deve ser entendido como preocupante.

O concelho de Ferreira do Zêzere apresenta os piores valores, nos “indicadores sociais” de onde ressalta um dado curioso, que é o facto deste concelho ter uma das mais baixas taxas de desemprego dos analisados e simultaneamente ter um dos mais baixos índices de poder de compra, o que pode significar que a economia local assenta em grande parte em trabalho não especializado e mal remunerado. Apresenta também o valor mais baixo na família de “indicadores de oferta de cuidados de saúde”.

Já para Mação, o facto de ter os melhores valores na família de “indicadores de saúde”, não é suficiente para afastar este concelho dos últimos lugares, pois apresenta valores baixos nas restantes famílias de indicadores.

Ao contrário de outros estudos, o resultado obtido não permite associar piores estados de saúde com os concelhos predominantemente rurais. De acordo com o gráfico 7, onde os concelhos surgem alinhados da esquerda para a direita de acordo com a sua dimensão, pode-se mesmo verificar uma pequena tendência de diminuição do estado de saúde das populações.

Gráfico 7 - Resultados gerais



Relativamente ao hospital cuja área de influência apresenta melhores resultados em saúde, é o Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas. Ao Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar, corresponde o resultado menos positivo quando agregado por hospital de referência.

Quadro 14 - Resultados por hospital

Hospital de Referência	Concelho	Resultado	Média por Hospital
Hospital Rainha Santa Isabel Torres Novas	Torres Novas	408,83	476,21
	Alcanena	429,6	
	Entroncamento	496,78	
	Golegã	563,97	
	V. N. da Barquinha	481,89	
Hospital Doutor Manoel Constância Abrantes	Vila de Rei	406,7	460,71
	Mação	402,74	
	Sardoal	476,7	
	Constância	547,32	
	Abrantes	445,85	
	Gavião	479,09	
	Ponte de Sôr	466,59	
Hospital Nossa Senhora da Graça Tomar	Ourém	443,07	416,52
	Ferreira do Zêzere	347,24	
	Tomar	459,26	

Quadro de médias entre urbanos e rurais

Quando agrupados por concelhos tendencialmente urbanos ou rurais, verifica-se não existir uma diferença significativa nas médias. Apesar dos concelhos tendencialmente rurais obterem melhores valores que os tendencialmente urbanos, essa diferença não é tal, que permita dizer que existe um melhor desempenho dos concelhos tendencialmente rurais.

Quadro 15 - Resultados por concelhos urbanos/rurais

Posição	Rural / Urbano	Concelho	Resultado Geral	Média
1	Rural	Golegã	563,97	463,21
2		Constância	547,32	
4		V. N. da Barquinha	481,89	
5		Gavião	479,09	
6		Sardoal	476,7	
13		Vila de Rei	406,7	
14		Mação	402,74	
15		Ferreira do Zêzere	347,24	
3	Urbano	Entroncamento	496,78	450,00
7		Ponte de Sôr	466,59	
8		Tomar	459,26	
9		Abrantes	445,85	
10		Ourém	443,07	
11		Alcanena	429,6	
12		Torres Novas	408,83	

3.3 - Percepção da Saúde – Aplicação do questionário de SF-36v2

Como já referido nesta investigação, a saúde auto percebida constitui-se como mais uma ferramenta de avaliação do estado de saúde das populações. Este tipo de avaliação vem ainda trazer uma maior compreensão de dimensões da saúde que com outras ferramentas fica fora de análise, como o que diz respeito a medidas de bem-estar, de desempenho e de funcionalidade.

Nesse sentido, este capítulo tratará de aferir qual a percepção que a população abrangida pelo CHMT tem da sua saúde, utilizando para tal o questionário de estado de saúde SF-36v2 cujas grandes vantagens de utilização se prendem com um entendimento mais lato do que é a saúde e também por possibilitar a sua aplicação sem restrição, género, estados de saúde ou outros e a idades superiores a catorze.

3.3.1 – Caracterização do Modelo

Sendo o SF-36 um instrumento que tem como objetivo avaliar o estado de saúde num sentido lato, este instrumento de medição organiza-se em oito dimensões consideradas importantes para dar resposta a isso mesmo: (i) função física; (ii) desempenho físico; (iii) dor corporal; (iv) saúde geral; (v) vitalidade; (vi) função social; (vii) desempenho emocional e (viii) saúde mental. É ainda considerado uma outra dimensão, a mudança de saúde, mas não é considerado como um conceito de saúde. Todas as dimensões estão expressas numa escala de 0 a 100, correspondendo, respetivamente, à pior e melhor percepção do estado de saúde. Estas dimensões estão desdobradas em trinta e seis itens, medidas em escalas do tipo *Likert*.

Para utilização do questionário SF-36, foi solicitada autorização ao Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde, da Universidade de Coimbra (anexo 3). No quadro 14, é apresentado sucintamente o seu modo de funcionamento.

Quadro 16 - Apresentação do SF 36

Funções	Importância das funções	Teor dos itens	Escala de pontuação
Função Física (FF)	Pretende medir as limitações para executar algumas atividades físicas.	Atividades violentas Atividades moderadas Levantar ou pegar nas compras de mercearia Subir um lance de escadas Subir vários lances de escadas Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se Andar mais de 1 km Andar vários quarteirões ou grupos de casas Andar um quarteirão ou um grupo de casas Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)	de 1 a 3
Desempenho Físico (DF)	Mede a limitação na saúde ao nível do tipo e quantidade de trabalho	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades Fez menos do que o que queria Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras atividades Dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades diárias	de 1 a 5
Dor Física (DR)	Refere-se à intensidade e desconforto gerados pela dor	Intensidade das dores Interferência da dor no trabalho normal	de 1 a 5
Saúde Geral (SG)	Pretende medir o entendimento holístico da percepção de saúde	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca Parece que adoço mais facilmente do que os outros Sou tão saudável como qualquer outra pessoa Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar A minha saúde é ótima	de 1 a 5
Vitalidade (VT)	Analisa os níveis de energia/fadiga percecionados	Cheio/a de vitalidade Com muita energia Sentiu-se estafado/a Sentiu-se cansado/a	de 1 a 5
Função Social (FS)	Pretende avaliar qualitativa e quantitativamente as atividades sociais	Interferência dos problemas de saúde nas atividades sociais N.º de casos em que a saúde física interferiu nas atividades sociais	de 1 a 5
Desempenho Emocional (DE)	Pretende avaliar a como o estado emocional interfere com atividades quotidianas	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades Fez menos do que queria Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume	de 1 a 5
Saúde Mental (SM)	Analisa questões referentes a dimensões importantes da saúde mental	Sentiu-se muito nervoso/a Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava Sentiu-se calmo/a e tranquilo Sentiu-se triste e em baixo Sentiu-se feliz	de 1 a 5

Questão final

Mudança de Saúde (MS)	Pretende uma análise temporal à percepção de saúde, relativamente há um ano atrás	Saúde atual comparada com o que acontecia há um ano	de 1 a 5
-----------------------	---	---	----------

Fonte: do autor a partir de (Ferreira P. L., 1998)

3.3.2 - Metodologia

Após autorização para a aplicação do MOS SF-36v2, foi elaborada folha de rosto ao questionário por forma a recolher alguns dados sociodemográficos. A recolha decorreu entre os meses de junho e setembro de 2013 e em que, nos concelhos de origem, foi solicitado a pessoas escolhidas, aleatoriamente, a colaboração no preenchimento do questionário. Na esmagadora maioria dos casos, o questionário foi preenchido pelos participantes no estudo, noutros (e por dificuldades várias) foram auxiliados pelo investigador na leitura das perguntas e no registo das respostas, salvaguardando sempre a imparcialidade. Quer uma, quer outra metodologia, encontram-se previstas pelos responsáveis pelo estudo (Ferreira & Santana, 2003).

Os dados foram recolhidos em domicílios particulares, instituições públicas, IPSS's ou em estabelecimentos comerciais, tendo sempre em conta que a representatividade por concelho da amostra fosse o mais fiel possível da população em estudo.

Após a recolha de dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processada pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences- versão 21), seguindo os passos: (i) introdução dos dados; (ii) validação da base de dados; (iii) transformação de valores e cálculo das dimensões sumário; (iv) análise dos dados.

Depois de registada a informação recolhida, os dados foram sujeitos a validação, para despistar codificações incorretas ou outras inconsistências. Posteriormente, foram determinadas as oito dimensões, conforme descrito em (Ferreira P. L. 1998).

Aplicou-se uma análise fatorial exploratória com extração de um único fator, com o objetivo de construir uma dimensão sumário geral, que designámos por “percepção geral”. Testou-se a esfericidade através do teste de Bartlett e verificado a adequação desta técnica pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um valor- $p < 0,001$, pelo que concluímos que as variáveis estão

correlacionadas. O valor observado de $KMO=0,88$ permitiu concluir que a recomendação face a uma análise fatorial exploratória é boa.

Os *scores* obtidos para a dimensão “Percepção Geral” (PG) foram utilizados como pesos para encontrar uma expressão que permitisse calcular, para cada indivíduo, o valor da dimensão, que pode assumir uma escala entre 0 e 129,8. A expressão obtida foi:

$$PG=0,134FF+0,165DF+0,153DC+0,150SG+0,182VT+0,175FS+0,167DE+0,172SM$$

A análise levada a cabo começou com uma breve caracterização da amostra, seguindo-se a análise da percepção da qualidade de vida no que respeita à saúde foi feita com base nestas nove dimensões. Os resultados obtidos são apresentados inicialmente de uma forma global através do cálculo de algumas medidas de estatística descritiva (média e desvio-padrão) e em seguida apresenta-se uma análise por dimensões em relação às variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade e situação profissional). Para além do seu sumário (média e desvio-padrão) foram utilizados testes estatísticos com objetivo de avaliar as discrepâncias entre os diferentes níveis das variáveis em estudo.

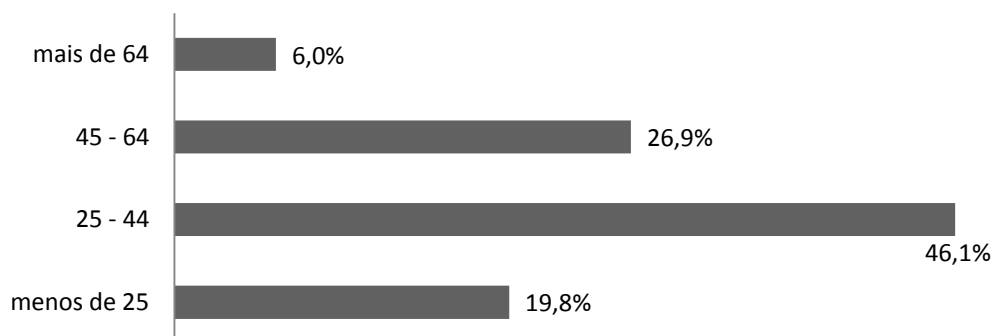
Foram aplicados testes de hipóteses baseados em métodos não-paramétricos, uma vez que os valores referentes aos domínios do SF-362v não apresentaram distribuição Normal (comprovou-se a não normalidade dos dados pelos teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk , no caso de subamostras de dimensão inferior a 30). Utilizaram-se os testes U de Mann Whitney (para comparações de 2 grupos) e Kruskal-Wallis (para comparações de 3 ou mais grupos). Aquando a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, sempre que este indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas, aplicou-se o teste de comparações múltiplas não paramétrico de Dunn para inferir sobre quais as subamostras que diferiam entre si.

Nesta análise, o nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de 5%. Assim foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valor-p inferior ao nível de significância considerado.

3.3.3 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A aplicação do questionário SF-36v2 foi realizada a 334 indivíduos, residentes na área abrangida pelo presente estudo, com idades compreendidas entre os 14 e os 89 anos e cuja média de idade é de 39 anos. A distribuição da amostra por grupos etários é a seguinte:

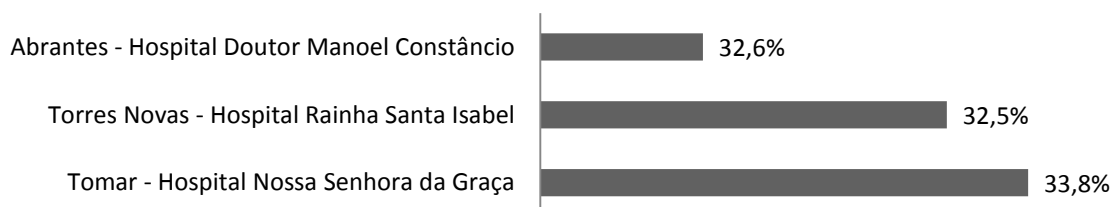
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por grupos etários



Quanto ao género dos inquiridos, observa-se que 192 (57,5%) pertencem ao género feminino e 142 (42,5%) são do género masculino.

Na distribuição da amostra pelos hospitais de referência, procurou-se que esta fosse o mais próximo da realidade em relação ao número de habitantes que cada um deles serve, tendo-se obtido os seguintes valores:

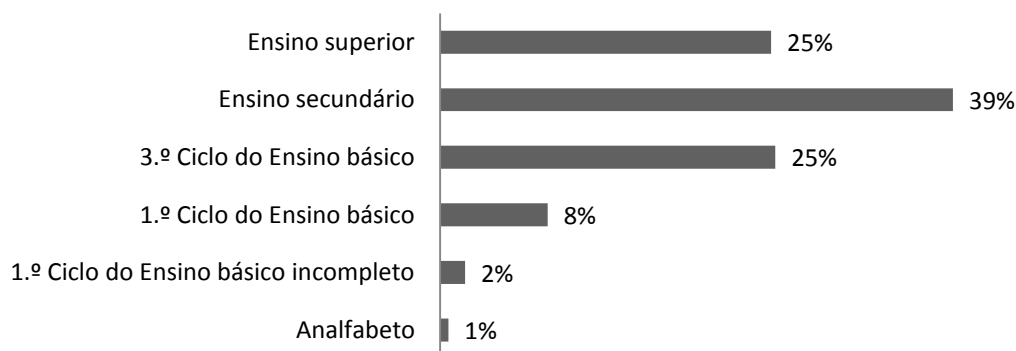
Gráfico 9 - Distribuição da amostra por hospital de referência



De uma primeira distribuição da amostra por nível de instrução (gráfico 10), verificou-se que a classe com maior frequência é a dos que possui o ensino secundário

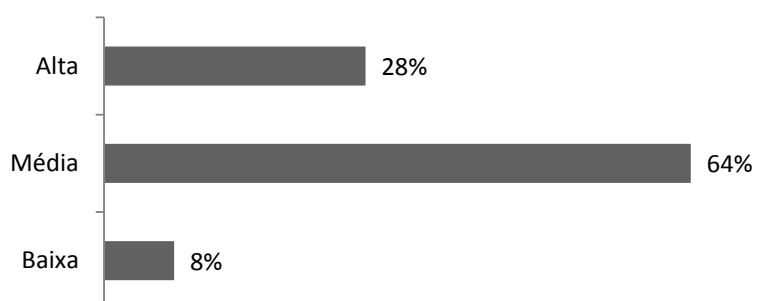
completo, com 124 indivíduos. De referir que apenas 11% da amostra tem escolaridade inferior ao primeiro ciclo do ensino básico.

Gráfico 10 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade (1)



No entanto, e devido à existência de poucos indivíduos nas classes com menor escolaridade, houve necessidade de reagrupar a amostra de acordo com os seguintes níveis de escolaridade:

Gráfico 11 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade (2)



À escolaridade baixa correspondem os indivíduos sem escolaridade ou com escolaridade até ao quarto ano do primeiro ciclo do ensino básico, à escolaridade média correspondem os indivíduos com escolaridade entre o quarto ano do primeiro ciclo do ensino básico e o décimo segundo anos e com escolaridade alta são classificados os indivíduos com ensino superior.

Para análise da situação profissional, numa primeira fase ainda se pensou em estratificar mais a amostra, no entanto verificou-se que existia uma grande parte de indivíduos afetos ao setor terciário e optou-se por uma estratificação simples entre ativos e não ativos, em que à primeira categoria correspondem 25,2% dos indivíduos e à segunda, corresponde a percentagem de 74,8%.

Para a distribuição geográfica, optou-se por dois tipos de leituras: (i) dos concelhos predominantemente rurais, cuja população não ultrapassa os 10 000 habitantes e predominantemente urbanos para os que ultrapassam esse número e (ii) por áreas urbanas e rurais, cuja diferenciação decorre da dimensão dos aglomerados populacionais terem mais ou menos 2 000 habitantes. A distribuição é feita de acordo com os gráficos 12 e 13.

Gráfico 12 - Distribuição da amostra por concelhos urbanos/rurais

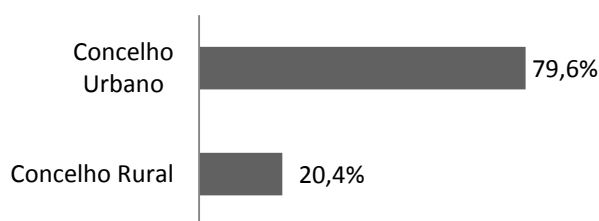
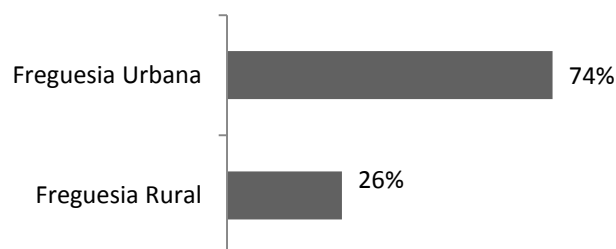


Gráfico 13 - Distribuição da amostra por freguesias urbanas/rurais



3.3.4 - Análise e Discussão dos Resultados

Dos resultados gerais obtidos, verificou-se que, excetuando a dimensão com a média mais elevada é a “função física” e a que obteve a média mais baixa é a “vitalidade”. A que obteve uma maior variabilidade de respostas foi a “dor corporal” com um desvio padrão de 24,77.

		Função Física	Desemp. Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desemp. Emocional	Saúde Mental	Percepção Geral
N	Válidos	322,00	322,00	328,00	329,00	324,00	326,00	325,00	328,00	298,00
	Em falta	12,00	12,00	6,00	5,00	10,00	8,00	9,00	6,00	36,00
Média		95,00	87,50	72,00	67,00	60,00	87,50	91,67	68,00	100,14
DP		19,77	21,52	24,77	19,50	15,23	21,91	22,08	15,67	19,75
Mínimo		0,00	0,00	0,00	5,00	10,00	0,00	0,00	8,00	4,70
Máximo		100,00	100,00	100,00	100,00	90,00	100,00	100,00	88,00	125,92
Percentis	25	80,00	68,75	51,00	5,35	50,00	62,50	66,67	52,00	83,51
	50	95,00	87,50	72,00	67,00	60,00	87,50	91,67	68,00	100,14
	75	100,00	100,00	84,00	77,00	70,00	100,00	100,00	76,00	109,61

Procede-se agora a uma análise por características sociodemográficas.

Análise à percepção da saúde por género

Da revisão da literatura levada a cabo nesta investigação, foi já afirmado que o género é um dos determinantes da saúde, pela simples razão de que há estados de doença mais associados a um ou a outro género.

Na tabela 1, pode-se verificar que apenas na função “dor corporal” e “vitalidade” o género masculino apresenta melhores índices que o feminino. As funções onde os valores apresentam maior distanciamento são: (i) na “função física” onde o género feminino apresenta melhores valores e (ii) na “dor corporal” onde os homens revelam melhores resultados. No entanto, e aplicando o teste U de Mann-Witney para um nível de significância de 0,05, não se verifica evidência estatística de que a média seja diferente entre géneros para nenhuma das funções.

Tabela 1 - Análise à percepção da saúde por género

Função	Feminino		Masculino		Valor p (0,05)
	Média	DP	Média	DP	Teste U Mann-Whitney
Função Física	88,98	15,37	83,67	24,32	0,574
Desempenho Físico	82,75	19,44	79,74	23,42	0,221
Dor Corporal	66,98	24,65	71,87	24,58	0,079
Saúde Geral	67,03	19,33	63,84	19,23	0,084
Vitalidade	60	15,46	60,43	15,09	0,530
Função Social	79,79	21,05	78,52	22,35	0,620
Desempenho Emocional	82,62	20,45	78,06	24,12	0,060
Saúde Mental	65,74	14,3	65,63	16,28	>0,999
Percepção Geral	96,2	19,07	97,92	21,28	0,596

Quando analisada a percepção geral, verifica-se que os valores apresentados pelo género masculino são ligeiramente superiores, no entanto, também para esta situação não se pode afirmar que exista evidência estatística de que os homens apresentem uma melhor percepção do seu estado de saúde em relação às mulheres.

Análise à percepção da saúde por idade

Para analisar a percepção de saúde em função da idade, foram criados quatro grupos etários: (i) menos de 25 anos; (ii) entre 25 e 44 anos; (iii) dos 45 aos 64 anos e (iv) para os indivíduos com mais de 64 anos.

Para estabelecer se as diferenças entre as médias dos grupos etários é ou não significativa do ponto de vista estatístico, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 2 - Análise à percepção da saúde por idade

Função	Menos de 25		25-44		45-64		Mais de 64		Valor p (0,05)
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Teste Kruskal-Wallis
Função Física	91,04	14	91,27	17,09	84,04	17,71	53,75	29,86	<0,001
Desempenho Físico	82,94	16,96	84,24	19,52	79,71	24,45	58,98	26,32	<0,001
Dor Corporal	71,71	20,19	72,13	24,14	65,73	23,36	51,5	29,89	0,003
Saúde Geral	69,15	15,81	69,38	18,31	60,48	20,57	46,25	21,13	<0,001
Vitalidade	59,29	13,04	61,9	15,17	60	16,35	50,94	20,02	0,780
Função Social	77,98	20,29	81,6	21,35	78,77	21,72	67,97	26,6	0,140
Desempenho Emocional	80,42	19,98	83,39	21,3	79,22	23,78	62,5	27,05	0,008
Saúde Mental	64,51	14,43	68,2	13,91	64,27	16,13	54,5	20,7	0,055
Percepção Geral	96,29	14,83	98,48	18,38	92,83	22,39	85,46	26,36	<0,001

Com exceção de “vitalidade”, “função social” e “saúde mental”, o teste de Kruskal-Wallis permite concluir que existem diferenças. A aplicação dos testes de comparações múltiplas levam-nos às seguintes conclusões: (i) para a “função física” não existem valores estatisticamente significativos nas duas classes mais jovens, mas decresce à medida que a idade avança; (ii) relativamente ao “desempenho físico”, não existem diferenças significativas entre as três primeiras classes, no entanto diferem da classe mais alta; (iii) para a função “dor corporal” os resultados são semelhantes à função anterior, na medida em que apenas há diferenças estatisticamente significativas na população com mais de 65 anos em relação aos restantes grupos etários; (iv) para os índices de “saúde geral”, a aplicação do teste revela o agrupamento entre os dois grupos etários mais baixos e os dois mais altos, em que o primeiro apresenta melhores resultados; (v) para o “desempenho emocional”, o resultado é de que o grupo etário com mais de 65 anos apresenta valores estatisticamente significativos mais baixos em relação a todas as outras classes, sendo que estas, do ponto de vista estatístico, não diferem entre si.

Ao nível da percepção geral, e apesar das três classes mais baixas não apresentarem diferenças estatisticamente relevantes entre si, confirma-se que elas diferem da classe mais alta, podendo-se afirmar que à medida que a idade aumenta, diminuem os níveis

de saúde percebida. Este dado vem confirmar a idade como um determinante da saúde para esta população, na medida em que os grupos etários com menor idade, apresentam melhores índices.

Análise à percepção da saúde por nível de instrução

Para averiguar qual a relação entre a percepção de saúde e o nível de instrução, efetuou-se o agrupamento das escolaridades registadas no questionário em três níveis: (i) instrução baixa; (ii) instrução média e (iii) instrução alta.

As dimensões onde se verificam diferenças significativas do ponto de vista estatístico são: (i) na “função física” e “saúde geral”, em que a classe mais baixa difere da média e da alta, não diferindo estas últimas entre si; (ii) no “desempenho físico” e “dor corporal”, nos quais todos os níveis de instrução apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si, revelando que a percepção dos níveis de saúde é inferior nas classes com instrução mais baixa; (iii) para a “função social”, todas as classes divergem entre si, sendo que quanto maior for o nível de instrução, melhores valores são apresentados para esta dimensão; (iv) apenas na dimensão “saúde mental” existe homogeneidade de resultados, revelando que a escolaridade não interfere com esta dimensão.

Tabela 3 - Análise à percepção de saúde por nível de instrução

Função	Baixa			Média			Superior			Valor p (0,05)
	Média	±	DP	Média	±	DP	Média	±	DP	Teste Kruskal-Wallis
Função Física	56,59	±	28,05	89,81	±	16,79	90,98	±	14,56	<0,001
Desempenho Físico	56,53	±	26,55	81,45	±	20,62	88,41	±	16,23	<0,001
Dor Corporal	46,73	±	27,49	68,50	±	23,71	77,32	±	22,75	<0,001
Saúde Geral	42,50	±	22,44	67,40	±	17,87	69,50	±	17,99	<0,001
Vitalidade	47,27	±	18,69	60,57	±	14,83	63,11	±	14,46	0,002
Função Social	66,48	±	24,52	79,69	±	21,30	83,08	±	19,87	0,034
Desempenho Emocional	61,36	±	27,52	80,75	±	22,07	85,67	±	19,03	<0,001
Saúde Mental	53,64	±	20,20	66,63	±	14,54	67,32	±	13,27	0,052
Percepção geral	70,15	±	24,35	95,98	±	18,13	100,94	±	17,11	<0,001

Relativamente à percepção geral, os indivíduos com níveis mais baixos de instrução revelam índices também eles mais baixos na percepção da saúde, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre as duas classes mais altas. Estes resultados confirmam, de alguma forma, que a escolaridade é um determinante da saúde da população estudada.

Análise à percepção por área do hospital de referência

Quando analisada a percepção da saúde pela área de influência de cada um dos hospitais de referência, nem quando é analisada a percepção geral, nem quando se desdobra por dimensão, existe evidência estatística de que a saúde percebida difere entre hospitais. Ainda assim de referir que, para a “percepção geral” a população do hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar (93,44) apresenta os resultados médios mais baixos e o Hospital Doutor Manoel Constâncio, em Abrantes (98,13) apresenta os melhores resultados.

Tabela 4 - Análise à percepção de saúde por área do hospital de referência

Função	Tomar			Torres Novas			Abrantes			Valor p (0,05)
	Média	±	DP	Média	±	DP	Média	±	DP	Teste Kruskal-Wallis
Função Física	87,23	±	19,87	87,05	±	19,06	87,95	±	19,44	0,435
Desempenho Físico	79,49	±	21,28	81,38	±	21,54	83,55	±	21,21	0,286
Dor Corporal	68,01	±	25,97	69,72	±	23,76	70,21	±	24,45	0,854
Saúde Geral	65,15	±	21,18	66,69	±	18,83	65,80	±	18,13	0,834
Vitalidade	58,88	±	16,40	60,85	±	14,16	60,89	±	15,56	0,415
Função Social	77,67	±	21,77	79,25	±	21,11	81,18	±	22,10	0,184
Desempenho Emocional	79,45	±	22,04	78,75	±	23,13	84,21	±	21,52	0,057
Saúde Mental	64,43	±	15,97	65,92	±	14,71	66,69	±	14,94	0,355
Percepção geral	93,44		20,11	94,65		20,21	98,13		19,66	0,400

Análise à percepção de saúde por situação profissional

A distribuição da população por setor de atividade seguiu a da distinção entre “ativos” e “não ativos”. Para a “função física”, “desempenho físico”, “saúde geral” e “desempenho emocional”, os índices apresentados demonstram claramente uma melhor percepção por parte da população ativa. Para as restantes funções e apesar dos valores serem sempre superiores na população ativa, não se pode afirmar que do ponto de vista estatístico essas diferenças sejam significativas

Tabela 5 - Análise à percepção de saúde por situação profissional

Função	Ativo			Não Ativo			Valor p (0,05)
	Média	±	DP	Média	±	DP	Teste U Mann-Whitney
Função Física	89,28	±	16,94	80,9	±	24,96	0,004
Desempenho Físico	83,29		19,98	75,52		24,66	0,004
Dor Corporal	69,34	±	24,45	68,24	±	25,99	0,961
Saúde Geral	67,96	±	19	59,19	±	19,12	<0,001
Vitalidade	61,06	±	15,52	57,43	±	15,15	0,116
Função Social	80,03	±	21,6	76,74	±	22,23	0,118
Desempenho Emocional	82,99	±	21,09	73,96	±	24,9	0,002
Saúde Mental	66,48	±	15,04	62,72	±	15,73	0,067
Função Geral	96,92		19,37	89,64		20,55	0,005

Analisando a percepção geral da saúde em função da situação profissional, existe evidência estatística de que a percepção de saúde é mais positiva na população ativa (96,92) em relação à não ativa (89,64).

Análise às funções por dimensão geográfica

Para analisar de que forma a distribuição geográfica por dimensão do local de residência influencia a percepção do estado de saúde, optou-se nesta investigação, por dois tipos de análises: (i) concelhos predominantemente urbanos ou rurais, dependendo do número de habitantes que cada concelho tem, sendo que são considerados predominantemente urbanos os que têm mais de 10 000 habitantes e predominantemente rurais os que têm população inferior a 10 000 habitantes; (ii) freguesias predominantemente urbanas, com mais de 2 000 habitantes e freguesias predominantemente rurais, com menos de 2 000 habitantes.

Pela aplicação do teste Mann-Witney, constatou-se que ao nível da dimensão dos concelhos não existe diferença estatisticamente significativa, para nenhuma das dimensões, o que permite afirmar que a percepção da saúde não difere nos dois tipos de concelhos.

Tabela 6 - Análise à percepção de saúde por dimensão geográfica (concelhos)

Função	Rural			Urbano			Valor p (0,05)
	Média	±	DP	Média	±	DP	Teste U Mann-Whitney
Função Física	85,93	±	21,38	87,76	±	18,91	0,657
Desempenho Físico	82,84	±	20,45	81,07	±	21,58	0,991
Dor Corporal	68,8	±	25,99	69,41	±	24,42	0,473
Saúde Geral	67,98	±	20,21	65,35	±	19,21	0,122
Vitalidade	62,54	±	18,23	59,6	±	14,59	0,327
Função Social	82,84	±	23,08	78,45	±	21,22	0,147
Desempenho Emocional	82,77	±	22,31	80,23	±	22,32	0,666
Saúde Mental	67,66	±	16,88	65,15	±	14,76	0,351
Percepção Geral	98,56		22,59	97,07		19,38	0,292

Quando efetuada pela percepção geral, continuam a não existir diferenças significativas entre os dois tipos de concelho, demonstrando, que para o nível de significância assumido no presente estudo (e mesmo para níveis muito superiores), o fator dimensão do concelho não tem influência nos níveis de saúde percebida.

Quando analisados os resultados por dimensão de freguesia, os resultados obtidos não diferem significativamente dos anteriores, reforçando as conclusões anteriores.

Tabela 7 - Análise à percepção de saúde por dimensão geográfica (freguesias)

Função	Rural			Urbano			Valor p (0,05)
	Média	±	DP	Média	±	DP	Teste U Mann-Whitney
Função Física	87,76	±	22,23	88,4	±	17,7	0,876
Desempenho Físico	80,03	±	22,83	81,94	±	20,77	0,288
Dor Corporal	67,87	±	26,04	69,82	±	24,21	0,387
Saúde Geral	65,44	±	21,89	66,04	±	18,43	0,901
Vitalidade	59,21	±	17,04	60,56	±	14,74	0,382
Função Social	80,64	±	22,92	48,82	±	21,16	0,414
Desempenho Emocional	79,47	±	23,28	81,28	±	21,96	0,342
Saúde Mental	64,44	±	15,64	66,11	±	15,05	0,233
Função Geral	93,67	±	21,63	95,86	±	19,46	0,602

Análise à percepção de saúde por concelho

Ressalvando o facto da amostra não ser suficientemente estratificada para uma análise mais profunda ao grau de percepção do estado de saúde em cada um dos concelhos da área de influência do CHMT, apresentam-se os resultados dessa mesma percepção ao nível dos diferentes municípios:

Tabela 8 - Percepção da saúde por concelho

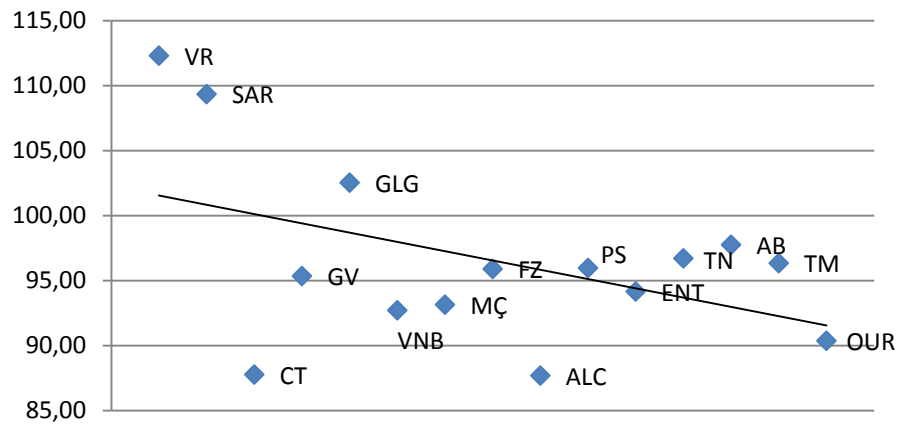
	Média	DP
Vila de Rei	112,31	15,68
Sardoal	109,35	17,27
Golegã	102,54	8,22
Abrantes	97,76	17,44
Torres Novas	96,72	20,08
Tomar	96,35	17,21
Ponte de Sôr	95,98	22,77
Ferreira do Zêzere	95,90	35,23
Gavião	95,36	19,59
Entroncamento	94,17	21,65
Mação	93,16	21,94
Vila Nova da Barquinha	92,72	17,20
Ourém	90,38	18,14
Constância	87,78	26,70
Alcanena	87,70	23,75

Verifica-se, através dos dados obtidos, que Vila de Rei é o concelho onde a percepção de saúde atinge melhores índices (112,31), acompanhado de Sardoal (109,35) e Golegã (102,54). Se no caso da Golegã e Sardoal, estes resultados apresentam alguma concordância com a avaliação ao estado de saúde efetuada no capítulo anterior, no caso de Vila de Rei isso não acontece.

Por oposição, os concelhos onde a percepção de saúde apresenta piores índices, são os de Alcanena (87,70), Constância (87,78) e Ourém (90,38).

De acordo com o gráfico 14, quando alinhados do concelho mais pequeno para o maior, é constatado que existe uma certa correlação entre a dimensão do concelho e a percepção do estado de saúde. Os concelhos mais pequenos, apresentam tendencialmente, melhores valores que os maiores.

Gráfico 14 - Percepção de saúde por concelho



Capítulo 4 – Conclusões, Limitações e Linhas para Investigação Futura

Neste capítulo, procura-se apontar aquelas que são as conclusões otidas com o presente projeto de investigação, principalmente através do confronto de resultados obtidos pelas duas metodologias utilizadas, alinhando-as sempre com a componente teórica do primeiro capítulo. Procura-se também apontar as limitações identificadas no presente estudo, bem como deixar pistas para investigações que possam surgir no futuro.

4.1 - Conclusões

O processo saúde-doença é um fenómeno de grande complexidade dependente de especificidades de ordem biológica, psicológica, social, cultural e económica e consequentemente, as necessidades de saúde estão associadas a essas mesmas dimensões (Silva & Formigli, 1994).

O facto da área geográfica em estudo integrar concelhos de quatro unidades territoriais estatísticas distintas (Lezíria do Tejo, Pinhal Interior Sul, Alto Alentejo e Médio Tejo); de três distritos diferentes (Portalegre, Castelo Branco e Santarém) e de três Administrações Regionais de Saúde distintas (ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Centro e ARS Alentejo), demonstra por si só uma diversidade social e demográfica muito heterogénea. Este facto pode contribuir como elemento que cria dificuldades no planeamento e na avaliação em saúde.

Avaliar o estado de saúde da população da área de influência do CHMT e o que a condiciona, pode constituir uma ferramenta para orientar intervenções em saúde, sejam elas intervenções médicas, políticas ou de gestão, sendo esta a resposta à questão central desta investigação.

Através dos resultados obtidos pode-se afirmar que existe uma necessidade de melhor distribuição dos recursos. Ao efetuar o cruzamento entre os indicadores de utilização e a oferta de cuidados de saúde, verifica-se essa mesma necessidade:

- Ferreira do Zêzere surge como o concelho com menor oferta de cuidados de saúde e, do total dos quinze, aparece em sexto na utilização. Há claramente um défice entre a oferta e a procura;
- Constância apresenta o rácio oposto, é o concelho que tem mais oferta de cuidados de saúde, surgindo em décimo primeiro na utilização.

Os serviços de saúde são de facto um determinante efetivo do estado de saúde da população, da área de influência do CHMT.

O presente projeto de investigação confirmou também que, quer nos resultados da avaliação ao estado de saúde, quer na auto percepção (e para a unidade geográfica em estudo), o determinante educação tem influência no estado de saúde da população.

Outro determinante que assume grande relevância na área estudada é o do envelhecimento das populações. Este determinante assumiu-se como fundamental para que alguns concelhos, com taxas de população com mais de 65 anos acima dos 30%, obtivessem piores classificações no estado de saúde. Por outro lado, a população com mais de 65 anos tem a clara percepção de que o seu estado de saúde apresenta índices inferiores aos dos mais jovens.

Quanto ao género, que é referido por diversos autores como um determinante da saúde, nada sugere nesta investigação que possa ser um determinante relevante. Mulheres e homens têm índices de percepção de saúde semelhante e a relação homens/mulheres não é um indicador com variabilidade relevante no MAESP.

Se os resultados forem analisados por concelhos predominantemente rurais e predominantemente urbanos, o estado de saúde coincide com a percepção. Este dado tem também algum grau de coincidência se se analisar concelho a concelho, o que

significa que a avaliação em saúde pela saúde auto percebida pode ser encarada como ferramenta válida e complementar.

A percepção do estado de saúde pode e deve constituir-se como um indicador da saúde, sendo que é a única ferramenta em que o principal interveniente tem voz ativa.

Elaborado um *ranking* conjunto entre o estado de saúde e a percepção da mesma, em que ambos assumiriam igual importância, os concelhos assumiriam a seguinte hierarquia: (i) Golegã; (ii) Sardoal; (iii) Abrantes; (iv) Entroncamento; (v) Gavião; (vi) Ponte de Sôr; (vii) Tomar; (viii) Vila de Rei; (ix) Constância; (x) Vila Nova da Barquinha; (xi) Torres Novas; (xii) Ferreira do Zêzere; (xiii) Ourém; (xiv) Mação e (xv) Alcanena.

Finalmente, uma conclusão mais conceptual, a de que a definição que se atribui à saúde, influi sobre a visão do que a determina e o que é necessário medir. Por outro lado, os resultados das medições influenciam a concepção de saúde e obrigatoriamente o que a determina.

4.2 - Limitações e Linhas para Investigação Futura

Como limitações ao presente trabalho de investigação surge o facto de, por limitações de recursos, não se ter conseguido uma amostra de dimensão superior desenhada por um processo de amostragem estratificada, que permitisse uma análise estatística inferencial por concelho. maior estratificação por concelho da amostra em estudo. Outra limitação, prende-se com o facto que nem todos os indicadores do MAESP terem sido recolhidos, ou por não se encontrarem com o desdobramento pretendido (por concelho) ou por não se encontrarem disponíveis.

Como linhas para investigação futura, poder-se-ia levar a cabo estudo semelhante com amostragem estratificada para os concelhos da área de influência do CHMT; seria interessante aferir de que forma as portagens na A23 e A13 diminuem a acessibilidade das populações aos hospitais de referência, que é tida como um dos determinantes da saúde.

Referências Bibliográficas

ACSS. (2013). *Administração Central do Sistema de Saúde*. Obtido em Agosto de 2013, de <http://www.acss.min-saude.pt/>: <http://www.acss.min-saude.pt/>

Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Médica Portuguesa* 24 , 78-88.

ARS - N. (2013). *Administração Regional de Saúde - Norte*. Obtido em Julho de 2013, de [http://www.arsnorte.min-saude.pt:](http://www.arsnorte.min-saude.pt/) <http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>

Barreto, M. (2004). Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel do sistema de saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, n.º 20, sup. 2 , 160-161.

Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, 11.1 , 67-84.

Batistella, C. B. (2007). *O território e o processo saúde doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica - 2.ª Edição*. São Paulo: Organização Mundial da Saúde.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, n.º 4, vol. 44 , 542-573.

Briz, T. (2012). Saúde, Saúde Pública e os Determinantes em Saúde no fio do tempo. *História da Saúde e das Doenças - Edições Colibri* , 165-178.

Dias, C. M. (2011). *Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos*. Lisboa: Tese de Doutoramento.

Drummond, M., Stodart, G., & Torrance, G. (1988). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.

Evans, R., Bare, M., & Marmor, T. (1994). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of the health of populations*. Hawthorne, New York: Transaction Books.

Ferreira, L. N. (2005). Avaliação económica no sector da saúde. *Dos Algarves* , 42-49.

Ferreira, L. N. (2003). Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º 3 , 51-63.

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Ferreira, P. L. (2009). *Medição de resultados em saúde: Relatório Pedagógico: Setembro de 2008*. Coimbra.

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista de Saúde Pública* 21 , 15-29.

Freitas, M. M. (2005). <http://www.saudepublica.web.pt/>. Obtido em 9 de Outubro de 2013, de http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/011-Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm

Georgieva, L., & Genc, B. (2005). *Health determinants in the scope of new public health. A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers*. Lage Germany.

Glouberman, S., & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93.3 , 388-392.

Grobler, M. (1999). Economic analysis: is it working? *Australian Prescriber* , 50-1.

Hancock, T. (1986). Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion International* , 93-100.

INE. (2013). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em Junho de 2013, de <http://www.ine.pt/>:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister os Supply and Services Canada.

Lilienfeld, A., & Lilienfeld, D. (1994). *Foundations of Epidemiology*. 3rd ed. New York: Oxford University Press.

Lindenberg, M. (2006). Saúde-doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. *Práxis em Saúde Coletiva* .

Lourenço, L., Dankzuc, R., Painazzer, D., Junior, N., Maia, A., & Santos, E. (2012). A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. *História da Enfermagem*, n.º 1, vol. 3 , 17-35.

Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação Económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24.7 , 729-752.

Luiz, R., & Struchiner, C. (2002). *Inferência Causal em Epidemiologia: o modelo de respostas potenciais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics, 5.ª edição*. Report Number.
- Mckeown, T. (1978). Determinants of Health. *Live*, 60.40 , 70-76.
- Menezes, A. (2001). Noções básicas de epidemiologia. *Epidemiologia das Doenças Respiratórias* , 1-25.
- Nogueira, H., & Remoaldo, P. C. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Colibri.
- Oliveira, D. G. (2009). *Determinantes do estado de saúde dos Portugueses*. Lisboa: Dissertação de Mestrado.
- Plano Nacional de Saúde. (2011). *Cadernos do Plano Nacional de Saúde - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Polanczyk, C. A., & Toscano, C. M. (2008). *Avaliação económica em saúde - Desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora MS.
- Public Health Agency of Canada. (15 de Janeiro de 2013). *Key Elements of a Population Health Approach*. Obtido de <http://www.phac-aspc.gc.ca>: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-eng.php#key_elements
- Ramos, A. L. (2003). *Empowerment do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão?* Lisboa: Dissertação de Mestrado.
- Reerink, E. (1990). Defining quality of care: Mission impossible? *International Journal for Quality in Health Care*, 2.3-4 , 197-202.
- Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações.
- RIMAS. (2013). *Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde*. Obtido em 29 de Outubro de 2013, de <http://www.uc.pt>: <http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS>

Sakellarides, C. (2010). Repensando a contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º 9 , 5-6.

Sancho, L. G., & Dain, S. (2010). Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17, sup.3 , 765-774.

Sancho, L. G., & Vargens, J. M. (2009). Avaliação econômica em saúde na esfera de atenção local à saúde. *Cienc. Saúde Coletiva* 14. Supl 1 , 1513-1521.

Santana, P. (2001). *Cadernos de Geografia*. Coimbra: Instituto de Estudos Geográficos.

Santana, P., Vaz, A., & Fachada, M. (Segundo Semestre de 2004). O Estado de Saúde dos Portugueses - Uma Perspectiva Espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 36 , pp. 5-28.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, n.º 17, sup. 1 , 29-41.

Segre, M., & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública* 31.5 , 538-542.

Silva, L. M., & Formigli, V. L. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 10.1 , 80-91.

Vaz, A., Simões, J., Santana, P., & Janeiro da Costa, R. (1994). Desenvolvimento de um modelo de Avaliação de Estado de Saúde da População. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 12.2 , 5-23.

Ware, J. (2013). *SF-36.org*. Obtido de <http://www.sf-36.org>: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

WHO. (Novembro de 2013). *Essential Medicines and Health Products Information Portal*. Obtido de [http://apps.who.int:](http://apps.who.int:8080/medicinedocs/en/d/Js4876e/5.4.html#Js4876e.5.4)
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4876e/5.4.html#Js4876e.5.4>

ANEXOS

Anexo 1 - Tabelas de conversão de valores em utilidades - MAESP

I- Indicadores de Saúde

Tabela de Utilidades

1) Taxa de Mortalidade Perinatal

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,00	100,00	4,80	74,60	9,60	49,21	14,40	23,81
0,30	98,41	5,10	73,02	9,90	47,62	14,70	22,22
0,60	96,83	5,40	71,43	10,20	46,03	15,00	20,63
0,90	95,24	5,70	69,84	10,50	44,44	15,30	19,05
1,20	93,65	6,00	68,25	10,80	42,86	15,60	17,46
1,50	92,06	6,30	66,67	11,10	41,27	15,90	15,87
1,80	90,48	6,60	65,08	11,40	39,68	16,20	14,29
2,10	88,89	6,90	63,49	11,70	38,10	16,50	12,70
2,40	87,30	7,20	61,90	12,00	36,51	16,80	11,11
2,70	85,71	7,50	60,32	12,30	34,92	17,10	9,52
3,00	84,13	7,80	58,73	12,60	33,33	17,40	7,94
3,30	82,54	8,10	57,14	12,90	31,75	17,70	6,35
3,60	80,95	8,40	55,56	13,20	30,16	18,00	4,76
3,90	79,37	8,70	53,97	13,50	28,57	18,30	3,17
4,20	77,78	9,00	52,38	13,80	26,98	18,60	1,59
4,50	76,19	9,30	50,79	14,10	25,40	18,90	0,00

Tabela de Utilidades

2) Taxa de Mortalidade Neonatal

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,00	100,00	2,50	73,68	5,00	47,37	7,50	21,05
0,50	94,74	3,00	68,42	5,50	42,11	8,00	15,79
1,00	89,47	3,50	63,16	6,00	36,84	8,50	10,53
1,50	84,21	4,00	57,89	6,50	31,58	9,00	5,26
2,00	78,95	4,50	52,63	7,00	26,32	9,50	0,00

Tabela de Utilidades

4) Taxa de Mortalidade 1-4 anos

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,00	100,00	30,00	72,73	60,00	45,45	90,00	18,18
10,00	90,91	40,00	63,64	70,00	36,36	100,00	9,09
20,00	81,82	50,00	54,55	80,00	27,27	110,00	0,00

Tabela de Utilidades

3) Taxa de Mortalidade Infantil

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,00	100,00	5,00	73,68	10,00	47,37	15,00	21,05
0,50	97,37	5,50	71,05	10,50	44,74	15,50	18,42
1,00	94,74	6,00	68,42	11,00	42,11	16,00	15,79
1,50	92,11	6,50	65,79	11,50	39,47	16,50	13,16
2,00	89,47	7,00	63,16	12,00	36,84	17,00	10,53
2,50	86,84	7,50	60,53	12,50	34,21	17,50	7,89
3,00	84,21	8,00	57,89	13,00	31,58	18,00	5,26
3,50	81,58	8,50	55,26	13,50	28,95	18,50	2,63
4,00	78,95	9,00	52,63	14,00	26,32	19,00	0,00
4,50	76,32	9,50	50,00	14,50	23,68		

Tabela de Utilidades

5) Taxa de Mortalidade por causas

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,04	100,00	0,07	72,22	0,10	44,44	0,13	16,67
0,04	97,22	0,07	69,44	0,10	41,67	0,13	13,89
0,05	94,44	0,08	66,67	0,11	38,89	0,14	11,11
0,05	91,67	0,08	63,89	0,11	36,11	0,14	8,33
0,05	88,89	0,08	61,11	0,11	33,33	0,14	5,56
0,05	86,11	0,08	58,33	0,11	30,56	0,14	2,78
0,06	83,33	0,09	55,56	0,12	27,78	0,15	0,00
0,06	80,56	0,09	52,78	0,12	25,00		
0,06	77,78	0,09	50,00	0,12	22,22		
0,07	75,00	0,10	47,22	0,13	19,44		

II- Indicadores Demográficos

Tabela de Utilidades

9 - Taxa de Mortalidade Geral

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
7,4	100,00	13	73,58	18,6	47,17	24,2	20,75
7,8	98,11	13,4	71,70	19	45,28	24,6	18,87
8,2	96,23	13,8	69,81	19,4	43,40	25	16,98
8,6	94,34	14,2	67,92	19,8	41,51	25,4	15,09
9	92,45	14,6	66,04	20,2	39,62	25,8	13,21
9,4	90,57	15	64,15	20,6	37,74	26,2	11,32
9,8	88,68	15,4	62,26	21	35,85	26,6	9,43
10,2	86,79	15,8	60,38	21,4	33,96	27	7,55
10,6	84,91	16,2	58,49	21,8	32,08	27,4	5,66
11	83,02	16,6	56,60	22,2	30,19	27,8	3,77
11,4	81,13	17	54,72	22,6	28,30	28,2	1,89
11,8	79,25	17,4	52,83	23	26,42	28,6	0,00
12,2	77,36	17,8	50,94	23,4	24,53		
12,6	75,47	18,2	49,06	23,8	22,64		

Tabela de Utilidades

10 - Taxa de Fecundidade

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
45,00	100,00	39,90	73,44	34,80	46,88	29,70	20,31
44,70	98,44	39,60	71,88	34,50	45,31	29,40	18,75
44,40	96,88	39,30	70,31	34,20	43,75	29,10	17,19
44,10	95,31	39,00	68,75	33,90	42,19	28,80	15,63
43,80	93,75	38,70	67,19	33,60	40,63	28,50	14,06
43,50	92,19	38,40	65,63	33,30	39,06	28,20	12,50
43,20	90,63	38,10	64,06	33,00	37,50	27,90	10,94
42,90	89,06	37,80	62,50	32,70	35,94	27,60	9,38
42,60	87,50	37,50	60,94	32,40	34,38	27,30	7,81
42,30	85,94	37,20	59,38	32,10	32,81	27,00	6,25
42,00	84,38	36,90	57,81	31,80	31,25	26,70	4,69
41,70	82,81	36,60	56,25	31,50	29,69	26,40	3,13
41,40	81,25	36,30	54,69	31,20	28,13	26,10	1,56
41,10	79,69	36,00	53,13	30,90	26,56	25,80	0,00
40,80	78,13	35,70	51,56	30,60	25,00		
40,50	76,56	35,40	50,00	30,30	23,44		
40,20	75,00	35,10	48,44	30,00	21,88		

Tabela de Utilidades

11 - População com Mais de 65 anos

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
18,1	100,00	24,1	73,68	30,1	47,37	36,1	21,05
18,4	98,68	24,4	72,37	30,4	46,05	36,4	19,74
18,7	97,37	24,7	71,05	30,7	44,74	36,7	18,42
19	96,05	25	69,74	31	43,42	37	17,11
19,3	94,74	25,3	68,42	31,3	42,11	37,3	15,79
19,6	93,42	25,6	67,11	31,6	40,79	37,6	14,47
19,9	92,11	25,9	65,79	31,9	39,47	37,9	13,16
20,2	90,79	26,2	64,47	32,2	38,16	38,2	11,84
20,5	89,47	26,5	63,16	32,5	36,84	38,5	10,53
20,8	88,16	26,8	61,84	32,8	35,53	38,8	9,21
21,1	86,84	27,1	60,53	33,1	34,21	39,1	7,89
21,4	85,53	27,4	59,21	33,4	32,89	39,4	6,58
21,7	84,21	27,7	57,89	33,7	31,58	39,7	5,26
22	82,89	28	56,58	34	30,26	40	3,95
22,3	81,58	28,3	55,26	34,3	28,95	40,3	2,63
22,6	80,26	28,6	53,95	34,6	27,63	40,6	1,32
22,9	78,95	28,9	52,63	34,9	26,32	40,9	0,00
23,2	77,63	29,2	51,32	35,2	25,00		
23,5	76,32	29,5	50,00	35,5	23,68		
23,8	75,00	29,8	48,68	35,8	22,37		

Tabela de Utilidades

12 - População com Menos de 15 anos

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
17,60	100,00	15,20	73,33	12,80	46,67	10,40	20,00
17,40	97,78	15,00	71,11	12,60	44,44	10,20	17,78
17,20	95,56	14,80	68,89	12,40	42,22	10,00	15,56
17,00	93,33	14,60	66,67	12,20	40,00	9,80	13,33
16,80	91,11	14,40	64,44	12,00	37,78	9,60	11,11
16,60	88,89	14,20	62,22	11,80	35,56	9,40	8,89
16,40	86,67	14,00	60,00	11,60	33,33	9,20	6,67
16,20	84,44	13,80	57,78	11,40	31,11	9,00	4,44
16,00	82,22	13,60	55,56	11,20	28,89	8,80	2,22
15,80	80,00	13,40	53,33	11,00	26,67	8,60	0,00
15,60	77,78	13,20	51,11	10,80	24,44		
15,40	75,56	13,00	48,89	10,60	22,22		

Tabela de Utilidades

13 - Relação Mulheres/Homens

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
1,182	100,00	1,147	73,08	1,112	46,15	1,077	19,23
1,177	96,15	1,142	69,23	1,107	42,31	1,072	15,38
1,172	92,31	1,137	65,38	1,102	38,46	1,067	11,54
1,167	88,46	1,132	61,54	1,097	34,62	1,062	7,69
1,162	84,62	1,127	57,69	1,092	30,77	1,057	3,85
1,157	80,77	1,122	53,85	1,087	26,92	1,052	0,00
1,152	76,92	1,117	50,00	1,082	23,08		

III- Indicadores de Oferta de Cuidados de Saúde

Tabela de Utilidades

14) Médicos Especialistas

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
1,475	100,00	1,155	74,19	0,835	48,39	0,515	22,58
1,455	98,39	1,135	72,58	0,815	46,77	0,495	20,97
1,435	96,77	1,115	70,97	0,795	45,16	0,475	19,35
1,415	95,16	1,095	69,35	0,775	43,55	0,455	17,74
1,395	93,55	1,075	67,74	0,755	41,94	0,435	16,13
1,375	91,94	1,055	66,13	0,735	40,32	0,415	14,52
1,355	90,32	1,035	64,52	0,715	38,71	0,395	12,90
1,335	88,71	1,015	62,90	0,695	37,10	0,375	11,29
1,315	87,10	0,995	61,29	0,675	35,48	0,355	9,68
1,295	85,48	0,975	59,68	0,655	33,87	0,335	8,06
1,275	83,87	0,955	58,06	0,635	32,26	0,315	6,45
1,255	82,26	0,935	56,45	0,615	30,65	0,295	4,84
1,235	80,65	0,915	54,84	0,595	29,03	0,275	3,23
1,215	79,03	0,895	53,23	0,575	27,42	0,255	1,61
1,195	77,42	0,875	51,61	0,555	25,81	0,235	0,00
1,175	75,81	0,855	50,00	0,535	24,19		

Tabela de Utilidades

15) Clínicos Gerais nos CSP

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,99	100,00	0,84	74,14	0,69	48,28	0,54	22,41
0,98	98,28	0,83	72,41	0,68	46,55	0,53	20,69
0,97	96,55	0,82	70,69	0,67	44,83	0,52	18,97
0,96	94,83	0,81	68,97	0,66	43,10	0,51	17,24
0,95	93,10	0,8	67,24	0,65	41,38	0,5	15,52
0,94	91,38	0,79	65,52	0,64	39,66	0,49	13,79
0,93	89,66	0,78	63,79	0,63	37,93	0,48	12,07
0,92	87,93	0,77	62,07	0,62	36,21	0,47	10,34
0,91	86,21	0,76	60,34	0,61	34,48	0,46	8,62
0,9	84,48	0,75	58,62	0,6	32,76	0,45	6,90
0,89	82,76	0,74	56,90	0,59	31,03	0,44	5,17
0,88	81,03	0,73	55,17	0,58	29,31	0,43	3,45
0,87	79,31	0,72	53,45	0,57	27,59	0,42	1,72
0,86	77,59	0,71	51,72	0,56	25,86	0,41	0,00
0,85	75,86	0,7	50,00	0,55	24,14		

Tabela de Utilidades

17) Enfermeiros nos CSP

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
4,1	100,00	3,2	73,53	2,3	47,06	1,4	20,59
4	97,06	3,1	70,59	2,2	44,12	1,3	17,65
3,9	94,12	3	67,65	2,1	41,18	1,2	14,71
3,8	91,18	2,9	64,71	2	38,24	1,1	11,76
3,7	88,24	2,8	61,76	1,9	35,29	1	8,82
3,6	85,29	2,7	58,82	1,8	32,35	0,9	5,88
3,5	82,35	2,6	55,88	1,7	29,41	0,8	2,94
3,4	79,41	2,5	52,94	1,6	26,47	0,7	0,00
3,3	76,47	2,4	50,00	1,5	23,53		

Tabela de Utilidades

18) Camas hospitalares

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
2,614	100,00	2,314	72,73	2,014	45,45	1,714	18,18
2,514	90,91	2,214	63,64	1,914	36,36	1,614	9,09
2,414	81,82	2,114	54,55	1,814	27,27	1,514	0,00

Tabela de Utilidades

20) Farmácias

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
1	100,00	0,7	62,50	0,4	25,00
0,9	87,50	0,6	50,00	0,3	12,50
0,8	75,00	0,5	37,50	0,2	0,00

Tabela de Utilidades

21) Laboratórios Privados de Análises Clínicas

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
9	100,00	6	62,50	3	25,00
8	87,50	5	50,00	2	12,50
7	75,00	4	37,50	1	0,00

Tabela de Utilidades

23) Acessibilidade aos CSP

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
1,2	100,00	2,6	74,07	4	48,15	5,4	22,22
1,4	96,30	2,8	70,37	4,2	44,44	5,6	18,52
1,6	92,59	3	66,67	4,4	40,74	5,8	14,81
1,8	88,89	3,2	62,96	4,6	37,04	6	11,11
2	85,19	3,4	59,26	4,8	33,33	6,2	7,41
2,2	81,48	3,6	55,56	5	29,63	6,4	3,70
2,4	77,78	3,8	51,85	5,2	25,93	6,6	0,00

Tabela de Utilidades

24) Acessibilidade aos hospitais

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
11	100,00	23	72,73	35	45,45	47	18,18
13	95,45	25	68,18	37	40,91	49	13,64
15	90,91	27	63,64	39	36,36	51	9,09
17	86,36	29	59,09	41	31,82	53	4,55
19	81,82	31	54,55	43	27,27	55	0,00
21	77,27	33	50,00	45	22,73		

IV- Indicadores de Utilização dos Serviços de Saúde

Tabela de Utilidades

27) Consultas dos CSP

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
5,003	100,00	4,303	74,55	3,603	49,09	2,903	23,64
4,953	98,18	4,253	72,73	3,553	47,27	2,853	21,82
4,903	96,36	4,203	70,91	3,503	45,45	2,803	20,00
4,853	94,55	4,153	69,09	3,453	43,64	2,753	18,18
4,803	92,73	4,103	67,27	3,403	41,82	2,703	16,36
4,753	90,91	4,053	65,45	3,353	40,00	2,653	14,55
4,703	89,09	4,003	63,64	3,303	38,18	2,603	12,73
4,653	87,27	3,953	61,82	3,253	36,36	2,553	10,91
4,603	85,45	3,903	60,00	3,203	34,55	2,503	9,09
4,553	83,64	3,853	58,18	3,153	32,73	2,453	7,27
4,503	81,82	3,803	56,36	3,103	30,91	2,403	5,45
4,453	80,00	3,753	54,55	3,053	29,09	2,353	3,64
4,403	78,18	3,703	52,73	3,003	27,27	2,303	1,82
4,353	76,36	3,653	50,91	2,953	25,45	2,253	0,00

Tabela de Utilidades

28) Consultas de Saúde Materna (Obstetrícia)

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
14,68	100,00	11,68	72,97	8,68	45,95	5,68	18,92
14,38	97,30	11,38	70,27	8,38	43,24	5,38	16,22
14,08	94,59	11,08	67,57	8,08	40,54	5,08	13,51
13,78	91,89	10,78	64,86	7,78	37,84	4,78	10,81
13,48	89,19	10,48	62,16	7,48	35,14	4,48	8,11
13,18	86,49	10,18	59,46	7,18	32,43	4,18	5,41
12,88	83,78	9,88	56,76	6,88	29,73	3,88	2,70
12,58	81,08	9,58	54,05	6,58	27,03	3,58	0,00
12,28	78,38	9,28	51,35	6,28	24,32		
11,98	75,68	8,98	48,65	5,98	21,62		

Tabela de Utilidades

29) Consultas de Saúde Infantil (Juvenil e Pediatria)

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
5,13	100,00	4,18	74,67	3,23	49,33	2,28	24,00
5,08	98,67	4,13	73,33	3,18	48,00	2,23	22,67
5,03	97,33	4,08	72,00	3,13	46,67	2,18	21,33
4,98	96,00	4,03	70,67	3,08	45,33	2,13	20,00
4,93	94,67	3,98	69,33	3,03	44,00	2,08	18,67
4,88	93,33	3,93	68,00	2,98	42,67	2,03	17,33
4,83	92,00	3,88	66,67	2,93	41,33	1,98	16,00
4,78	90,67	3,83	65,33	2,88	40,00	1,93	14,67
4,73	89,33	3,78	64,00	2,83	38,67	1,88	13,33
4,68	88,00	3,73	62,67	2,78	37,33	1,83	12,00
4,63	86,67	3,68	61,33	2,73	36,00	1,78	10,67
4,58	85,33	3,63	60,00	2,68	34,67	1,73	9,33
4,53	84,00	3,58	58,67	2,63	33,33	1,68	8,00
4,48	82,67	3,53	57,33	2,58	32,00	1,63	6,67
4,43	81,33	3,48	56,00	2,53	30,67	1,58	5,33
4,38	80,00	3,43	54,67	2,48	29,33	1,53	4,00
4,33	78,67	3,38	53,33	2,43	28,00	1,48	2,67
4,28	77,33	3,33	52,00	2,38	26,67	1,43	1,33
4,23	76,00	3,28	50,67	2,33	25,33	1,38	0,00

Tabela de Utilidades

30) Consultas de Planejamento Familiar

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
69	100,00	56	74,51	43	49,02	30	23,53
68	98,04	55	72,55	42	47,06	29	21,57
67	96,08	54	70,59	41	45,10	28	19,61
66	94,12	53	68,63	40	43,14	27	17,65
65	92,16	52	66,67	39	41,18	26	15,69
64	90,20	51	64,71	38	39,22	25	13,73
63	88,24	50	62,75	37	37,25	24	11,76
62	86,27	49	60,78	36	35,29	23	9,80
61	84,31	48	58,82	35	33,33	22	7,84
60	82,35	47	56,86	34	31,37	21	5,88
59	80,39	46	54,90	33	29,41	20	3,92
58	78,43	45	52,94	32	27,45	19	1,96
57	76,47	44	50,98	31	25,49	18	0,00

V- Indicadores Sociais

Tabela de Utilidades

40 - Taxa de analfabetismo

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
2,6	100,00	6	73,44	9,4	46,88	12,8	20,31
2,8	98,44	6,2	71,88	9,6	45,31	13	18,75
3	96,88	6,4	70,31	9,8	43,75	13,2	17,19
3,2	95,31	6,6	68,75	10	42,19	13,4	15,63
3,4	93,75	6,8	67,19	10,2	40,63	13,6	14,06
3,6	92,19	7	65,63	10,4	39,06	13,8	12,50
3,8	90,63	7,2	64,06	10,6	37,50	14	10,94
4	89,06	7,4	62,50	10,8	35,94	14,2	9,38
4,2	87,50	7,6	60,94	11	34,38	14,4	7,81
4,4	85,94	7,8	59,38	11,2	32,81	14,6	6,25
4,6	84,38	8	57,81	11,4	31,25	14,8	4,69
4,8	82,81	8,2	56,25	11,6	29,69	15	3,13
5	81,25	8,4	54,69	11,8	28,13	15,2	1,56
5,2	79,69	8,6	53,13	12	26,56	15,4	0,00
5,4	78,13	8,8	51,56	12,2	25,00		
5,6	76,56	9	50,00	12,4	23,44		
5,8	75,00	9,2	48,44	12,6	21,88		

Tabela de Utilidades

42 - Alojamentos com água

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
99,96	100,00	99,71	72,22	99,46	44,44	99,21	16,67
99,91	94,44	99,66	66,67	99,41	38,89	99,16	11,11
99,86	88,89	99,61	61,11	99,36	33,33	99,11	5,56
99,81	83,33	99,56	55,56	99,31	27,78	99,06	0,00
99,76	77,78	99,51	50,00	99,26	22,22		

Tabela de Utilidades

41 - População com mais de 4 anos de escolaridade

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,601	100,00	0,511	72,73	0,421	45,45	0,331	18,18
0,591	96,97	0,501	69,70	0,411	42,42	0,321	15,15
0,581	93,94	0,491	66,67	0,401	39,39	0,311	12,12
0,571	90,91	0,481	63,64	0,391	36,36	0,301	9,09
0,561	87,88	0,471	60,61	0,381	33,33	0,291	6,06
0,551	84,85	0,461	57,58	0,371	30,30	0,281	3,03
0,541	81,82	0,451	54,55	0,361	27,27	0,271	0
0,531	78,79	0,441	51,52	0,351	24,24		
0,521	75,76	0,431	48,48	0,341	21,21		

Tabela de Utilidades

43 - Telefones residenciais por habitante

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
305,7	100,00	263,7	73,58	221,7	47,17	179,7	20,75
302,7	98,11	260,7	71,70	218,7	45,28	176,7	18,87
299,7	96,23	257,7	69,81	215,7	43,40	173,7	16,98
296,7	94,34	254,7	67,92	212,7	41,51	170,7	15,09
293,7	92,45	251,7	66,04	209,7	39,62	167,7	13,21
290,7	90,57	248,7	64,15	206,7	37,74	164,7	11,32
287,7	88,68	245,7	62,26	203,7	35,85	161,7	9,43
284,7	86,79	242,7	60,38	200,7	33,96	158,7	7,55
281,7	84,91	239,7	58,49	197,7	32,08	155,7	5,66
278,7	83,02	236,7	56,60	194,7	30,19	152,7	3,77
275,7	81,13	233,7	54,72	191,7	28,30	149,7	1,89
272,7	79,25	230,7	52,83	188,7	26,42	146,7	0,00
269,7	77,36	227,7	50,94	185,7	24,53		
266,7	75,47	224,7	49,06	182,7	22,64		

VI- Indicadores Económicos

Tabela de Utilidades

45 - População do Setor Secundário

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
14,74	100,0	20,74	72,73	26,74	45,45	32,74	18,18
15,24	97,7	21,24	70,45	27,24	43,18	33,24	15,91
15,74	95,5	21,74	68,18	27,74	40,91	33,74	13,64
16,24	93,2	22,24	65,91	28,24	38,64	34,24	11,36
16,74	90,9	22,74	63,64	28,74	36,36	34,74	9,09
17,24	88,6	23,24	61,36	29,24	34,09	35,24	6,82
17,74	86,4	23,74	59,09	29,74	31,82	35,74	4,55
18,24	84,1	24,24	56,82	30,24	29,55	36,24	2,27
18,74	81,8	24,74	54,55	30,74	27,27	36,74	0,00
19,24	79,5	25,24	52,27	31,24	25,00		
19,74	77,3	25,74	50,00	31,74	22,73		
20,24	75,0	26,24	47,73	32,24	20,45		

Tabela de Utilidades

46 - População do Setor Primário

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
0,45	100,00	3,20	72,50	5,95	45,00	8,70	17,50
0,70	97,50	3,45	70,00	6,20	42,50	8,95	15,00
0,95	95,00	3,70	67,50	6,45	40,00	9,20	12,50
1,20	92,50	3,95	65,00	6,70	37,50	9,45	10,00
1,45	90,00	4,20	62,50	6,95	35,00	9,70	7,50
1,70	87,50	4,45	60,00	7,20	32,50	9,95	5,00
1,95	85,00	4,70	57,50	7,45	30,00	10,20	2,50
2,20	82,50	4,95	55,00	7,70	27,50	10,45	0,00
2,45	80,00	5,20	52,50	7,95	25,00		
2,70	77,50	5,45	50,00	8,20	22,50		
2,95	75,00	5,70	47,50	8,45	20,00		

Tabela de Utilidades

47 - Taxa de Desemprego

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
7,9	100,0	11,3	73,85	14,7	47,69	18,1	21,54
8,1	98,5	11,5	72,31	14,9	46,15	18,3	20,00
8,3	96,9	11,7	70,77	15,1	44,62	18,5	18,46
8,5	95,4	11,9	69,23	15,3	43,08	18,7	16,92
8,7	93,8	12,1	67,69	15,5	41,54	18,9	15,38
8,9	92,3	12,3	66,15	15,7	40,00	19,1	13,85
9,1	90,8	12,5	64,62	15,9	38,46	19,3	12,31
9,3	89,2	12,7	63,08	16,1	36,92	19,5	10,77
9,5	87,7	12,9	61,54	16,3	35,38	19,7	9,23
9,7	86,2	13,1	60,00	16,5	33,85	19,9	7,69
9,9	84,6	13,3	58,46	16,7	32,31	20,1	6,15
10,1	83,1	13,5	56,92	16,9	30,77	20,3	4,62
10,3	81,5	13,7	55,38	17,1	29,23	20,5	3,08
10,5	80,0	13,9	53,85	17,3	27,69	20,7	1,54
10,7	78,5	14,1	52,31	17,5	26,15	20,9	0,00
10,9	76,9	14,3	50,77	17,7	24,62		
11,1	75,4	14,5	49,23	17,9	23,08		

Tabela de Utilidades

48 - Índice de Poder de Compra Regional Concelhio

Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.	Taxa	Util.
105	100,0	93	72,92	81	47,92	69	22,92
104	95,8	92	70,83	80	45,83	68	20,83
103	93,8	91	68,75	79	43,75	67	18,75
102	91,7	90	66,67	78	41,67	66	16,67
101	89,6	89	64,58	77	39,58	65	14,58
100	87,5	88	62,50	76	37,50	64	12,50
99	85,4	87	60,42	75	35,42	63	10,42
98	83,3	86	58,33	74	33,33	62	8,33
97	81,3	85	56,25	73	31,25	61	6,25
96	79,2	84	54,17	72	29,17	60	4,17
95	77,1	83	52,08	71	27,08	59	2,08
94	75,0	82	50,00	70	25,00	58	0,00

Anexo 2 - Mapa de resultados do MAESP

Anexo 3 - Autorização de utilização do questionário MOS SF-36v2

Anexo 4 - Questionário MOS SF-36v2

Anexo 5 - Distribuição da amostra por concelhos

INSTITUTO POLITÉCNICO DE TOMAR**ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO DE TOMAR****MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS DE SAÚDE**

Dissertação: Determinantes, Estado e Perceção da Saúde da População na Área de Influência do Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Amostra para o Questionário de Estado de Saúde SF-36v2

Hospital de Referência	Concelho	Habitantes Residentes (a)	Dimensão da amostra	% no Hosp. De ref. ^a	% Global
Tomar Hospital Nossa Senhora da Graça	Ourém	45932	55	48%	18%
	Ferreira do Zêzere	8619	10	9%	3%
	Tomar	40677	49	43%	16%
Torres Novas Hospital Rainha Santa Isabel	Torres Novas	36717	44	44%	14%
	Alcanena	13868	17	17%	5%
	Entroncamento	20206	24	24%	8%
	Golegã	5465	7	7%	2%
	Vila N. da Barquinha	7322	9	9%	3%
	Vila de Rei	3452	4	4%	1%
	Mação	7338	9	9%	3%
	Sardoal	3939	5	5%	2%
	Constância	4056	5	5%	2%
	Abrantes	39325	47	49%	15%
Abrantes Hospital Doutor Manoel Constâncio	Gavião	4132	5	5%	2%
	Ponte de Sôr	17722	21	22%	7%
Total		258770	311		100%

(a) - Fonte INE Censos 2011