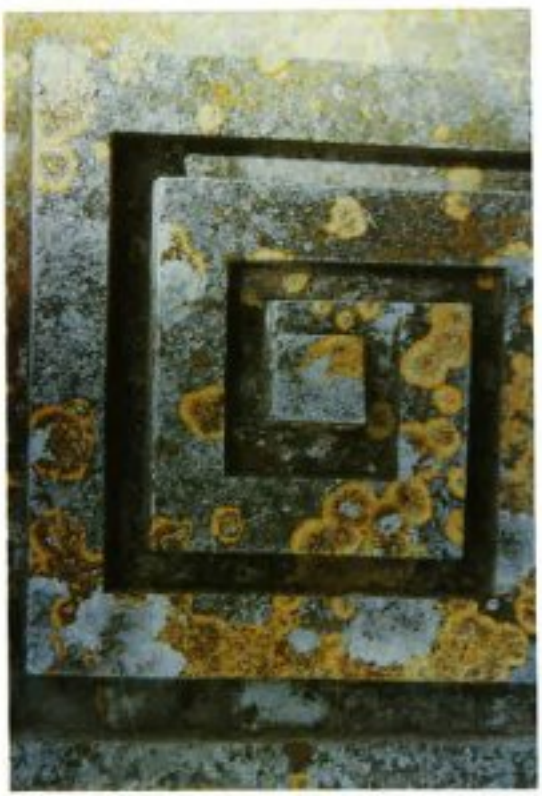
Paula Santana

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ENSAIO METODOLÓGICO EM GEOGRAFIA DA SAÚDE



COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO CENTRO

•

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

ANA PAULA SANTANA-RODRIGUES

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

— Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde —

Dissertação de doutoramento em
Geografia Humana
na Faculdade de Letras
da Universidade de Coimbra

Coimbra, 1993

ISBN 972-569-083-4
Dep. Legal 90 322/95

FICHA TÉCNICA

Título: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde

Responsável pela edição:
Engº João Rebelo

Composição:
Vítor Duarte

Offset: *Fotografia* – Adelino Bandeira
Montagem – Adelino Bandeira
Transporte – Henrique Taborda
Impressão – Joaquim Felício

Edição e Distribuição:

CCRC – COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO CENTRO
Rua Bernardim Ribeiro, 80 3000 COIMBRA
Telefone: (039) 400198/9 Fax: (039) 701657

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Apresentar ou propor modelos de desenvolvimento e planos estratégicos de acção, sem estarmos previamente certos de que existe uma efectiva analogia estrutural entre eles e as sociedades em que se pretende aplicá-los, fará, seguramente, pouco sentido.

As investigações para doutoramento podem constituir, dado o seu carácter científico, modelos a seguir na apresentação e fundamentação de propostas para o desenvolvimento de um sector de actividades num determinado espaço local ou regional, observada que é, em regra, a condição básica acima enunciada.

Feliz na escolha do sector objecto da investigação – a Saúde – de grande relevância na organização das sociedades, e feliz também pela originalidade da abordagem, a autora parte da análise, em primeiro lugar, dos aspectos teóricos que ligam a distribuição e a organização dos Serviços de Saúde com o campo científico da Geografia da Saúde, passando depois ao levantamento da procura e utilização desses Serviços em duas áreas-tipo: áreas rurais (concelho de Góis) e áreas urbanas (concelho de Coimbra).

Com a elaboração deste trabalho de grande valor científico, comprovado pelas provas públicas que prestou, conseguiu a Doutora Paula Santana abrir caminho e evidenciar traços essenciais num sector tão importante como a Saúde.

Por tudo isto e pelo contributo importante que esta publicação irá certamente prestar a investigações futuras, é com muito gosto que a Comissão de Coordenação da Região Centro promove, com a colaboração da Administração Regional de Saúde do Centro, a edição deste trabalho de alto merecimento científico.



Prof. Doutor Manuel Viegas Abreu

PREFÁCIO

A presente obra constitui-se, no panorama nacional relativamente pobre da investigação em planeamento, organização e gestão de serviços de saúde, como um importante e original contributo da Geografia da Saúde para um conhecimento mais profundo dos fenómenos que, porque humanos, percorrem, em mutação constante e por vezes aparentemente inexplicável, a vida das pessoas, das instituições e das comunidades.

Através das suas páginas é-nos possível constatar a confirmação de uma realidade que, de forma intuitiva é certo, os profissionais da saúde conhecem e com a qual lidam diariamente.

O apoio que a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) decidiu prestar para que esta obra conhecesse uma divulgação extra-muros da instituição académica onde foi produzida traduz, de alguma forma, a estratégia definida para a sua intervenção, enquanto organismo regional de planeamento, organização e gestão dos cuidados de saúde. E tal estratégia tem a ver, fundamentalmente, e em primeira linha, com um profundo conhecimento dos comportamentos dos serviços prestadores – o que fazem, como fazem, com que recursos – e das populações da Região – quem utiliza, porque utiliza, como utiliza. A intervenção numa matéria tão sensível e determinante da qualidade de vida dos cidadãos não pode estar sujeita a meras intuições ou processos de intenção, antes obriga a um conhecimento profundo da realidade para que as medidas adoptadas possam ser as mais eficazes.

Uma segunda razão, obviamente dispensável de referência por óbvia, é a qualidade científica do presente trabalho. Ao rigor metodológico soma-se a grande quantidade e diversidade de informação sobre a utilização dos serviços de saúde dos dois concelhos estudados, resultado de um assinalável labor de recolha e tratamento, bem como as preciosas referências bibliográficas.

Por outro lado, esta obra ilustra, de forma clara, a obrigatória multidisciplinaridade de que hoje se reveste o estudo do sector da saúde. As ciências sociais cada vez mais enriquecem o nosso conhecimento do sector, ajudando a repôr no centro das atenções e dos cuidados aquele que, definitivamente, é o seu sujeito – o Homem. Ela consubstancia, também, a colaboração entre os serviços de saúde e as instituições vocacionadas para a investigação, numa antecipação do que será uma linha mestra da actividade da ARSC, no apoio e incentivo à realização de projectos de investigação que sirvam de suporte a decisões mais correctas, a uma utilização mais eficiente dos sempre parcos recursos disponíveis e à obtenção de melhores resultados dos cuidados de saúde prestados.

Uma das mais recorrentes preocupações da saúde nos nossos dias é, sem dúvida, a necessidade de encontrar novas formas de financiamento para as despesas sempre crescentes de um sector que, desenvolvendo-se tecnologicamente a uma velocidade por vezes assustadora,

simultaneamente cria novas necessidades e empurra as fronteiras do possível para limites que apenas o futuro permitirá conhecer. O espectacular desenvolvimento da medicina e da saúde e a consequente alteração, por vezes dramática, dos padrões da saúde e da doença, determinou alterações demográficas com consequências ao nível quer das necessidades das populações quer dos recursos necessários para lhes fazer face.

Mas a busca de novas fontes e formas de financiamento do sector da saúde não pode fazer-se num quadro que propicie a iniquidade, afastando dos cuidados de saúde os que, economicamente mais débeis, mais deles necessitam. Apenas um profundo conhecimento das populações e das suas necessidades permitirá o desenvolvimento de medidas que aliem à máxima eficiência social a garantia de equidade de acesso.

A Administração Regional de Saúde do Centro, consubstanciando a política de regionalização do Serviço Nacional de Saúde, encontra-se a um nível privilegiado para, potenciando as sinergias loco-regionais, integrar e apoiar os esforços para um mais detalhado conhecimento das populações e do sector da saúde de uma Região com 2,4 milhões de habitantes e com assimetrias de desenvolvimento que importa não ignorar.

Este objectivo começa agora a corporizar-se, sendo a presente publicação um primeiro sinal público disso mesmo. Outras iniciativas se seguirão, contando-se com o empenhamento de outras instituições, como é o caso da Comissão de Coordenação da Região Centro, também ela patrocinadora desta iniciativa.

Manuel António L. da Silva

Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro

SUMÁRIO

I PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS DA DISTRIBUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1 – **SAÚDE E DOENÇA, ABORDAGEM CONCEPTUAL**

CAPÍTULO 2 – **A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL**

CAPÍTULO 3 – **O GEÓGRAFO E A GEOGRAFIA DA SAÚDE**

II PARTE

ANÁLISE DA PROCURA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS E RURAIS

CAPÍTULO 4 – **MÉTODOS E TÉCNICAS**

CAPÍTULO 5 – **CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO**

CAPÍTULO 6 – **CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO**

CAPÍTULO 7 – **DETERMINANTES DA PROCURA**

CAPÍTULO 8 – **UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

CAPÍTULO 9 – **DESIGUALDADES NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO**

CAPÍTULO 10 – **SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

CAPÍTULO 11 – **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

SUMMARY

This dissertation concerns health services usage in the municipalities "concelhos" of Coimbra and Góis, in the centre region of Coimbra-Portugal. Its main objectives are: 1 – to study aspects of inequality health care utilisation related to the geographical, socio-economic and cultural accessibility to health services; 2 – to identify specific features which might be considered in health services planning, in the future. Attention was focused on the implication of health care provision and utilisation in different geographical areas.

Available statistical information collected on a routine basis was found to be inappropriate and inadequate for the proposals of this study. Consequently, data were collected interviewing all residents in households: a stratified random sample of 7038 persons were interviewed: 5234 in Coimbra (urban municipality) and 1804 in Góis (rural municipality).

After the introduction, Chapters 1 to 3 provide concepts of health and disease, factors influencing patterns of health and disease, the role of medicine, aspects of health care systems and a brief description of the health services organisation in Portugal. Chapter 4 describes sources of information and the methodology used to overcome some of the problems presented by the specific data sources. The designed questionnaire was divided in two parts, providing information on 1 – personal characteristics of inhabitants, including biological and socio-economic factors 2 – utilisation of health services in terms of type of services. Chapter 5 describes Coimbra and Gois communities, its social and economic characteristics and examines the distribution of health services (primary care, private doctors and hospitals), looking for significant variations in coverage. Chapter 6 gives a description of the population survey carried out as part of the study. This information is particularly important to establish priorities for an adequate delivery of health services based on some health-related indicators. In Chapter 7 the individual determinants of medical care utilization and the reported prevalence of illness and disability (as perceived by the population) are studied. It reveals an expected increasing trend with age. Although the proportion of population reporting ill-health was similar for both sexes, women tend to complain of multiple conditions more often than men. Economic, social, behavioural and geographical factors were found to determine health service use and choice of practitioner. Chapter 8 compares the usage of different services, revealing that the usage is manisfestly related to availability and needs. The most privileged strata being the youngest and women in fertile ages and living in the inner-city. Low socio-economic level, low educational level, and bad accessibility proved to be strong barriers for health services utilization. Chapter 9 is concerned with how people get to health services, and how the present system may create difficulties of access in particular circumstances. Difficulties obtaining health services were found in remote rural areas and inner-city. Accessibility was stated by the population to be one of the most

powerful determinants of usage of both Health Centres and Hospitals services as well as the private health services. In Chapter 10 we assess the patient satisfaction and we compare it with the professional health services point of view related to the patient satisfaction. Among users, most of the criticisms were addressed to the non-existence of transportation facilities and also to the discomfort of the long waiting time for an appointment. Finally, in Chapter 11, we present a brief review of the results of the previous chapters and some suggestions for a more effective and equitable health care delivery systems.

PREÂMBULO

Aquilo que nasceu como ideia de uma só pessoa, como projecto de um caminho longo, difícil e solitário, transformou-se, certamente mais por solidariedade dos outros do que pela bondade intrínseca do projecto, numa demonstração de interesse e disponibilidade que abrangeu um grande número de pessoas e instituições, tornadas indispensáveis pelos cuidados, saberes e recursos que tornaram possível a concretização dessa ideia inicial. E o que parecia uma jornada por áreas inóspitas e desconhecidas transformou-se assim, pela magia da amizade, numa descoberta nem sempre fácil mas definitivamente encantatória de um mundo que vive ao lado do nosso, invisível mas presente. E se a descoberta desse outro mundo – o da saúde – nos permite um saber novo e diferente, abrindo perspectivas de trabalho multidisciplinar futuro, as pessoas que nele conhecemos e o que com elas aprendemos marcaram de forma indelével esta aventura, atenuando a angústia de enfrentar o desconhecido, o "medo do escuro" que aflige sempre quem assume estes trabalhos.

É imperioso, por isso, referir e agradecer de forma pública a todos quantos nos acompanharam nestes anos de trabalhos intenso, correndo embora o inevitável risco da injustiça de esquecer alguém.

Ao Professor Doutor José Manuel Pereira de Oliveira, pela interessada e motivadora orientação, integrando os saberes da Geografia na Saúde; ao Professor Doutor Nuno Rodrigues Grande, pela amizade e apoio científico, sem o qual este trabalho seria, certamente, mais imperfeito e não seria o nosso percurso pessoal tão rico e longo; à Professora Doutora Denisa Mendonça do I.C.B.A.S., pelo muito e precioso tempo e perseverança que dispensou ao longo de todo o trabalho, em enfadonhos cálculos, apenas justificados pela amizade que fica. Ao Professor Doutor David Phillips, da Universidade de Exeter, pela sua orientação esclarecida, apesar de longínqua e pelo acolhimento dispensado.

À Administração Regional de Saúde de Coimbra e em especial ao então Presidente da sua Comissão Instaladora, Engº Pedroso de Lima, pelo apoio empenhado à realização do questionário e aos Centros de Saúde de Coimbra e Góis que permitiram os inquéritos a doentes e profissionais, particularmente aos drs. Branca Cabeças e José Luis Biscaia.

Ao Instituito de Clínica Geral da Região Centro e ao dr. José Cabeças pelo apoio na execução gráfica do questionário.

À Delegação Regional do Centro do Serviço de Informática do Ministério da Saúde, na pessoa dos seus responsáveis, Engº João Vasco Ribeiro, drª Luísa Prates e Sr. Carlos Teixeira, pelo interesse sempre demonstrado e pela disponibilização das indispensáveis instalações, equipamentos e *Know-how*.

Ao Instituto da Juventude de Coimbra e ao seu Presidente, dr. Carlos Páscoa, pela cedência dos inquiridores que tornaram possível realizar um inquérito de tão grandes proporções e aos vinte jovens que, no terreno, garantiram o sucesso das operações de recolha de informação.

Á U.A.P. e ao Professor Doutor Carlos Pereira da Silva, pelo apoio financeiro indispensável a um projecto cujos custos seriam incomportáveis.

Aos Hostitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e Instituto Português de Oncologia, pelo apoio e disponibilidade na recolha de informação, nomeadamente sobre os seus profissionais, inquérito ao pessoal dos serviços de saúde e aos utilizadores do H.U.C., em especial aos drs. Paula Sousa, Beatriz Brinca (Hospital Pediátrico), Luísa Prates (Maternidade Byssaia Barreto), Rui Janeiro da Costa (H.U.C.) e Artur Morais Vaz (Hospital Geral).

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (I.C.B.A.S.), em especial ao sector de Estudos de População, nomeadamente à Professora Doutora Carolina Silva, drs. Rui Maia, José Bento de Sousa e José Manuel Nunes, pela disponibilidade que sempre me dedicaram.

À Comissão de Coordenação da Região Centro, pelo apoio gráfico na execução do questionário. Ao sr. Victor Amado (C.C.R.C.) pela execução das figuras do capítulo 5.

Ao Nuno Castilho pela prontidão e profissionalismo com que elaborou o arranjo do texto.

Ajudas, também relevantes e imprescindíveis, foram as das pessoas que trabalham no Serviço de Informática do Ministério da Saúde. De entre elas é justo destacar-se os drs. Conceição Saraiva e Jaime Reis Abreu, Engª Margarida Viegas, D.Luisa Cordeiro, pela amizade e trabalho de programação. Ao Sr. Pires, D.Estrela, D.Assunção e drª Júlia, da Delegação Regional de SIMS, pela disponibilidade e paciência no processamento de textos e execução de quadros e gráficos e por nos fazerem sentir em casa..

Aos drs. António Oliveira (C.C.R.C.), Jorge Simões (H.U.C.) e Joaquim Sá Couto e António Lúcio Baptista (Aliança para a Saúde) pelo apoio bibliográfico e técnico e pelo privilégio das suas amizades.

Aos Professores Doutores Allan Williams, Penny Price, Sheena Ashana, Trevor Bailey da Universidade de Exeter, Jim Lewis, Ray Hudson da Universidade de Durham, Sarah Curtis e John Mohan da Universidade de Londres, Tim Peters da Universidade de Bristol e Maggie Persan da Universidade de Liverpool, agradeço a amizade e a discussão de ideias ao longo das várias estadias no Reino Unido.

Ao Professor Doutor José Ribeiro Ferreira (F.L.U.C.) pela leitura atenta e correcção dos textos.

Ao dr.Artur Morais Vaz (C.H.C.) pelo apoio bibliográfico e persistência na leitura, correcção e comentários do texto.

À Feliciana e ao Rob Davidson que nos deram o calor de uma casa inglesa nas estadias no Reino Unido.

À Teresa Vasconcelos, à Cristina e ao Pedro que, no Porto, nos abriram a casa e foram família.

À dr.Gabriela Salgueiro cuja amizade ajudou a superar desânimos e cansaços.

À minha mãe, Dolores, por ser minha mãe mesmo quando foi tão difícil.

Às minhas filhas, Andreia e Inês, a quem tanto tempo foi roubado mas que souberam compreender e acompanhar, com a sabedoria inocente das crianças, a viagem que a mãe fazia.

Finalmente e em adenda, cumpre agradecer à nova A.R.S. do Centro, na pessoa do seu Presidente, Dr. Manuel António L. da Silva e à C.C.R.C., na pessoa do seu Presidente, Prof. Doutor Viegas Abreu, que tornaram possível a publicação e uma mais vasta divulgação deste trabalho.

Como dizíamos atrás, corre-se sempre o risco de esquecer alguém. Mas corre-se igualmente o risco de as palavras que escrevemos serem apenas a sombra do que sentimos. Que o que fica, finalmente, de vários anos da nossa vida, são os vestígios escritos de um trabalho, o espanto por estar concluído e a reconfortante certeza de termos tantos amigos.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da investigação em saúde tornou-se relevante pela necessidade do planeamento deste sector. Para isso, tem sido dada grande ênfase à avaliação dos serviços prestados, em função das características da população potencialmente utilizadora.

A diminuição da mortalidade infantil e da natalidade e o aumento da esperança média de vida têm, nos últimos anos, produzido significativas alterações demográficas (PHILLIPS, 1986; BERENTSEN, 1987; HOWE e PHILLIPS,1983). Tal facto provocou alterações definidas por grupos populacionais traduzindo-se em pirâmides de idades invertidas: aumento da população com idade superior a 65 anos e diminuição relativa no grupo dos 0 aos 4 anos. Torna-se, por isso, necessário desenvolver estudos na área do planeamento de serviços de saúde (GILL *et al* 1986) que têm de responder às novas exigências nascidas por um quadro demográfico em mudança. Para isso, é necessário torná-los eficazes e eficientes, racionalizando a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, que muitas vezes são escassos.

Os estudos nesta área científica tornam-se essenciais para que o sistema de saúde funcione reduzindo o desperdício e, consequentemente, a ineficiência.

A análise parte da observação das duas faces da mesma moeda: de um lado, a oferta e, de outro, as características da população. A relação entre a oferta e a procura depende de vários condicionantes que implicam principalmente as características geográficas dos lugares, as políticas de saúde e as relações espaciais que se estabelecem entre o Homem e o Meio, a várias escalas.

Os serviços de saúde, como muitos outros serviços, não são oferecidos igualmente a todos os indivíduos, porque a natureza da distribuição geográfica os torna um "serviço impuro " (PHILLIPS, 1979). O acesso, um dos factores mais importante na avaliação da relação entre a oferta e a procura, assim como da avaliação dos cuidados prestados é uma consequência do jogo de algumas variáveis fundamentais.

O acesso aos serviços de saúde não é apenas o contacto com os serviços, mas também a utilização desses serviços. Assim, para que se concretize a cadeia potencialmente estabelecida entre o utilizador e os serviços, é necessário que haja informação do lado do consumidor, capacidade de contacto com a estrutura e possibilidade de resposta do serviço. A informação do utilizador implica o conhecimento e a imagem dos serviços, a capacidade de escolha e, ainda, a decisão com o grau de liberdade inerente à natureza dos serviços; isto é, difere com a circunstância de se tratar de serviços públicos ou privados, gratuitos ou pagos. O contacto com a estrutura varia não só com a necessidade e percepção dessa necessidade, mas também com a posição geográfica e condições sócio-económicas, com a natureza do processo burocrático e com as patologias que condicionam a procura. A entrada no "sistema" depende da organização e articulação dos serviços. A natureza da resposta pode ser facilmente quantificável, como é o caso do número de actos médicos. Têm que ser ainda avaliados factores não quantificáveis como a

cortesia, a afabilidade, a qualidade de informação fornecida e o grau de interesse dos intervenientes na resposta.

A análise da procura e da utilização dos serviços de saúde deve ser feita em função das características sócio-culturais dos grupos populacionais que, podendo embora ter a mesma informação, facilidade de contacto e qualidade de resposta, se comportam, em termos de utilização, de formas diversas.

Temos consciência de que os serviços de saúde são importantes e é relevante adequa-los às necessidades reais da população. Para que tal seja possível, tem de se partir de dois pressupostos; por um lado, conhecer a oferta – sistema de saúde; por outro lado, percepcionar as características da população e seus comportamentos.

A oferta varia consoante as políticas de saúde e os sistemas económicos. Podem dominar os serviços de saúde públicos sobre os privados ou os privados sobre os públicos ou ainda coexistirem formas intermédias com combinações diversas entre os dois sectores e diferentes modelos de financiamento dos cuidados. Formas alternativas ou mais tradicionais de medicina podem desempenhar, em alguns casos, papel relevante.

Para que os cuidados de saúde obtenham sucesso, devem ser oferecidos a todos os que deles necessitam, no momento em que necessitam, garantindo assim as condições de acesso e o sucesso dos serviços, dentro da área de influência de cada unidade. É sabido que esses objectivos estão longe de ser atingidos, embora seja preocupação actual aumentar a equidade e a qualidade da prestação de serviços, já que a filosofia do Serviço Nacional de Saúde é o melhoramento dos níveis de saúde da população (CAMPOS, 1989; CAMPOS, 1991).

As características da população podem determinar a procura e a utilização dos serviços (HOWE e PHILLIPS, 1983; BERENTSEN, 1987; SANTANA, 1993). Por isso, é importante conhecer a distribuição da população consumidora por idades, sexos, grupos sócio-económicos, escolaridade, local de residência (distância relativamente à oferta de serviços de saúde), percepção do estado de saúde e da gravidade da doença, informação sobre serviços de saúde. A recolha destes dados é de extrema utilidade para que possa ser entendida a relação que se estabelece entre a oferta e a procura, e como se estabelece.

O primeiro passo para alcançar este objectivo é diagnosticar e debelar os factores que dificultam o acesso aos serviços de saúde (LUFT *et al*, 1976; BOHLAND *et al*, 1984; FARLEY, 1986; DARDANONI *et al*, 1987). A avaliação é um importante instrumento quando se pensa em propostas de planeamento (MENDONÇA, 1987; SILVA, 1988; GARROCHO, 1992). É através deste processo, tendo em conta as características reais da população, que se pode conhecer a tipologia de serviços procurados – público ou privado, primário ou secundário, – o momento da procura e o porquê dessa procura, em termos de quantidade e qualidade de serviços utilizados. Uma organização correcta dos serviços de saúde é importante, porque permite adequar as actividades de prestação de cuidados de saúde às necessidades da população. Como cita MOWBRAY(1979), em países onde o financiamento dos serviços de saúde é limitado, estático ou

decrescente, torna-se essencial saber se os serviços de saúde têm um impacte positivo na saúde da população, o que por sua vez realça a importância da criação de instrumentos fiáveis de avaliação dos estados de saúde das populações em geral e dos utilizadores dos serviços de saúde.

Existem princípios estratégicos para a formação de uma política de saúde, que podem ser enunciados sumariamente, como foi feito por KOSTRZEWSKI (1979 b), p.57):

1) formulação de objectivos;
2) definição de necessidades de saúde;
3) formulação de prioridades;
4) análise dos problemas de saúde;
5) obtenção de cooperação entre o sector da saúde e outros sectores como os da educação, agricultura e indústria; equidade na distribuição dos cuidados de saúde;
6) distribuição dos recursos e serviços de acordo com as necessidades da comunidade;
7) planeamento, programação, execução e avaliação dos programas.

A aplicação destes princípios aos programas de saúde pode contribuir, então, para a formulação de políticas de saúde (SECRETARY OF STATE FOR HEALTH, WALES, NOTHERN IRELAND AND SCOTLAND, 1989; DISTRICT HEALTH CARE, 1989; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1990). Para estas concorre, fundamentalmente, o conhecimento da oferta dos serviços básicos de saúde, em termos de equidade na distribuição dos cuidados de saúde (implicando necessariamente o acesso aos serviços) e informação acerca das características da população alvo, bem como a definição do ambiente dominante, isto é dos quadros de referência da política de saúde.

Numa das recomendações da Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1978, nº16) pode ler-se "... em todos os programas nacionais se reserva uma parte dos recursos para realizar investigação permanente sobre os serviços de saúde e zonas de aplicação que funcione em paralelo com o processo geral de prestação de cuidados; se fomente a avaliação e a informação sobre os resultados obtidos para identificar oportunamente os problemas...; se realize um esforço permanente para formar pessoal de investigação...". Esta preocupação resulta da necessidade de resolver novos e complexos problemas, para os quais não existe informação disponível ou adequada.

Deve, ainda, ser considerado relevante na investigação reconhecer que o aumento dos níveis de saúde, em termos não só de reduzir a mortalidade e a morbilidade, pode depender mais do progresso no campo da educação ou no melhoramento das condições sanitárias, sociais, culturais e económicas da população e do meio em que esta se insere, do que do desenvolvimento dos cuidados médicos (ROVIRA et.al., 1985). AGBONIFO (1983) demonstra que o nível de saúde é um bom indicador do desenvolvimento de um país. Na década de 40 BEVARIDGE, ao planear o Serviço Nacional de Saúde Inglês (N.H.S.) , defendia que a melhoria da saúde geral da população levaria a tornar desnecessários muitos cuidados de saúde e a diminuição consequente de serviços organizados e dos seus custos.

A leitura da vasta bibliografia – de apoio e de referência – existente permitiu-nos enunciar um conjunto de questões, abordadas mais adiante. O trabalho estrutura-se em duas partes: a primeira foca os aspectos teóricos que ligam a distribuição e a organização dos serviços de saúde com o campo científico da geografia da saúde e na segunda parte procede-se à análise detalhada da procura e utilização dos serviços de saúde em áreas rurais e urbanas.

No primeiro capítulo consideramos relevante a interpretação dos conceitos de saúde e doença, justiça social e distribuição social dos recursos. No segundo capítulo apresentamos a prestação de cuidados de saúde em Portugal e o Serviço Nacional de Saúde. No terceiro capítulo é feita referência à evolução do pensamento na área da geografia da saúde, autores e teorias que têm sido desenvolvidas e têm contribuído para a institucionalização desta "disciplina", dentro da própria geografia. Este capítulo tem como objectivo principal a apresentação dos condicionantes do acesso aos serviços de saúde. Para que seja entendido e "medido", reconhecemos a necessidade da convergência de vários conhecimentos de áreas científicas, para além da geografia. Por outras palavras, é sublinhada a importância da interdisciplinaridade como base da organização de modelos de implantação ou distribuição de serviços de saúde. Assim, para além dos factores geográficos (distribuição, acessibilidade geográfica), relevamos a importância de outros factores que têm a ver com as características da população (sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe social, cobertura por seguro de saúde, rendimento), com as condições e dimensão da habitação, com a política da saúde (financiamento, educação, etc.), com as características dos recursos (organização, tipo de serviços, intervalo de tempo entre consultas, tempo de espera, custos) e, finalmente, com a utilização e a satisfação dos utentes (cortesia, aceitabilidade, custos, tempo de espera).

No quarto capítulo apresentamos os métodos e as técnicas de investigação. Foi feita recolha de informação nos centros de saúde, hospitais e outras instituições públicas e privadas ligadas à prestação de cuidados médicos e realizadas ainda entrevistas à população dos concelhos de Coimbra e Góis (utilizadora ou não dos serviços de saúde), aos utentes das primeiras consultas externas dos Hospitais da Universidade de Coimbra e aos prestadores dos cuidados de saúde.

No quinto capítulo fazemos a caracterização das áreas de estudo: merecem a nossa atenção as condicionantes geográficas, demográficas, sociais e económicas. Também são analisadas as estruturas urbanas e a oferta de serviços de saúde. É analisada a organização e distribuição dos recursos de saúde. A importância do sector público, quer ao nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados primários, número de médicos por especialidades e áreas de influência dos serviços, são alguns aspectos estudados.

O sexto capítulo apresenta as características da habitação e da população em estudo.

No sétimo capítulo são referidas as determinantes da procura sublinhando a importância da percepção de "doença" e tempo de "doença", relacionando-os com as características da população.

No capítulo oitavo é estudada a utilização dos Serviços (em termos de percentagem de utilização) e gastos em medicamentos. Estes ítens são relacionados com os grupos de idade, grupos sociais e áreas de residência, para os sexos masculino e feminino. A análise é feita separadamente para o concelho de Coimbra e Góis.

O nono capítulo faz a comparação dos padrões de utilização dos cuidados primários e secundários, públicos e privados, em áreas urbanas e rurais de Coimbra e Góis.

No décimo capítulo são apresentados alguns resultados, embora baseados em critérios subjectivos, da satisfação da população entrevistada relativamente aos serviços usados ou preferidos. É atribuida também importância às respostas dos prestadores dos cuidados de saúde relativamente à satisfação dos utentes.

Por fim, são apresentadas as conclusões e algumas sugestões na investigação dos Serviços e futuras pesquisas nesta área científica, integrando o último capítulo. Nele de sintetizam algumas das mais importantes questões e resultados da pesquisa desenvolvida, bem como se formulam sugestões que visam ultrapassar, aos diversos níveis considerados, as disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde das áreas consideradas.

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tornou-se relevante que fossem avaliados os serviços prestados à população, em termos comparativos entre áreas urbanas e rurais nos concelhos de Coimbra e Góis, em função da oferta e da utilização.

Foram seleccionadas áreas geográficas contrastantes: áreas urbanas com grande densidade populacional, uma elevada e diversificada oferta de serviços de saúde, bom acesso a transportes públicos e áreas rurais com povoamento disperso, baixa densidade populacional, população envelhecida, oferta de serviços de saúde pouco diversificada e concentrada espacialmente, fraca conexão da rede viária. Pretendemos com isso obter um espectro mais largo relativamente à influência das condicionantes geográficas e sócio-económicas.

A escolha do concelho de Coimbra teve como objectivo caracterizar uma comunidade urbana, tendo havido a preocupação de a subdividir, sempre que fosse útil para a nosso estudo, em áreas mais pequenas, atendendo às características que concernem à própria dinâmica urbana e ao plasmar da cidade no meio envolvente, dentro do limite das fronteiras administrativas do concelho. Para áreas geográficas com recursos semelhantes, ao nível de serviços de saúde, propomo-nos estudar grupos populacionais com utilizações diferentes, de maneira a podermos analisar a importância relativa de cada uma das componentes do acesso, que os caracterizam.

Quando seleccionámos o concelho de Coimbra tivemos, ainda, como objectivo, a avaliação da importância da nova unidade hospitalar (Hospital da Universidade de Coimbra), apetrechada com tecnologia de ponta que, na região geográfica escolhida, apenas existe neste hospital, o que talvez condicione a procura e a resposta.

A escolha do concelho de Góis, de características profundamente rurais, obedeceu à necessidade de caracterizar um espaço com características bem diferentes das do concelho de Coimbra, e que pudesse permitir uma certa extrapolação para outras áreas rurais de Portugal, em que as características sejam semelhantes.

Assim, este estudo tem como finalidade fazer uma análise, em termos comparativos, da procura, utilização e grau de satisfação dos serviços de saúde, de uma área geográfica com características urbanas (concelho de Coimbra) e de outra profundamente rural (concelho de Góis). É nossa intenção conhecer a importância dos factores que dificultam ou proporcionam o acesso e a utilização do serviços de saúde, nas áreas administrativas mencionadas.

Norteados por esse objectivo, pareceu-nos importante analisar a procura e a utilização dos serviços de saúde, em função da distribuição geográfica dos recursos e das características sócio-económicas e culturais dos diversos grupos populacionais, nos concelhos de Coimbra e Góis.

Foi nossa intenção circunscrever as populações a estudar a grupos bem caracterizados (geográfica e sócio-economicamente) para que fosse possível fazer comparações.

A criação de uma matriz de diferentes indicadores – tais como a doença, satisfação com os serviços por parte do utente, capacidade ou não de produzir ou exercer a sua actividade (SONIS, 1979) – podem sugerir padrões de procura de serviços que dependem das características geográficas e sócio-económicas da população (ADAY, 1974). A distribuição espacial dos recursos de saúde e a distância a percorrer entre a residência e o local da oferta, é ainda um factor relevante no acesso aos serviços de saúde.

Assim, tendo em conta as diferenças geográficas, locativas, demográficas, económicas, culturais, comportamentais, de percepção da necessidade (real e não real, percebida e não percebida), tentámos conhecer os padrões da procura e utilização dos serviços de saúde nos concelhos de Coimbra e Góis.

Foi nosso objectivo procurar dar resposta aos seguintes problemas:

1) saber se a uma maior concentração de população corresponderá também uma maior oferta;
2) conhecer em que medida a localização espacial dos recursos pode servir para intensificar as disparidades gerais dos níveis de acesso, dos níveis de saúde e da própria qualidade de vida da população;
3) relacionar as necessidades de saúde sentidas pela população com a utilização dos serviços em contextos demográficos, sócio-económicos e geográficos diferentes.
4) reconhecer de que forma a acessibilidade sócio-económica e geográfica se reflecte na utilização;
5) analisar os níveis de satisfação em função das características da população utilizadora;
6) procurar conhecer a importância das novas unidades de saúde públicas, implantadas ou reestruturadas nos últimos anos nas áreas de estudo, na utilização e satisfação ao nível do Serviço Nacional de Saúde.

Em suma, as questões fundamentais podem ser sumariadas da seguinte forma: quem é que procura, o que procura (tipo de procura – serviços públicos, privados, primários e secundários), o momento da procura e o porquê da procura.

Como veremos no capítulo 4, para atingir estes objectivos foram utilizadas diferentes fontes de informação. Estas variam consoante o interesse e a escala de análise. Reconhecemos, contudo, que os objectivos que queremos alcançar não poderiam ser atingidos se não elaborássemos uma fonte própria ligada directamente com as questões que enunciámos e que pretendemos conhecer. Se utilizássemos apenas os dados oficiais disponíveis, encontraríamos lacunas no nível da desagregação geográfica e no tipo de conceitos e objectivos. Por exemplo, a recolha feita nos serviços de saúde permite-nos, apenas, medir o número de respostas dos utilizadores. Devem ser identificadas as não respostas, já que a população que não recorre aos serviços de saúde está potencialmente em risco e poderá não ser detectada. Os indicadores das necessidades de serviços de saúde devem ser baseados em informação acerca de toda a população e não somente da população que utiliza os serviços (KALIMO, 1979; GIRALDES, 1989)

A inadequação existente dos dados estatísticos tem sido o obstáculo principal a um efectivo planeamento dos serviços de saúde; pode, porém, ser argumentado que um bom sistema de informação só é importante se for usado correctamente.

Outra objecção à utilização das estatísticas como fonte principal de informação é, como anteriormente foi citado, a desagregação geográfica do concelho, subdividindo-o em áreas onde a análise fosse mais fina, como a da freguesia (nos concelhos de Coimbra e Góis).

Para ultrapassar a falta de dados fiáveis na avaliação do acesso da população aos cuidados de saúde, decidimos recolher informação sobre a população utilizadora e não utilizadora dos serviços de saúde, através de questionários directos (ver metodologia no capítulo 4) .

Reconhecemos a importância deste trabalho em virtude de termos percepcionado que grupos populacionais com o mesmo tipo de informação acerca dos serviços, as mesmas condições sócio-económicas e qualidade de resposta, podem ter comportamento diferentes na utilização ou preferência dos serviços de saúde, em virtude de terem acesso geográfico diferente.

I PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS DA DISTRIBUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1.
SAÚDE E DOENÇA: ABORDAGEM CONCEPTUAL

Pretende-se apresentar, de forma breve e apenas como introdução à temática deste estudo, os conceitos que reconhecemos pertinentes para a compreensão das diferentes formas de utilização dos serviços de saúde.

1.1. ALGUNS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

Hoje, a "saúde" é entendida não como um conceito objectivo ou como um estado de expressão exclusivamente biológica, mas como um modelo complexo em que a qualidade da vida individual e os seus componentes psíquicos e sociais, reflexos dos "estilos de vida", relevam cada vez mais.

GRANDE (1991) refere que a saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento. Os grandes progressos na qualidade de vida foram mais significativos na melhoria dos níveis de saúde das populações do que as novas conquistas na assistência à doença. Não se pode encarar a relação saúde/doença, pois não é possível considerar a doença como um acidente pessoal e por isso tentar solucioná-lo, resolvendo o problema em si mesmo. É necessário, antes, resolver ou minorar as causas e os efeitos que estão a montante e a jusante.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como o "estado de completo bem estar físico, mental e social". A declaração de Alma Ata refere "uma vida socialmente e economicamente produtiva e a possibilidade de viver de forma a poder vir a ser mais saudável" (O.M.S., 1978).

A carta de Otava (MARCOLINO, 1987) propõe medidas para atingir a saúde para todos no Ano 2000. Alterações sociais, económicas e culturais, ocorridas nos últimos anos, têm provocado aumento nos níveis de saúde (AGBONIFO, 1983). A diminuição da pobreza, a melhoria nos níveis de nutrição, a higiene do meio, a melhoria nas infra-estruturas urbanas, como por exemplo, a qualidade da água distribuída e o alargamento da malha consumidora, são alguns factores que estão implícitos no estado de saúde de uma região ou de um país (HAYNES, 1984a) e 1990). Também os aumentos da produtividade, induzidos pelos melhores níveis de saúde, têm consequência ao nível dos rendimentos e da melhoria da qualidade de vida (VIDAL, 1986).

Assim, o estado de saúde e o nível de desenvolvimento estão intimamente relacionados e esta relação é também o reflexo da qualidade das políticas de saúde e dos cuidados de saúde disponíveis na comunidade.

Uma política de saúde correcta deve ser desenvolvida no sentido de eliminar as causas da doença. Para que isso se torne possível, é necessário melhorar a nutrição, a qualidade da água, o emprego e a qualidade de vida (TOWNSEND, 1986). É relevante difundir a noção de prevenção e promoção da saúde e criar estruturas com esse objectivo. A boa acessibilidade e aceitabilidade dos serviços, espalhados por áreas que sejam acessíveis cada vez a um maior número de pessoas,

é uma meta importante a alcançar, como referem alguns autores (ANDERSON *et al.*, 1980; ENTHOVEN, 1984).

Segundo SAINSBURY (1977), há um longo caminho a percorrer entre a oferta de determinado tipo de serviços necessários à manutenção da saúde e a possibilidade de adquirir uma qualidade de vida satisfatória.

Os serviços de saúde públicos, tendo como objectivo ir ao encontro das necessidades das populações, de modo a proporcionar bem-estar, têm objectivos sociais, mais do que motivações puramente económicas. São pois serviços sociais, oferecidos a todos os cidadãos; reconhecem-se, todavia, as diferenças na percepção do que é a doença e a saúde. A população saudável é constituída, segundo alguns autores, por indivíduos activos integrados nos seus grupos sociais, em contraste com os doentes que se circunscrevem ao mundo da doença pela sua inactividade ou incapacidade de produzir as tarefas de forma habitual (RADLEY *et al.*, 1987). A saúde e a doença são dois pólos da experiência de cada indivíduo. A doença é o resultado da vitória dos modos de vida não saudáveis em sociedade sobre cada indivíduo e a resposta individual a estas circunstâncias. Há um duplo fio condutor entre o indivíduo e a sociedade. Por um lado, a integração das pessoas pelas actividades sociais, por outro lado, a interiorização da doença feita pelo indivíduo, como expressão das relações que se estabelecem entre a população e o meio. BLOOM (1990) confirma a relação entre as condições sociais e a saúde.

Há uma relação íntima entre as patologias e as alterações psicológicas, que podem ou não ter manifestações clínicas consequentes. A relação entre o doente, a doença e os actos médicos faz-se pelo conhecimento do tratamento da doença. Muitas destas alterações foram mencionadas no início deste capítulo e têm como consequência novos entendimentos e utilização diversificado da oferta dos serviços de saúde.

O conceito de doença resulta, pois, de uma longa experiência que implica o estado físico, psíquico e social do indivíduo. As reacções às alterações biológicas diferem de indivíduo para indivíduo, de acordo com os conhecimentos adquiridos e as crenças culturais. São, ainda, uma resposta a um estímulo específico, quer ao nível psicológico quer ao nível fisiológico.

A doença, avaliada em termos clínicos, para além da percepção pessoal feita pelo indivíduo e do reconhecimento pela sociedade, é um passo importante no planeamento e organização do sistema de cuidados de saúde e na localização dos recursos, dentro de cada sistema de saúde. No entanto, é muito importante conhecer o "intervalo" que se estabelece entre a percepção da doença por parte do indivíduo, que corresponde à observação e racionalização individual com uma base cultural e de conhecimentos anteriores adquiridos, e a doença medida e cientifica e consensualmente julgada pelos profissionais de saúde. SHANNON (1977) refere que existem valores, atitudes e o exercício da personalidade têm uma influência sobre a percepção, interpretação e resposta à doença.

Cada grupo social e cultural tem uma percepção da dor e uma decisão sobre o estado de doença ou não doença e da utilização dos serviços. As reacções comportamentais relativamente ao

que é percebido e interpretado são causados por forças sociais que indicam aos grupos que comportamento aprovam ou desaprovam.

1.2. AS NECESSIDADES HUMANAS

As necessidades são produzidas ou induzidas por factores que podem estar relacionados com a educação, com valores (económicos, culturais e morais) ou com circunstâncias.

A Organização Mundial de Saúde refere três tipos de necessidades, que variam em consequência da própria dinâmica que se estabelece entre a oferta e a procura, dependendo das características da população. São elas: necessidades conscientes ou percebidas, necessidades profissionalmente reconhecidas pelos médicos ou outros prestadores de cuidados de saúde, necessidades comprovadas cientificamente. Acrescem ainda a procura potencial e a procura expressa. Estas são o reflexo das necessidades sentidas pelo próprio e/ou pelos profissionais de saúde. Quando a necessidade percebida ou profissionalmente reconhecida é convertida em procura, então surge a procura expressa, ou seja, a procura potencial que se revela em utilização.

HENRIQUES (1989) refere ainda que as necessidades espirituais traduzem-se pela liberdade de pensamento e de acção e na possibilidade de ter tempos livres. HARVEY (1973) apresenta uma escala das necessidades, de acordo com diferentes categorias de actividades, num leque de nove: alimentação, condições de habitação, cuidados médicos, educação, serviços sociais, serviços ambientais, bens de consumo, rede de transportes e serviços recreativos e básicos da comunidade. A partir deste conjunto, pode ser definido o mínimo de quantidade e qualidade que pode ser equacionado com as necessidades (NEVITT, 1977). Estas variam em função das características da população. Por exemplo, os grupos populacionais de menor rendimento têm, em geral, menores níveis de necessidades percebidas, o que necessariamente pode não corresponder às necessidades reais destes grupos. Os problemas de saúde foram anteriormente referidos como intimamente relacionados com factores como a idade, o ciclo de vida, a pobreza e questões culturais.

A qualidade de vida da população, entenda-se a qualidade de vida relacionada com a saúde, depende, entre outras variáveis, da qualidade e quantidade dos serviços oferecidos. A concentração destes nas cidades pode satisfazer as necessidades da população aí residente. Por vezes, a concentração excessiva nas grandes cidades em detrimento da fraca proliferação pelas áreas rurais, provoca desigualdades e desiquilíbrios quer ao nível dos estilos de vida quer ao nível da qualidade de vida.

Trata-se de um paradoxo dos cuidados de saúde em que os progressos da ciência médica e do desenvolvimento científico em geral induzem ao crescimento de novas necessidades e consequentes novos cuidados de saúde. Por exemplo, o aumento da esperança de vida, a possibilidade de utilizar tecnologias pesadas de despiste de doenças, traduzem-se em novas necessidades de cuidados de saúde e numa procura acrescida e exigindo cuidados mais pesados.

Assim, os serviços têm, ao longo dos últimos anos, modificado as suas funções e o seu papel na sociedade, tomando, em muitos casos, uma atitude activa, passando de fornecedores passivos a produtores (indutores) de novas necessidades.

A procura dos serviços geriátricos e tratamentos prolongados está associada à possibilidade de se viver mais anos (FRIED *et al.*, 1988; KEMP *et al*, 1989). Em muitos casos, principalmente em países de baixos recursos financeiros, viver mais anos nem sempre corresponde a fazê-lo de forma mais saudável, ou seja, "dar mais anos à vida não significa dar mais vida aos anos", um dos objectivos da Organização Mundial de Saúde (1978).

A estas últimas condicionantes de necessidades junta-se ainda a capacidade inerente ao Homem de criar novas necessidades, depois de resolvidas as anteriores; os estilos de vida das sociedades desenvolvidas (grande mobilidade, vida sedentária, a dieta alimentar, os hábitos tabágicos e outros), são exemplo disso. Assim, apesar dos avanços e dos sucessos obtidos nos cuidados de saúde e na saúde em geral, verificam-se alterações na natureza das necessidades. A procura dos serviços de saúde tem aumentado e a relação entre as necessidades e a utilização tem-se modificado, revelando-se em problemas associados à riqueza ou à pobreza e ainda à idade.

As necessidades são socialmente determinadas e problematicamente estão relacionadas com as carências (EYLES, 1987). Assim, as necessidades e a sua satisfação são, em muitos casos, construções sociais. Contudo, a satisfação da necessidade pode ser revelada pela procura sucessiva do mesmo tipo de cuidados de saúde.

EYLES (1987, p.35) refere que, quando se consideram os limites financeiros dos recursos de saúde, muitas vezes o que se define como necessidade pode ser redefinido como desejável e pode ser satisfeito apenas quando os fundos estiverem disponíveis. Tem em conta ainda que, quando uma necessidade é reconhecida, as acções em curso para a sua satisfação têm que ser implementadas e os critérios que permitem o acesso devem ser estabelecidos.

A implementação destas medidas encontra obstáculos diversos; por exemplo, o entendimento do que são necessidades. Talvez seja mais fácil considerar que uma região necessita de um hospital ou de um tipo de recurso de saúde, do que dizer que o indivíduo precisa do acto médico.

HARO (1979, p. 20), ao referir-se ao planeamento de serviços em função das necessidades, apresenta a distinção entre "estratégia", "tácticas" e planos "operacionais".

É importante salientar o que é a necessidade em termos de cuidados de saúde. Como AKIN (1985, p. 83) refere, a decisão de recorrer à ajuda profissional e, simultaneamente, a escolha do prestador são o objecto parcialmente determinado pelas características psicológicas do indivíduo e a predisposição cultural. Sintomas que podem provocar pânico numa determinada cultura, passarão despercebidas noutra cultura ou num indivíduo diferente. O papel da percepção individual pode resultar quer numa atitude hipocondríaca quer numa recusa de ajuda na doença.

Autores como BRADSHAW (1972), FORDER (1974), CULYER (1976), JOSEPH e PHILLIPS (1984) e MOONEY (1986), apresentam as necessidades em quatro grandes categorias que se podem ou não interligar:

1) necessidades sentidas ou percebidas individualmente;
2) necessidades normativas;
3) necessidades comparativas;
4) necessidades expressas.

O primeiro grupo é limitado e influenciado pelos conhecimentos e expectativas de cada indivíduo. O segundo grupo é o resultado dos critérios dos prestadores de cuidados de saúde que, utilizando técnicas de diagnóstico, reconhecem (ou não) a necessidade percebida (ou não) pelo indivíduo. O terceiro grupo é condicionado pelos níveis standarizados na comunidade. O quarto grupo representa a necessidade sentida, convertida em procura dos serviços.

KALIMO (1979, p.313) apresenta um método para estimar a necessidade de cuidados médicos, tendo como objectivo o planeamento e avaliação dos serviços de saúde. Para isso refere a *ratio* que se estabelece entre o uso e a necessidade de cuidados de saúde. Em virtude de não ser fácil reconhecer as necessidades reais da população, em termos de saúde, aquele autor estabelece que a informação qualitativa acerca da população com doença pode ser transformada em indicadores quantitativos de necessidade de cuidados médicos. O método é baseado num princípio definido por um grupo de médicos que estima a média das necessidades de cuidados médicos entre os doentes que sofrem de uma doença específica na população.

Os resultados a que chegaram demonstram que a necessidade de cuidados médicos, em cada adulto que respondeu ao questionário, aumenta consideravelmente com a idade, mas é idêntico em ambos os sexos. A necessidade crescente de cuidados médicos é principalmente devida à grande prevalência de doenças crónicas nos grupos de maior idade. Ainda os valores mais elevados de morbilidade e, consequentemente, a necessidade de cuidados médicos, verificam-se nas áreas rurais, segundo KALIMO (1979, p.316), comparativamente com outras áreas de residência no Este da Finlândia.

Em suma, é importante classificar a população em grupos. Num sistema de informação de saúde o poder de decisão é organizado, na maioria dos casos, pelas entidades administrativas, partindo do nível nacional, para o regional e o local. Assim, o agrupamento geográfico da população é essencial; registam-se variações na morbilidade relacionados com a idade e o sexo, mas estas variações demográficas têm sentido quando se analisa a variação das necessidades de serviços de saúde dentro dos grupos populacionais espacialmente definidos. Juntam-se ainda as características sociais, como a educação, o nível social e económico, as quais estão intimamente relacionadas com as necessidades de serviços de saúde e a utilização dos mesmos.

Sem investigação em saúde e ensaios planeados, ajustando os recursos de saúde às características da população, é difícil ter um conhecimento dos resultados dos serviços de saúde e prever quais as necessidades que poderão ocorrer nessa população.

FERREIRA (1988, p.15), refere "que os conceitos de bem-estar e desenvolvimento são ambos globalizantes e exprimem um equilíbrio entre necessidades e recursos. Por outro lado, a partir da satisfação de determinadas necessidades, surge a formulação de outras, mais diferenciadas, as quais são geradoras da criação e mobilização de novos recursos".

1.3. SAÚDE E MEDICINA

É relevante reflectir sobre o significado social da medicina e da sua relação com a saúde. HENRIQUES (1989) refere o significado da doença, como sintoma da insatisfação de "necessidades básicas". Importa ainda verificar se a "ausência de saúde" corresponde necessariamente a estados patológicos. Verificámos, anteriormente, que nem sempre isso acontece e que não há necessariamente uma dependência social e estrutural face à organização de serviços médicos. No entanto, se forem induzidas socialmente "necessidades básicas", poderá haver um acréscimo da intervenção médica na "ausência de saúde" da população. As consequências são, inevitavelmente, o aumento de gastos com os serviços médicos, o que nem sempre quer significar saúde ou uma vida mais saudável da comunidade. Muitas vezes, a medicina não teve um contributo significativo no aumento da saúde da população já que se tem preocupado quase sempre em curar as patologias, mais do que avaliar e prever (VERNON e BUFFLER, 1988).

O papel da medicina está implícito na alteração dos níveis de saúde e na diminuição da mortalidade mas, como é possível separar o contributo dos médicos de outros benefícios que foram sendo obtidos e que têm a ver com a alteração das condições de vida da população?

É também muito difícil medir a contribuição que a medicina tem nos níveis contemporâneos da saúde (CAMPOS, 1989). Dado que não há informação estatística dos resultados de todos os tratamentos médicos, não existe a possibilidade de avaliar os recursos gastos no Serviço Nacional de Saúde, tanto em termos financeiros, como na contribuição para a saúde da comunidade: por exemplo o parto hospitalar, a saúde materno-infantil, a luta contra a tuberculose, o cancro, etc..

Não existe uma definição de necessidade, no sentido absoluto. Como referimos anteriormente, o conceito de necessidade implica a percepção das condições, e o julgamento individual tem em conta a natureza dessas condições e constitui a necessidade em si (PINCH, 1985). A distribuição e introdução dos serviços pode proporcionar o aumento das necessidades sentidas e convertê-las em necessidades expressas. Mas um facto deve ser mencionado: hoje, as pessoas vivem mais tempo e essa é uma evidência de que a saúde é melhor, ao nível geral. A diminuição das doenças infecciosas e a melhoria significativa da assistência materno-infantil está na origem do declínio da mortalidade. A introdução da vacinação, dos antibióticos e a melhoria das condições de vida são factores importantes nesta abordagem. Assim, o aumento da esperança de vida é o resultado daquela mudança na saúde da população.

No entanto, não podemos esquecer que a ciência médica não tem ainda os conhecimentos necessários para combater as causas das principais doenças que mais preocupam actualmente, como o cancro, doenças cardiovasculares e a SIDA. Se a medicina tem dificuldades em curar determinado tipo de doença, não há dúvida de que o caminho mais correcto será o da promoção da saúde e da prevenção da doença. Muitas vezes, não é à medicina que cabe o papel da prevenção, já que esta se encontra a montante e tem a ver com a dieta alimentar, as condições de trabalho e do meio, enfim os riscos resultantes dos estilos de vida e dos comportamentos em sociedade.

MEARA (1989), por exemplo, refere que a qualidade da água tem relevância na saúde da população.

Segundo HENRIQUES (1989, p. 25), nas sociedades contemporâneas industrializadas a medicina, como ciência e instituição, tem o poder de determinar o que é doença e qual a terapêutica adequada. A dor, a enfermidade e a morte passaram a ser um obstáculo ao bem-estar e, por isso, à saúde, tornando necessário o recurso ao consumo de actos médicos de forma crescente, quer através do aumento de consultas e consumo de medicamentos, quer ainda do desenvolvimento de toda a indústria ligada à medicina (RICE, 1987). Segundo ILLICH (1976), o aumento de serviços médicos induz um processo social patogénico: "O excesso de medicalização pode transformar a capacidade de adaptação em disciplina massiva de consumo médico", naquilo que considera um efeito iatrogénico da medicina.

No que concerne à saúde, esta deve ser entendida de um modo global que tem a ver não só com a cura da doença, da patologia, mas, fundamentalmente, com o bem estar e com todas as actividades de prevenção e diagnóstico. Assim, no domínio da saúde entram os elementos que compõem a sociedade: vida e morte, força e fraqueza, justiça e sofrimento, produção e reprodução, trabalho e lazer, separação e reunificação (OLESEN, 1989).

Um grupo de cientistas fez um estudo em Cardif (FARROW *et al.*, 1990) acerca do comportamento e percepção da população relativamente à saúde. Chegaram à conclusão que grande parte da população não tem conhecimentos acerca da saúde em geral ou de doenças específicas, como doenças do coração e cancro. No entanto, os resultados melhores, relativamente ao conhecimento daquelas doenças, encontra-se nos grupos de idades mais jovens e nas mulheres. São as mulheres que valorizam mais a saúde e adoptam estilos de vida mais saudáveis. Também são as mulheres que, na maior parte dos casos, têm a seu cargo crianças e, por isso, se interessam mais pelos problemas da saúde.

É também bastante elevada a associação entre a percepção do que é a saúde e estilos de vida saudáveis e o nível de educação. Fica claro que a educação para a saúde, que se tem desenvolvido nas escolas e nos centros de saúde públicos, tem contribuído para o melhor entendimento do que é a saúde em si (BARNOON *et al.*, 1987). Por outro lado, deve ser dada ênfase às alterações dos estilos de vida, em virtude de estes contribuírem claramente para as melhorias dos níveis de saúde e, consequentemente, para a diminuição de determinados tipos de doença.

A educação para a saúde torna-se fundamental, pois faz a ligação do comportamento na doença, desmistificando em grande medida a linguagem médica. Assim, a população pode reconhecer os sinais importantes e os sintomas da sua doença assumindo assim não só a gestão das situações de saúde como também, e fundamentalmente, das situações de doença, num movimento ao mesmo tempo gerador de mais saúde e maior recurso aos serviços prestadores de cuidados.

Todavia, por vezes, a ideia de bom nível de saúde está intimamente ligada à boa prática de medicina, tornando-se difícil discernir qual a importância que a medicina tem para aumentar os níveis de saúde. SAINBURY (1977) refere que a tendência, que é partilhada principalmente pela

legislação e pelos profissionais de saúde, para identificar a saúde com medicina implica que a proliferação de serviços de saúde pode ser acompanhada pelo aumento dos níveis de saúde. No entanto, não deve ser esquecido que o que é relevante não é somente a existência de serviços mas a qualidade dos serviços oferecidos.

A medicina tem sido concebida como prática da possibilidade de alívio do sofrimento humano, especialmente no tratamento de doenças infecciosas, na remoção de orgãos patogénicos, aplicação de quimioterapia e outros; mas têm de ser definidos os limites que possibilitam à medicina alcançar a saúde ou estilos de vida saudáveis. Assim, a medicina é, na maior parte dos casos, mais uma intervenção física e química do que a restruturação completa da "normalidade" e bem estar dos indivíduos.

Aparecem duas posturas no entendimento do que é a medicina. A primeira relaciona-se com a prática de medicina por técnicos altamente especializados, médicos especialistas que tratam o doente como organismos individuais (òu até como orgãos isolados, o que é propiciado pela super especialização da medicina), um conceito muito próximo da ideia da etiologia da doença com agentes específicos patogénicos. O indivíduo ou orgão é observado fora do contexto social e familiar em que está inserido. É uma relação mais técnica do que social entre o médico e o doente. Este tipo de medicina tem evoluído no sentido da especialização, com predomínio da intervenção cirúrgica e medicamentosa. Tem, por isso, soluções técnicas pesadas, transformando a medicina num sistema de intervenção de engenharia sobre a população e o meio; a doença, mais do que o doente, é o factor prioritário.

A segunda postura prende-se directamente com o novo entendimento da doença e do doente que é reforçado em consequência dos conceitos de saúde e de cuidados de saúde introduzidos pela Organização Mundial de Saúde em ALMA-ATA, já referidos. Observa-se, então, uma mudança de uma saúde puramente física para uma saúde que implica o bem-estar e que se prende com necessidades sociais e com a capacidade de produzir e desempenhar os diversos papéis na família e na comunidade.

As alterações que se produzem na ciência em geral e na medicina em particular têm evoluído e surgem neste momento de forma mais consciente e generalizada, no sentido de ir ao encontro de mudanças não exclusivamente tecnológicas. WOLFE (1984) refere que a utilização de cuidados médicos implica políticas que não devem induzir excessivos ou inapropriados crescimentos na procura e na oferta de serviços. REINHARDT (1985, p. 188) apresenta a teoria das necessidades induzidas pelos médicos. CROMWELL e MITCHELL (1986) escrevem também sobre as necessidades induzidas, mas pelos cirurgiões.

Por outro lado, verificam-se necessidades reais que não são expressas em termos de procura e utilização de serviços de saúde. São as chamadas necessidades não correspondidas ou ainda não satisfeitas, por não ter sido concluído o ciclo teórico que é iniciado com a percepção da necessidade, por exemplo, e é concluído com a utilização dos serviços de saúde, quer ao nível primário quer ao nível secundário.

Em suma, o entendimento da problemática em questão – conceito de saúde e doença, e modelos de procura e utilização, a partir da percepção da necessidade de actos médicos – tem cada vez mais uma componente pessoal e um maior significado social (IGUN, 1979), pelo contributo que a educação para a saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis têm ganho nas últimas décadas.

1.4. RECURSOS

Há uma necessidade crescente e renovada de absorver novos conhecimentos acerca das alterações na saúde e nas condições sociais e, simultaneamente, reflectir sobre os constrangimentos e a fraqueza inerentes aos serviços de saúde em geral (PEREIRA, 1989).

Um dos objectivos prioritários da Organização Mundial de Saúde (1978) é reduzir as diferenças em matéria de saúde (Meta 1 do programa de saúde para todos), permitindo a igualdade perante a saúde e organizando as infra-estruturas dos sistemas de prestação de cuidados de forma a que haja uma distribuição de acordo com as necessidades e sejam económica e culturalmente acessíveis e aceites pela população (Meta 27 do programa de saúde para todos).

A equidade é, no seu conceito mais amplo, igualdade de resultados, ou seja, igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades, muito próximo do ideal de "justiça social" e "justiça distributiva" (WHITE, 1979: p. 59).

A referida Meta 27, que concerne à "distribuição dos recursos", pretende que a organização dos serviços se adeqúe às necessidades, em termos de distribuição, tornando-os física e economicamente acessíveis (JANICAS, 1988).

GIRALDES (1988) refere a noção de equidade, apresentando as perspectivas de LE GRAND (1982) e MOONEY (1983):

1) igualdade da despesa per capita (mera igualdade estatística de consumo de recursos financeiros);
2) igualdade de recursos para necessidades iguais (igualdade de resposta em termos de tipo, qualidade, local e preço, para situações de doenças iguais);
3) igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades (igualdade de possibilidades de aceder aos serviços, isto é, garantia de igualdade na "transformação" da procura potencial em procura expressa);
4) igualdade de utilização para iguais necessidades (igualdade na satisfação da procura expressa);
5) igualdade de satisfação de necessidades marginais (igualdade na satisfação para grupos de risco);
6) igualdade de saúde (igualdade dos resultados dos estilos de vida e dos cuidados de saúde prestados). Pode, então, concluir-se que existem três pontos comuns: a)

acesso igual para os utentes (tempo e custo); b) igualdade na utilização dos serviços, pela distribuição da despesa pública; c) relação entre a despesa pública e indicadores de saúde.

Importa referir que a distribuição dos recursos é um ponto fundamental nesta abordagem. A localização dos serviços de saúde, ao estar próximo da população mais carenciada em termos económicos, aumenta as possibilidades de utilização dos serviços, porque a distância a percorrer entre o local de residência e o da oferta dos serviços de saúde é menor, assim deixando a distância de ser uma barreira ao acesso dos serviços.

A utilização dos serviços (procura expressa) faz-se, em muitos casos, como reflexo, em áreas geográficas de menor dificuldade de acesso, da proximidade relativamente aos utentes, mais do que pela necessidade percebida ou clinicamente demonstrada a qualidade da prestação de cuidados e a informação que o médico proporciona é uma das condicionantes de procuras posteriores.

Esta associação entre a utilização e a proximidade dos recursos é influenciada por outros factores, de que os mais importantes são o grupo sócio-económico, sexo e grupo de idade; ela verifica-se com mais frequência na utilização dos cuidados de saúde primários, isto é, está intimamente ligada com a percepção da doença e a sua potencial gravidade.

A procura e a oferta dos serviços de saúde são, de alguma forma, o resultado da assimetria de informação entre o utilizador e o médico dos serviços de saúde. Assim, a implantação e a produção desses serviços (ao médico cabe um papel fundamental) são indutores da procura e utilização. No entanto, e na maior parte dos casos, cabe ao utente a decisão da primeira visita. A qualidade da prestação de cuidados e a informação que o médico proporciona é uma das condicionantes de procuras posteriores.

1.5. JUSTIÇA SOCIAL

Em Portugal, por exemplo, "[o] direito à saúde, considerado como direito de personalidade" é garantido a todos, de acordo com o nº1 do art. 2º do Decreto-lei nº 413/ 71, de 27 de Setembro. No entanto os "limites" que lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos conferem apenas uma expectativa, ainda não um direito.

O Estado garante o acesso aos serviços, em condições de igualdade, a todos os cidadãos. Ao Estado cabe a obrigação ético-política e jurídica da realização dessas condições de acesso. Mas o art. 64º da Constituição da República Portuguesa refere, para além da protecção a que todos os cidadãos têm direito, o dever de defender e promover a saúde.

NUNES (1984) considera a "eficiência distributiva" baseada em critérios de maximização do bem estar social. Por isso, é necessário que os recursos sejam distribuídos de acordo com as preferências dos indivíduos, colectivamente expressa. O objectivo principal, como o

próprio autor refere, é definir os *output*, quer pela quantidade de serviços prestados, quer pelo resultado do uso dos recursos, no nível geral da saúde (*outcomes* do sistema).

Damos mais relevância ao "*output* final" ou "*outcome*", que é o resultado da prestação dos serviços no nível geral da saúde da população. Os conhecimentos empíricos dentro desta área são muitos limitados e a insuficiência de informação é um obstáculo ao conhecimento de relação serviços médicos/produção de saúde.

NUNES (1984) sublinha o papel da "eficiência distributiva" aplicado à saúde, tendo em conta que esta pressupõe "pleno uso dos recursos". Refere ainda que o desemprego, sendo uma variável essencialmente ligada à eficiência económica, pode ser um obstáculo ao pleno uso dos recursos.

O conceito de "justiça territorial" tem sido usado para fazer a ligação entre as necessidades e os recursos, no Serviço Nacional de Saúde. POWELL (1986) apresenta a alta correlação entre as percentagens de utilização dos recursos ou da distribuição e o índice de necessidades relativas de serviços de saúde, atendendo às características da população de uma determinada área.

A justiça social não deve ser entendida como sinónimo de "para cada um de acordo com as suas necessidades" porque, como já mencionámos, o conceito de necessidade é subjectivo. Por exemplo, para uns, necessidade não tem a ver com a pessoa, como ser individual e com sentimentos sendo objectivável nas "necessidades" definidas pelos técnicos, e, para outros, a necessidade está intimamente relacionado com cada indivíduo e representa as "necessidades sentidas". Por isso, definir necessidade é problemático. Há um número crescente de população idosa que requer cada vez mais serviços de saúde e, simultaneamente, o aparecimento de novas patologias (YOUNG, 1987). No entanto, verifica-se que o impacte destes dois factores (aumento da população idosa e aparecimento de novas patologias) tem maior acuidade entre os pobres, desempregados e os que vivem sós, os quais, por constituírem de uma maneira geral a população mais mal informada, são consequentemente as que têm menos percepção da saúde e por isso, possivelmente, menos necessidades sentidas.

A distribuição dos recursos na maior parte dos casos não se ajusta às necessidades da população. Vários autores referem que a localização não tem a ver com a relação necessidades médicas/recursos, mas antes com a preferência por locais atractivos, quer em termos físicos quer pela concentração da população potencialmente utilizadora e ainda pela complementaridade de funções (existência de hospitais, laboratórios etc) (KNOX, 1979; POWELL, 1986; HILL, 1988; SENIOR, 1991).

Há autores que discutem as diferenças entre os serviços públicos e privados. Por exemplo, PINCH (1985) cita SAMUELSON (1954; 1955) que considera que os serviços privados são consumidos preferencialmente por um grupo restrito de pessoas, ao nível da família ou do alojamento. PINCH refere ainda que alguns serviços públicos estão intimamente ligados com a distribuição de bens numa base de "necessidades" sociais, mais do que marcada por forças de

procura efectiva, definida pela capacidade dos consumidores os poderem pagar. Assim, os serviços públicos de saúde têm uma importância redistributiva, na sua essência. Por isso, não são bens puros, dirigidos a toda a população, mas restritos a subgrupos da população com necessidades específicas, tais como os que vivem sós, os pobres, os idosos e os deficientes. Quando aquele autor emprega o termo "justiça territorial" refere-se à justa distribuição dos recursos entre as unidades políticos e administrativos de acordo com critérios normativos.

É nas áreas urbanas mais pobres e nas áreas rurais mais carenciadas de transportes públicos e de fisiografia mais acidentada que se concentra uma maior percentagem de população idosa, que vive só e na qual, potencialmente, há uma maior incidência de doença (HERBERT, 1989). CURTIS (1989), refere a variação nas taxas de mortalidade e morbilidade atendendo às áreas geográficas do Reino Unido, como reflexo das diferenças demográficas. Apresenta ainda as diferenças sociais na esperança de vida e experiência da doença. KNOX (1979), cita alguns exemplos na área da geografia da saúde dos cuidados de saúde primários na Austrália e nos Estados Unidos.

Estes estudos apresentam um desfasamento entre as necessidades de actos médicos e a distribuição dos recursos, principalmente a existência de médicos em regiões mais atractivas fisicamente, ou próximas dos centros de maior actividade comercial e de hospitais (MBURU, 1983; GILSON, 1989; OROSZ, 1990).

A avaliação da distribuição dos recursos é quase tão complexa como a avaliação das necessidades. HARVEY (1973, p. 97) acentua a importância da teoria espacial ou localização territorial, baseada nos princípios da justiça social, ao referir que pode haver um maior benefício, se a eficácia e a distribuição forem exploradas conjuntamente. Afirma ainda (HARVEY, 1973, p.101) que a avaliação da justiça territorial pode ser atingida comparando a localização actual dos recursos com uma localização hipotética e ideal, atendendo às características da população alvo. A diferença entre as necessidades e a localização actual pode oferecer-nos uma avaliação inicial do grau de injustiça territorial.

MILLER (1976, p. 27) apresenta três interpretações de justiça que podem ser sumariadas em três grandes pontos:

1) para cada um de acordo com os seus direitos;
2) para cada um de acordo com o seu mérito;
3) para cada um de acordo com a sua necessidade.

Todavia, é notório o conflito que é estabelecido entre direitos e méritos, ou direitos e necessidades, desde que as sociedades não possam distribuir os bens de acordo com os direitos ou com as necessidades. O que na realidade acontece é que, por vezes, os bens (serviços de saúde, por exemplo) são distribuídos de acordo com as necessidades ou de acordo com os direitos.

Para uns, a distribuição é feita, preferencialmente, de acordo com os méritos, secundarizando os direitos ou necessidades. Não há critérios independentes para julgar se uma localização de recursos é justa ou injusta.

Em suma, podem ser resumidos em dois grupos: justiça ideal, onde se incluem os méritos e as necessidades, e a justiça conservadora, intimamente ligada com os deveres (legais e morais).

1.6. SÍNTESE

Ultrapassando a visão médicocêntrica de saúde, entendida como uma mera ausência de doença, têm vindo a ser desenvolvidos modelos conceptuais integrados que correspondem, na realidade, à riqueza e complexidade das situações que integram quer a saúde quer a doença. Reconhecendo-se a saúde como uma necessidade humana com expressão ao nível dos direitos fundamentais, nomeadamente no que respeita ao acesso e equidade económica, deve a compreensão dos fenómenos da(s) doença(s) e do surgimento da(s) necessidade(s) de bens e serviços de saúde abranger, obrigatoriamente, as diversidades culturais, económicas, religiosas, sociais e demográficas das populações, no sentido de, no quadro da definição técnica de alocação dos recursos (tarefa que, afinal, concretizará o desígnio de justiça social no âmbito da saúde), se contemplar tal diversidade, de forma a garantir a máxima eficiência social dos cuidados de saúde.

CAPÍTULO 2.
A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Considerando a relevância das relações entre a oferta e a procura na utilização dos serviços de saúde importa apresentar, embora de forma sucinta o(s) modelo(s) dominante(s) da prestação dos cuidados de saúde em Portugal dando, naturalmente, especial ênfase ao Serviço Nacional de Saúde e sua evolução.

2.1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Nas últimas décadas, o Estado Português tem vindo a assumir um papel preponderante no Sistema de Saúde Português.

Não tendo seguido, por razões conhecidas, o percurso dos países ocidentais até ao *Welfare State*, Portugal, país periférico com um atraso no desenvolvimento de contornos estruturais, apenas em 1971, com a importante legislação então publicada e da responsabilidade do Prof. Gonçalves Ferreira (Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro), conhece aquilo que pode considerar-se como o desenho de um sistema de saúde.

De facto, até essa data, o papel do Estado – aliás consequência do estatuto social e político da saúde – reduzia-se, na sua maior expressão, ao de financiador; apenas operava como produtor de cuidados de saúde em áreas complementares ou de formação de pessoal de saúde, principalmente médicos.

Antes de 1974, apenas cerca de 40% da população estava coberta por esquemas de protecção na doença ("gratuitos " ou "porcionista"), sendo os encargos com a saúde assumidos, em relação aos citados 40%, pela Previdência Social, parcial ou totalmente. Os restantes cidadãos portugueses suportavam os encargos com os cuidados de saúde.

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel tímido, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às Misericórdias e a entidades sem fins lucrativos. A actividade privada de prestação de cuidados de saúde com fins lucrativos, aliás como acontece ainda actualmente, distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando uma fraca estrutura empresarial. É ainda no governo de Marcelo Caetano que é criado um Serviço Nacional de Ambulâncias e se assiste à estruturação das carreiras médicas, de administração hospitalar, farmacêuticas, de enfermagem e de serviço social.

A profunda alteração política determinada pelo 25 de Abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no sector da saúde.

A Constituição de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais e o *aggiornamento* sócio-político do país, cria um Serviço Nacional de Saúde, inspirado no modelo

inglês: garante do direito à protecção da saúde de todos os cidadãos, baseava-se na universalidade e na gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde.

Assiste-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento, até valores superiores a 99%, da cobertura da população portuguesa na doença (quer através da assumpção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou sub-sistemas de saúde – funcionários públicos, militares, bancários, etc – quer através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde). Paralelamente, verifica-se uma melhoria significativa e sustentada dos indicadores de saúde dos portugueses.

Por exemplo, a criação do Serviço Médico à Periferia, que integrava a formação dos médicos e se constituía como forma de desconcentração dos recursos de saúde, teve um impacte importante no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde e reflectiu-se positivamente, por exemplo, na taxa de mortalidade infantil: diminui, entre 1975 e 1982, de 38,9%0 para 19,8%0 (SIMÕES, 1986, p. 450). A estatização da maior parte dos hospitais das Misericórdias e a integração do seu pessoal na Função Pública tornaram o Estado português no maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim alia, a partir dessa altura, o papel de principal financiador dos cuidados de saúde ao de principal prestador.

Em 1979, com criação do Serviço Nacional de Saúde (Dec. Lei 56/79, mais conhecida por Lei Arnaud), verificam-se alterações significativas na estrutura e organização dos serviços públicos de saúde. Alterações que, em pontos importantes, acabam por nunca vir a ser concretizadas, sujeitas que são quer às oposições ao modelo definido de prestação de cuidados (a velha querela entre o público e o privado) quer às dificuldades objectivas de implementação, principalmente de natureza financeira.

Em 1980, no entanto, surge um novo período "em que o Estado inicia o lançamento de um novo modelo de prestação de cuidados de saúde diferente do configurado na Constituição e também parcialmente diferente do definido pela Ordem dos Médicos" (SANTOS, 1987, p. 49). SANTOS refere ainda que se verifica uma desvalorização dos direitos sociais e se assiste a uma perda de qualidade dos serviços de saúde, sujeitos a uma procura sempre crescente e sem recursos suficientes para lhe fazer face, ao mesmo tempo que as entidades privadas conseguem adquirir uma parte importante na produção de alguns bens e serviços de saúde, subtraindo-os ao Estado, ao qual passa a caber um papel, cada vez mais pesado, de mero financiador.

Todavia, é também a partir de 1980 que se começam a verificar as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, com a criação das "taxas moderadoras" que, segundo a lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, no seu artigo 7º, só podem ser aceites quando visem "racionalizar a utilização das prestações". O que de facto aconteceu foi que a gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.), deixa de funcionar, objectivamente, tendo-se as taxas moderadoras transformado em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde (SANTOS, 1987, p. 50). Simultaneamente, o sector privado beneficiou, quer directamente, com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades

privadas, quer indirectamente, pelo descontentamento crescente do público com os serviços estatais que determinava o desvio de parte da procura dos sectores público para o privado; desta forma se inicia o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao S.N.S.. Assim, "...embora o estado esteja a assumir uma parcela cada vez mais significativa das despesas com a saúde, tal se tem observado de forma progressiva e mais à custa da aquisição estatal de bens e serviços ao sector privado do que por uma prestação directa de serviços aos utentes" (CAMPOS 1983b), p. 9). Ao Estado cabe a produção de serviços de custos elevados (hospitais) enquanto o sector privado se fixa, sobretudo, na prestação de actos médicos menos penalizantes, em termos de investimento e custos de financiamento e mais lucrativos (SANTOS, 1987, p. 53).

2.2. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde é criado, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei Nº 56/79 de 26 de Agosto, e promulgada em 15 de Setembro do mesmo ano.

É constituído por um conjunto de orgãos e serviços que têm como objectivo a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, visando a "promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e sua reabilitação médica e social" (GOMES e DIAS, 1987, p. 6). Com este objectivo privilegia os cuidados de saúde primários, reorganiza a rede hospitalar, quer melhorando-a em número de camas quer apetrechando-a de tecnologias mais sofisticadas, reestrutura as carreiras médicas e de enfermagem, desenvolve o controlo da medicina privada e dos produtos farmacêuticos.

O Serviço Nacional de Saúde é constituída por orgãos que se articulam a 3 níveis: Central, Regional e Local, detentores de características diferentes.

Devemos referir que são os orgãos de natureza executiva, concretamente a Administração Central de Saúde e, dentro desta, os Departamentos de Cuidados Primários (Direcção Geral de Cuidados de Saúde) e de Cuidados Diferenciados (Direcção Geral dos Hospitais), que desenvolvem acções que visam a melhoria nos níveis de saúde das comunidades, através do funcionamento das estruturas regionais (Administrações Regionais de Saúde – nível distrital de organização dos Cuidados Primários e Comissões Inter-Hospitalares – nível regional de Cuidados Hospitalares) e locais (centros de saúde e extensões e hospitais de diversos níveis).

2.2.1. *Cuidados de Saúde Primários*

A política de prioridade aos cuidados de saúde primários surge pela primeira vez no início dos anos 70, integrada na Política do "Estado Social" (CAMPOS, 1983b)). Generalizou-se então

o atendimento gratuito a toda a população, após o alargamento, em 1971, à população rural e reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco: grávidas e crianças.

Na sequência destas medidas, o Decreto Regulamentar nº. 12/77, de 7 de Fevereiro (Suplemento), regulamenta o funcionamento dos Serviços Médico-Sociais da Previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde (Decreto-Lei nº. 254/82, de 29 de Junho), são criadas as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (A.R.S.) e é aprovado o regulamento tipo para os Centros de saúde (Despacho Normativo nº. 97/83). Um ano depois foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei nº. 74c/84, de 2 de Março).

Estavam assim criadas as condições para o incremento dos cuidados primários de saúde. Tanto os orgãos ao nível central, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, como os do nível regional, Administrações Regionais de Saúde, como ainda os orgãos locais, Centros de saúde, foram instituídos com o objectivo de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença através da oferta de:

1) cuidados de tipo ambulatório, abrangendo os de clínica geral e materno-infantil, incluindo os domiciliários;
2) cuidados de especialidades que cobrem, nomeadamente, as áreas de oftalmologia, de otorrinolaringologia e de saúde mental;
3) internamentos que não impliquem cuidados diferenciados;
4) elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação;
5) cuidados de enfermagem, incluindo os de visitação domiciliária e alguns cuidados de urgência na doença e no acidente.

Assim, os cuidados primários tornaram-se a "charneira" do sistema global e integrado (SILVA, 1988); ao constituírem o móbil dos serviços de saúde, têm em vista alcançar a saúde para todos no ano 2.000, objectivo reconhecido como prioritário pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.).

Em termos institucionais, a lei fundamental de saúde em Portugal coincide e, em alguns pontos, ultrapassa até as recomendações da Organização Mundial de Saúde (IMPERATORI, 1989). Tudo levava a crer que as condições de acesso à saúde e os níveis de saúde poderiam e iriam melhorar. Mas o que na prática se tem observado é que a população não está convenientemente motivada, quer para a necessidade de recorrer aos cuidados primários, fundamentalmente quando se trata de atitudes de prevenção e promoção, quer para racionalizar a utilização dos serviços públicos, que surgem perante o utente com um carácter de grande ambiguidade. No entanto, tem que ser assinalado o facto de que a oferta de consultas de saúde infantil, materna e planeamento familiar têm crescido significativamente nos últimos anos.

A inadequada utilização dos serviços, de facto, tem a ver com as dificuldades de acesso, muitas vezes reflexo da concretização da política de saúde, ou tão só com as atitudes da maior

parte dos técnicos que são responsáveis pela integração do utente na unidade de saúde. O funcionamento de alguns serviços ainda conserva as marcas do antigo sistema de Previdência dos Centros de saúde e, por isso, é necessário um esforço redobrado para chegar ao actual sistema do médico de família, bem como a abertura à participação dos utentes no planeamento da saúde.

2.2.2. *Os Cuidados de Saúde Secundários*

Os serviços prestadores de cuidados secundários são constituídos pelos hospitais gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas (GOMES e DIAS, 1987). Compreendem o internamento hospitalar e os actos ambulatórios especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente.

A prestação da assistência hospitalar à população, feita por unidades tecnicamente equipadas (Decreto-Lei nº. 48.357/68, de 27 de Abril), desenvolvia a sua acção em regiões previamente definidas e que correspondiam aos distritos (Lei de Bases nº. 2.011/46 de 2 de Abril).

Nos primeiros anos da década de 70, verificou-se o relançamento dos hospitais centrais e a abertura de hospitais centrais e distritais, em edifícios próprios, de que são exemplo a construção dos hospitais distritais de Beja, Bragança, Funchal e Portalegre. Foram, ainda, nacionalizados os hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às Misericórdias (Decreto-Lei nº. 104/74, de 7 de Dezembro).

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nesta década mas, no final dos anos setenta, a política de redução do ritmo de crescimento da economia, imposta pela conjuntura externa, reflecte-se também na redução de verbas destinadas às necessidades básicas em cuidados médicos. Nesse momento, a hospitalização privada sofreu um incremento e foi notória a subida na década de 80, relativamente aos últimos anos de 70.

Importa referir que, nos últimos anos, se começou a assistir a uma inflecção de um sistema hospitalocêntrico, essencialmente vocacionado para a cura, catalisador de grande percentagem de verbas destinadas à saúde, onde domina a crença de que maior número e mais sofisticada tecnologia resolveria todos os problemas de saúde do mundo, no sentido da criação do "hospital da 3ª geração".

De todo o modo, o sistema que hoje emerge está ainda muito ligado a uma estrutura de tecnologia pesada e de ponta, em alguns domínios, que apenas resolve uma pequena percentagem dos problemas de saúde da comunidade.

2.3. A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS

Nos termos do Decreto-Lei 56/79, de 15/9, a já referida "lei Arnaud", o acesso aos cuidados diferenciados está condicionado à prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência. O que tem vindo a acontecer, na realidade, é que, por um lado nem sempre a distribuição de recursos é feita de acordo com as necessidades das populações, por outro lado, parte significativa das instalações são inadequadas às funções que desenvolvem, quando não obsoletas; faltam transportes com horários adequados aos do atendimento dos serviços de saúde primários (ou não existem); verificam-se demoras no atendimento e falta de cortesia de alguns prestadores de cuidados; os recursos humanos e material de consumo são escassos.

Por todas ou algumas destas razões, aos serviços de urgência e às consultas externas dos hospitais (por exemplo, as urgências no Hospital da Universidade de Coimbra passaram de 72.182 em 1985, para 111.792 em 1990) acorre, indevidamente, um grande número de utentes que deveria utilizar os centros de saúde, como *pivots* de todo o sistema de saúde nacional. Torna-se, pois, necessário incrementar ou tornar viáveis medidas no sentido de motivar a população para a procura de cuidados preventivos e de promoção de saúde. Muitas destas medidas passam pela "humanização" dos serviços e por alterações substanciais das "culturas" e comportamentos dos profissionais de saúde.

Assim, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), ao fortalecer os cuidados de saúde primários, aliviar-se-à o Hospital de parte da procura que hoje o frequenta (e "afoga"), com vantagem para os consumidores dos cuidados e para o Estado.

O modelo da organização dos serviços deve partir da "integração das actividades aos níveis primário, secundário e terciário num todo coerente", como é definido na Meta número 26 da Organização Mundial de Saúde (Metas da Saúde para Todos).

Os cuidados de saúde primários bem estruturados apresentam uma relação custo/eficácia superior aos cuidados Hospitalares, correspondendo aos seus menores custos de "produção" e às maiores "quantidades" de população abrangidas.

Para que os cuidados primários tenham sucesso, devem ser garantidas as condições de funcionamento e a sua capacidade de resposta dentro da respectiva área de influência.

A evolução do Serviço Nacional de Saúde e a própria estrutura social e política portuguesa, com reflexos directos no sector de saúde (em que um verdadeiro complexo social/industrial substitui o Estado Previdência), determinam uma crescente transferência do Estado para os utilizadores de "parte do preço de bens e serviços; o sistema da saúde, longe de ser universal e gratuito, passa a ser selectivo e iníquo". Por outro lado, uma vez que a produção privada se orienta pela lógica da rentabilidade e do lucro, é insensível às assimetrias regionais na oferta dos cuidados médicos e tende aliás a agravá-las (SANTOS, 1987, p.55).

Este facto sugere ainda que o crescimento do sector privado pode determinar o aumento das assimetrias e diminuir o acesso de parte de população aos serviços de saúde.

2.4. SÍNTESE

De um modelo sanitário quase exclusivamente entregue à iniciativa privada (com especial relevância para as entidades sem fins lucrativos – Misericórdias), em que o Estado era fundamentalmente pagador de cuidados e detinha um pesado e inoperante aparelho prestador de cuidados de saúde primários de natureza corporativa e burocrática (Caixa de Previdência), Portugal viu nascer, em 1971, através da reforma de autoria do Prof. Gonçalves Ferreira, um sistema baseado nos cuidados primários de saúde.

A mudança de regime em 1974 determinou a estatização da quase totalidade do parque hospitalar português, com a nacionalização dos hospitais das Misericórdias, e o desenvolvimento acentuado dos centros de saúde.

Tal correspondeu a uma mais equitativa e equilibrada distribuição geográfica dos recursos, nomeadamente pessoal médico.

Regulamentado em 1979 pela Lei "Arnaut", o Serviço Nacional de Saúde nunca foi, todavia, integralmente concretizado.

A falência do modelo de Estado-Providência e a adopção de medidas de maior contenção das despesas públicas com a saúde, num país em que os cidadãos são directamente responsáveis por uma fatia das despesas totais superior a qualquer um dos seus parceiros comunitários, fazem prever, aliás no quadro de reformulação do S.N.S. em curso, o aumento das iniquidades do sistema.

Simultâneamente, a adopção de medidas visando a redução das despesas de funcionamento dos serviços do S.N.S. e eventual encerramento dos serviços com menor procura poderão determinar o aumento dos desiquilíbrios loco-regionais e degradação, ainda maior, das condições ambientais de existência de populações que enfrentam já o envelhecimento, o empobrecimento e o isolamento geográfico.

CAPÍTULO 3.
O GEÓGRAFO E A GEOGRAFIA DA SAÚDE

A pesquisa em utilização dos serviços de saúde é levada a cabo em várias disciplinas: economia, sociologia, demografia, antropologia, geografia, etc.. Dada a multiplicidade de factores envolvidos na análise parece-nos que a interdisciplinaridade é fundamental na realização destes estudos.

Este capítulo apresenta alguns autores e conceitos quer da geografia médica quer da geografia da saúde e a importância do geógrafo nos estudos de planeamento de serviços de saúde. Não é nossa preocupação fazer uma análise da evolução histórica da geografia médica à geografia da saúde.

3.1. A GEOGRAFIA DA SAÚDE

É importante que em qualquer área seja identificado o objecto e o método de estudo. Se tal não acontecer, pode correr-se o risco da desintegração e do aparecimento de áreas que sejam menos claramente definidas.

Interessa-nos saber o que é a geografia da saúde. Podemos referir três características que dão ênfase à geografia:

1) o estudo da relação homem/ambiente;
2) as características do lugar;
3) a análise das relações a várias escalas (BARRET, 1986).

Põe-se então a questão: o que é a geografia da saúde? Qual o seu lugar e afinidade com outras áreas do saber? Qual a razão da existência da geografia da saúde enquanto disciplina autónoma da ciência geográfica?

Não é de hoje o interesse dos geógrafos pelos temas ligados à saúde. Esta tem feito parte integrante das preocupações científicas dentro da própria geografia, articulando tanto aspectos de geografia física como factores humanos e utilizando os seus conceitos e técnicas, para entender a saúde no seu aspecto total (MAY, 1950, 1977; SORRE, 1971; PYLE, 1976).

Na sequência da evolução da geografia médica (designação que primeiro foi utilizada) para a geografia da saúde, muito contribuíram autores como PHILLIPS (1981, 1986), EYLES (1983), PYLE (1985) e BUCKS *et al.* (1990) que abordam a temática na perspectiva dos cuidados de saúde, dando ênfase ao acesso e utilização dos serviços. É de salientar outras preocupações científicas na área da ecologia da doença e aspectos epidemiológicos (HOWE, 1970; PICHERAL, 1982; PHILLIPS 1990; EYLES, 1987).

Nos últimos quarenta anos tem-se verificado um interesse crescente pelo estudo e compreensão científica dos aspectos da doença, nutrição e sistema de cuidados de saúde. Devem

ainda salientar-se nomes como os de MORRIL (1958), KOHN e WHITE (1976), LEARMONTH (1969a), 1969b), 1971, 1972, 1978, 1988), BURGESS (1985), MAYER (1982), PHILLIPS (1986), BARRET (1986), KIVELL (1990). Estes autores referem-se ao crescente interesse por esta área e ao facto de surgirem, dentro desta, conceitos e definições autónomas.

A abordagem de temas referentes ao estudo das relações espaciais da saúde e da doença está próxima do desenvolvimento actual da geografia, enquanto síntese das ciências sociais, como é referido por vários autores COATES *et al.*, 1977; HERBERT e SMITH., 1989; JOSEPH e PHILLIPS, 1984; GILL e INGMAN, 1986; WARNES, 1990).

No entanto, persiste alguma divergência entre os que defendem a designação de geografia da saúde e aqueles que seguem a terminologia de geografia médica. Por exemplo, num encontro de Geógrafos Britânicos (Janeiro, 1991), foram apresentados trabalhos que preencheram duas secções sobre "Geografia Médica". Anteriormente, (1990, Julho) no 4º Simpósio Internacional de " Geografia Médica" reunido em East Anglia, foram apresentados cinquenta e um trabalhos que trataram tanto temas na área da ecologia e epidemiologia, como na de prestação e utilização de cuidados de saúde; geografia médica foi o título aceite.

Porém, há autores que defendem que a geografia médica, ao preocupar-se essencialmente com a morbilidade, mortalidade e seus padrões de distribuição, não está sensibilizada para os problemas da saúde (PACIONE, 1986; BARRET, 1986; SIMÕES, 1989), a ponto de afirmar que, nessa linha de investigação, se estuda mais a falta de saúde. Não deve ser escamoteado o facto de, sobre o ponto de vista social, a doença ser o resultado de questões culturais, temporais e geográficas; deste facto decorre que o estado de saúde depende mais da situação económica e social dos grupos populacionais do que dos serviços curativos. Assim, factores como o tipo de habitação, de alimentação, de educação e o desemprego são tão ou mais importantes para a compreensão dos níveis de saúde que o estudo da distribuição espacial de padrões de doença e a utilização dos serviços médicos, em si mesmos (SMITH, 1978; WILLIAMS e TORRENS, 1980; ROWLAND, 1983; MEARA, 1989).

A geografia da saúde (designação que adoptamos) tem como objecto de interesse os estudos espaciais, com a investigação quer das relações entre o meio e a doença quer da distribuição e difusão dos serviços de saúde. SIMÕES (1989) refere que esta "subdisciplina" faz parte da nova geografia, porque analisa as desigualdades espaciais e sociais da saúde ou da doença, tendo como objectivo contribuir para a sua correcção e para o bem-estar da própria população. Não pode ser esquecido que essas desigualdades não devem ser só referenciadas às variações ou às irregularidades espaciais das características genéticas ou de comportamento dos indivíduos mas, e fundamentalmente, à organização da sociedade (SAINSBURY, 1977).

O modelo de saúde surge como o resultado de quatro vertentes principais:

1) biologia humana;
2) estilos de vida;
3) características do meio ambiente;
4) cuidados de saúde.

Então, se, na saúde, um dos principais actores é a própria população, devemos dar-lhe a ênfase que a mesma merece, interligando-a com outros factores.

Restará, contudo, a questão da existência de dois tipos: a geografia médica e a geografia da saúde? LEARMONTH (1978) e MAYER (1982) apresentam a possibilidade das duas áreas. Para BARRET (1986) existe uma só – geografia médica – com áreas específicas de estudo, mas a possibilidade da separação não deve ser posta, porque elas se interligam e têm implicações mútuas.

Em suma, a geografia médica tem evoluído nos últimos anos; a par de pesquisas no âmbito da geografia médica tradicional, ligadas com a ecologia da doença (GILES, 1983; LEARMONTH, 1988; JEUATZ, 1983), têm sido feitos estudos de modelos de localização e utilização dos cuidados de saúde (ARTHAS, 1982; DIONNE *et al.*, 1987; KNOX, 1979; STIMSON, 1983; VERHASSELT, 1983). Temos ainda de acrescentar que a perspectiva que utilizamos neste estudo está mais próxima da geografia da saúde, em virtude de ser nossa preocupação entender os padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde, e não apenas os curativos, em função das características sócio-económicas e espaciais, e as consequências no estado de saúde das populações.

3.2. INTERDISCIPLINARIDADE NA INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: O PAPEL DO GEÓGRAFO

A distribuição e utilização dos serviços torna-se cada vez mais importante no ensino da geografia urbana, rural ou social (HERBERT, 1989). Os serviços de saúde – consideram-se também os serviços médicos – são frequentemente citados como exemplos de serviços aos quais o acesso dos "consumidores" tem aspectos críticos; como refere SMITH (1979), nunca será possível uma verdadeira igualdade de acesso a serviços e equipamento, dada a natureza do bem oferecido e dos factores que o influenciam. PHILLIPS (1980) define o conceito de acesso como resultante dos aspectos sociais, locativos e espaciais. Desta forma, o estudo da temática inclui-se no âmbito da geografia social, por vezes com forte componente económica, permeável à interdisciplinaridade e com fronteiras com a geografia em geral.

Como referimos anteriormente, dentro da geografia médica temos duas abordagens: uma relativa à epidemiologia (McGLASHAN, 1965, 1972; MEADE, 1980, 1988; PICHEREL, 1982; PROTHERO, 1983) e outra à localização dos serviços de saúde (GRAHAM, 1979; McGLASHAN e BLUNDEN, 1983; WARE, 1983).

Nesta última abordagem cabe o estudo dos sistemas de saúde que se diferenciam em função do resultado obtido, nos contextos políticos e económicos em que se corporizam (WLODARCZKY, 1985; FERREIRA, 1988; LUCAS, 1989; MAYER, 1990).

É natural que os geógrafos atribuam maior importância aos padrões espaciais e de localização e utilização, quando fazem investigação acerca dos cuidados de saúde. É igualmente

importante que esta vertente não vá substituir o entendimento aprofundado dos processos e mecanismos que determinam ou avaliam: QUEM, ONDE, QUANDO consome os serviços de saúde (COATES *et al.*, 1977; WHITELEGG, 1986).

Uma análise geográfica dos padrões espaciais da procura e utilização tem de ser sensível ao resultado das mudanças sociais e políticas e ainda às forças económicas que determinam os *inputs*. Por isso, a investigação dentro dos cuidados de saúde tem de levar o geógrafo a analisar a oferta, ao nível da distribuição dos serviços de saúde (qualidade e quantidade), e a estudar os comportamentos espaciais da população.

Os geógrafos preocupam-se com a decisão ao nível da optimização da localização. Este aspecto é relevante, em virtude da oferta de serviços de saúde, mesmo quando inadequada, ter sempre custos elevados. Por isso, a localização é um aspecto importante da actuação dos geógrafos (MORRILL, 1977). Qual a melhor localização para a instalação de um centro de saúde ou hospital, em termos de acesso geográfico, e qual o critério que deve ser usado para determinar o número de camas, de médicos, etc.? A análise espacial é essencial quando se pretende adequar os instrumentos às necessidades.

No seio da geografia duas importantes perspectivas têm sido discutidas, nomeadamente o acesso – potencial e revelado – e a utilização. São, no entanto, dois lados da mesma moeda; a utilização é a manifestação real da acessibilidade (JOSEPH e PHILIPPS, 1984, p. 9). As preocupações dos geógrafos, nesta área, abrangem três pontos principais:

1) distribuição espacial e processo de difusão do fenómeno no espaço;
2) padrões regionais a várias escalas;
3) percepção do espaço e comportamentos de mobilidade na aquisição dos serviços.

Por um lado, reconhece-se uma forte componente social mas, para o estudo dos cuidados de saúde, é relevante a combinação com a geografia médica.

Os cuidados de saúde são um campo privilegiado para a investigação científica levada a efeito por geógrafos (McCGLASHAN ed.,1972; HUNTER, 1974; LEARMONTH, 1978; SMITH, 1978; PYLE, 1979; PHILLIPS, 1979; MEADE, 1980; EYLES e WOODS, 1983). Há autores que, como BARRET (1986, p.25), apresentam a geografia dos cuidados de saúde como uma parte importante da geografia médica.

O objectivo do estudo de cuidados médicos, numa perspectiva geográfica, é a de contribuir para o entendimento, ao nível espacial, da acessibilidade, eficiência, efectividade e eficácia da utilização dos cuidados, com o objectivo de prevenir, reduzir ou curar doenças, melhorando o estado de saúde da população.

Para isso o geógrafo deve recolher informação sobre as características das áreas de influência dos serviços, podendo ter parte activa no aconselhamento e propondo alternativas à sua localização. Pretende-se que o contributo do geógrafo, nesta área, seja cada vez mais fértil. O seu envolvimento no planeamento de serviços é importante. É necessário que exista uma equipa, com várias aptidões, para que, da análise e avaliação dos resultados de determinadas acções já desenvolvidas, se possam planear novas etapas.

As pesquisas encetadas nesta área não são propriamente feitas no âmbito de uma disciplina, mas o resultado do contributo de vários conhecimentos científicos. Algumas relações inter disciplinares estão já estabelecidas, mas ainda há muitas por explorar (HEALTH RESEARCH GROUP IN GEOGRAPHY, 1989). Por um lado, temos a área das ciências médicas e biomédicas e, por outro, as ciências sociais.

A saúde pública, que ganha cada vez mais espaço quer na actividade profissional – centros de saúde – quer no ensino – Universidade – será o resultado da boa relação entre os médicos e as condicionantes sociais e espaciais (SCHWENK e HUGHES, 1983; TANNAHILL, 1988; DONALDSON *et al*, 1989). A epidemiologia é uma área importante na orientação social dos serviços médicos (JOSEPH e PHILLIPS, 1984; VICTOR e VETTER, 1986; YACOOB *et al.*, 1989).

Os sociólogos têm-se afirmado no âmbito da sociologia médica (CARTWRIGHT, 1967; FREIDSON, 1970; FREEMAN *et al.* (ed.) 1972; COCKHERHAM, 1978; COLLINS, 1979; PERSON, 1982; HESPANHA, 1987; SANTOS, 1987; LIBERATOS *et al.*, 1988; NEWCOMER *et al.*, 1990). Os padrões de utilização em função da idade, sexo e mortalidade, a influência da família, das relações sociais e de comportamento são alguns temas estudados pelos sociólogos.

Os economistas de saúde, preocupados com a eficácia, eficiência e efectividade, fazem a análise da procura e da elasticidade da oferta e do custo/benefício (MANDEL, 1973; CAMPOS, 1983, 1985, 1990; CULYER, 1982; ANDERSON, 1986; BUCKINGHAM, 1987; BERMAN, 1989; PEREIRA, 1990; RAMOS *et al.*, 1990).

A antropologia e a psicologia têm particular contributo na área do comportamento e atitudes perante a utilização (WEST, 1984; RAMOS, 1987).

Cada uma destas áreas do saber, assim como a estatística e a engenharia, são relevantes para a tomada de decisão dos gestores e políticos ao nível do planeamento de serviços ou do sistema de saúde.

3.3. ASPECTOS GEOGRÁFICOS NA ANÁLISE E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

ROEMER (1977) baseia-se em três factores – económicos, sócio-políticos e histórico-culturais – para acentuar que eles são básicos no desenvolvimento da rede de cuidados de saúde. JOSEPH e PHILLIPS (1984, p. 12) referem que todos os sistemas políticos têm grande responsabilidade pela distribuição e utilização de cuidados de saúde, mas há enormes variações no contributo financeiro e na forma como é implementado o controlo. Do jogo entre o Estado, o Capital e os Grupos Sociais resultam diferentes tipologias de sistemas de saúde e de acesso e utilização de cuidados de saúde.

Os serviços de saúde, a maior parte das vezes curativos, embora assumam uma parte preventiva, têm um papel importante e são uma oferta social crítica em termos de acessibilidade (MAYER, 1986).

Padrões diferentes de acesso aos cuidados de saúde são, por vezes, um bom exemplo da forma como a localização espacial dos recursos pode servir para intensificar as disparidades gerais da qualidade de vida. Na perspectiva de ILLICH (1976), o grande aumento da oferta – médicos e instituições – induz um aumento na procura. Aquele autor chega mesmo a referir, embora de forma radical, que muitos dos problemas de saúde são criados pelos médicos. Mas reconhece-se que são necessárias equipas de saúde, numa atitude preventiva e mesmo curativa. Talvez o grande problema seja o de conseguir estabelecer uma relação correcta entre a oferta e as necessidades reais da população. Por isso é aceite que uma equipa pluridisciplinar é de grande utilidade quando se pretende oferecer ou proporcionar saúde à população.

Se é avaliado que o estado de doença de um grupo populacional em risco requer intervenção médica, então é necessário conhecer especificamente quais as condições de acesso aos cuidados médicos.

3.3.1. *Acesso aos Serviços de Saúde*

Importa acima de tudo saber, para o planeamento de serviços de saúde, quais as variáveis que influenciam o acesso e a utilização, em quadros sociais e económicos conhecidos, e as relações que se estabelecem entre elas.

PHILLIPS (1986a)), ao referir-se à acessibilidade, citando MOSELEY (1979), chama a atenção, por um lado, para os aspectos da capacidade física (proximidade, existência de transportes públicos etc.) oferta de serviços e, por outro, para os aspectos económicos – custo e valor percebido dos serviços em causa. Tem também em conta a religião e outros factores psicológicos que actuam como barreiras sociais e étnicas de percepção do estado de saúde, a ignorância acerca da oferta de serviços e ainda a incapacidade para comunicar efectivamente com o médico de família (C.G.). Assim, o conceito de acesso inclui aspectos sociais, locativos e espaciais.

É ainda conferida relevância à proximidade, e os autores (PHILLIPS e LEARMONTH, 1982) advertem para a mobilidade individual, que é tanto maior quanto maior for o rendimento. Acrescentam que a oferta de cuidados médicos de melhor qualidade varia inversamente com as necessidades da população servida. A classe social mais baixa está associada com um tipo de acesso desvantajoso dos serviços médicos e, todavia, é neste grupo que são detectados os mais altos níveis de doença. JOSEPH e PHILLIPS (1984) fazem a distinção entre a acessibilidade potencial, que é influenciada por factores sócio-económicos e organizacionais da sociedade e pelo sistema de cuidados de saúde a ela ligados, e a acessibilidade revelada, que pode ser definida como a utilização dos serviços e medida em frequência de atendimento, ou mesmo nos resultados dos actos médicos. THOMAS (1976), considera a diferença na utilização e na orientação dos percursos dos consumidores e a acessibilidade ligada às características da sociedade.

No estudo dos cuidados de saúde primários, PHILLIPS e LEARMONTH (1982) consideram cinco pontos de vista, cada um dos quais contribui para o melhor entendimento da problemática do acesso. São eles:

1) perspectiva económica, que estabelece a relação entre os custos elevados na aquisição de um acto médico (tempo e custo da deslocação, preço da consulta, por exemplo) e o rendimento da população, nos países com S.N.S.;
2) perspectiva sócio-demográfica, com ênfase para variáveis como idade, sexo, educação e posição social;
3) perspectiva geográfica, da localização dos recursos, distâncias e tempos a percorrer, características fisiográficas da área e rede de transportes;
4) perspectiva sócio-psicológica, na qual o conhecimento da saúde e doença, a motivação e a percepção da qualidade dos Serviços são determinantes da procura;
5) perspectiva sócio-cultural que varia em função dos grupos étnicos e liga-se directamente com a crença na medicina tradicional e práticas que divergem da medicina científica.

O acesso pode ser equacionado em duas vertentes: pelas características da população e pela avaliação, através de indicadores de *outcome*, da passagem do utente pelo sistema. Para a primeira concorre o orçamento familiar, a cobertura do seguro de saúde e as atitudes perante os serviços; a segunda é influenciada pelas taxas de utilização e de satisfação.

Resta ainda referir a acessibilidade sócio-organizacional, que inclui todos os atributos dos recursos que dificultam ou facilitam os esforços do utente para receber cuidados de saúde (sexo do profissional de saúde, tipo de especialização, etc); e a acessibilidade geográfica que está intimamente ligada a atributos espaciais (tempo e distância física).

Num esquema concertado, e com vista a um planeamento eficaz dos serviços, devem ser analisadas as condições da oferta e as características da população (ADAY e ANDERSEN, 1974) tendo sempre, como ponto de partida, o sistema político em que estão inseridos.

No contexto de uma política de saúde podem ser considerados quatro tipos de variáveis: dependentes, independentes, mutáveis e imutáveis, que correspondem, respectivamente, aos *outcome* que podem ser manipulados pela actual política de saúde e às variáveis que não podem ser mudadas pela política de saúde.

Observando a figura 3.1 verificamos que a política de saúde é o ponto de partida no conceito de acesso. Esta pode alterar o acesso aos cuidados de saúde. As características do sistema de distribuição dos cuidados de saúde dependem de dois elementos fundamentais, os recursos e a organização. No primeiro, considera-se o trabalho e o capital (pessoal de saúde, equipamento, localização etc), o segundo é o resultado da influência do sistema de saúde sobre os recursos. A organização é fundamental no esquema de acesso; a entrada, ou seja o processo de entrar no sistema (tempo de deslocação, tempo de espera para a marcação da consulta, etc.) e a estrutura, que determina o que acontece depois de se ter entrado no sistema (quem vai atender e como é tratado, por exemplo) são dois aspectos relevantes.

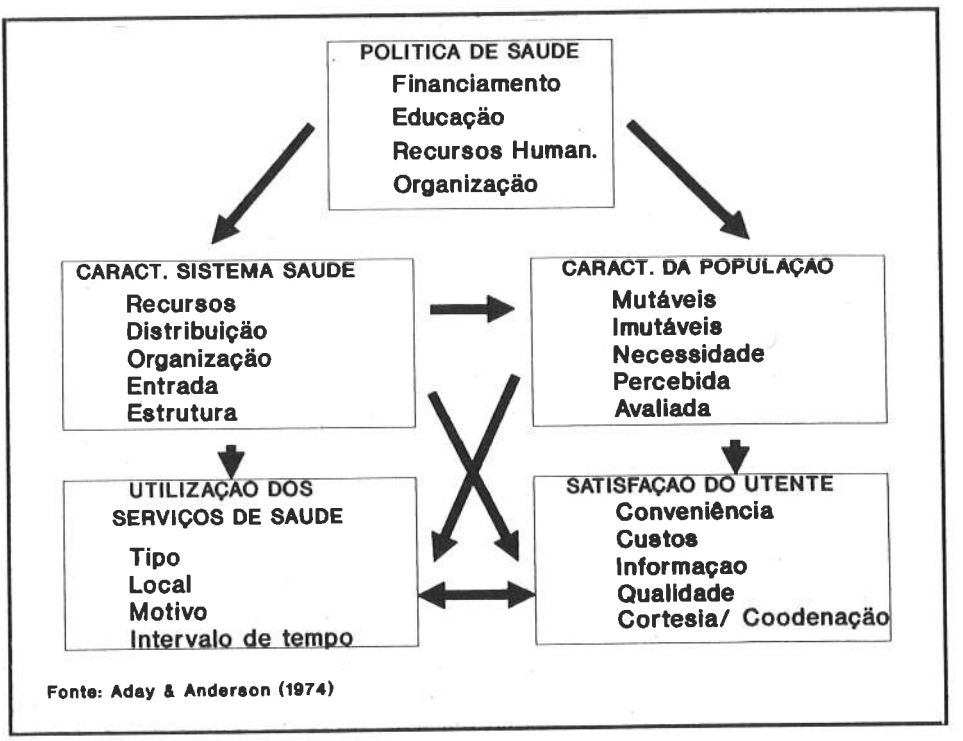


Fig. 3.1 - Esquema do Acesso aos Serviços de Saúde

As características da população em risco são analisadas em três grandes grupos:

1) predisposição, variável que descreve se o utente é "propenso" a utilizar os serviços (idade, sexo, valores em relação à saúde e doença, religião);
2) meios ou atributos que disponibilizam o utente para a utilização dos serviços, subdivididos em atributos individuais (orçamento familiar, seguros, rendimentos) e atributos da comunidade (facilidades de transportes, religião, tipologia das áreas – – rurais ou urbanas);
3) as necessidades que podem ser percebidas pelo utente ou avaliadas pelo sistema de cuidados de saúde. Este último refere-se ao "nível" da doença que é a causa mais imediata da utilização dos Serviços.

O acesso pode ser testado numa base individual, pela utilização. Para isso concorre o tipo de serviço e do prestador (hospital, médico de clínica geral, dentista, etc), o local (consultório, consulta externa do hospital, Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde, etc), o propósito (prevenção e cuidados de saúde primários e secundários), o intervalo do tempo (uso ou não uso, quem usa e quem não usa, grau de assiduidade), e a continuidade (resulta do grau de ligação e coordenação dos diferentes serviços médicos usados, relativamente a um determinado episódio de doença).

As atitudes dos utentes perante a utilização dos serviços resultam da forma como decorreu todo o percurso dentro da unidade de cuidados de saúde. Assim, a frequência da utilização dos serviços reflecte também o grau de satisfação, conveniência, custo, atenção, qualidade e cortesia.

Os indicadores do *input* (característica do sistema de saúde e característica da população em risco) são indicadores de acesso e podem ser classificados de acordo com o grau de possibilidade de manipulação pela Política de Saúde. Assim, as propriedades mutáveis podem ser alteradas pela política de saúde (distribuição dos recursos, cobertura do seguro de doença, etc), mas as propriedades imutáveis, pelas suas características específicas (idade, sexo, grupos residenciais), constituem subgrupos para os quais o acesso é, potencialmente, diferente.

A utilização e a satisfação são o produto final da política de saúde, relativamente ao acesso. A satisfação das necessidades de saúde é a relação entre as necessidades determinadas pelos técnicos de saúde (ou a procura expressa que é o resultado das necessidades sentidas que se transformam em procura) e os resultados *(outcomes)* ou seja, o impacte no estado de saúde das populações.

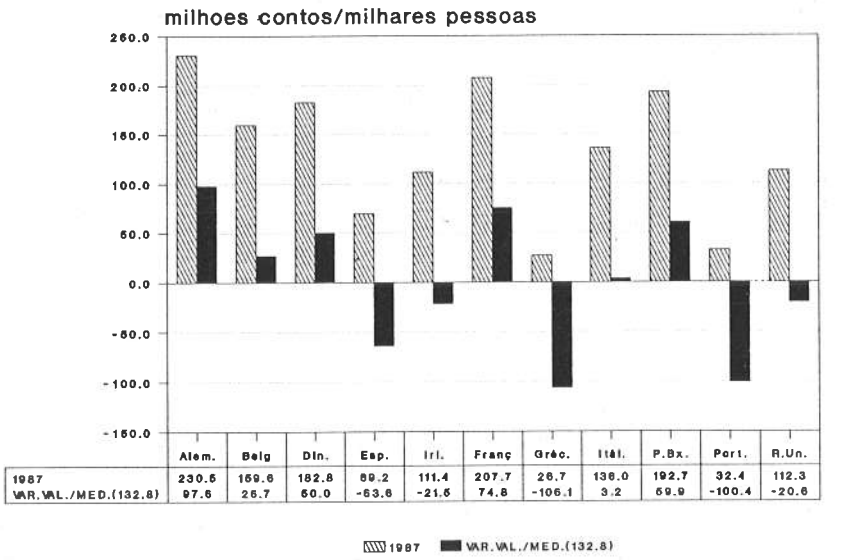
Alguns autores têm estudado a temática da satisfação com os serviços de saúde nos cuidados de saúde primários (LINDER-PELZ, 1982b); PASCOE, 1984; HORROCKS, 1987; BRUCE, 1990) ou com os cuidados de saúde em geral (LINDER-PELZ, 1982a); LEGIDO, 1986; SUTHERLAND *et al.*, 1989; BROOK e DAVIES-AVERY, 1977), dando ênfase à qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988; LANNING e O'CONNER, 1990) e tentando medir a qualidade (PALMER, 1983). Consequentemente, a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde pode ser entendida como indicador de qualidade (CLEARY e McNEIL, 1988). Teoricamente e segundo WARE *et al.* (1983, p. 247), a satisfação dos utentes é uma avaliação subjectiva da qualidade dos serviços de saúde e dos prestadores desses serviços. Importa conhecer os indicadores de qualidade dos serviços, à semelhança do que foi apresentado por BLANCHETETE *et al.* (1981), que são, essencialmente, influenciados pelos contexto sócio-económico, demográfico, cultural e político.

Para além da satisfação com os serviços existe ainda a preocupação de estudar o grau de satisfação que é explicado pelas qualidades percebidas comparando-as com as características dos utentes, médicos e sistema de cuidados de saúde. LIKE e ZYZANSKI (1987) levaram a cabo um estudo que tinha por objectivo conhecer em que medida a satisfação pode ter como causa a percepção dos utentes relativamente aos resultados dos serviços de saúde e em que grau desejam ver realizadas as expectativas. Em 1990 HALL e DORNAN examinam a satisfação dos utentes com os serviços médicos em relação com as características sociodemográficas (idade, raça, sexo, estatuto sócio-económico, estado civil e dimensão da família). Concluíram que os valores mais elevados de satisfação estavam associados com os mais velhos e com menos escolaridade. Não foram encontradas associações com as variáveis: raça, sexo, rendimento e dimensão da família.

3.3.2. *Alguns Exemplos das Condicionantes do Acesso e dos Níveis de Saúde*

Antes de mais devem ser analisados, na política de saúde, o financiamento, a educação, a estrutura, organização e os recursos (SILVA, 1984). Vejamos o caso concreto de alguns países da Europa, comparativamente com o caso português. Portugal é dos países que apresenta menos gastos públicos em saúde (1987), como pode observar-se nas figuras 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.

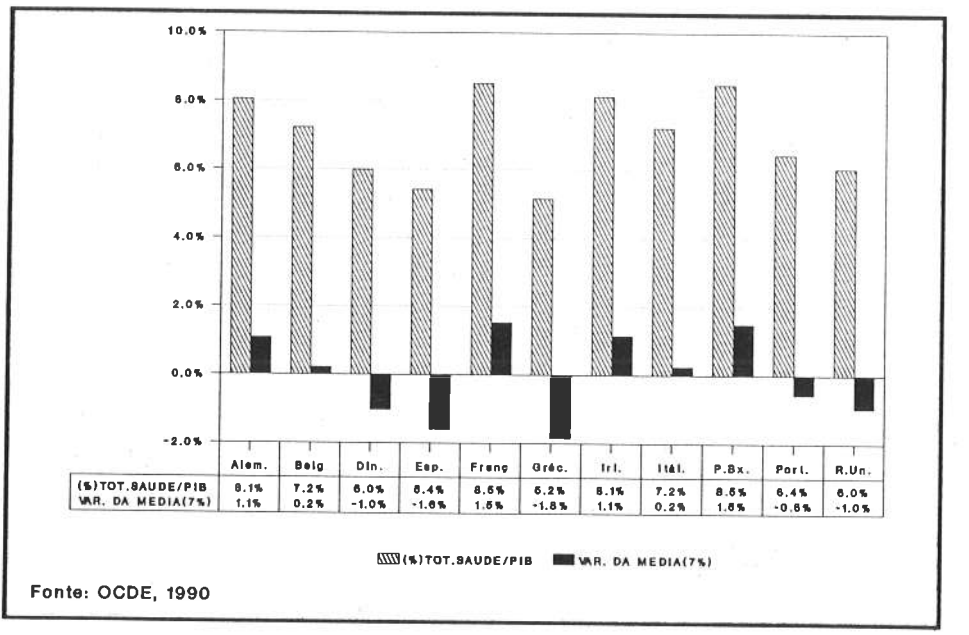
Em cada área geográfica, o grau de controlo sobre o fornecimento e distribuição de bens de produção de saúde depende dos fundos públicos gastos em cada uma daquelas actividades, repercutindo-se nos níveis de saúde. A partir desta base, que é comum ao conjunto dos países, existem diferenças consideráveis na organização, no tipo de serviços oferecidos e no contributo público para os gastos totais com a saúde. Importa dar relevo às diferenças entre as variáveis que seleccionámos para esta breve análise e o reflexo nos níveis de saúde, apenas com dois indicadores (mortalidade infantil e perinatal).



	Alem.	Belg	Din.	Esp.	Irl.	Franç	Gréc.	Itál.	P.Bx.	Port.	R.Un.
1987	230.6	159.6	182.8	69.2	111.4	207.7	26.7	136.0	192.7	32.4	112.3
VAR.VAL./MED.(132.8)	97.8	26.7	50.0	-63.6	-21.5	74.8	-106.1	3.2	59.9	-100.4	-20.6

Fonte: OCDE, 1990
Gráfico comparativo à cotaço de 1991

Fig. 3.2. - Despesas totais com a saúde por pessoa em alguns países da Europa, 1987.

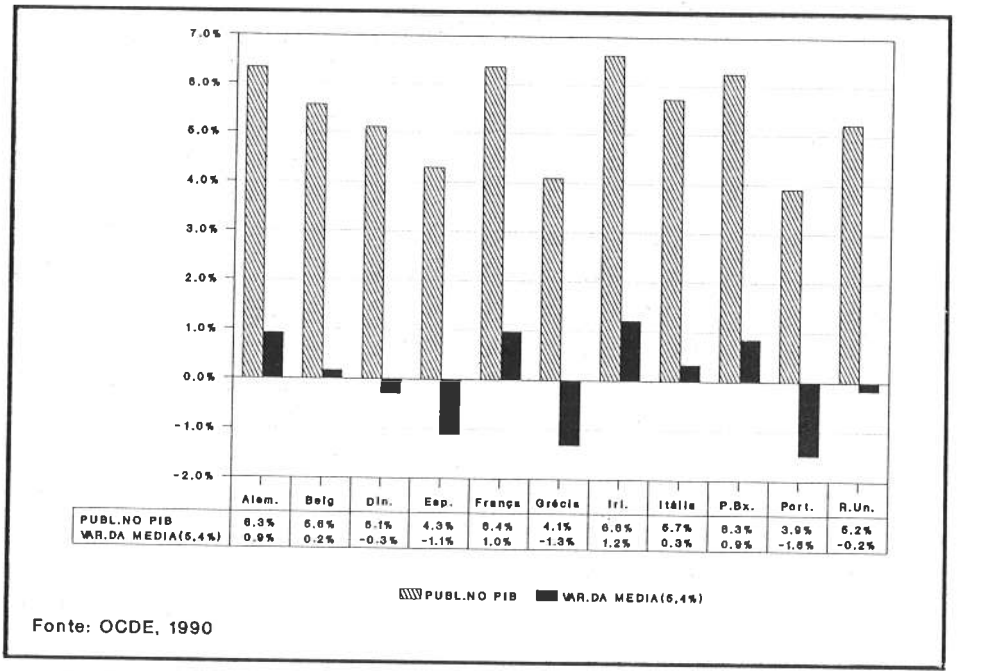


	Alem.	Belg	Din.	Esp.	Franç	Grec.	Irl.	Itál.	P.Bx.	Port.	R.Un.
(%)TOT.SAUDE/PIB	8.1%	7.2%	6.0%	5.4%	8.5%	5.2%	8.1%	7.2%	8.5%	6.4%	6.0%
VAR. DA MEDIA(7%)	1.1%	0.2%	-1.0%	-1.6%	1.5%	-1.8%	1.1%	0.2%	1.5%	-0.6%	-1.0%

(%)TOT.SAUDE/PIB VAR. DA MEDIA(7%)

Fonte: OCDE, 1990

Fig. 3.3. - Percentagem das Despesas Totais em Saúde no PIB, ano de 1987, em alguns países da Europa



	Alem.	Belg	Din.	Esp.	Franç	Grécia	Irl.	Itália	P.Bx.	Port.	R.Un.
PUBL.NO PIB	6.3%	5.6%	5.1%	4.3%	6.4%	4.1%	6.6%	5.7%	6.3%	3.9%	5.2%
VAR.DA MEDIA(5,4%)	0.9%	0.2%	-0.3%	-1.1%	1.0%	-1.3%	1.2%	0.3%	0.9%	-1.5%	-0.2%

PUBL.NO PIB VAR.DA MEDIA(5,4%)

Fonte: OCDE, 1990

Fig. 3.4. - Percentagem Despesas Públicas no PIB em alguns países da Europa, 1987

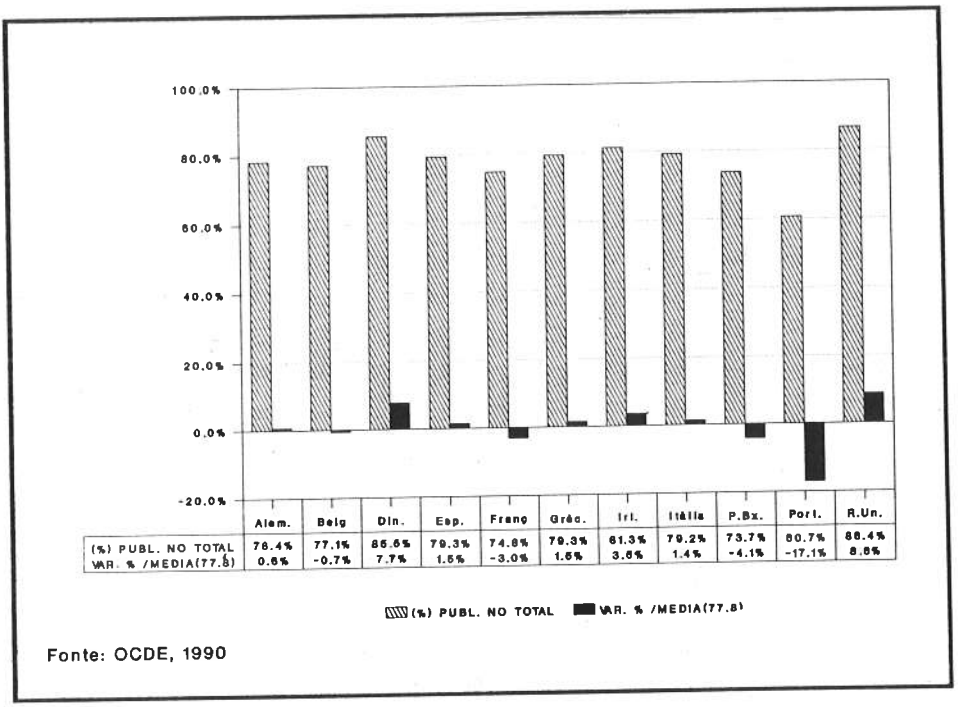


Fig. 3.5. - Despesas em Saúde, ano de 1987. Percentagem das Despesas Públicas sobre as Despesas Totais, em alguns países da Europa.

O financiamento, a educação da população e principalmente a distribuição dos recursos têm implicações notáveis na utilização dos serviços. São reflexo desses factos alguns exemplos patentes nas figuras 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10 e 3.11. Se observarmos atentamente a figura 3.7 concluímos que Portugal apresenta uma relação de pessoas por médico inferior às apresentadas por outros países: Reino Unido, Países Baixos, Itália, França e Dinamarca. Ainda em termos comparativos, o número de pessoas por enfermeiro é alto, e os dias de hospitalização, baixo (nas figuras 3.8 e 3.9). Estes últimos indicadores reflectem, talvez de forma mais correcta do que o número de pessoas por médico, o nível de prestação de cuidados de saúde de Portugal.

Da leitura das figuras pode concluir-se que, apesar dos significativos aumentos ocorridos entre 1974-1987, ao nível das actividades médicas e factores de produção de saúde, Portugal ainda apresenta valores que em termos comparativos são dos mais baixos da Europa. Do exposto resultam provavelmente os baixos níveis de saúde, apresentados com indicadores de mortalidade infantil e perinatal superiores, como pode ser observado pelas figuras 3.12 e 3.13. Inclui-se ainda a esperança média de vida à nascença para o sexo masculino e feminino; as figuras 3.14 e 3.15 revelam que Portugal é também o país com valores mais baixos neste indicador.

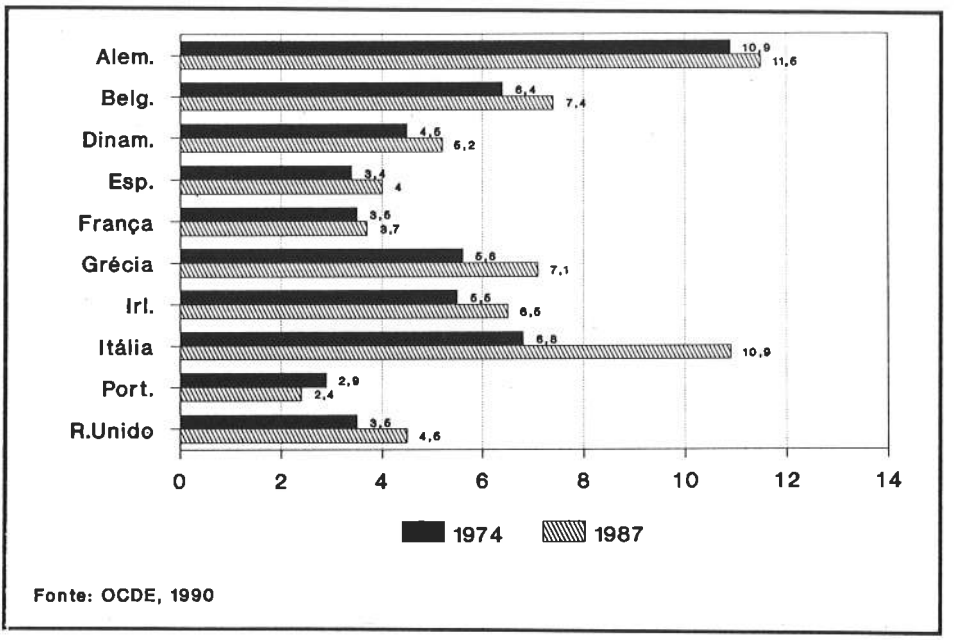


Fig. 3.6. - Consultas Médicas. Média de consultas por pessoa/ano, em alguns países da Europa

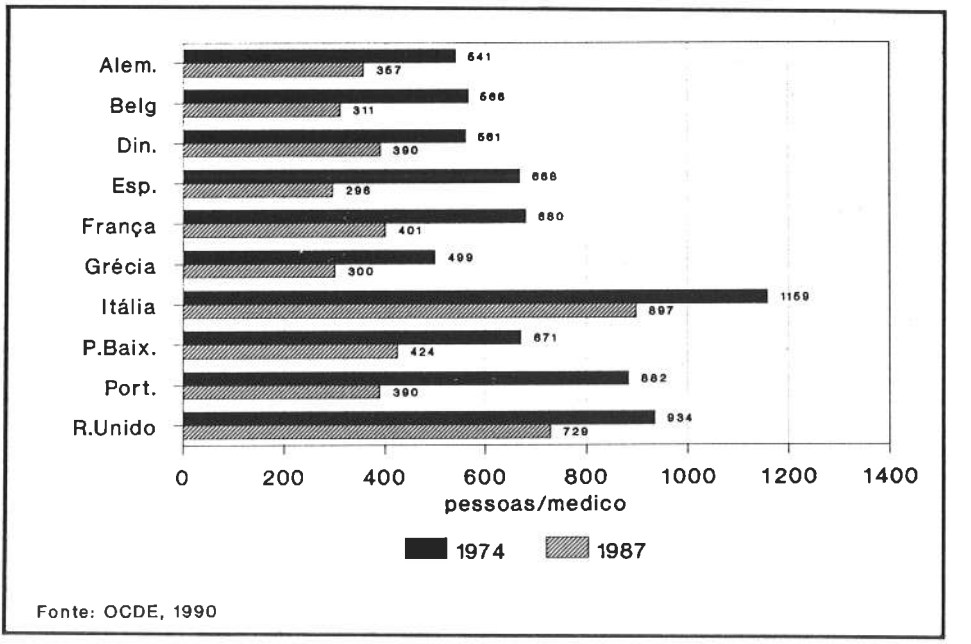


Fig. 3.7. - População por Médico, em alguns países da Europa.

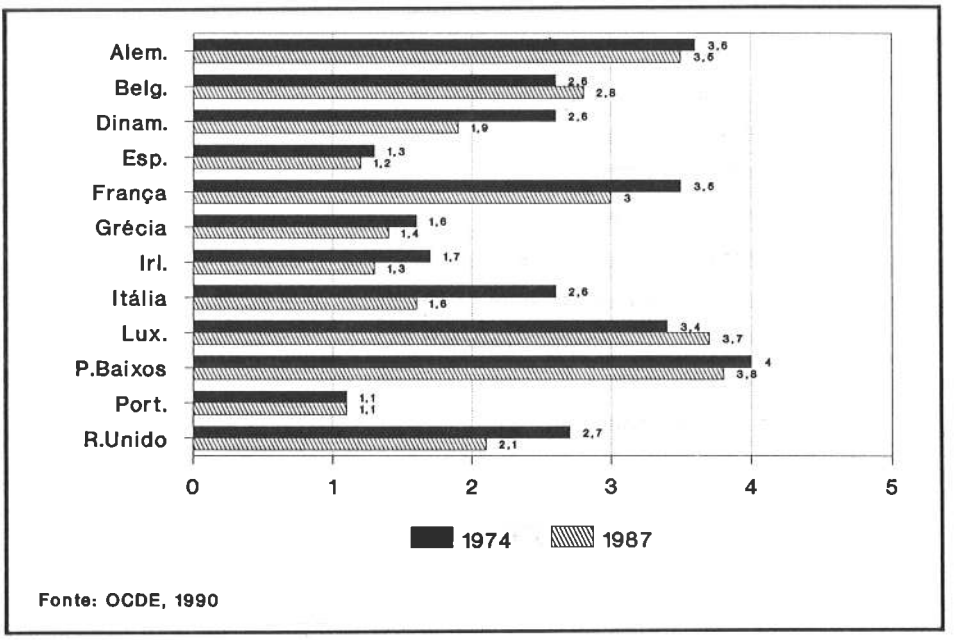


Fig. 3.8. - Número médio de dias hospitalização por pessoa/ano, em alguns países da Europa

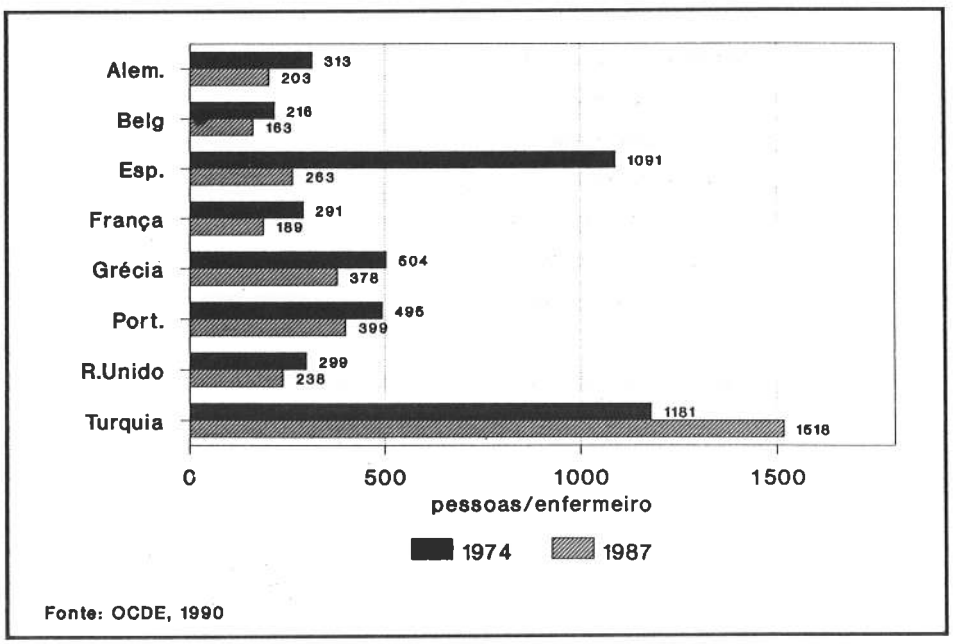


Fig. 3.9. - População por Enfermeiros, em alguns países da Europa

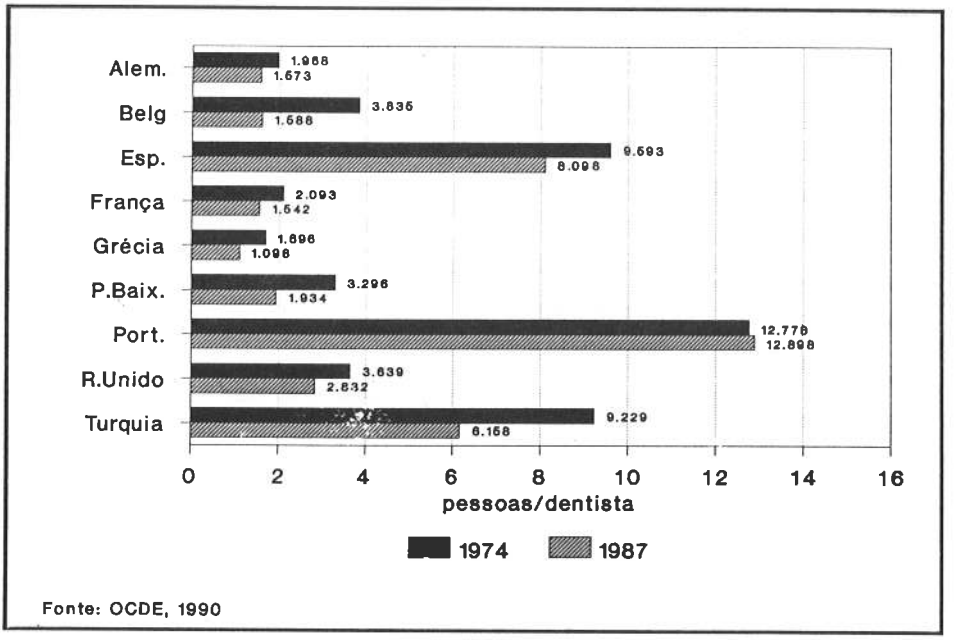


Fig. 3.10 - População por Dentista, em alguns países da Europa

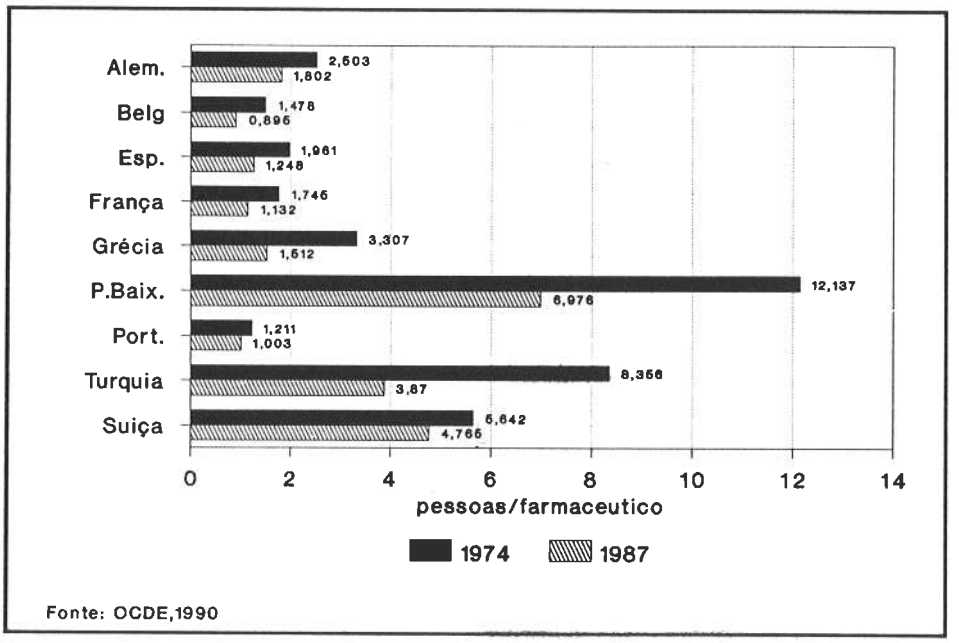


Fig. 3.11. - População por Farmacêuticos em alguns países da Europa

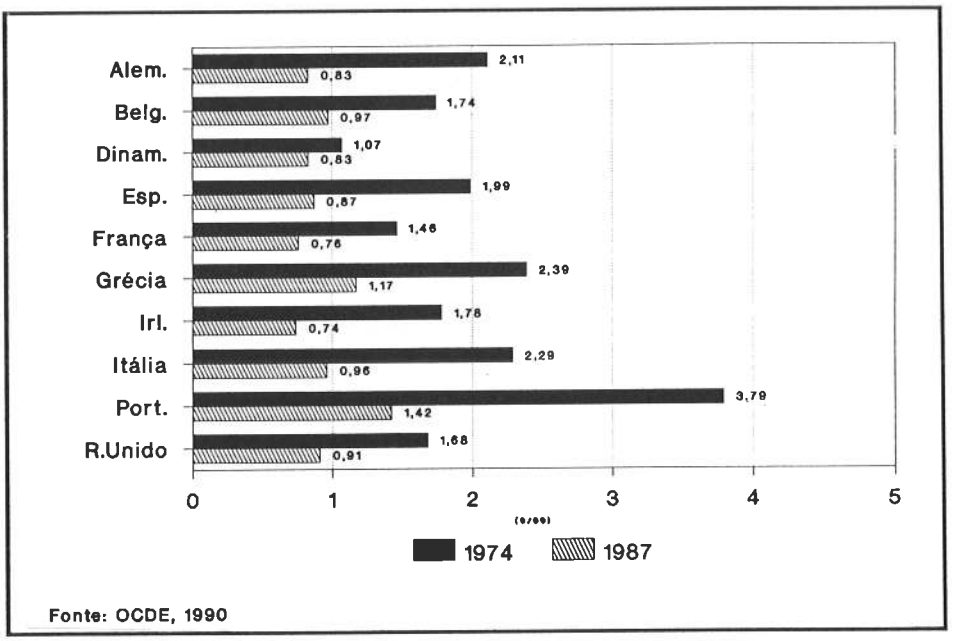


Fig. 3.12. - Mortalidade Infantil, em alguns países da Europa

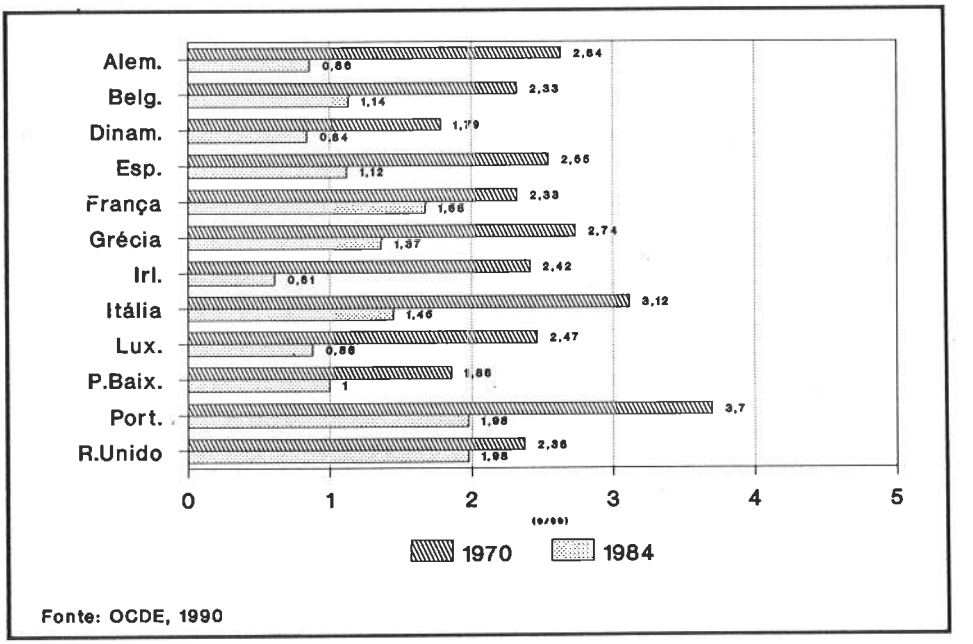


Fig. 3.13. - Mortalidade Perinatal, em alguns países da Europa

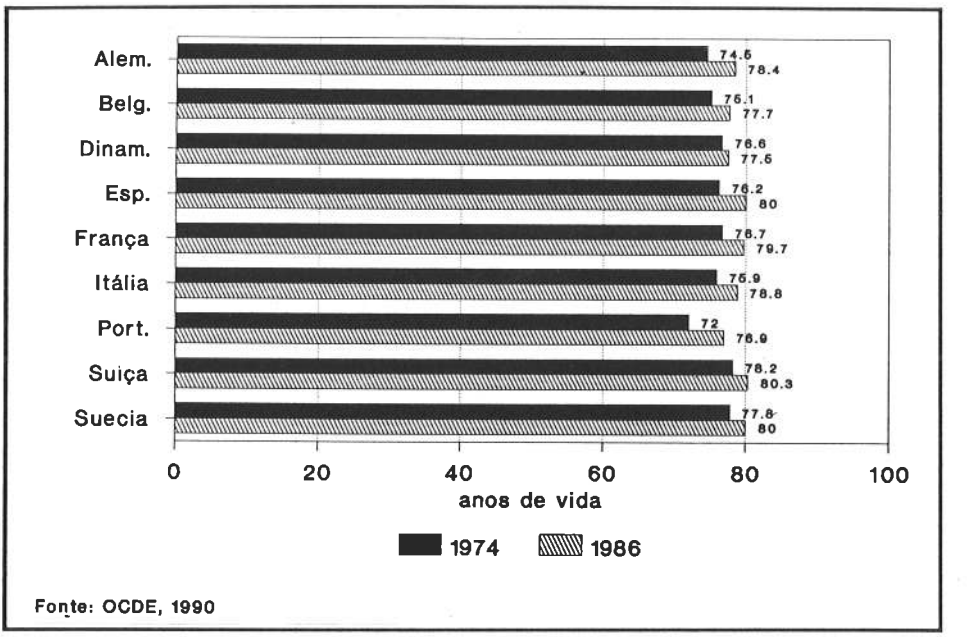


Fig. 3.14. - Esperança de Vida à Nascença, em alguns países da Europa. Sexo Feminino.

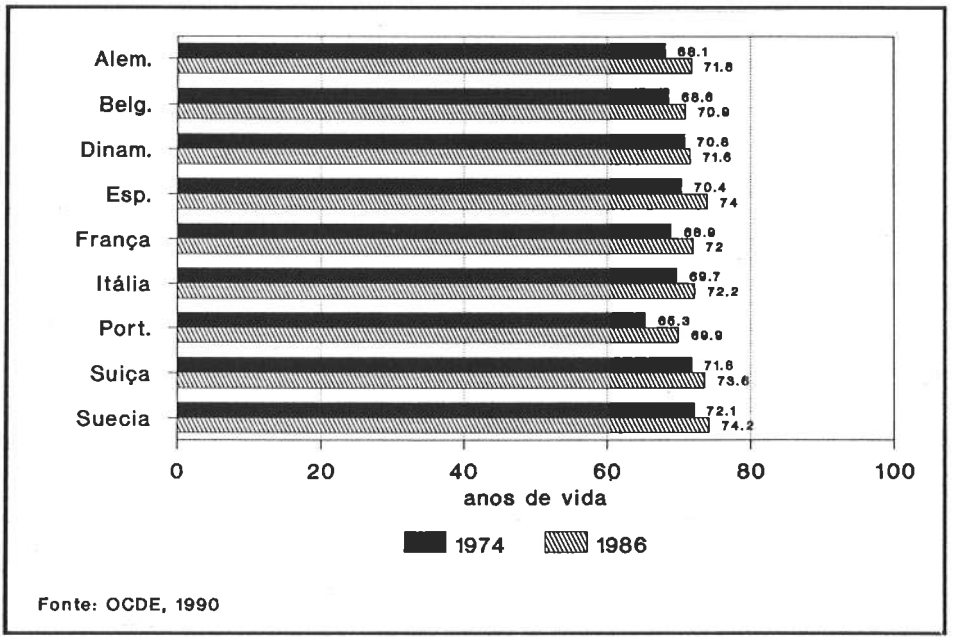


Fig. 3.15. - Esperança de Vida à Nascença, em alguns países da Europa. Sexo Masculino.

Ressalta o facto de ter havido uma grande diminuição da mortalidade infantil e perinatal, em Portugal, embora ainda com valores elevados relativamente aos países em comparação, no estudo. Este é provavelmente um dos resultados concretos da Constituição de 1976 que está na base do Serviço Nacional de Saúde e possibilita o direito à saúde. Verificou-se, nos últimos anos, uma maior distribuição dos serviços, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Também a educação para a saúde, o aumento dos níveis sócio-económicos da população e a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, principalmente nas áreas rurais, poderão estar na origem da diminuição da mortalidade infantil.

Muitas vezes a falta de acesso é o reflexo das dificuldades de concretização da política de saúde; por um lado, na articulação com as características do sistema (Recursos, Distribuição, Organização e Estrutura), por outro lado, na ligação com a população, tendo em conta todas as características (Mutáveis e Imutáveis) e necessidades da mesma.

3.4. SÍNTESE

A acessibilidade, em sentido estrito, é a conversão das necessidades, determinadas pelos técnicos de saúde ou sentidas pela população, em procura expressa, isto é, em utilização da oferta. Por um lado, temos as necessidades, por outro, a oferta (tipo, quantidade, preço, qualidade e local dos cuidados). São assim colocadas três questões: quem oferece cuidados de saúde (recursos e meios), como os oferece (processo), quais oferece (produção).

É importante reconhecer a relação que se pode estabelecer entre os *outputs* determinados, ou seja, os cuidados efectivamente prestados em dada situação ou grupos de situações semelhantes, e os *outcomes* determinados, entendidos estes como as consequências efectivamente resultantes dos *outputs* numa ou em diversas situações. A relação entre os *outputs* e os*outcomes* é definida como eficácia dos serviços de saúde, isto é, traduz o impacte dos cuidados de saúde prestados sobre o estado de saúde das populações ou dos indivíduos a quem foram prestados.

Assim, a distribuição e o tipo da oferta e ainda a distância a percorrer – em áreas urbanas e rurais – são factores que, associados a outras variáveis como: a idade, sexo, grupos sócio-económicos, tipos de morbilidade, têm grande efeito sobre a utilização. Desta forma, não existe um só factor que determine o acesso aos cuidados de saúde, antes o acesso e utilização resultam da conjugação de vários factores, nunca esquecendo o espaço e o tempo.

Fundamentalmente, não é só operando mudanças ao nível do sistema de saúde que se aumenta a acessibilidade e utilização; é necessário reunir outras condições e mover esforços ao nível da melhoria das condições sociais e económicas da população – habitação, nutrição, desemprego, educação – e ainda ao nível da mobilidade – transportes públicos, por exemplo. Existe ainda uma vertente, por vezes pouco explorada; trata-se da informação que a população

tem dos serviços, em termos de tipo de prestação – qualidade e quantidade – e a percepção da saúde e doença. Os intervenientes no processo, enquanto "consumidores", fazem repercutir a formação e informação de que são portadores, na utilização dos serviços.

A continuidade da utilização dos serviços é muitas vezes consequência da satisfação por parte do utente. É importante considerar a qualidade dos serviços e o grau de satisfação.

Dada a problemática ser tão abrangente, complexa e importante, os geógrafos não podem, isoladamente, propor uma explicação para o fenómeno da utilização, mas têm um contributo importante a dar na análise das condições espaciais que subjazem aos diferentes padrões de utilização. Ficou claro que a cooperação entre investigadores e profissionais de cuidados de saúde é o caminho mais correcto para observar os factores que influenciam o comportamento dos utilizadores.

Os geógrafos, na área da GEOGRAFIA DA SAÚDE, têm as características inerentes ao bom desempenho desta função, por terem capacidade de realizar frutuosas ligações com áreas científicas de interesses afins, interligando os conhecimentos indispensáveis ao entendimento desta problemática.

II PARTE

ANÁLISE DA PROCURA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS E RURAIS

CAPÍTULO 4.
MÉTODOS E TÉCNICAS

Neste capítulo apresentamos os aspectos metodológicos que serviram de base à realização deste estudo.

A base da investigação em cuidados de saúde requer o uso de informação directa e indirecta. Usualmente a informação directa é obtida a partir do contacto directo com os utilizadores, prestadores dos cuidados, gestores e decisores quer em entrevistas realizadas nas instituições de saúde quer recolhendo informação nas unidades de alojamento. Para a obtenção desta informação recorre-se a bases de dados dos serviços de saúde e a outras fontes de documentação (censos, publicações, estatísticas periódicas, cartografia, etc).

Com a finalidade de conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais, recorremos a dois tipos de informação:

1) primária, baseada em questionários directos realizados nas unidades de alojamento dos concelhos de Coimbra e Góis, nos hospitais e centros de saúde;
2) secundária, a partir de elementos recolhidos em publicações periódicas (das instituições de saúde e relativos às características dos serviços e da população das áreas de estudo, censos, etc.).

QUESTÕES FUNDAMENTAIS A ANALISAR:

1) variáveis que são mais susceptíveis de influenciar a procura e a utilização (sexo, idade, tipo social, área de residência, rendimento, proximidade da oferta de serviços de saúde e tempo de incapacidade para o trabalho);
2) utilização/não utilização das unidades de cuidados de saúde primários comparativamente com outro tipo de instituições prestadoras de cuidados diferenciados (públicos e privados);
3) utilização de técnicas de "tratamento" de doenças não incluídas na medicina tradicional;
4) gastos em medicamentos e variáveis que lhes estão mais directamente ligadas;
5) satisfação com os serviços de saúde utilizados.

As variáveis que podem influenciar o acesso são essencialmente: sexo, idade, grupos sociais e económicos, rendimento, escolaridade, distância aos serviços de saúde, percepção de doença, dias de doença, percepção da qualidade e satisfação com os serviços de saúde utilizados.

No entanto, importa referir que as variáveis referidas no parágrafo anterior poderão não ter o mesmo comportamento em todas as situações podendo ter valores que variam em função de outros factores, como por exemplo áreas geográficas e contexto sócio-cultural.

4.1. METODOLOGIA

4.1.1. *Fontes de Informação Primárias*

QUESTIONÁRIOS

À semelhança de outros autores (PHILLIPS, 1978; WHITE, 1985; CURTIS, 1987 e 1987b); MWABY, 1986; NOUGTARA *et al.*, 1989; HOWELL *et al.*, 1990; MENDONÇA, 1984 e 1987; SILVA, 1982 e 1988; LUTZ, 1986a); GARROCHO, 1992) reconhecemos, também, que a entrevista à população é o método mais correcto para entender a problemática em questão, enunciada no início deste estudo.

As principais fontes de informação deste estudo são constituídas por três tipos de questionários:

1) realizados nas unidades de alojamento e que contêm informação relativa às características dos alojamentos e à população residente;
2) dirigido aos utentes das primeiras consultas dos Hospitais da Universidade de Coimbra;
3) lançado nas instituições de prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares e relativo à satisfação dos utentes do ponto de vista dos prestadores.

Os dois últimos questionários foram realizados para tentar responder a algumas questões fundamentais que foram suscitadas a partir da análise dos resultados do primeiro questionário, como veremos oportunamente.

Assim, a principal fonte é constituída pelo questionário realizado nas unidades de alojamento.

Questionário nas unidades de alojamento – A informação recolhida nos questionários ministrados nas freguesias dos concelhos de Coimbra e Góis diz respeito às características dos alojamentos e da população residente nas unidades de alojamento (U.A.). O objectivo principal é conhecer a procura, preferência e utilização dos serviços de saúde, constituindo-se, por isso a principal fonte de informação neste estudo.

Realizámos este questionário por verificarmos que seria a única forma de obter a informação que pretendíamos, abrangendo, em simultâneo, pessoas que utilizaram e não utilizaram os serviços de saúde. A entrevista porta-a-porta é um dos métodos mais utilizados nos inquéritos e nas sondagens (CARDOSO, 1990).

Este decorreu entre Fevereiro e Novembro de 1990, nos concelhos de Coimbra e Góis (figura 4.1). Na primeira fase, entre 5 e 10 de Fevereiro, foi realizado o inquérito piloto – com 300 entrevistas –, em áreas previamente seleccionadas e que correspondiam a unidades de residência localizadas nos dois concelhos.

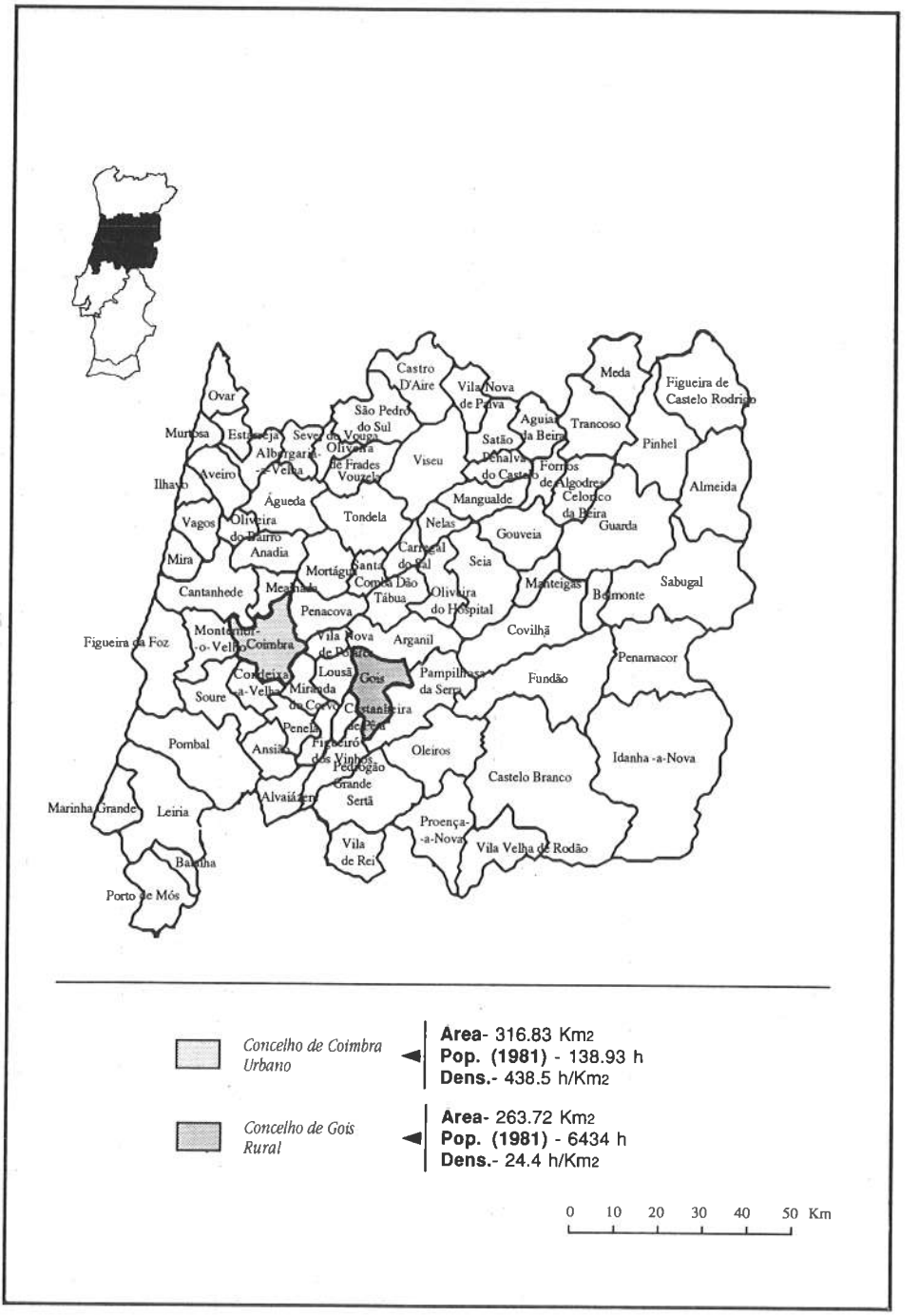


Fig. 4.1. Localização das Áreas em Estudo

Depois de feitas as últimas rectificações, o questionário definitivo decorreu entre Março e Novembro de 1990, tendo sido interrompido nos meses de Verão por razões que se prendem com a homogeneidade da população em estudo – em termos de patologias mais frequentes e características demográficas e sócio-económicas da população a entrevistar.

QUADRO Nº 4.1. CONCELHO DE COIMBRA. Unidade de Alojamento e População Estudada

CONCELHO DE COIMBRA FREGUESIAS	POPULAÇÃO INICIAL Nº ALOJ.	ENTREV. NÃO REALIZADAS RECUSAS N/ SUBSTITUIT.	ENTREVISTA INCOMPLETA	POPULAÇÃO FINAL Nº ALOJ.	PESSOAS ENTREVIST.
ALMALAGUÊS	51			51	169
ALMEDINA	34			34	94
AMEAL	24			24	60
ANTANHOL	25	5		20	75
ANTUZEDE	27	1		26	97
ARZILA	13			13	31
ASSAFARGE	24	4		20	66
BOTÃO	25			25	90
BRASFEMES	26			26	84
CASTELO VIEGAS	22			22	69
CEIRA	60			60	219
CERNACHE	48	6		42	138
EIRAS	110	10	6	94	291
LAMAROSA	40			40	140
RIBEIRA DE FRADES	29			29	88
STª CLARA	130	2		128	447
STª CRUZ	150	20	9	121	371
STº ANTONIO DOS OLIVAIS	363	50	22	281	909
S. BARTOLOMEU	20		3	17	55
S. JOÃO DO CAMPO	32			32	114
S. MARTINHO DE ARVORE	14			14	59
S. MARTINHO DO BISPO	150	15	5	130	483
S. PAULO DE FRADES	45	5		40	155
S. SILVESTRE	37			37	129
SÉ NOVA	150	60	6	84	252
SOUSELAS	51			51	185
TAVEIRO	33			33	114
TORRE DE VILELA	11			11	33
TORRES DO MONDEGO	30	2		28	91
TROUXEMIL	24			24	78
VIL DE MATOS	12			12	53
TOTAL	1800	180	51	1569	5234

FONTE: Inquéritos nas U.A. ,1990

Foi administrado a uma amostra que correspondeu a 7038 indivíduos, nos 2 concelhos (5234 no concelho de Coimbra e 1804 no concelho de Góis – quadros 4.1 e 4.2), utilizando o método de amostragem aleatório estratificado proporcional. Os elementos em cada estrato foram seleccionados aleatoriamente. A proporção da amostra seleccionada de cada estrato foi baseada no número total de elementos (Unidades de Alojamento, I.N.E., 1981), como uma proporção do total da população.

QUADRO Nº 4.2 CONCELHO DE GÓIS. Unidades de Alojamento e População Estudada

CONCELHO DE GÓIS FREGUESIAS	POPULAÇÃO INICIAL Nº ALOJ.	ENTREV. NÃO REALIZADAS RECUSAS N/ SUBSTITUIT.	ENTREVISTA INCOMPLETA	POPULAÇÃO FINAL Nº ALOJ.	PESSOAS ENTREVIST.
ALVARES	228	65		163	370
CADAFAZ	127	27		101	237
COLMEAL	97	10		87	179
GÓIS	293	33		260	772
VILA NOVA CEIRA	145	50		95	246
TOTAL	890	185	0	706	1804

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

Foi previamente feita a selecção das unidades de alojamento, através de uma amostra espacial estratificada, em que o estrato foi a freguesia.

O método de selecção permite-nos afirmar que a amostra contêm uma proporção de elementos dos diferentes estratos que ocorrem na própria população, constituindo assim uma amostra representativa da população.

As inferências que podemos tirar, a partir do tratamento estatístico da amostra à população de cada concelho, permitir-nos-ão uma comparação dos concelhos, relativamente às questões do questionário.

A cada uma dessas unidades geográficas (freguesias), que fazem parte do nosso estudo, correspondeu um número de unidades de alojamento, em função do número total existente nessa área administrativa. LUTZ (1986 b)) refere que esta é a metodologia utilizada em estudos semelhantes. Assim, foram seleccionadas unidades de alojamento em Coimbra e unidades de alojamento em Góis. Partimos de um número de alojamentos (1800 e 890 respectivamente nos concelhos de Coimbra e Góis), que considerámos como razoável para o tratamento estatístico. O segundo passo foi encontrar um valor que fosse o resultado da divisão do número total de alojamentos em 1981 (44475 em Coimbra e 4332 em Góis; I.N.E. 1981) pelo número de alojamentos que tínhamos considerado para o total da amostra, em cada concelho. Obtivemos um valor que multiplicámos, em todas as freguesias, pelo número de alojamentos. Assim, os

alojamentos seleccionados em cada freguesia dependem do número total de alojamentos, nessa área administrativa.

Verificámos que, se o critério do número de alojamentos da amostra, em cada concelho, fosse proporcional ao número de alojamentos de cada área, a grande diferença que existe no número de alojamentos entre os dois concelhos levaria a que o número de unidades de alojamento no concelho de Góis, que seleccionaríamos para a amostra, seria muito baixo.

Atendendo a este facto, e ainda ao número de pessoas por alojamento ser também inferior ao do concelho de Coimbra (3,1 e 1,5, respectivamente nos concelho de Coimbra e Góis) pensámos que seria necessário que a selecção do número de alojamentos a inquirir no concelho de Góis fosse o resultado de uma proporcionalidade diferente. Enquanto o valor do multiplicador em cada freguesia do concelho de Coimbra é 0,045 no concelho de Góis é 0,22.

Depois de terem sido encontrados, em cada estrato, o número de entrevistas a realizar, verificámos que era necessário seleccionar pontos tendo como base um sistema de coordenadas arbitrárias, envolvendo a amostragem a selecção das coordenadas x e y. A intersecção resultante dá origem a uma amostra aleatória simples de pontos dentro da estrutura da grelha. Assumindo uma grelha fina sobreposta à área (da freguesia), toda a intersecção dentro da grelha tem a mesma hipótese de selecção e, então, qualquer ponto dentro da área tem a mesma hipótese de ser escolhido

Em seguida, colocou-se sobre um mapa de 1/2.000 e 1/15.000, correspondendo respectivamente a áreas urbanas e rurais, uma quadrícula previamente numerada. A selecção das quadrículas de estudo obedeceu ao critério de uma lista de números aleatórios uniformemente distribuídos (LUTZ, 1986c)). Desta forma foram seleccionadas as unidades de alojamento a inquirir, correspondendo a "pontos de queda". Estes "pontos de queda" são locais onde foram realizadas as entrevistas. Nos casos de casa devoluta, de unidade não habitacional ou, ainda, de não ser possível obter resposta ao terceiro contacto, numa segunda volta seleccionar-se-iam novas unidades de alojamento (só uma repetição), obedecendo ao critério referido acima. Desta forma a população entrevistada corresponde a cerca de 80% dos contactos previstos, verificando-se que, fundamentalmente na área urbana consolidada e periurbana de crescimento recente do concelho de Coimbra, coincidindo estas com áreas de comércio indústria ou serviços, e nas áreas rurais do concelho de Góis, correspondendo a habitações secundárias ou a fogos derrubados, as unidades de alojamento são menos frequentes.

Como foi já referido o questionário é composto por duas partes:

1) informação sobre a habitação;

2) informação sobre cada indivíduo que reside na unidade de alojamento.

Assim, em cada U.A. (unidade de alojamento) foi preenchida uma folha que contêm informação sobre a habitação e um número de questionários individuais que corresponde à quantidade de elementos que compõem essa U.A., desde que essa seja a sua residência habitual (ver Anexo 1).

Em alguns casos (1%) não foi possível obter informação de todos os elementos da U.A., ou por recusa na resposta ao questionário ou por um dos elementos não estar presente no momento da entrevista ou nos dias em que o entrevistador se encontrava naquela área geográfica. Estas entrevistas foram consideradas incompletas. Estes casos aconteceram fundamentalmente nas freguesias da área urbana de Coimbra. A falta de disponibilidade para responder à entrevista foi uma razão apontada para a não resposta ao questionário.

Objectivos do questionário realizado nas unidades de alojamento

Como já referimos, o questionário divide-se em duas partes (ver Anexo 1). Pretende-se com a primeira parte caracterizar cada U.A (unidade de alojamento) atendendo às condições físicas da mesma. Os resultados a que chegámos, quanto ao tipo de habitação e condições de habitabilidade, fornecem-nos elementos de grande importância para definir as tipologias de habitação.

Alguns dos elementos recolhidos na primeira parte são relevantes para o entendimento da segunda parte do questionário. São colocadas questões como:

1) tipo de habitação;
2) regime de ocupação;
3) condições de alojamento;
4) telefone, automóvel e motociclo na residência;
5) número de pessoas por família;
6) tipo de família (nuclear completa, nuclear incompleta, nuclear alargada, nuclear desagregada ou de isolados).

Foram sempre consideradas as situações de facto e não as situações face ao direito (por exemplo, filho adoptivo foi considerado como filho biológico e casal que vive maritalmente equivalente a cônjuges, na metodologia que utilizámos).

A segunda parte do questionário diz respeito aos indivíduos que residem na U.A. e os principais objectivos são:

1) fazer a caracterização dos membros das famílias atendendo ao sexo, idade, estado civil, grau de instrução, mobilidade geográfica, profissão, rendimento, se é ou não beneficiário de subsistemas de saúde, cobertura de seguro de saúde;
2) saber qual o tipo de cuidados de saúde utilizados, o local, as condições de acesso, a percentagem de população que procura quando tem a percepção de um estado de "doença" e reconhece, por exemplo, a necessidade de um acto médico, ou de enfermagem (curativo ou preventivo);
3) estudar a utilização de cuidados médicos quer ao nível de cuidados de primeiro contacto quer hospitalares (consultas externas, urgência e internamento), tendo em conta os serviços públicos e privados. Importa conhecer como é feito esse consumo, a relação que se estabelece entre a oferta e a procura de cuidados médicos;

4) conhecer qual o grau de satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde prestados;
5) saber qual o consumo de medicamentos;
6) encontrar a relação que se estabelece entre a incapacidade perante o trabalho e a procura ou não de cuidados médicos (necessidades sentidas que são convertidas ou não em procura);
7) saber se a "medicina" tradicional se apresenta como alternativa aos cuidados médicos ou apenas único recurso para um determinado grupo populacional;
8) fazer o levantamento das principais patologias num período de lembrança de um ano relacionando-o com a utilização do hospital;
9) saber quais as condições em que se processou a gravidez e parto (para um grupo de mães com filhos com idade inferior a 6 anos) e outros factores que poderão ter influenciado no desenvolvimento da criança (por exemplo, vacinação).

Período de lembrança

Ao longo da segunda parte do questionário são feitas perguntas atendendo a três períodos, consoante a capacidade de memorização de cada acto médico (MCKINLAY, 1972; WHITE,1985). Assim, no caso da utilização do centro de saúde, extensão do centro de saúde, o médico privado e o médico convencionado, o período de lembrança considerado foi de 6 meses, imediatamente anteriores à data da realização da entrevista (verificámos no inquérito piloto que o período de 12 meses era demasiado longo e podia levar a deturpação dos resultados). As perguntas relativas à utilização da "medicina" tradicional e do hospital têm um período de lembrança de 12 meses, em virtude de serem serviços menos utilizados e, geralmente, ficarem mais facilmente gravados em memória, em virtude da sua especificidade.

Reconhecemos que era necessário ter um espectro da morbilidade, nos concelhos. Para isso, foi posta uma pergunta acerca dos problemas de saúde sentidos pelos entrevistados, relativamente aos quinze dias anteriores à realização do questionário (GESLER, 1979).

Questionário aos profissionais de saúde – Foi realizado para completar algumas questões importantes relativas à satisfação dos utilizadores dos serviços. Foi dirigido aos prestadores de serviços de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos e técnicos de saúde) nos hospitais e centros de saúde (ver Anexo 1).

Este questionário decorreu durante o mês de Março de 1992 nos Centros de Saúde de Coimbra e Góis; no Hospital Geral teve um período de duração mais longo (Março a Setembro). Obtivemos 281 respostas, correspondendo a amostra a cerca de 10%, 27% e 62% dos prestadores de cuidados de saúde públicos no C.H.C. e Centros de Saúde de Coimbra e Góis, respectivamente.

Para além de recolher alguma informação básica sobre os prestadores (idade, sexo) procurámos ainda saber qual a opinião deste grupo relativamente á satisfação que os utentes poderão ter com os serviços de saúde onde aqueles exercem a sua actividade profissional.

Questionário aos utentes das primeiras consultas do Hospital da Universidade de Coimbra – Destinou-se a toda a população que utilizou os serviços da consulta externa (primeiras consultas) do Hospital da Universidade de Coimbra entre 1 e 20 de Abril de 1992. Foram realizadas 3598 entrevistas (ver Anexo 1).

O objectivo deste levantamento foi completar informação recolhida nas entrevistas realizadas nas unidades de alojamento; concretamente conhecer a ligação os diversos serviços de saúde (por exemplo saber qual a forma de entrada no sistema de consultas externas do Hospital, se por referência do médico do centro de saúde, de outro hospital, dos serviços de urgência, etc), as características da população utilizadora e a área de influência das consultas externas do Hospital da Universidade.

4.1.2. *Fontes de Informação Secundárias*

Para além da obtenção de informação a partir dos questionários referidos, considerámos relevante a recolha de dados noutras fontes, tais como: estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., Recenseamentos Gerais de População e Habitação dos anos 1970, 1981, 1991 e Recenseamento Geral Agrícola, 1989), Organization de Coopération et de Developpement Économique (O.C.D.E, 1990), Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (D.E.P.S., Inquérito Nacional de Saúde, 1987; D.P.S.E/D.G.E., número de estabelecimentos e profissionais de saúde, 1989, 1990, 1991), Ministério de Emprego e Segurança Social (número de estabelecimentos da saúde, localização e profissionais de saúde, 1992), Selecção e Valorização de Quadros e Gestores (S.E.L.G.E.C., índice do poder de compra regional, 1989), Gestão de Pessoal dos Hospitais (G.P.C.H.C., G.P.H.U.C., 1992), Relatórios e Contas dos Hospitais (C.H.C. e HU.C. de 1985 a 1992), Administração Regional de Saúde de Coimbra (A.R.S.C., 1990, 1991 e 1992, recursos humanos e área de influência dos serviços) Serviços Municipalizados Transportes Urbanos Coimbra e outros serviços de camionagem, (S.M.T.U.C, A.V.I.C, M.C.O., R.N., C.P., acessibilidade em termos de frequência e demora média de transporte, 1990), Serviço de Informática do Ministério da Saúde (S.I.M.S., informação relativa aos utilizadores e prestadores de cuidados de saúde, 1985, 1990 e 1992) e levantamento funcional no concelho de Coimbra efectuado entre Janeiro e Julho de 1990 dos laboratórios de análise, radiologia e consultórios médicos.

Foi a partir das fontes referidas no parágrafo anterior que fizemos a caracterização das áreas de estudo em termos de: população, quantidade e tipo dos recursos de saúde disponíveis e sua distribuição espacial e ainda o conhecimento da acessibilidade geográfica das freguesias dos Concelhos de Coimbra e Góis aos serviços de saúde, através de transportes públicos.

Assim, no Capítulo 5 utilizamos alguns dados disponíveis nas instituições referidas, e relevantes para este estudo. O objectivo foi o de obter uma imagem das áreas alvo, o mais próximo da realidade, por exemplo:

1) caracterização demográfica, económica e social da população dos concelhos, desagregada ao nível da freguesia;
2) caracterização dos recursos de saúde, públicos e privados, primários e diferenciados (em consultório e hospitalares);
3) redes de transportes, frequência e conectividade.

A eventual utilização do Inquérito Nacional de Saúde (D.E.P.S., 1987), como referência para os dados e informação obtidos a partir dos instrumentos especialmente criados para suportar a recolha da informação que alimenta o presente trabalho, foi afastada por três razões fundamentais:

1) o I.N.S. foi realizado em 1987 (só estando prevista a sua repetição em 1995);
2) existem questões de representatividade das amostras utilizadas, designadamente ao nível do concelho;
3) não foi possível obter acesso aos dados à dimensão concelhia. De qualquer forma, quer os trabalhos preparatórios do I.N.S. quer os manuais respectivos, foram de grande utilidade na elaboração dos instrumentos auxiliares utilizados (questionários);

Da interpretação das fontes de informação secundárias facilmente reconhecemos as diferenças espaciais ao nível demográfico, económico, social, da população potencialmente utilizadora dos serviços de saúde; também estes com uma territorialidade própria.

A análise que é feita, ao considerarmos as condicionantes da procura dos serviços de saúde, referidos anteriormente, é meramente descritiva.

4.2. TÉCNICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

4.2.1. *Técnicas de Análise do Questionário nas Unidades de Alojamento*

No processamento da informação em micro computador utilizámos um programa de DBASE III. Na validação e tratamento dos dados usámos programas de estatística (SPSS, SPSSPC, BMDP386, INFOMAP).

A primeira fase do estudo consta da análise das características dos entrevistados nos concelhos de Coimbra e Góis.

Após a análise preliminar dos dados foi feita a associação entre as características da população e questões especificamente ligadas à utilização dos serviços de saúde nos concelhos de residência dos entrevistados. Consideramos que as características da população inquirida estão,

também, associadas ao concelho em que reside. Assim, nos capítulos 6, 7, 8 e 9 verificaremos se existe associação entre a utilização dos serviços e factores demográficos socias e económicos ou de percepção de "doença" e ainda vertentes fundamentais como a distância a percorrer entre o local de residência e o da consulta ou se a associação é o resultado do facto de as características pessoais dos inquiridos estarem associadas com as áreas de residência.

Para estudarmos a independência (associação) entre duas variáveis (tabelas de contingência bidimencionais) usamos a estatística qui-quadrado de Pearson. No intuito de identificar as subpopulações responsáveis por um valor do qui-quadrado significativo, estudamos os resíduos ajustados (EVERITT, 1977), que, segundo a hipótese de independência, seguem a distribuição normal estandardizada.

Como resultado das limitações impostas pela dimensão da amostra, foi possível efectuar análises com um número reduzido de factores e de categorias (grupos). Para os descrever, organizámos novas variáveis que são o resultado de um balanço entre o significado específico de cada categoria (por exemplo, o factor idade foi subdividido em sete grupos: 0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-75, igual ou superior a 75 anos, dadas as categorias específicas de cada um destes grupos etários neste estudo) e a necessidade de um número adequado de casos de cada uma dessas categorias, para as análises estatísticas. Por este último facto, em algumas análises estatísticas foi necessário efectuar um novo reagrupamento das categorias das variáveis que descrevem as características da população.

Depois de organizarmos toda a informação da segunda parte deste estudo (trabalho de campo) e a importar para o programa SPSSPC, reconhecemos a necessidade de criar variáveis novas, resultantes do agrupamento e, ou, da combinação de variáveis que tinham sido recolhidas directamente no questionário.

Em virtude de, teoricamente, termos questionada quais os factores que, potencialmente, influenciam prioritariamente o acesso e a utilização dos serviços de saúde, construímos um conjunto de novas variáveis que considerámos relevantes como, por exemplo:

1) grupos de idade;
2) tipologia social;
3) áreas de residência da população entrevistada;
4) freguesias com centro de saúde ou extensão do centro de saúde;
5) distância ao Hospital;
6) distância e custo aos cuidados extra hospitalares;
7) utilização do centro de saúde, extensão, médico privado, médico convencionado e hospital;
8) utilização dos cuidados de saúde de primeiro e segundo contacto

4.2.2. *Construção de Novas Variáveis*

Fazemos, em seguida, uma revisão sumária dos critérios que utilizámos para a criação das novas variáveis:

1 - GRUPOS DE IDADE

Considerámos sete grupos de idade : 0-4, 5-14, 15-25, 25-44, 45-64, 65-74 anos e com idade igual ou superior a 75 anos. Fizemos estes agrupamentos pelas características particulares de cada grupo etário, relativamente à utilização dos serviços de saúde.

2 - TIPOLOGIA SOCIAL

A tipologia social foi encontrada a partir da combinação de duas perguntas do questionário: profissão e situação na profissão (BERTAUX, 1977; FERRÃO, 1982).

Verificámos que num agregado familiar encontrávamos elementos com profissões e situações na profissão diversificadas, por isso com tipos sociais diferentes. Como a criação das novas variáveis se norteou sempre pelos objectivos desta investigação (acesso e utilização dos serviços de saúde) pareceu-nos curial que, dentro do mesmo núcleo familiar, fosse possível a mesma condição económica de acesso.

Para isso fizémos corresponder a cada elemento da família o tipo social mais elevado, em termos da hierarquia sócio-profissional. Por exemplo, se dentro da mesma unidade familiar fosse encontrada uma professora do liceu, um estudante e um empregado de comércio, cada um destes elementos ficaria com o tipo social que caracterizava a professora do liceu, ou seja a cada elemento é atribuído o grupo social do membro da família que ocupa o nível hierárquico mais elevado dentro da classificação das profissões.

Foram considerados seis grupos:

1) Elevado: directores de serviços ou de empresas, podendo ser ou não proprietários de grande e média empresa e ainda os proprietários de comércio de grandes e médias empresas;
2) Médio/Elevado: profissões científicas, técnicas (pós-graduação) e artísticas, quadros superiores administrativos;
3) Médio/Ascensão: neste grupo incluem-se os comerciantes (trabalhadores por conta própria e patrões de pequenas empresas) e técnicos especializados que trabalham ou não por conta própria;
4) Médio: pessoal administrativo e técnico similar, empregados do comércio e serviços;
5) Médio/Baixo: operários especializados, alfaiates, costureiras sem grande especialização;
6) Baixo: operários não especializados, agricultores, trabalhadores florestais e criadores de gado (assalariados ou por conta própria), trabalhadores de serviços pessoais e domésticos;

7) Reformados: todos os reformados desde que vivam só.

Não foram encontrados desempregados a residir fora do agregado familiar.

Em virtude de o grupo social Elevado ter uma ocorrência fraca, juntámo-lo posteriormente com o grupo social Médio/Elevado, organizando, assim, a tipologia social em seis grupos.

3 - ÁREAS DE RESIDÊNCIA

As áreas de residência dos entrevistados foram agrupadas em quatro grupos no concelho de Coimbra e dois grupos no concelho de Góis. As características morfofuncionais e o espectro da população foram determinantes na orientação desta organização. No concelho de Coimbra considerámos então:

1) áreas urbanas consolidadas, correspondendo às freguesias de Almedina, São Bartolomeu, Sé Nova e Santa Cruz;
2) áreas periurbanas de crescimento urbano recente, como as freguesias de St. Clara, St. António dos Olivais, São Martinho do Bispo, e Eiras;
3) áreas periurbanas dormitório agrupando as freguesias de: Ceira, Cernache, Ribeira de Frades, São Paulo de Frades, São Silvestre, Souselas, Taveiro, Torre de Vilela, Torres do Mondego e Trouxemil;
4) periurbanas ainda marcadas pela ruralidade, considerando as freguesias de Almalaguês, Ameal, Antanhol, Antuzede, Arzila, Assafarge, Botão, Brasfemes, Castelo Viegas, Lamarosa, S. João do Campo, S. Martinho da Árvore, Torre de Vilela, Trouxemil, Vil de Matos.

No concelho de Góis, identificámos apenas duas áreas:

1) urbana de Góis, correspondendo à freguesia de Góis;
2) rural, formada pelo conjunto de freguesias de Alvares, Cadafaz, Colmeal e Vila Nova do Ceira.

4 - FREGUESIAS COM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Classificámos ainda as freguesias em três grupos segundo a existência ou não de cuidados de saúde primários públicos a nível local no concelho de Coimbra, assim:

1) Com centro de saúde agrupámos as freguesias de St. Clara, São Martinho do Bispo, St. António dos Olivais, St. Cruz e Sé Nova;
2) Com extensão do centro de saúde, considerámos as freguesias de Almalaguês, Ceira, Castelo Viegas, Cernache, Antanhol, Taveiro, Ribeira do Frade, Lamarosa, São Silvestre, São João do Campo, Eira, São Paulo de Frade, Souselas, Botão e Torres do Mondego;
3) Sem centro de saúde nem extensão incluem-se as freguesias: Arzila, Ameal, São Martinho de Árvore, Antuzede, Torre de Vilela e Brasfemes.

No concelho de Góis encontrámos apenas dois agrupamentos segundo a variável que está a ser considerada:

1)- Com centro de saúde, a freguesia de Góis;

2)- Com extensão do centro de saúde, as freguesias de Alvares, Cadafaz, Colmeal e Vila Nova do Ceira.

5 - DISTÂNCIA AO HOSPITAL

A variável distância ao Hospital foi construída considerando a distância da sede de freguesia ao hospital mais próximo (Hospital Central na margem esquerda do rio Mondego e Hospital da Universidade de Coimbra, na margem direita).

Para o concelho de Góis foi considerada a distância da sede da freguesia relativamente ao Hospital da Universidade, por esta área geográfica pertencer a esta instituição em termos de área de influência.

Nas duas áreas geográficas (concelhos de Coimbra e Góis) foi considerada a distância, sempre medida a partir da sede de freguesia, por ser considerada o local com maior quantitativo populacional.

6 - UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O número total de contactos com as instituções (exemplo, consulta no centro de saúde), independentemente da especificidade da consulta.

7 - UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE DE PRIMEIRO E SEGUNDO CONTACTO

Foram considerados cuidados de primeiro contacto os prestados pelos centros de saúde, extensões, médico privado e convencionado, em seis meses, e de segundo contacto os hospitalares, utilizados em doze meses.

As variáveis que construímos e que acabamos de referenciar passaram a fazer parte do ficheiro, que foi trabalhado com a utilização do SPSSPC.

Verificámos que era relevante possuir as novas variáveis para que o tratamento estatístico fosse possível e mais rápido. Em alguns casos, foi necessário procedermos ao reagrupamento de algumas dessas novas variáveis (por exemplo grupos de idade e tipo social).

CAPÍTULO 5.
CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO

Neste capítulo é traçado o quadro de caracterização demográfica, social e económica dos concelhos de Coimbra e Góis com base em informação recolhida em fontes de publicação periódica, referidas no capítulo 4. São ainda apresentadas as estruturas de saúde pública e privada – cuidados de saúde primários públicos, consultórios médicos privados e hospitais. A distribuição espacial, organização e funcionamento das unidades de saúde são estudadas com o objectivo de poder ter um espectro da equidade no acesso geográfico aos dois tipos de cuidados, nas duas áreas geográficas.

É também analisada a acessibilidade geográfica, entendida em termos de distância-tempo, em virtude de influenciar, de acordo com a literatura, a procura e utilização dos serviços de saúde.

5.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

5.1.1. *Concelho de Coimbra*

Com uma área de 316,93 km^2 e 138.930 habitantes (1981), distribuídos por 31 freguesias, o concelho de Coimbra tinha, em 1981, uma densidade populacional de 437,7 hab/km^2 (figura 5.1).

Os quadros 5.1 e VI (ver Anexo 2) oferecem-nos informação acerca das alterações demográficas e do número de alojamentos que ocorreram entre 1970 e 1981. Verificamos que houve um aumento relevante na população residente, apresentando o concelho um acréscimo de 25,7%, valor superior ao que se registou no Baixo Mondego e mesmo na Região Centro. Nas famílias residentes também se verificaram aumentos notórios (39,5% no concelho). No entanto este último valor é superior ao que se observa nos alojamentos (32,5% no concelho).

É nas freguesias periurbanas de crescimento recente, com uma estrutura morfofuncional marcada pelas características de transição (entre o espaço urbano mais antigo e as áreas periurbanas rurais) que se verificam as maiores variações entre 1970 e 1981 (figura 5.2).

Assim, as áreas mais antigas da cidade perdem população (Almedina, São Bartolomeu) embora sejam as freguesias onde se observam os valores de densidade populacional mais elevados ainda em 1981 (1937,6 hab/km^2 e 9872,7 hab/km^2, respectivamente em Almedina e São Bartolomeu). Este facto resulta de serem as freguesias com menores dimensões e marcadas por um longo percurso de ocupação.

No entanto, em 1981, as freguesias com mais quantitativo populacional e de maior incremento na construção de alojamentos correspondem à cintura de freguesias que, nas últimas décadas, têm ganho características urbanas, embora ainda numa fase não consolidada.

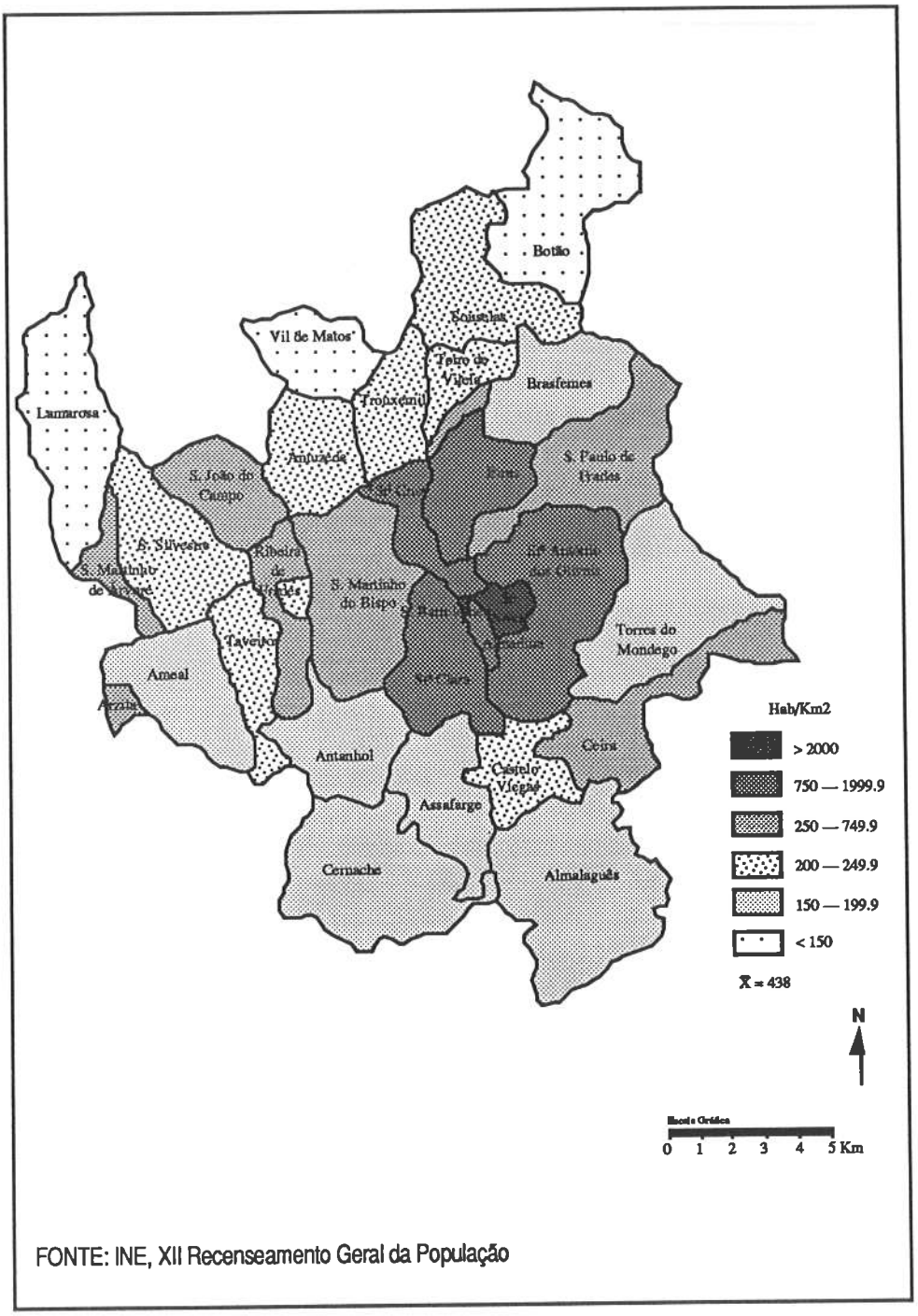
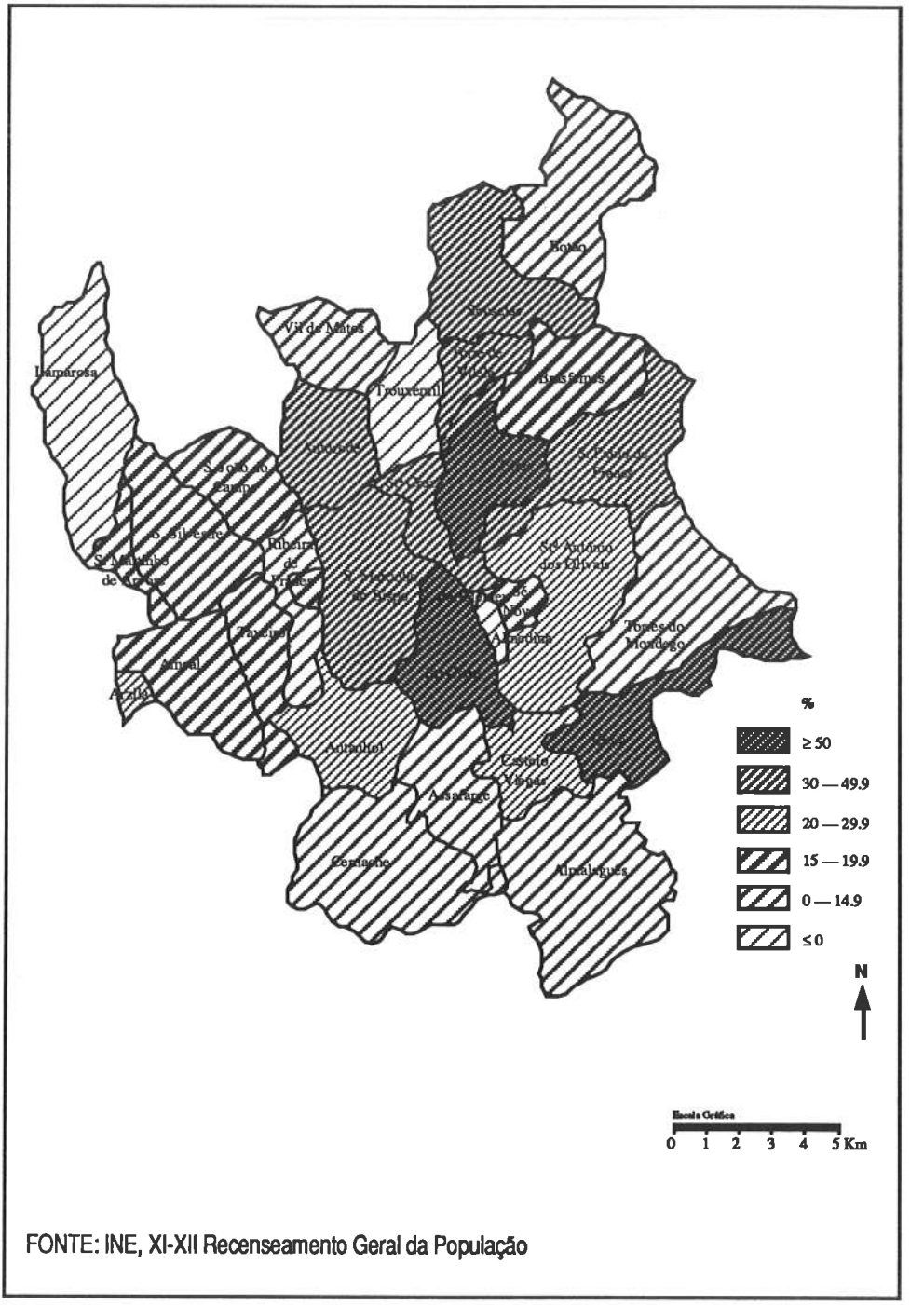


Fig. 5.1 - Concelho de Coimbra. Densidade Populacional, 1981



FONTE: INE, XI-XII Recenseamento Geral da População

Fig. 5.2 - Concelho de Coimbra. Variação da População Residente, 1970/1981

QUADRO Nº 5.1 CONCELHO DE COIMBRA.

População Residente, Densidade, Pessoa/Família e Alojamento

Variação entre 1970 e 1981

REGIÃO CENTRO E CONC. DE COIMBRA	POPUL. RESIDENTE		DENSIDADE		FAM. RESIDENTES		PESSOAS/FAMILIA		ALOJAMENTOS	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
REGIÃO CENTRO	82 111	4,9	3	4,9	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
BAIXO MONDEGO	35 336	12,0	17	12,0	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
CONCELHO	28 377	25,7	90	25,7	11 989	39,5	-0,36	-9,9	10 897	32,5
ALMALAGUES	265	8,1	12	8,1	122	13,2	-0,16	-4,5	143	14,6
ALMEDINA	-848	-28,6	-778	-28,6	-178	-20,9	-0,34	-9,7	-195	-21,3
AMEAL	32	1,9	3	1,9	10	2,0	0,00	-0,1	0	0,0
ANTANHOL	462	33,7	44	33,7	177	44,6	-0,26	-7,5	166	39,5
ANTUZEDE	519	29,9	57	29,9	189	42,0	-0,33	-8,5	255	55,6
ARZILA	268	38,0	196	38,0	89	46,1	-0,20	-5,6	89	45,6
ASSAFARGE	216	14,4	21	14,4	121	29,3	-0,42	-11,5	152	32,4
BOTÃO	150	9,5	9	9,5	46	10,5	-0,03	-0,9	105	23,0
BRASFEMES	250	16,6	24	16,6	93	24,0	-0,23	-6,0	103	23,3
CASTELO VIEGAS	481	43,9	68	43,9	148	48,7	-0,12	-3,2	157	46,0
CEIRA	1 675	64,0	131	64,0	400	47,8	0,34	11,0	531	60,0
CERNACHE	395	12,7	20	12,7	140	14,9	-0,06	-1,9	61	5,7
EIRAS	3 553	73,9	394	73,9	1111	86,6	-0,26	-6,8	928	58,0
LAMAROSA	-52	-2,7	-3	-2,7	59	11,2	-0,46	-12,5	183	28,6
RIBEIRA DE FRADES	220	11,9	36	11,9	111	21,5	-0,28	-7,9	79	14,6
SANTA CLARA	3 800	63,1	389	63,1	1 342	81,0	-0,36	-9,9	946	43,3
SANTA CRUZ	2 066	23,4	378	23,4	1 035	40,5	-0,42	-12,2	868	32,3
S.BARTOLOMEU	-312	-12,6	-1 418	-12,6	56	7,1	-0,58	-18,4	11	1,3
S.JOÃO DO CAMPO	346	18,7	47	18,7	132	26,1	-0,21	-5,9	113	20,7
S.MART. DE ÁRVORE	152	19,7	47	19,7	19	8,6	0,36	10,3	-42	-13,9
S.MART. DO BISPO	2 737	28,6	161	28,6	1 275	51,3	-0,58	-15,0	1 198	47,9
S.PAULO DE FRADES	798	25,6	53	25,6	262	32,3	-0,19	-5,0	274	30,8
S.SILVESTRE	400	18,7	33	18,7	171	30,8	-0,36	-9,3	225	40,8
SÉ NOVA	1 769	19,5	1 237	19,5	958	37,5	-0,46	-13,1	862	30,2
SOUSELAS	646	26,8	43	26,8	233	36,2	-0,26	-6,9	290	41,8
S.ANT. DOS OLIVAIS	7 852	32,2	410	32,2	3 600	56,9	-0,61	-15,8	3 524	51,1
TAVEIRO	334	18,4	33	18,4	154	29,1	-0,29	-8,3	40	6,4
TORRE DE VILELA	219	31,9	49	31,9	59	31,4	0,01	0,4	69	33,5
TORRES DO MONDEGO	340	12,9	20	12,9	104	14,0	-0,03	-0,9	97	12,5
TROUXEMIL	-430	-18,7	-55	-18,7	-78	-13,0	-0,25	-6,6	-341	-39,8
VIL DE MATOS	74	11,3	9	11,3	29	14,1	-0,08	-2,5	6	2,4

(a) sem informação

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1970 e 1981

Como se pode observar pelo quadro 5.1, nas freguesia de Stº António dos Olivais, São Martinho do Bispo, Stª Clara, Castelo Viegas, Ceira, Eiras, registam-se aumentos quer na população residente quer no número de alojamentos e edifícios. As freguesias de Stª Cruz e Sé Nova não tem alterações significativas entre 1971 e 1981 porque eram já áreas populosas

(densidade populacional, respectivamente 1994,5 hab/km^2; 7590,2 hab/km^2 em Stª Cruz e Sé Nova).

As freguesias onde o povoamento é mais rarefeito situam-se na parte Norte do concelho, nas fronteiras Norte (Botão e Vil de Matos) e Oeste do concelho (Lamarosa), correspondendo a área periurbana marcada ainda pela ruralidade.

A dimensão média das famílias diminuiu no período de 1970-1981, com variações mais marcadas nas áreas urbanas mais antigas (São Bartolomeu, Sé Nova, Stª Cruz), e nas áreas periurbanas de crescimento recente (Stª Clara, Stº António dos Olivais, São Martinho do Bispo) e ainda nas áreas com características rurais (Lamarosa, Assafarge, Arzila).

Destacam-se assim três tipos de área onde o fenómeno é o mesmo, mas os condicionalismos são talvez diversos. Assim:

1) no casco antigo predominam as pessoas que vivem sós (reformados ou solteiros). Em virtude das condições do espaço e sua características morfofuncionais (inexistência de escola, parques infantis, renovação de habitação, etc). As famílias de agregados populacionais recentes, sentem-se atraídas pelas áreas novas, de amplos espaços e com carácter mais residencial;
2) nas áreas periurbanas vamos, também, encontrar famílias jovens de dimensão pequena;
3) áreas marcadas pela ruralidade, em declínio demográfico onde, em virtude do envelhecimento da população, muitas vezes vamos encontrar famílias de um só elemento (reformado que vive só).

O número de pessoas por edifício, em 1981, e o número de edifícios por km^2 apresentava diferenças notáveis entre as freguesias urbanas consolidadas, as periurbanas de crescimento recente e as restantes. No quadro VI regista-se uma amplitude de valores grande (entre as 7 e as 2,4 pessoas por edifício respectivamente nas freguesias de Sé Nova e Lamorosa). Considerando que a dimensão média de família na Lamorosa é 3,3 pessoas e na Sé Nova é de 3,1 pessoas, conclui-se que existem edifícios com mais de uma família.

Segundo o censo de 1981, o regime de ocupação variava entre os 10,6% de ocupantes proprietários em São Bartolomeu e os 96,6% em Vil de Matos. O valor médio no concelho (ocupante proprietário) era 46,8%, o subaluguer e outras formas (por exemplo, cedência) não têm significado no contexto do concelho (0,5% e 2,9%, respectivamente) (quadro 5.2).

Onde se verificavam maiores percentagens de aluguer era na área urbana consolidada (São Bartolomeu, Almedina, Stª Cruz e Sé Nova com 85%, 78,8%, 72,2% e 65,8%, respectivamente).

Cerca de 90,8% das famílias do concelho de Coimbra não partilham a habitação (quadro 5.3). As freguesias onde se registaram maiores percentagens de partilha da unidade de alojamento foram São Bartolomeu (18,2%), Stª Cruz (13,5%), São Martinho do Bispo (15,7%), Sé Nova (12,4%).

QUADRO Nº 5.2. CONCELHO DE COIMBRA. Regime de Ocupação (1981)

REG. CENTRO E CONCELHO DE COIMBRA	HABITAC. PROP.		ALUGUER		SUB-ALUGUER		OUTROS		TOTAL	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
REGIÃO CENTRO	409 854	76,4	108 476	20,2	18 018	3,4	(a)	(a)	536 348	100,0
BAIXO MONDEGO	72 439	70,3	27 660	26,8	2 988	2,9	(a)	(a)	103 087	100,0
CONCELHO	20 929	49,8	19 670	46,8	200	0,5	1 219	2,9	42018	100,0
ALMALAGUÊS	996	95,3	38	3,6	0	0,0	11	1,1	1045	100,0
ALMEDINA	106	16,1	519	78,8	16	2,4	18	2,7	659	100,0
AMEAL	432	85,4	52	10,3	0	0,0	22	4,3	506	100,0
ANTANHOL	390	68,2	155	27,1	1	0,2	26	4,5	572	100,0
ANTUZEDE	522	81,8	101	15,8	0	0,0	15	2,4	638	100,0
ARZILA	254	90,1	26	9,2	0	0,0	2	0,7	282	100,0
ASSAFARGE	440	82,4	65	12,2	0	0,0	29	5,4	534	100,0
BOTÃO	425	87,8	38	7,9	0	0,0	21	4,3	484	100,0
BRASFEMES	372	77,8	80	16,7	0	0,0	26	5,4	478	100,0
CASTELO VIEGAS	289	64,2	132	29,3	0	0,0	29	6,4	450	100,0
CEIRA	974	79,0	244	19,8	1	0,1	14	1,1	1233	100,0
CERNACHE	813	75,3	246	22,8	1	0,1	19	1,8	1079	100,0
EIRAS	916	39,0	1353	57,6	5	0,2	74	3,2	2348	100,0
LAMAROSA	554	95,2	21	3,6	0	0,0	7	1,2	582	100,0
RIBEIRA DE FRADES	306	49,0	311	49,8	0	0,0	7	1,1	624	100,0
SANTA CLARA	1058	35,7	1784	60,1	12	0,4	113	3,8	2967	100,0
SANTA CRUZ	859	24,1	2576	72,2	36	1,0	96	2,7	3567	100,0
S.BARTOLOMEU	85	10,6	684	85,0	17	2,1	19	2,4	805	100,0
S.JOÃO DO CAMPO	495	77,7	94	14,8	0	0,0	48	7,5	637	100,0
S.MART. DE ÁRVORE	220	91,7	14	5,8	0	0,0	6	2,5	240	100,0
S.MART. DO BISPO	1820	48,5	1800	48,0	5	0,1	126	3,4	3751	100,0
S.PAULO DE FRADES	742	69,1	311	29,0	1	0,1	20	1,9	1074	100,0
S.SILVESTRE	641	88,3	64	8,8	0	0,0	21	2,9	726	100,0
SÉ NOVA	1022	29,3	2291	65,8	46	1,3	125	3,6	3484	100,0
SOUSELAS	624	72,6	202	23,5	0	0,0	34	4,0	860	100,0
S.ANT. DOS OLIVAIS	3672	37,2	5905	59,8	57	0,6	237	2,4	9871	100,0
TAVEIRO	455	67,0	209	30,8	0	0,0	15	2,2	679	100,0
TORRE DE VILELA	184	75,4	60	24,6	0	0,0	0	0,0	244	100,0
TORRES DO MONDEG.	711	84,0	102	12,1	2	0,2	31	3,7	846	100,0
TROUXEMIL	327	62,9	185	35,6	0	0,0	8	1,5	520	100,0
VIL DE MATOS	225	96,6	8	3,4	0	0,0	0	0,0	233	100,0

(a) sem informação

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1970 e 1981

QUADRO Nº 5.3. CONCELHO DE COIMBRA. Tipo de Ocupação (1981)

REG. CENTRO E CONC. DE COIMBRA	FAM. VIVE SÓ		FAMIL.PARTILHA		T O T A L	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
CONCELHO	38367	90,8	3892	9,2	42259	100,0
ALMALAGUÊS	1034	98,9	12	1,1	1 046	100,0
ALMEDINA	616	91,9	54	8,1	670	100,0
AMEAL	489	96,1	20	3,9	509	100,0
ANTANHOL	500	87,1	74	12,9	574	100,0
ANTUZEDE	604	94,5	35	5,5	639	100,0
ARZILA	282	100,0	0	0,0	282	100,0
ASSAFARGE	464	86,9	70	13,1	534	100,0
BOTÃO	461	95,2	23	4,8	484	100,0
BRASFEMES	473	98,3	8	1,7	481	100,0
CASTELO VIEGAS	452	100,0	0	0,0	452	100,0
CEIRA	1208	97,7	29	2,3	1 237	100,0
CERNACHE	1075	99,6	4	0,4	1 079	100,0
EIRAS	2267	94,7	127	5,3	2 394	100,0
LAMAROSA	586	100,0	0	0,0	586	100,0
RIBEIRA DE FRADES	562	89,5	66	10,5	628	100,0
SANTA CLARA	2638	88,0	361	12,0	2 999	100,0
SANTA CRUZ	3104	86,5	483	13,5	3 587	100,0
S.BARTOLOMEU	664	81,8	148	18,2	812	100,0
S.JOÃO DO CAMPO	630	98,7	8	1,3	638	100,0
S.MART. DE ÁRVORE	238	99,2	2	0,8	240	100,0
S.MART. DO BISPO	3169	84,3	592	15,7	3 761	100,0
S.PAULO DE FRADES	1060	98,7	14	1,3	1 074	100,0
S.SILVESTRE	724	99,7	2	0,3	726	100,0
SÉ NOVA	3056	87,6	433	12,4	3 489	100,0
SOUSELAS	791	90,2	86	9,8	877	100,0
S.ANTÓNIO DOS OLIVAIS	8791	88,5	1138	11,5	9 929	100,0
TAVEIRO	602	88,1	81	11,9	683	100,0
TORRE DE VILELA	247	100,0	0	0,0	247	100,0
TORRES DO MONDEGO	846	99,8	2	0,2	848	100,0
TROUXEMIL	500	96,2	20	3,8	520	100,0
VIL DE MATOS	234	100,0	0	0,0	234	100,0

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1981

Distinguem-se freguesias que correspondem a diferentes tipologias de áreas urbanas. Nas áreas urbanas consolidadas a partilha é feita, provavelmente, pelos estudantes universitários (freguesias da Sé Nova e Stª Cruz) ou pelos empregados de comércio e serviços que desempenham a sua actividade próximo de área onde alugaram parte de um alojamento familiar. Nas freguesias periurbanas de crescimento recente observa-se ainda o fenómeno descrito anteriormente.

As condições de habitabilidade variam consoante a tipologia das freguesias; é nas freguesias rurais e mais afastadas no núcleo urbano que se verificam as maiores percentagens de alojamentos familiares sem água canalizada e esgotos (Vil de Matos 13,7%; Lamarosa 9,8%; São Martinho da Árvore 9,2%; São Silvestre 8,5% e Botão 7,6%), sendo consideravelmente superiores ao valor global do concelho (2,4%) (quadro 5.4).

QUADRO Nº 5.4. CONCELHO DE COIMBRA.
Condições de Habitabilidade. Alojamntos Familiares

REGIÃO CENTRO E CONC.COIMBRA	TOTAL DE ALOJAMENTO		ALOJ.S/ÁGUA E ESGOTOS	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
CONCELHO	42018	100	1007	2,4
ALMALAGUES	1045	2,5	45	4,3
ALMEDINA	659	1,6	4	0,6
AMEAL	506	1,2	29	5,7
ANTANHOL	572	1,4	15	2,6
ANTUZEDE	638	1,5	49	7,7
ARZILA	282	0,7	15	5,3
ASSAFARGE	534	1,3	13	2,4
BOTÃO	484	1,2	37	7,6
BRASFEMES	478	1,1	13	2,7
CASTELO VIEGAS	450	1,1	6	1,3
CEIRA	1233	2,9	40	3,2
CERNACHE	1079	2,6	51	4,7
EIRAS	2348	5,6	50	2,1
LAMAROSA	582	1,4	57	9,8
RIBEIRA DE FRADES	624	1,5	26	4,2
SANTA CLARA	2967	7,1	42	1,4
SANTA CRUZ	3567	8,5	25	0,7
S.BARTOLOMEU	805	1,9	2	0,2
S.JOÃO DO CAMPO	637	1,5	47	7,4
S.MARTINHO DE ARVORE	240	0,6	22	9,2
S.MARTINHO DO BISPO	3751	8,9	51	1,4
S.PAULO DE FRADES	1074	2,6	41	3,8
S.SILVESTRE	726	1,7	62	8,5
SÉ NOVA	3484	8,3	8	0,2
SOUSELAS	860	2,0	53	6,2
S.ANTÓNIO DOS OLIVAIS	9871	23,5	83	0,8
TAVEIRO	679	1,6	26	3,8
TORRE DE VILELA	244	0,6	12	4,9
TORRES DO MONDEGO	846	2,0	36	4,3
TROUXEMIL	520	1,2	15	2,9
VIL DE MATOS	233	0,6	32	13,7

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1981

Observando o quadro VII verificamos que, em 1981, do total da população (138.930) 47% era de sexo masculino e 53% de feminino. Até aos 15 anos registavam-se mais homens do que mulheres.

A partir do grupo etário 15-19 anos há uma inversão da sex/ratio, passando a registar-se valores mais elevados no sexo feminino. A diferença acentua-se a partir do grupo dos 65-69 anos.

O índice de envelhecimento da população (população residente com 60 e mais anos sobre a população residente com idade inferior a 20 anos) no concelho é 47,6%, sendo superior no sexo feminino (57,8%).

Ainda no quadro VII pode ler-se o valor da relação de substituição (1,4). A possibilidade de reprodução é de quase um e meio, ou seja a população entre os 15 e os 39 anos é superior uma vez e meia à que se situa entre os 40 e os 65 anos.

Comparando o índice de envelhecimento e a relação de substituição do concelho de Coimbra com os do distrito conclui-se que nesta última área administrativa o valor do índice de envelhecimento é superior (61,6% total da população, 50,5% no sexo feminino, 73% no masculino) e a relação de substituição é inferior (1,2). (Quadro VIII)

Antes de concluir a caracterização demográfica, importa referir alguma informação relativa ao último censo (1991), embora com carácter preliminar e, por isso ainda sujeita a alterações.

Os quadros 5.5 e IX oferecem-nos valores para cada freguesia do concelho de Coimbra. Verifica-se, então, que as alterações que ocorreram no concelho, neste decénio (1981-1991), são de maior relevo ao nível da variação percentual das famílias e dos alojamentos (26,3% e 26,2% respectivamente). Na população residente não se registam grandes alterações, no concelho. Todavia, um ligeiro aumento é reconhecido na variação populacional presente total (1,5%).

Os valores do concelho de Coimbra são superiores aos do Baixo Mondego e da Região Centro.

Observemos as alterações ao nível das freguesias. É interessante reconhecer que as unidades administrativas onde aconteceu uma maior variação da população residente são as áreas periurbanas dormitório, segundo a classificação feita para o ano de 1981.

Talvez as alterações morfofuncionais que se processaram nestes últimos dez anos (1981-1991) tenham transformado as áreas, que considerámos periurbanas dormitório, em periurbanas de crescimento recente.

Vejamos a variação entre 1981-1991 da população residente nos casos das freguesias Stº António dos Olivais (11,2%), Trouxemil (65,5%) e São Paulo de Frades (21,9%). São alguns exemplos que escolhemos para testemunhar o forte aumento populacional de duas freguesias (Trouxemil e São Paulo Frades) comparativamente com outra, onde as características urbanas marcam cada vez mais o espaço.

QUADRO Nº 5.5. CONCELHO DE COIMBRA. População, Famílias, Alojamentos e Edifícios. Variação entre 1981 e 1991

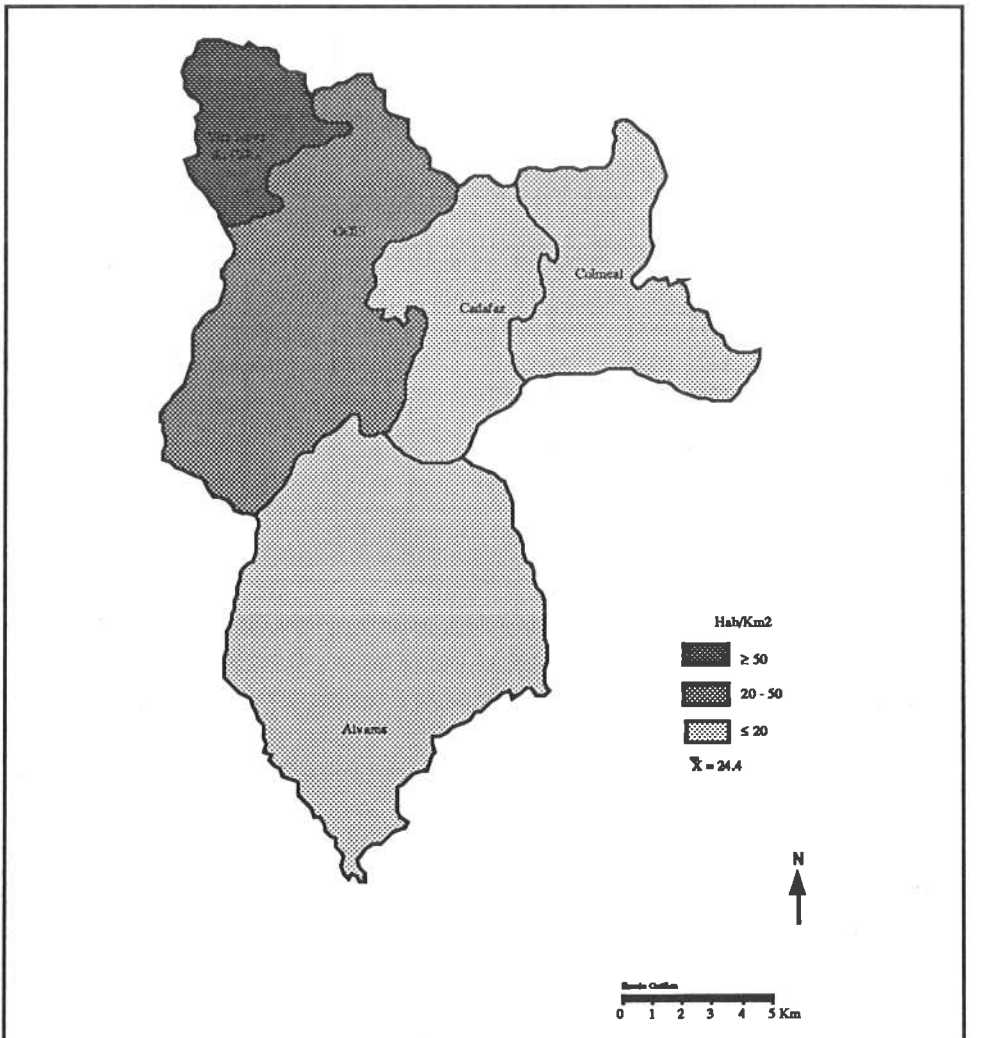
REGIÃO CENTRO E CONC. DE COIMBRA	POP. PRESENTE TOTAL		POP. PRESENTE HOMENS		POPULAÇÃO RESIDENTE		FAMÍLIAS		ALOJAMENTOS		EDIFÍCIOS	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
REGIÃO CENTRO	-56 999	-3,2	-23 883	-2,8	-42 332	-2,4	41 489	7,6	125 075	18,2	78 893	12,7
BAIXO MONDEGO	-2 593	-0,8	-1 603	-1,0	-1 050	-0,3	14 109	13,6	26 185	22,3	11 044	11,5
CONCELHO	2 164	1,5	152	0,2	31	0,0	11 143	26,3	11 670	26,2	3 147	10,6
ALMALAGUÊS	-88	-2,5	-150	-8,7	-55	-1,5	249	23,8	277	24,7	256	23,0
ALMEDINA	-187	-7,3	-142	-12,2	-185	-8,8	265	39,4	91	12,6	59	16,2
AMEAL	20	1,2	0	0,0	11	0,6	24	4,7	-12	-2,3	-15	-2,9
ANTANHOL	278	15,5	161	18,8	286	15,6	116	20,2	200	34,1	120	22,4
ANTUZEDE	-416	-17,5	-249	-20,6	-259	-11,5	-23	-3,6	-13	-1,8	-18	-2,7
ARZILA	-265	-27,4	-133	-27,9	-266	-27,3	-49	-17,4	-10	-3,5	-35	-12,7
ASSAFRAGE	122	7,2	65	8,1	147	8,6	68	12,7	46	7,4	104	20,4
BOTÃO	-150	-8,8	-84	-10,3	-99	-5,8	13	2,7	141	25,1	120	22,1
BRASFEMES	-80	-4,6	-36	-4,1	-65	-3,7	16	3,3	25	4,6	17	3,3
CASTELO VIEGAS	-2	-0,1	-15	-1,6	256	16,2	60	13,3	53	10,6	54	12,7
CEIRA	236	5,6	123	6,0	221	5,1	240	19,4	208	14,7	120	9,5
CERNACHE	38	1,1	25	1,5	93	2,7	234	21,7	326	29,1	293	27,2
EIRAS	1 228	14,8	463	11,9	1 216	14,5	659	27,5	971	38,4	84	6,6
LAMAROSA	-100	-5,0	-84	-8,6	82	4,3	89	15,2	25	3,0	11	1,4
RIBEIRA DE FRADES	-128	-6,2	-60	-6,0	-114	-5,5	26	4,1	132	21,3	165	29,8
SANTA CLARA	-983	-10,2	-460	-10,1	-1 118	-11,4	482	16,1	817	26,1	286	14,9
SANTA CRUZ	-2 726	-23,7	-1 480	-27,3	-2 668	-24,5	-26	-0,7	-153	-4,3	-101	-6,5
S.BARTOLOMEU	-870	-36,1	-419	-37,7	-792	-36,5	-194	-23,0	-149	-17,9	-73	-18,1
S.JOÃO DO CAMPO	50	2,3	5	0,5	79	3,6	55	8,6	30	4,6	14	2,3
S.MARTINHO DE ÁRVORE	79	8,8	64	15,1	48	5,2	73	30,4	52	20,0	40	15,7
S.MARTINHO DO BISPO	-69	-0,5	-76	-1,2	136	1,1	405	10,8	924	25,0	256	8,0
S.PAULO DE FRADES	850	22,0	443	23,7	857	21,9	431	40,1	515	44,2	200	19,7
S.SILVESTRE	-19	-0,8	17	1,3	3	0,1	82	11,3	129	16,6	125	17,4
SÉ NOVA	-1 834	-13,1	-885	-14,4	-2 367	-21,8	2 337	66,5	803	21,6	-81	-5,3
SOUSELAS	41	1,3	22	1,5	74	2,4	22	2,5	118	12,0	79	8,8
S.ANTÓNIO DOS OLIVAIS	6 307	19,0	2 699	17,6	3 615	11,2	4 957	49,9	5 254	50,4	308	6,5
TAVEIRO	-248	-11,6	-105	-10,2	-242	-11,2	-10	-1,5	150	22,6	109	17,3
TORRE DE VILELA	175	19,5	68	15,2	178	19,6	76	30,8	75	27,3	61	25,1
TORRES DO MONDEGO	-282	-9,6	-123	-8,7	-264	-8,9	17	2,0	126	14,4	119	14,7
TROUXEMIL	1 192	64,3	504	56,2	1 220	65,5	429	82,5	497	96,3	448	88,0
VIL DE MATOS	-5	-0,7	-6	-1,7	3	0,4	20	8,5	22	8,5	22	8,5

FONTE: I.N.E., CENSOS 91. Resultados Preliminares; Região Centro, Direcção Regional do Centro

5.1.2. *Concelho de Góis*

O concelho de Góis compreende uma área de 263,72 km^2 e é dividido em cinco freguesias. A freguesia de maior dimensão é Alvares (96,66 km^2) e a mais pequena Vila Nova do Ceira (20,93 km^2), com uma densidade média de 24,4 habitantes/km^2.

Em 1981 apenas se registaram 6434 residentes. Os quadros 5.6 e 5.7 oferecem-nos alguns elementos relativos à distribuição da população residente: densidade, número de famílias, alojamento e edifícios em 1970 e 1981 (figura 5.3).



FONTE: INE, XII Recenseamento Geral da População

Fig. 5.3 - Concelho de Góis. Densidade Populacional, 1981

QUADRO Nº 5.6. CONCELHO DE GÓIS.
População Residente, Densidade, Famílias, Pessoa/Fam. e Alojamento
Variação entre 1970 e 1981

	POP. RESID.		DENSIDADE		FAMIL. RESID.		PESS/FAMILIA		ALOJAMENTOS	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
CONCELHO	521	-7,5	2,0	-4,7	64	2,7	0,3	-10,0	430	11,0
ALVARES	601	-27,0	6,1	-27,0	83	-11,2	0,5	-17,7	-21	-1,5
CADAFAZ	126	-20,4	3,7	-20,4	-16	-7,1	0,4	-14,2	133	29,9
COLMEAL	66	15,5	1,8	15,5	44	26,5	0,2	-8,7	122	38,0
GÓIS	159	6,5	2,1	6,3	79	9,8	0,1	-3,0	180	15,6
VILA N. DO CEIRA	19	-1,5	0,9	-1,5	40	9,9	0,3	-10,4	16	2,6

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1970 e 1981

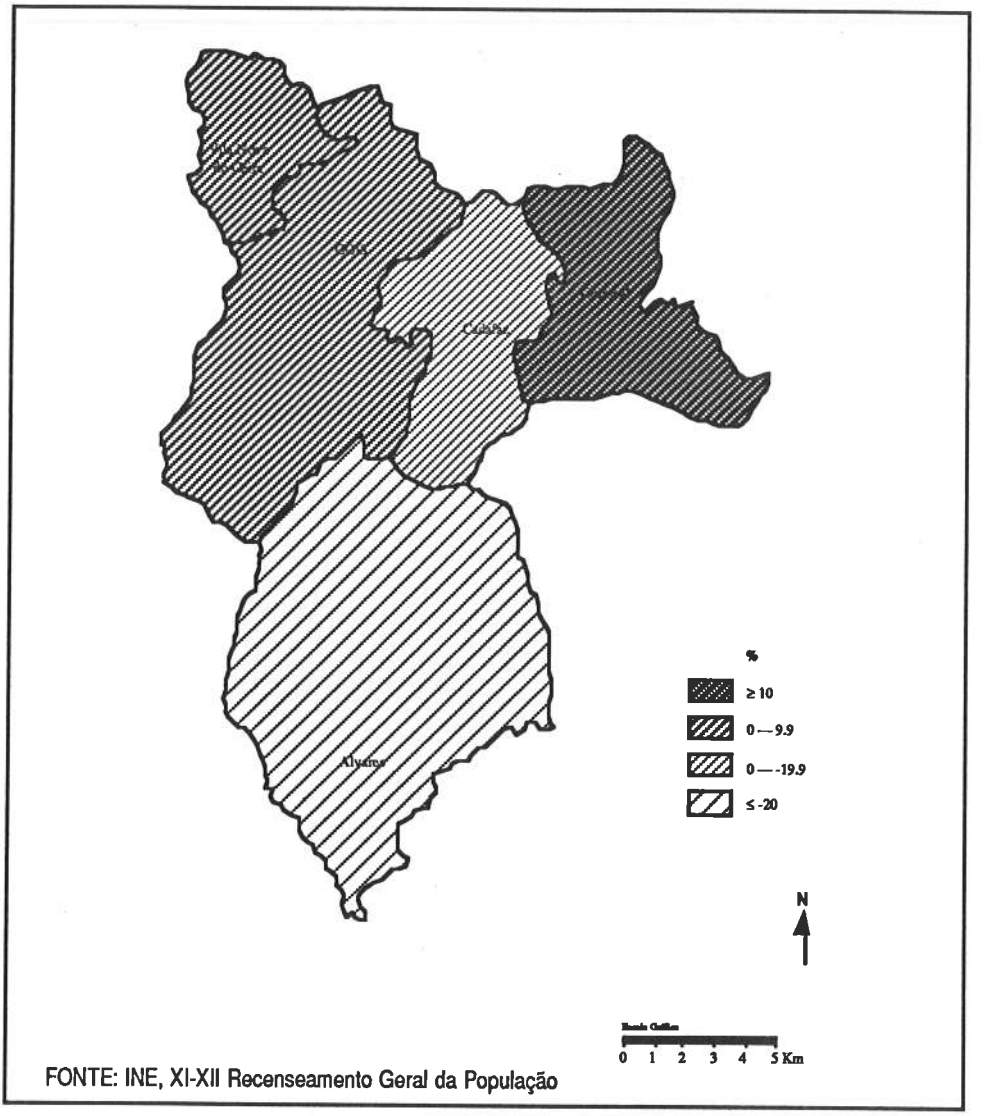
QUADRO Nº 5.7 CONCELHO DE GÓIS. Regime de Ocupação - 1981

	HABIT. PROP.		ALUGUER		SUB-ALUGUER		OUTROS		TOTAL	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
CONCELHO	2201	91,8	148	6,17	1	0,042	48	2	2398	100
ALVARES	632	96,5	18	2,75	0	0	5	0,76	655	100
CADAFAZ	204	98,1	3	1,44	0	0	1	0,48	208	100
COLMEAL	198	94,3	4	1,9	0	0	8	3,81	210	100
GÓIS	751	85,2	99	11,2	1	0,114	30	3,41	881	100
VILA N. CEIRA	416	93,7	24	5,41	0	0	4	0,9	444	100

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1981

Verifica-se então que no concelho ocorreram, naquele período, decréscimos na população residente (-7,5%), na densidade populacional (-4,7%) no número de pessoas por família (-10%). Existem, no entanto, alguns valores com variação positiva: famílias residentes (2,7%) e número de alojamentos (11%) (figura 5.4).

A dimensão média das famílias diminuiu consideravelmente, passando os agregados familiares de 3 para 2,7 pessoas por família, em média. A única freguesia que mantêm o mesmo número de pessoas por família é Góis que, talvez pelas características urbanas que possui, tem capacidade de atrair ou somente de segurar a população mais jovem, comparativamente com outras freguesias do concelho. Nas freguesias rurais do concelho verifica-se um abandono por parte das gerações mais novas, que não encontram nesses espaços condições propícias a um desenvolvimento económico, social e cultural. As freguesias de Alvares e Cadafaz são as que perdem mais população residente, entre 1970 e 1981 (-27% e -20,4%, respectivamente). As freguesias de Colmeal e Góis têm variações positivas da população residente, sendo superior no Colmeal (15,5%).



FONTE: INE, XI-XII Recenseamento Geral da População

Fig. 5.4 - Concelho de Góis. Variação da População Residente, 1970/1981

É na freguesia do Colmeal que se registam as maiores variações positivas nos valores percentuais das famílias residentes (26,6%) e no número de alojamentos (38%). Foi nesta freguesia que ocorreram as maiores alterações demográficas, segundo o aumento populacional e de alojamentos. No entanto, nesta área geográfica também diminui o número de pessoas por família (-0,3%).

A freguesia sede de concelho é considerada uma área com algumas características urbanas e uma das que apresenta, em 1981, a densidade populacional com valores mais elevados

(35,6 hab/km^2). Embora seja o valor que sobressai no contexto da área administrativa do concelho, é ainda uma densidade muito baixa, o que atesta o carácter pouco urbanizado desta freguesia.

Vejamos ainda o quadro X que apresenta os valores de 1981 em algumas freguesias como Cadafaz (14,4 hab/km^2), Colmeal (13,4 hab/km^2), Alvares (16,5 hab/km^2). Evidencia-se a freguesia de Vila Nova do Ceira (57,7 hab/km^2), quase no limite Noroeste do concelho.

Assim, apesar de a variação populacional entre 1970-1981 ter sido fortemente positiva na freguesia do Colmeal, esta área é ainda a que apresenta, em 1981, o valor mais baixo de densidade populacional.

O maior número de edifícios encontra-se na freguesia de Alvares (1345). No entanto, se observamos o quadro X podemos concluir que a concentração de edifícios por km^2 é maior na freguesia de Vila Nova do Ceira (31 edifícios./km^2). Esta freguesia, assim como a de Góis, são também as que apresentam mais pessoas por edifício (2 pessoas por edifício em Góis e 1,9 em Vila Nova do Ceira).

Embora Góis seja a sede do concelho e, por isso, detenha uma estrutura e uma morfofuncionalidade própria (menos rural), quando comparada com as outras sedes de freguesia, verificamos que Vila Nova de Ceira se evidencia quer na densidade populacional quer no número de edifício por km^2, muita embora tenha perdido população residente entre os censos (1970-1981).

Segundo o censo de 1981, o regime de ocupação no concelho de Góis era quase exclusivamente de ocupantes proprietários (91,6%), como pode ler-se no quadro 5.7. Apenas 6,2% das famílias viviam em casa alugada. O subaluguer e a cedência não tem quase representatividade (2%). Onde se encontra maior percentagem de aluguer é na freguesia de Góis, talvez em virtude da mobilidade ser maior nessa área.

A maior parte das famílias vive só, não partilhando o alojamento (96%), como se regista no quadro 5.8. Acima do valor global do concelho encontramos as freguesias de Alvares (98,8%) e Cada faz (100%). Os valores percentuais mais baixos observam-se nas freguesias de Góis (93,7%) e Colmeal (93,8%). Assim os valores de partilha assumem um significado maior em duas áreas com características diferentes. Talvez as razões porque isso acontece sejam também diversas; o carácter de maior mobilidade populacional em Góis não explica o que acontece no Colmeal.

QUADRO Nº 5.8. CONCELHO DE GÓIS. Tipo de Ocupação - 1981

	FAMÍL.VIVENDO SÓ		FAMÍL. PARTILHANDO		TOTAL	
	V.ABS.	%	V.ABS.	%	V. ABS.	%
CONCELHO	2307	96,0	95	4,0	2402	100,0
ALVARES	648	98,8	8	1,2	656	100,0
CADAFAZ	208	100,0	0	0,0	208	100,0
COLMEAL	197	93,8	13	6,2	210	100,0
GÓIS	828	93,7	56	6,3	884	100,0
VILA NOVA DO CEIRA	426	95,9	18	4,1	444	100,0

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1981

As condições de habitabilidade, patentes no quadro 5.9 (alojamentos sem água e esgotos) são o reflexo da ruralidade e pobreza em que vive a população deste concelho. Cerca de 13% da população não tem condições mínimas de higiene e salubridade. Valores acima do valor médio são detectados nas freguesias de Colmeal (21,5%), Alvares (13,3%) e Cadafaz (13,5%), áreas mais afastados da sede do concelho.

QUADRO Nº 5.9 CONCELHO DE GÓIS. Condições de Habitabilidade. Alojamentos Familiares

	ALOJ. FAMILIARES		ALOJ.S/AGUA E ESGOT.	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
CONCELHO	2497	100,0	322	12,9
ALVARES	664	26,6	88	13,3
CADAFAZ	208	8,3	28	13,5
COLMEAL	223	8,9	48	21,5
GÓIS	940	37,6	107	11,4
VILA NOVA DO CEIRA	462	18,5	51	11,0

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População e Habitação, 1981

No quadro XI pode ler-se a distribuição da população por grupos de idade, segundo o sexo. No concelho de Góis, em 1981, 53,8% da população era do sexo feminino e 46,2% do masculino. A inversão da sex/ratio pode observar-se a partir dos 35 anos, com valores consideravelmente superiores a partir dos 50 anos.

O índice de envelhecimento é maior no sexo feminino (137,2%) do que no masculino (100,4%) e a relação de substituição é inferior a 1 (0,89).

O envelhecimento da população e a baixa relação de substituição são o testemunho da evolução demográfica numa área a pouco e pouco abandonada, onde a capacidade de aumento populacional não existe. Apenas o poder da atracção poderá modificar este quadro. É, todavia, um pouco improvável, em virtude da falta de fenómenos sociais e económicos geradores desse movimento.

Vejamos o que aconteceu à população no último decénio.

A variação, entre 1981-1991, da população presente e residente no concelho de Góis pode lêr-se no quadro 5.10. Quer a população presente quer a residente sofreram um decréscimo acentuado (-16,4% e -16,9%, respectivamente). Também o número de famílias, alojamentos e edifícios diminuiu, nesse período.

Segundo os dados preliminares, em todas as freguesias se registaram decréscimos, embora mais acentuados em Alvares, Cadafaz e Colmeal. Nesta última, os valores são realmente surpreendentes; perdeu 35,6% da população residente e 46,5% dos alojamentos.

Assim, o que tínhamos anunciado anteriormente, relativamente a 1981, aconteceu no decénio seguinte.

Vejamos, ainda no quadro 5.10, o que se regista relativamente ao Pinhal Interior Norte (zona geográfica onde se insere o concelho de Góis) (quadro XII). O panorama é idêntico ao do

que foi descrito para o concelho de Góis. Trata-se talvez de um fenómeno que é comum a estas áreas geográficas, agrestes e repulsivas, já que as vias de acesso, a quase inexistência de actividade industrial e a pobreza do solo não as tornaram agradáveis e atractivas.

QUADRO 5.10. CONCELHO DE GÓIS. População, Famílias e Alojamentos
Variação entre 1981 e 1991

REGIÃO CENTRO E	POP.PRESENTE		POP. PRES.HOMENS		POP. RESIDENTE		FAMÍLIAS		ALOJAMENTOS		EDIFÍCIOS	
CONC. DE GÓIS	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
REGIAO CENTRO	-56 999	-3,2	-23 883	-2,8	-42 332	-2,4	41 489	7,6	125 075	18,2	78 893	12,7
PINHAL INT. NORTE	-13 649	-9,1	-5 350	-7,6	-13 045	-8,6	-1 547	-3,1	4 563	6,5	3 012	4,4
CONCELHO	-1 053	-16,4	-497	-16,7	-1 089	-16,9	-312	-13,0	-193	-4,4	-194	-4,5
ALVARES	-346	-21,3	-154	-21,1	-351	-21,6	-93	-14,2	200	14,9	195	14,5
CADAFAZ	-131	-26,5	-54	-23,7	-130	-26,4	-58	-27,9	-165	-28,5	-157	-27,6
COLMEAL	-168	-34,6	-50	-27,3	-175	-35,6	-59	-28,1	-206	-46,5	-205	-46,4
GÓIS	-271	-10,4	-158	-12,6	-292	-11,2	-69	-7,8	0	0,0	7	0,5
VILA NOVA DO CEIRA	-137	-11,3	-81	-14,0	-141	-11,7	-33	-7,4	-22	-3,3	-34	-5,2

FONTE: I.N.E., CENSOS 91. Resultados Preliminares; Região Centro; Direcção Regional do Centro

5.2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÓMICOS

5.2.1. *Concelho de Coimbra*

A taxa de actividade em 1981 no concelho de Coimbra era de 42,6%, sendo de 55,1% no sexo masculino e 31,6% no feminino. Se compararmos estes valores com os do distrito, verificamos que a taxa de actividade é inferior no distrito (40,3%) e no sexo feminino (27%), mas no sexo masculino os valores são iguais (55,1%). Há uma concentração forte da população activa no sector terciário (63,9%) e muito baixa no sector primário (3,9%) (quadro 5.11).

No distrito, o sector primário ganha um valor mais alto na população activa (25,3%). O desemprego tem uma percentagem superior no concelho (2,1%), comparativamente ao do distrito (1,96%) (quadro XIII).

A estrutura empresarial é profundamente marcada pela indústria transformadora, comércio e restaurantes, quer em número de estabelecimentos, quer em número de pessoas ao serviço (quadro XIV e XV), no concelho e no distrito de Coimbra. No entanto, os serviços (nº de estabelecimentos) têm um significado particular no concelho, dado que estes revelam as características fundamentais do centro urbano, onde se concentram.

Observando o quadro 5.12, verificamos o peso das profissões científicas, técnicas e quadros superiores que se regista no concelho de Coimbra, em 1981. Também os operários (em geral) têm valores elevados. O trabalhador agrícola tem pouca expressão no concelho; no entanto, verificámos que existem algumas bolsas agrícolas. O quadro XVI apresenta-nos a zona agrária de Coimbra e o concelho de Coimbra, comparativamente com a Beira Litoral, onde aquela se insere.

QUADRO Nº 5.11. DISTRITO DE COIMBRA E CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
População Activa 1981

		DISTRITO COIMBRA	CONCELHO COIMBRA	CONCELHO GÓIS
POPULAÇÃO RESIDENTE	homens	206 085	65 266	2 975
	mulheres	230 239	73 664	3 459
	total	436 324	138 930	6 434
POPULAÇÃO ACTIVA	homens	113 571	35 977	1 365
	mulheres	62 252	23 242	903
	total	175 823	59 219	2 268
POPULAÇÃO C/ MENOS DE 15 ANOS	homens	51 285	16 742	640
	mulheres	49 535	16 088	600
	total	100 820	32 830	1 240
POPULAÇÃO C/ MAIS DE 60 ANOS	homens	32 299	7 744	805
	mulheres	46 151	11 808	1 088
	total	78 450	19 552	1 893
TAXA DE ACTIVIDADE (%)	homens	55,1	55,1	45,9
	mulheres	27,0	31,6	26,1
	total	40,3	42,6	35,3

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População,1981

QUADRO Nº 5.12. DISTRITO DE COIMBRA E CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
População Residente Activa Segundo Grupos de Profissões

GRUPO DE PROFISSÕES	DISTRITO COIMBRA		CONC. COIMBRA		CONC. GÓIS	
	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)	V.ABS.	(%)
PROF.CIENT.,TÉCNICAS E ARTÍSTICAS	14 707	9,0	10 247	18,6	41	1,9
DIRECT. E QUADROS SUPERIORES ADMINISTRATIVOS	2 030	1,2	877	1,6	21	1,0
PESS.ADMIN. E TÉCNICOS SIMILARES	17 407	10,6	9 382	17,0	121	5,5
COMÉRCIO E VENDEDORES	13 188	8,0	5 777	10,5	137	6,2
SERV. PROTEÇÃO E SEG.,SERV.PESS. E DOMÉST.	13 875	8,5	6 987	12,7	72	3,3
AGRICULT, TRABAL.H. FLOREST. E CRIAD. DE GADO	40 367	24,6	2 090	3,8	999	45,5
OPERÁRIOS ESPECIALIZADOS	62 512	38,1	19 709	35,8	804	36,6
TOTAL	164 086	100,0	55 069	100,0	2 195	100,0

FONTE: I.N.E., Recenseamento Geral da População, 1981

Verifica-se que cerca de metade das explorações da zona agrária de Coimbra se encontram no concelho. A maior produção é de cereal para grão e culturas forrageiras. A vinha e o olival ainda ocupam áreas extensas. Dos efectivos animais, os suínos são os que dominam, pelo seu número. Existe um tractor por cada três explorações. Se estabelecermos uma relação entre o número de trabalhadores eventuais e a população do concelho, concluímos que 48,5% da população tinha uma ligação à terra, em 1989.

Vejamos, a partir dos quadros XVII, XVIII e XIX, quais as condições sociais da população do concelho. Alguns indicadores – como o número de telefones por 100 alojamentos (49,3), veículos por pessoa (0,16), professores por alunos (percentagem nos níveis secundário e

primário), a taxa de analfabetismo (12,9%), percentagem da população com o nível de instrução primária ou superior a esta (72,8%), consumo de energia por pessoa (73 MWT), alojamentos com electricidade e água (87% e 73,8%, respectivamente), – retratam o facto de estarmos perante um concelho de características urbanas.

Importa ainda referir que todos os valores percentuais que mencionámos no parágrafo anterior, são superiores aos que se podem ler nos quadros XVII, XVIII, e XIX, relativos ao distrito de Coimbra.

5.2.2. *Concelho de Góis*

Em 1981, no concelho de Góis, a taxa de actividade era de 35,3%, (45,9% no sexo masculino e 26,1% no feminino) – valores inferiores aos que se registaram no distrito de Coimbra (quadro 5.11).

A população activa tem uma alta percentagem no sector primário (45,7%), seguida pelo secundário (32,2%). O desemprego é baixo (0,76%), mas esta percentagem escamoteia a realidade, porque, se por um lado o trabalho na agricultura, surge, em muitos casos, como um remedeio, por outro lado existem as situações do primeiro emprego (quadro XIII).

A estrutura empresarial é quase inexistente (quadro XX). O maior número de empresas pertence ao sector da indústria transformadora (14 estabelecimentos) com 432 pessoas ao serviço. Todas as outras empresas são de pequena dimensão e com pouco significado social e económico.

A agricultura é a profissão dominante. No quadro XVI pode comparar-se a zona agrária da Beira Serra com a do concelho de Góis. Pode ver-se o número baixo de explorações, e que a maior parte da Superfície Agrícola Útil (S.A.U.) é trabalhada por conta própria.

Em 1989 dominavam os cereais, para grão, e as culturas de forrageiras, segundo o tipo de culturas temporárias, embora com áreas muito reduzidas em hectares. O olival é a cultura permanente que ocupa mais espaço (52 ha.). Os caprinos são os efectivos animais de maior número.

A pequena dimensão da exploração e o tipo económico da agricultura (subsistência), estão na origem do baixo número de máquinas agrícolas existentes.

Num quadro de agricultura de subsistência, de parcelas pequenas com pouca produtividade (cerca de 90% da população trabalha com carácter eventual), os indicadores que recolhemos, e que estão descritos nos quadros XVII, XVIII e XIX, testemunham o estado de carência social e cultural desta área: 8 telefones por 100 alojamentos, 0,06 veículos ligeiros por pessoa, número baixo de professores por níveis secundário e primário, 41,1% da população com instrução igual ou superior à primária, 30,5% é analfabeto, baixo consumo de energia por pessoa (0,1 MWT), 45,8% de alojamentos com electricidade e com água apenas 29,3%.

Ao inverso do que ficou citado para o concelho de Coimbra, nesta área os indicadores sociais têm valores percentuais mais baixos do que os do distrito.

Como verificámos anteriormente, o concelho de Coimbra apresentava indicadores com valores superiores ao do distrito. Pode então concluir-se que Góis é uma área tipo de pobreza e carência, talvez uma das responsáveis pelos níveis mais baixos do distrito de Coimbra.

5.3. ACESSIBILIDADE DAS ÁREAS DE ESTUDO

A acessibilidade constitui uma medida mais de oportunidade do que de comportamento. Vários autores têm apresentado trabalhos relativos à acessibilidade (JOHNSTON, 1966; TAYLOR, 1977; MOSELEY, 1979). MORRILL *et al.* (1970) e SHANNON e DEWER (1974) apresentam medidas complexas de acessibilidade regional e urbana aos serviços de saúde, envolvendo métodos de optimização de dados. SIMs, são modelos de simulação mais do que modelos explicativos. Todavia, como instrumentos de planeamento na análise da acessibilidade são frequentemente utilizados (JOSEPH e PHILLIPS, 1984)

Estes modelos não têm a capacidade para explicar os argumentos de comportamento que estão subjacentes às relações entre tamanho/qualidade, distância e acesso. Custo, tempo, esforço e preferências individuais são factores importantes, mas não são completamente explicados nos padrões de acesso (GARROCHO, 1992).

A acessibilidade geográfica dos serviços de saúde consiste na distância-tempo ao serviço de saúde, de determinado tipo, mais próximo da residência (corrigida por factores de frequência de transportes públicos). Resulta, assim, da conjugação dos tempos de percurso e das frequências de transporte.

As barreiras e as "superfícies" de procura dependem essencialmente da capacidade de vencer a distância que separa o lugar de residência do(s) local(ais) da oferta dos cuidados de saúde. Em áreas rurais, a percepção do espaço está intimamente ligada não só à facilidade de usar transporte público mas também à capacidade de realizar percursos pedestres, cujo limiar mínimo reconhecido como aceitável é de 30 minutos (NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE, 1977).

Considerámos como acessibilidade geográfica dos serviços de saúde a possibilidade de atingir as sedes dos concelhos (cidade de Coimbra e vila de Góis, local de concentração dos serviços de saúde) com a utilização de transportes públicos diários.

Contámos, para isso, o número das carreiras (transportes públicos em geral, rodoviários e ferroviários) diárias e semanais, e o tempo médio de percurso entre os lugares considerados e o centro de atracção. A acessibilidade foi medida relativamente a dois pontos médios (Largo da Portagem, na cidade de Coimbra e a vila de Góis) que funcionam como pólos de atracção;

a primeira, por aí se concentrar a oferta de serviços de saúde secundários (públicos e privados), a segunda por ser o único local, dentro do concelho, que oferece cuidados de saúde primários diários (centro de saúde). No concelho de Góis medimos ainda a acessibilidade dos lugares relativamente à unidade de saúde mais próxima (extensão ou centro de saúde).

A distância-tempo é um indicador importante no acesso aos serviços de saúde, principalmente em meios rurais (MENDONÇA, 1987). No entanto, um percurso de 30 minutos tem um significado diferente se é feito a pé ou de transporte público. Tem ainda grande impacte o número de carreiras diárias ou semanais na caracterização da acessibilidade geográfica.

É relevante, então, conjugar o tempo de percurso e a frequência de transportes públicos, relativamente às unidades de saúde que considerámos fundamentais (centros e extensões de saúde e hospitais). A metodologia que utilizámos no conceito de acessibilidade geográfica foi anteriormente definida (NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE, 1977) na "Contribuição para a Formulação da Carta Sanitária da Região Norte". Seguindo essa metodologia para a determinação dos tempos totais de acesso e tendo em conta que a mesma se aplica preferencialmente em áreas rurais, considerámos os tempos gastos em transportes públicos (se existir nesse local) e nos percursos a pé (não se consideram pequenos percursos dentro das povoações). Foi tido em conta que a dois quilómetros de percurso a pé correspondiam trinta minutos. O tempo total de acesso é corrigido pela duração do percurso a pé e pela frequência de transportes públicos.

Considerou-se relevante que o tempo de percurso a pé fosse um tempo corrigido, quando aquele fosse superior a trinta minutos. O tempo de trinta minutos foi considerado como um tempo de percurso a pé admissível em áreas rurais (no caso concreto do concelho de Góis), em virtude da grande dispersão da população. Quando o tempo de percurso a pé é superior a trinta minutos introduz-se o factor de ponderação 1.5, à semelhança do que foi apresentado pelo NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE (1977).

Esta metodologia tem uma melhor aplicabilidade nas áreas rurais; por isso foi no concelho de Góis, por esta área geográfica ser essencialmente rural, que introduzimos este conceito.

Considere-se:

t1 - tempo de transporte público
t2 - tempo de percurso a pé

Correcção para o tempo total de acesso (T):

$T = t1 + t2$	se $t2 <= 30$ minutos
$T = t1 + 1{,}5 \times t2$	se $t2 > 30$ e $<= 60$ minutos
T = ilimitado	se $t2 > 60$ minutos ou
	se $t1 + t2 > 120$ minutos

Correcção para a frequência de transporte público semanal:

	Fij
cinco ou mais	1.00
três ou quatro	0.75
um ou dois	0.35
nenhum	0.00

O tempo total de acesso corrigido (TC) será então:

$$TC = T/Fij$$

A partir do Tempo Total de Acesso Corrigido (TC), definem-se cinco níveis de acesso, os quais constituem os valores:

Muito Boa	TC < = 30 minutos
Boa	30 m > TC < = 80 minutos
Médio	80 m > TC < = 110 minutos
Má	110 m > TC < = 150 minutos
Nula	TC > 150 minutos

Se o percurso a pé ultrapassar sessenta minutos ou o tempo total (tempo de percurso a pé somado ao tempo de percurso do transporte público) for superior a cento e vinte minutos, os tempos são afectados por um factor infinito (tempo ilimitado).

Foram agrupados em quatro escalões as frequências de transportes públicos segundo o número de carreiras semanais que ligam cada lugar ao centro de atracção considerado (lugar com extensão, centro de saúde e hospital). Chegámos a um coeficiente de frequência (Fij.) que varia entre o muito frequente, em que o número de dias semanais em que existe transporte público é superior a cinco (Fij igual a 1.00), e a frequência nula, com um valor nulo de dias em que existe transporte público. Este último agrupamento corresponde à situação de percursos feitos na totalidade a pé.

Considerou-se, então, a acessibilidade em cinco escalões, segundo a relação que se estabelece entre o tempo de acesso corrigido (tij) e o factor de frequência de transportes públicos (Fij.). São eles :

1) acessibilidade óptima (até trinta minutos);
2) acessibilidade boa (de trinta a oitenta minutos);
3) acessibilidade média (de oitenta a cento e dez minutos);
4) acessibilidade má (de cento e dez a cento e cinquenta minutos)
5) acessibilidade nula (igual ou superior a cento e cinquenta minutos).

O conceito de acessibilidade referido anteriormente por ser essencialente aplicado em áreas rurais foi apenas utilizado no concelho de Góis. No concelho de Coimbra, em virtude de se

tratar de uma área com características urbanas, tivemos em conta apenas a frequência de transporte público e o tempo que demora de cada sede de freguesia ao centro da cidade (Largo da Portagem). Não foi viável a utilização da metodologia antes referida na definição de acessibilidade, em virtude de se tratar de um concelho urbano, com uma frequência diária de transportes públicos e tempo de percurso muito diferente do que encontramos no concelho de Góis.

Assim, no concelho de Coimbra não tivemos em conta os percursos a pé, dado o pouco significado que estes assumem na deslocação da população do concelho. Na definição de áreas de maior ou menor acessibilidade entrámos com o tempo de deslocação em transporte público (isócronas) e a frequência de carreiras diárias.

A acessibilidade foi medida relativamente a um local de referência (Largo da Portagem), como foi já referido, embora alguns dos serviços de saúde que analisamos se encontrem afastados desta área central. São exemplo deste facto, os hospitais centrais e centros de saúde que, embora com localização afastada do casco antigo da cidade, têm ligações frequentes e rápidas com o Largo da Portagem, que funciona como pólo de atracção. Assim, tivemos em conta apenas a frequência de transportes públicos (Ftp) e o tempo de transporte público (Ttp) de cada sede de freguesia ao centro da cidade (Largo da Portagem). Considerando estes dois factores, definimos as seguintes tipologias de acessibilidade:

1) Óptima (Ftp => 200 carreiras e Ttp <= 10 minutos);
2) Boa (Ftp => 200 carreiras e Ttp entre 11 e 25 minutos);
3) Média (Ftp de 70 a 50 carreiras e Ttp de 26 a 30 minutos);
4) Má (Ftp = < 49 carreiras e Ttp > = 31 minutos).

5.3.1. *Concelho de Coimbra*

A área administrativa do concelho poder-se-à dividir em quatro áreas segundo a frequência dos transportes e a distância-tempo entre os lugares considerados e o centro da cidade (Largo da Portagem) e, ainda, atendendo às características morfofuncionais desses espaços, (figura 5.5) são elas:

1) Urbanas consolidadas;
2) Periurbanas de crescimento recente;
3) Periurbanas dormitório;
4) Periurbanas com marcas de ruralidade.

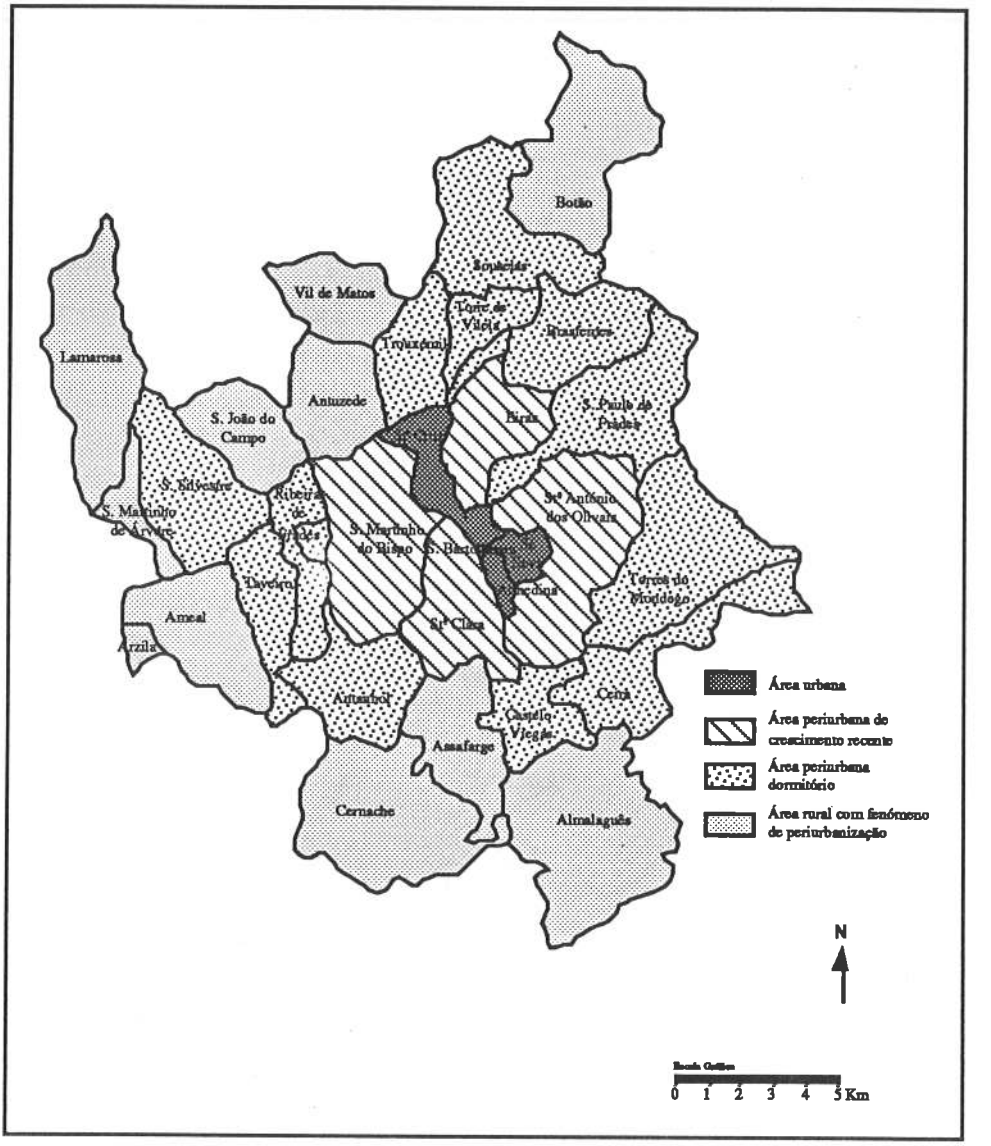


Fig. 5.5 - Concelho de Coimbra. Caracterização Morfo-Funcional

O acesso geográfico, na área urbana, aos centros de saúde, extensões do centro de saúde e hospitais é bom, quer em frequência de transportes públicos, quer em distância-tempo a percorrer. Verificamos, no entanto, que a localização dos Hospitais Centrais (da Universidade e do Centro Hospitalar de Coimbra) não é na área urbana consolidada, referida anteriormente, pois o Hospital da Universidade está instalado na freguesia de Stº António dos Olivais, e o Centro Hospitalar de Coimbra na freguesia de São Martinho do Bispo (figura 5.6).

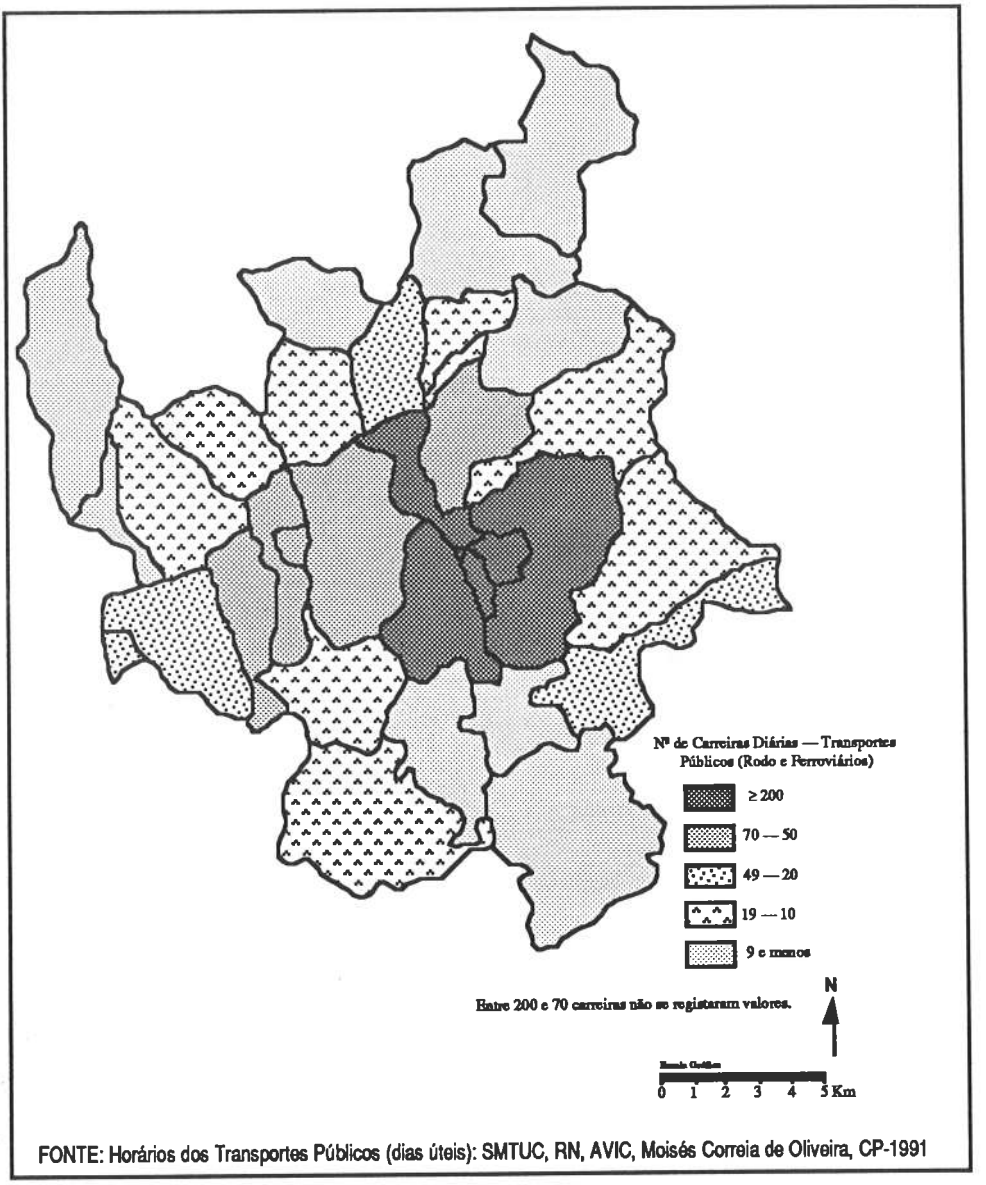
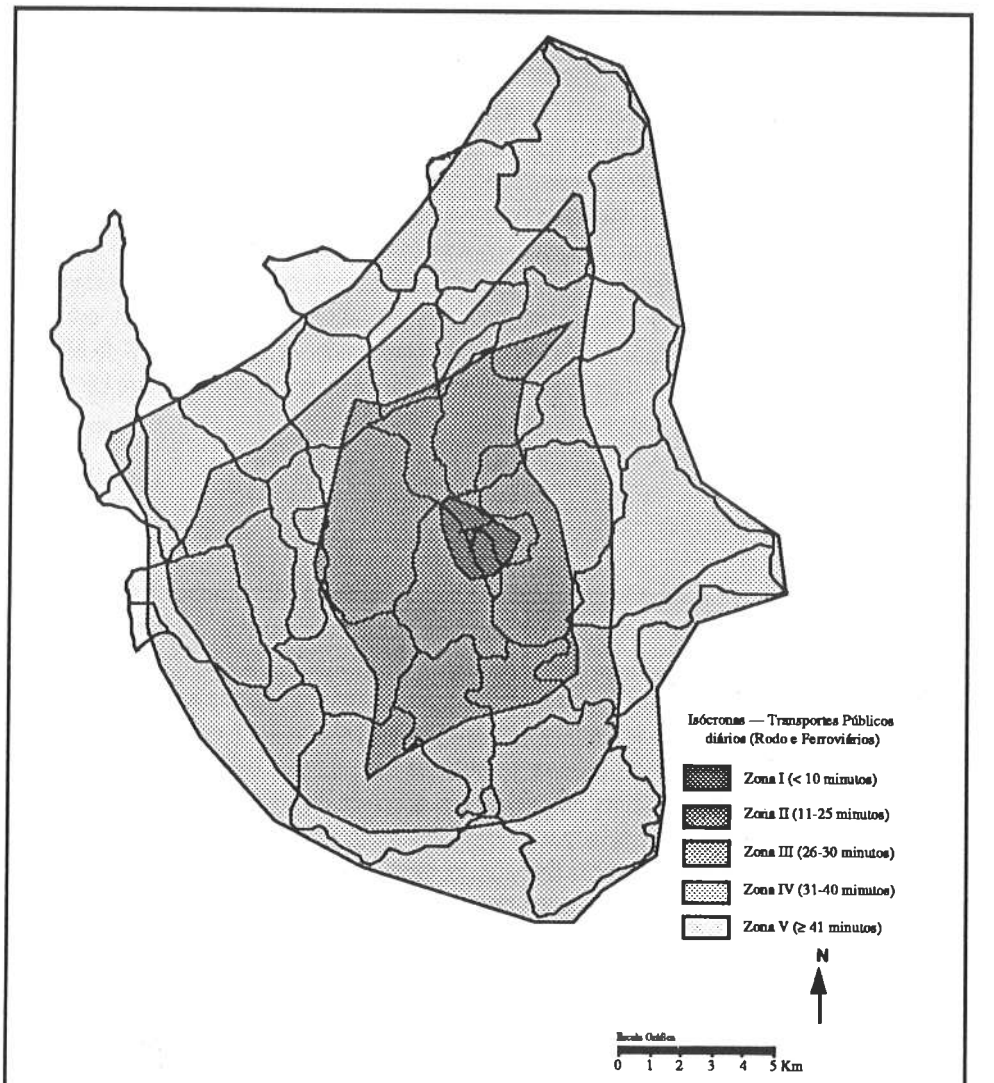


Fig. 5.6 - Concelho de Coimbra. Acessibilidade das Sedes de Freguesia. Nº de Carreiras Diárias de Transportes Públicos

Assim, as áreas com maior acessibilidade geográfica ao Hospital da Universidade de Coimbra são as que, geograficamente, lhe estão mais próximas, localizadas na freguesia da Sé Nova e Sto. António dos Olivais, fundamentalmente. Relativamente ao Hospital Geral do Centro

Hospitalar de Coimbra, os lugares com melhor acessibilidade são os que se localizam nas freguesias de São Martinho do Bispo e Sta. Clara.

Os médicos especialistas que exercem a sua actividade em consultório, têm uma localização específica, relacionada com a área de maior acessibilidade geográfica – maior frequência de transportes públicos – ou com a complementaridade funcional – próximo do Hospital da Universidade (figura 5.7).



FONTE: Horários dos Transportes Públicos (dias úteis):SMTUC, RN, AVIC, Moisés Correia de Oliveira, CP - 1991

Fig. 5.7 - Concelho de Coimbra. Isócronas - Sedes de Freguesia

Assim, em termos de boa acessibilidade geográfica pode destacar-se a localização dos médicos especialistas em consultórios, a Extensão da Avenida Sá da Bandeira e os Centros de Saúde de Celas e Fernão Magalhães.

Observem-se as figuras 5.6 e 5.7 que oferecem a leitura da frequência e da distância-tempo de transportes públicos das áreas periurbanas de crescimento recente e dormitórios (freguesias de Ceira, Sto. António dos Olivais, Eiras, São Paulo de Frades, São Martinho do Bispo, Sta. Clara). A frequência de transportes que se observa em alguns lugares é grande e a distância-tempo diminui comparativamente a outras, onde, em virtude da frequência de transportes ser mais reduzida, se verifica uma menor acessibilidade geográfica. Veja-se que este fenómeno é mais notório nas sedes das freguesias que não são servidas pelos transportes públicos dos Serviços Municipalizados de Coimbra.

As freguesias mais afastadas do casco antigo têm características que variam consoante a tipologia das áreas. Nas áreas periurbanas dormitórios e rurais nos limites Norte, Sul e Oeste do concelho, o acesso geográfico é dificultado porque o número de carreiras diárias de transportes públicos é baixa e ainda porque os percursos – que se convertem em distância-tempo superior a trinta minutos – são os mais elevados do concelho. Os dois factores associados (baixo número de ligações diários e percursos longos) determinam, em algumas áreas, baixas ou más acessibilidades. Incluem-se neste grupo freguesias como Botão, Arzila, Ameal, Vil de Matos, Antuzede, Cernache, Lamarosa, São João do Campo, São Martinho de Árvore, Torre de Vilela, Torres do Mondego e Castelo Viegas.

5.3.2. *Concelho de Góis*

Ao analisarmos a acessibilidade geográfica da população de Góis, tivemos a preocupação de a considerar relativamente à extensão do centro de saúde mais próximo, ao centro de saúde (sede da freguesia) e a Coimbra (por este ser o lugar mais próximo com oferta mais especializada ao nível secundário), (quadros XXI e XXII). Verificamos que cerca de 50% dos lugares estudados têm acessibilidade nula à extensão mais próxima em função dos parâmetros considerados (distância-tempo de transportes públicos somada com os percursos a pé até à paragem mais próxima do transporte público). O que acontece na maior parte dos lugares com acessibilidade nula é a inexistência de transportes públicos, facto que se repercute em elevados tempos de percurso a pé, até à extensão do centro de saúde.

Se medirmos a acessibilidade geográfica dos lugares considerados ao Centro de Saúde, concluímos que quase 90% dos lugares têm acessibilidade nula ou média (cerca de 75% têm percursos com demora média de 90 minutos), sendo as razões que o justificam as referidas no parágrafo anterior.

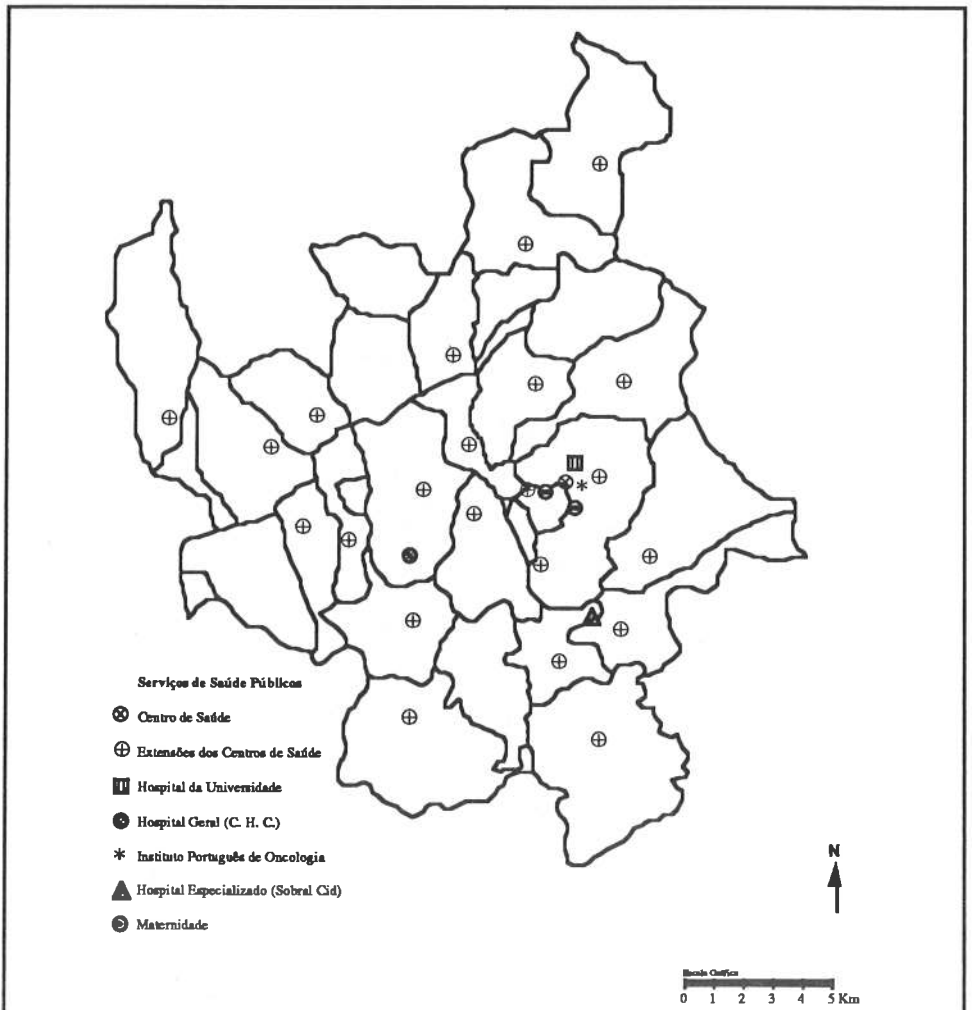
Ainda mais preocupante é o facto de apenas três lugares do concelho terem uma acessibilidade boa a Coimbra. São eles Góis, Nogueiro e Vila Nova do Ceira, com uma distância tempo de cerca de 80 minutos. No entanto, verificamos que há locais com uma distância-tempo de 250 minutos.

5.4. OS RECURSOS DE SAÚDE

5.4.1. *Concelho de Coimbra*

5.4.1.1. Localização dos Serviços de Saúde

Em virtude das características urbanas do concelho de Coimbra, a oferta de serviços de saúde é diversificada e distribuída de acordo com a concentração da população (figura 5.8).



FONTE: Levantamento Funcional efectuado em 1988

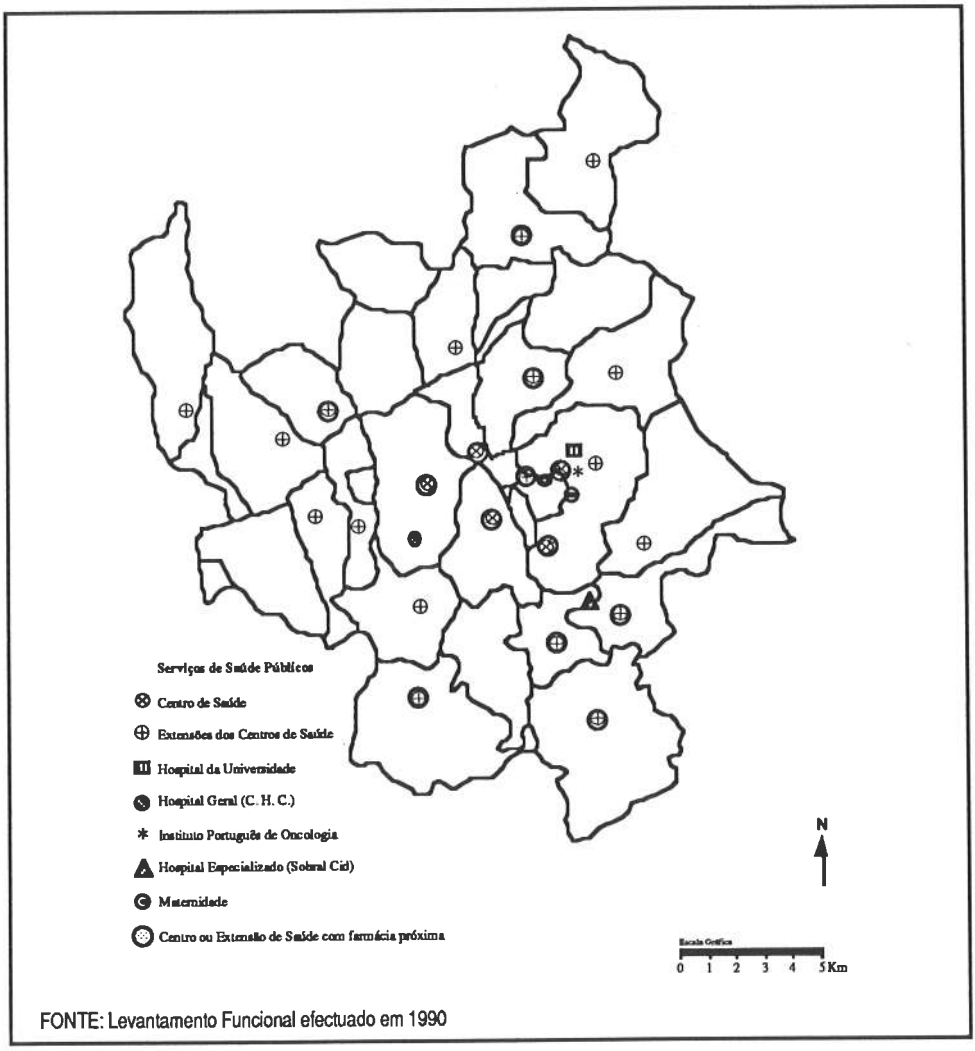
Fig. 5.8. - Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1988

Encontramos, no concelho, serviços de saúde públicos – primários e secundários – e serviços privados, fundamentalmente secundários com carácter mais curativo do que preventivo.

Em 1988, os recursos de saúde públicos distribuíam-se por toda a área concelhia, embora, como pode observar-se na figura 5.8, existisse uma concentração dos serviços públicos secundários na área urbana. Os serviços públicos primários organizam-se em dois níveis:

1) centros de saúde;
2) extensões dos centros de saúde.

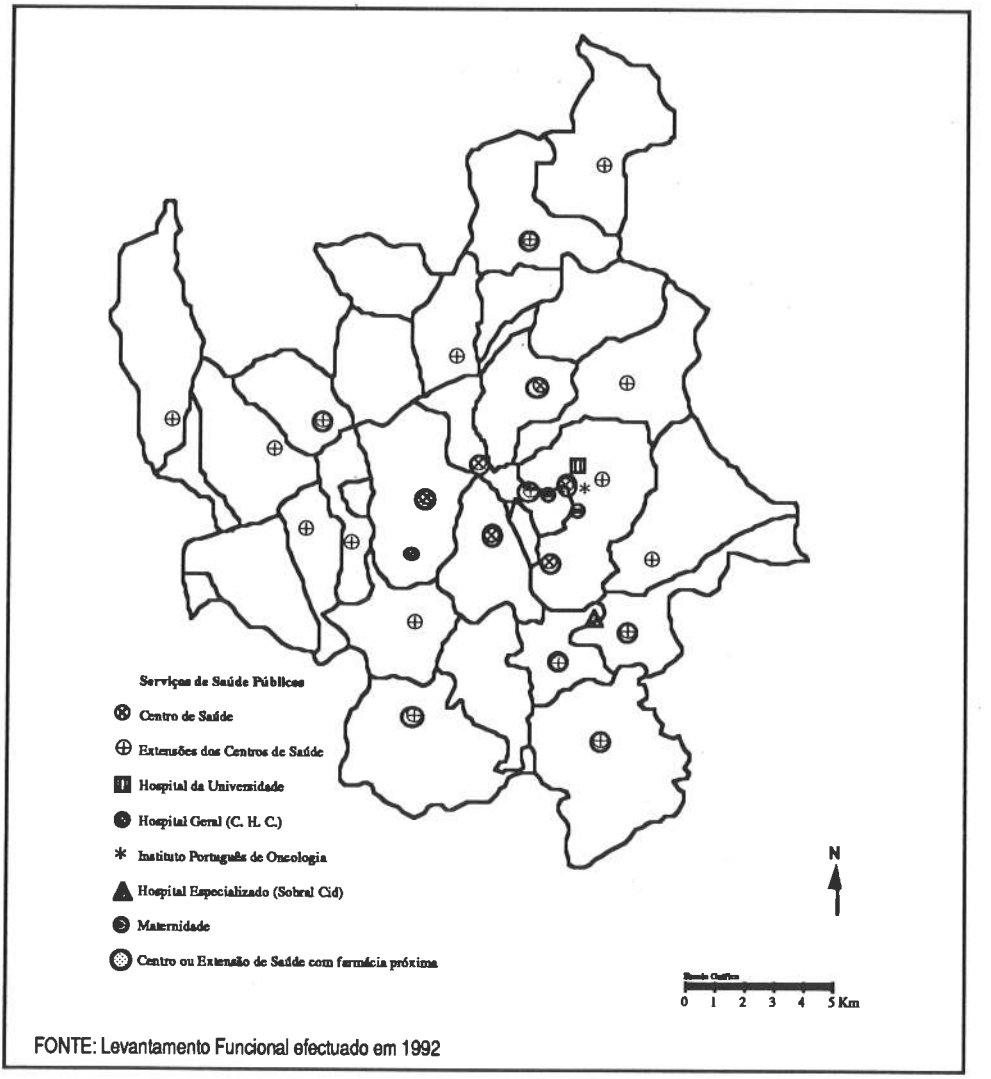
No concelho de Coimbra existia um centro de saúde, localizado na malha urbana e 18 extensões do centro de saúde, distribuídos por toda a área concelhia.



FONTE: Levantamento Funcional efectuado em 1990

Fig. 5.9 - Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1990

Nos últimos anos ocorreu uma significativa evolução dos cuidados de saúde. Assim, entre 1988 e 1992, foi principalmente ao nível da oferta de cuidados de saúde primários que se registaram as grandes alterações. Em 1992, contavam-se seis centros de saúde (figuras 5.9 e 5.10) com as respectivas extensões dos centros de saúde. Como não se registaram outras alterações, manteve-se a mesma oferta ao nível dos cuidados hospitalares públicos: Hospital Geral (C.H.C.), Hospital da Universidade de Coimbra (H.U.C.), Hospital Especializado Sobral Cid, duas Maternidades, o Hospital Pediátrico, Instituto Português de Oncologia e Hospital Militar Regional.



FONTE: Levantamento Funcional efectuado em 1992

Fig. 5.10 - Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1992

A cobertura do concelho por unidades de cuidados de saúde primários tem como objectivo responder às necessidades básicas de saúde, principalmente no campo da educação para a saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde.

O Hospital da Universidade de Coimbra, implantado em 1986 num novo espaço, veio responder às necessidades da população do concelho e da área de influência daquela unidade de saúde. Em virtude de ser um hospital central, tem uma área de atracção que ultrapassa até o nível do distrito (alguns concelhos dos distritos de Viseu, da Guarda, Castelo Branco, Leiria), quer ao nível da consulta externa e internamentos quer no serviço de urgência, como será oportunamente referido.

5.4.1.2. Caracterização dos Recursos

a) Cuidados de Saúde Primários Públicos

Os cuidados de saúde primários são oferecidos essencialmente em centros de saúde e extensões, por equipas que incluem médicos, enfermeiros, administrativos e outros técnicos de saúde.

Existem algumas diferenças na localização, organização e horário de atendimento entre os centros e extensões de saúde, que conferem aos primeiros uma melhor qualidade nos serviços, em geral. Os centros de saúde localizam-se nos lugares de maior acessibilidade geral, ou seja nas sedes de concelho ou nos centros urbanos. Têm uma oferta mais diversificada, ao nível dos cuidados de saúde primários. As extensões, que se localizam com maior proximidade da clientela potencialmente utilizadora têm, na maior parte dos casos, uma estreita ligação com o espaço rural.

Assim, o centro de saúde, enquanto unidade funcional que coordena e superintende, é um conjunto de que faz parte a extensão de centro de saúde. Só em casos muito pontuais e excepcionais a extensão oferece melhor qualidade de serviços quer nas condições das instalações quer nos horário de atendimento.

Os médicos que exercem aqui a sua actividade têm uma formação especifíca em Clínica Geral. Existe ainda uma unidade (Extensão de Sá da Bandeira) com especialistas hospitalares: Cardiologia, Estomalogia, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neurologia (quadro 5.13).

QUADRO Nº 5.13 CENTRO DE SAÚDE DE CELAS. Distribuição dos Recursos Humanos

EXTENSÃO:	MÉDICOS	ENF.	ADMIN.	P. AUX.	TOTAL
OLIVAIS	5	3	3	2	13
SÁ BANDEIRA	(a) 16	9	9	4	38
SEDE	13	10	12	3	38
TOTAL	34	22	22	9	87

a) 9 são especialistas hospitalares

2-Cardiologia	1-Cirurgia	1-Obstetricia
2-Estomatologia	2-Ginecologia	1-Neurologia

FONTE: Centro Saúde, 1991

As Extensões de Sá da Bandeira e dos Olivais pertencem ao Centro de Saúde de Celas e estão localizadas no casco antigo da cidade, pelo que usufruem de uma boa acessibilidade geográfica, em termos de transportes públicos.

Associando este facto à existência de especialidades hospitalares, compreendemos então os motivos porque esta é a unidade de saúde com uma área de atracção mais larga, ultrapassando largamente os limites da área de influência administrativa, como veremos nos capítulos seguintes.

No entanto, sabe-se que a tendência é para aquelas especialidades hospitalares deixarem de existir ao nível dos cuidados de saúde primários.

Referimos anteriormente a evolução que se tem feito sentir nos cuidados de saúde primários, com a abertura de cinco novos centros de saúde nos quatro últimos anos. Com o início da sua actividade em 1989, esses centros proporcionaram uma melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde. Assim, a população das freguesias envolventes à malha urbana consolidada, passou a ter uma maior capacidade de resposta dos serviços de saúde. Os novos centros de saúde substituíram, em alguns casos numa fase temporária, as anteriores extensões. São exemplo disso o Centro de Saúde Fernão de Magalhães e Santa Clara. Os de São Martinho do Bispo e Norton de Matos estão localizados próximo da antiga extensão do centro de saúde, mas em edifício novo.

A abertura destas unidades e a definição das áreas de influência (figura 5.11) dos centros de saúde, se proporcionam, para a maioria, um acesso mais facilitado (quer geograficamente, quer na capacidade de concretização dos actos médicos), para outros, apresentam uma dificuldade acrescida, porque em muitos casos perdem a ligação com o médico do centro ou extensão onde anteriormente estavam inscritos e onde agora não pertencem. Talvez por este facto, encontramos utilizadores de centros ou extensões que residem fora da área administrativa de influência do centro de saúde da sua residência. Veremos nos capítulos seguintes alguns exemplos que ilustram tal fenómeno.

A figura 5.11 dá-nos conta do retalhamento do concelho em função dos cinco centros de saúde que existiam em 1990, ano em que foi feito o nosso estudo nas unidades de alojamento.

Nestes centros de saúde (à excepção do Centro de Saúde de Eiras que não existia em 1990), a relação médico, enfermeiro e administrativo, por pessoa inscrita, não tem a mesma proporcionalidade. A figura 5.12 e o quadro 5.14 dão-nos a leitura por cada Centro. Com grande destaque, aparece o de Celas, onde existiam inscritos por médico 545 utentes, 943 inscritos por enfermeiro e 1.105 inscritos por administrativo. Os de Fernão de Magalhães e Stª Clara tinham quase o dobro de utentes inscritos por médico (920 e 1.000, respectivamente). O centro de saúde com mais utentes inscritos por médico era o Norton de Matos (1.225) (figura 5.12).

Em virtude dos desiquilíbrios existentes na oferta de recursos humanos em 1990, a oportunidade de conseguir uma consulta, ou um acto de enfermagem ou até a cortesia e afabilidade dos administrativos, era potencialmente maior nos locais onde a relação utentes por prestadores é menor.

Como já foi referido anteriormente, nos últimos anos, verifica-se uma preocupação de redistribuir os recursos de saúde (abertura de novas unidades e afectação de prestadores de saúde), para tornar os serviços mais acessíveis. É exemplo deste facto a criação, em 1991, de um Centro de Saúde em Eiras, no local onde existia anteriormente uma Extensão do de Fernão de Magalhães.

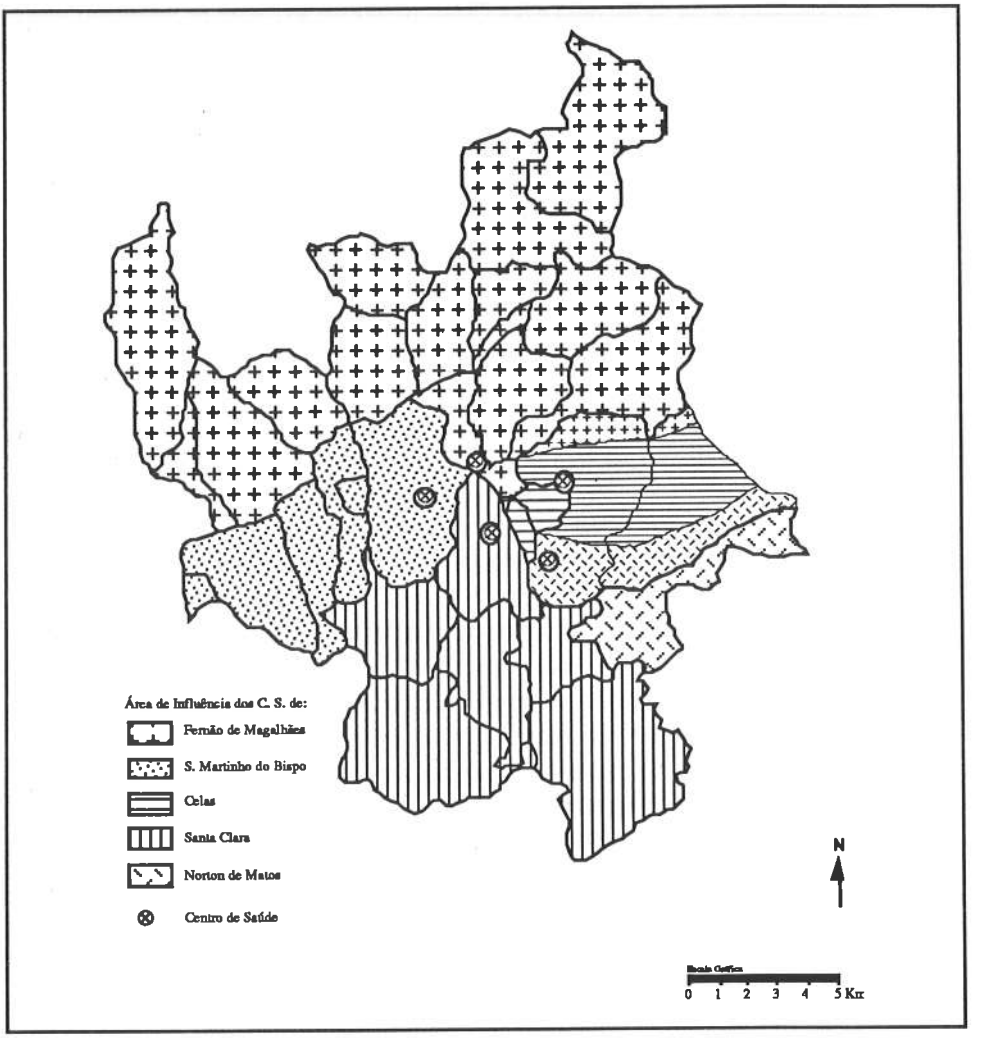


Fig. 5.11 - Concelho de Coimbra. Área de Influência dos Centros de Saúde, 1990

QUADRO Nº 5.14 CONCELHO DE COIMBRA . Inscritos nos Centros de Saúde por Pessoal Prestador

	CENTROS DE SAUDE				
	CELAS	FERNÃO DE MAGALHÃES	NORTON DE MATOS	S.MARTINHO DO BISPO	STA. CLARA
INSCRITOS	38 668	34 965	23 269	22 236	21 996
INSC./MED.	545	920	1 225	1 059	1 000
INSC./ENFER.	943	1 399	1 551	1 711	1 571
INSC./ADM.	1105	1 589	1 939	1 853	1 692

FONTE: Centro de Saúde, 1989

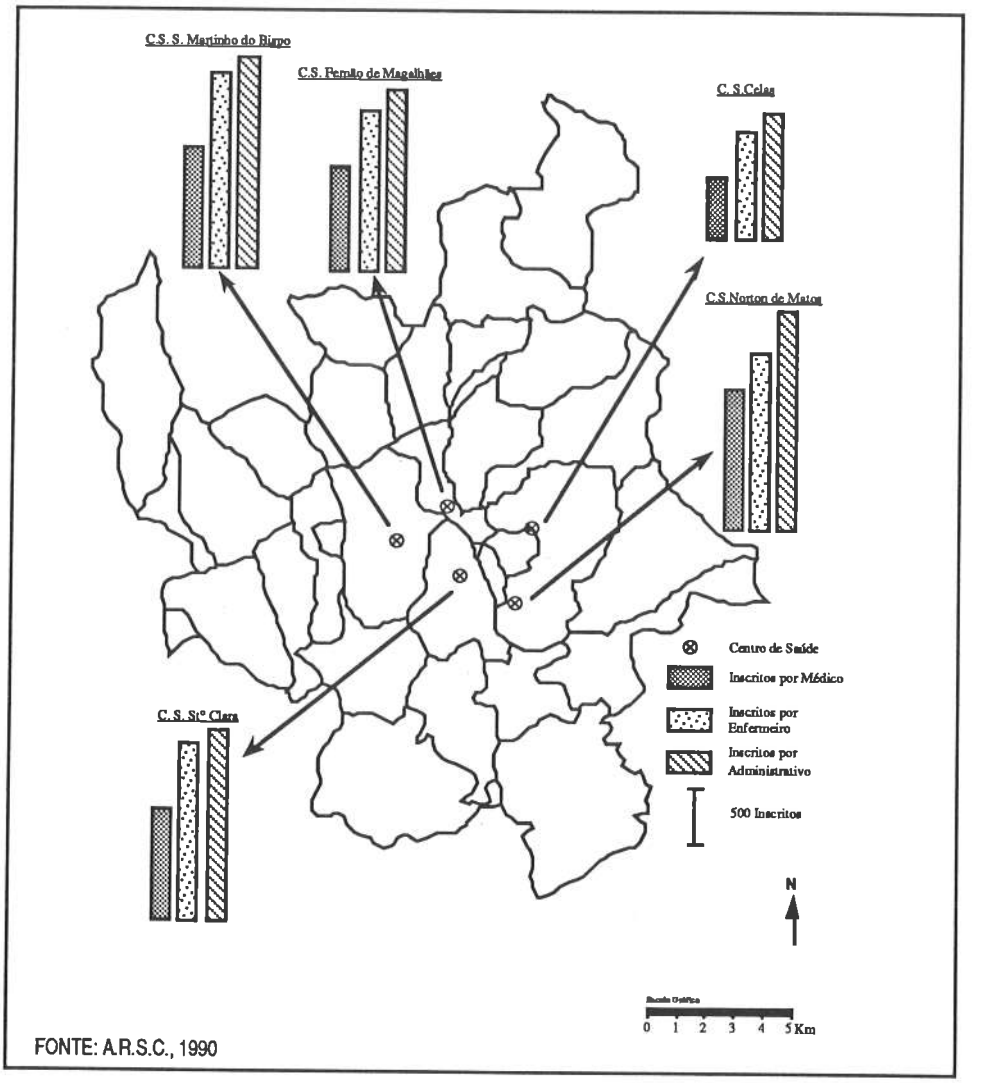


Fig. 5.12 - Concelho de Coimbra.
Recursos Humanos dos Centros de Saúde e População Inscrita, 1990

Nos quadros 5.15, 5.16, 5.17 e 5.18 observamos a distribuição dos recursos humanos nos cinco centros de saúde. Como se pode verificar, a Extensão de Eiras pertencia ao de Fernão de Magalhães. Assim, este Centro de Saúde subdivide a área de influência dos serviços que prestava em duas áreas (figura 5.11 e 5.13): uma a funcionar no antigo centro e outra com a sede em Eiras. A abertura deste último proporciona a criação de novas extensões: Torre de Vilela, Brasfemes e São Martinho de Árvore; as duas primeiras pertencem ao de Eiras e a terceira ao de Fernão de Magalhães, mantedo-se as anteriormente existentes.

QUADRO Nº 5.15 CENTRO DE SAÚDE FERNAO DE MAGALHÃES
Disribuição dos Recursos Humanos

EXTENSÃO	MÉDICOS	ENF.	ADMIN.	P. AUX.	TOTAL
ARDAZUBRE	2	1	1	1	5
S.SILVESTRE	2	1	1	0	4
S.J.CAMPO	3	2	3	1	9
ADÉMIA	3	2	2	1	8
SOUSELAS	3	1	3	1	8
BOTÃO	1	1	0	1	3
EIRAS	3	2	2	2	9
BRASFEMES	1	1	1	0	3
S.PAULO FRADES	1	1	0	1	3
SEDE	6	8	12	2	28
TOTAL	25	20	25	10	80

FONTE: Centro de Saúde, 1991

QUADRO Nº 5.16 CENTRO DE SAUDE DE SANTA CLARA
Distribuição dos Recursos Humanos

EXTENSÃO :	MÉDICOS	ENF.	ADMIN.	P. AUX.	TOTAL
ALMALAGUES	1	1	1	1	4
ANTANHOL	1	1	1	1	4
CERNACHE	1	1	1	1	4
M. PEREIROS	2	1	1	1	5
SEDE	7	5	10	5	27
TOTAL	12	9	14	9	44

FONTE: Centro de Saúde, 1991

QUADRO Nº 5.17 CENTRO DE SAUDE DE S. MARTINHO DO BISPO
Distribuição dos Recursos Humanos

EXTENSÃO :	MÉDICOS	ENF.	ADMIN.	P. AUX.	TOTAL
TAVEIRO	6	3	3	2	14
SEDE	12	8	8	5	33
TOTAL	18	11	11	7	47

FONTE: Centro de Saúde, 1991

QUADRO Nº 5.18 CENTRO DE SAUDE DE NORTON MATOS
Distribuição dos Recursos Humanos

EXTENSÃO :	MÉDICOS	ENF.	ADMIN.	P. AUX.	TOTAL
CEIRA	5	3	3	2	13
T. MONDEGO	1	1		1	3
SEDE	13	10	12	3	38
TOTAL	19	14	15	6	54

FONTE: Centro de Saúde, 1991

A partir dos elementos fornecidos pelos Centros de Saúde de Coimbra e Góis, em 1992, foi construído o quadro 5.19. Deste constam a população inscrita na sede (centro de saúde) e respectivas extensões, os recursos humanos (médicos, enfermeiros e administrativos) e a relação entre os recursos humanos e os utentes inscritos.

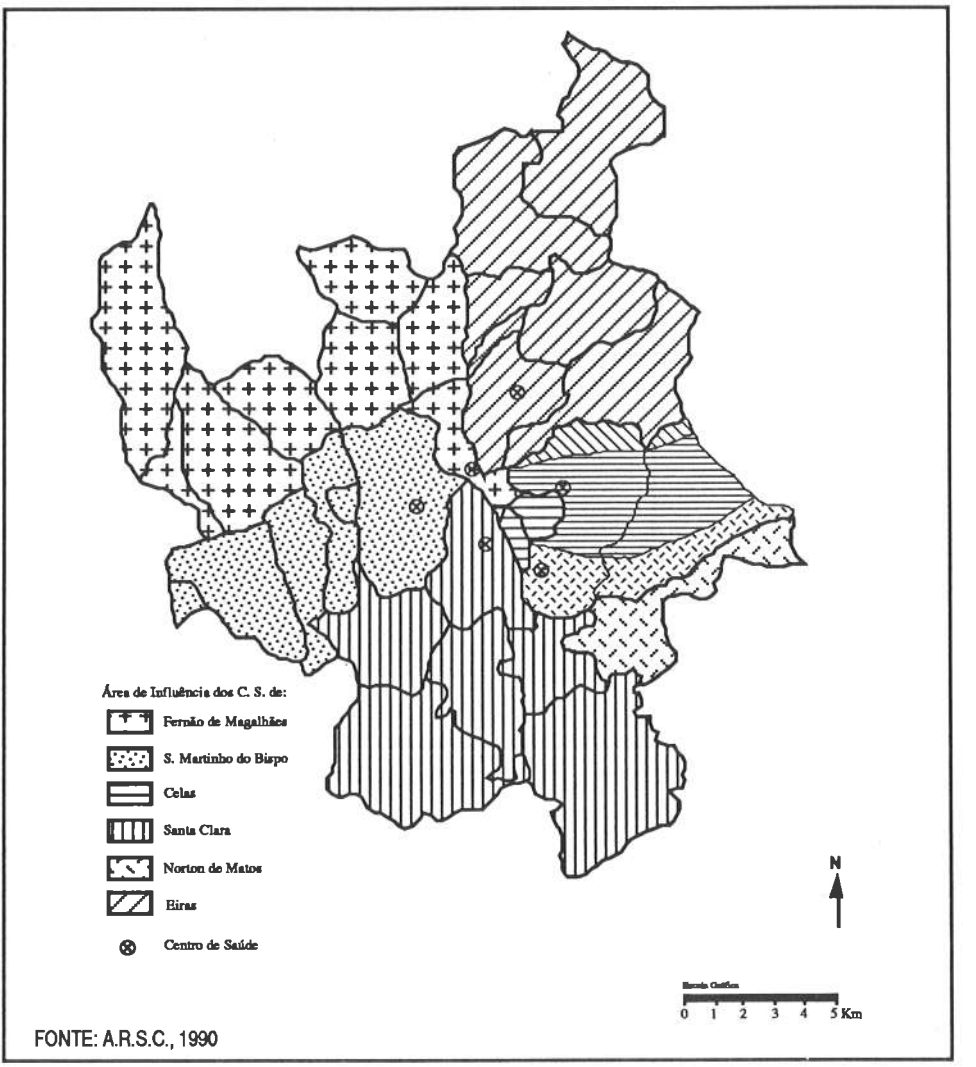


Fig. 5.13 - Concelho de Coimbra. Área de Influência dos Centros de Saúde, 1992

Importa referir que o trabalho de campo foi feito em 1990, quer nas unidades de cuidados de saúde quer nas unidades de alojamento e correspondia à prestação e utilização dos serviços que constam da figuras 5.9.

QUADRO Nº 5.19. POPULAÇÃO INSCRITA E RECURSOS HUMANOS
nos Centros de Saúde dos Concelhos de Coimbra e Góis

CENTROS DE SAÚDE	POP. INSCRITA	RECURSOS HUMANOS			INSCR./ MÉD.	INSCR./ ENFER.	INSCR./ ADMIN.
		MÉD.	ENFER.	ADMI.			
CONCELHO COIMBRA							
C. SAÚDE N. MATOS (SEDE)	19436	19	18	16			
EXT.CEIRA	8156						
EXT. T. MONDEGO	1588						
TOTAL	29180	19	18	16	1535	1621	1823
C. SAÚDE S. M. BISPO (SEDE)	14090	16	12	17			
EXT. TAVEIRO	7993						
TOTAL	22083	16	12	17	1380	1840	1299
C.SAÚDE STA. CLARA (SEDE)	10992	10	14	12			
EXT. ALMALAGUÊS	2148						
EXT. ANTANHOL	1756						
EXT. CERNACHE	3248						
EXT. MARCO PEREIROS	4381						
TOTAL	22525	10	14	12	2252	1608	1877
C. SAÚDE F. MAGALHÃES(SEDE)	17422	37	22	29			
EXT. ADÉMIA	4529						
EXT. S. JOÃO DO CAMPO	3399						
EXT. S. SILVESTRE	4902						
EXT. S. MART. ARVORE	2904						
EXT. ARDAZUBRE	1048						
TOTAL	34204	37	22	29	924	1554	1179
C.SAÚDE EIRAS (SEDE)	5837	12	7	8			
EXT. BOTÃO	1806						
EXT. SOUSELAS	4050						
EXT. TORRE VILELA	930						
EXT. BRASFEMES	1953						
EXT. S. PAULO FRADES	2002						
TOTAL	16578	12	7	8	1381	2368	2072
C. SAÚDE CELAS (SEDE)	15977	35	27	29			
EXT. OLIVAIS	8224						
EXT. SÁ DA BANDEIRA	12267						
TOTAL	36468	35	27	29	1041	1350	1257
TOTAL GERAL	292896	239	155	206	1225	1889	1421
CONCELHO DE GÓIS							
C. SAÚDE GÓIS (SEDE)	2707	7	8	6			
EXT. ALVARES	1004						
EXT. CABREIRA	195						
EXT. CADAFAZ	113						
EXT. COLMEAL	319						
EXT. CORTES	262						
EXT. P. SOTÃO	550						
EXT. V. NOVA CEIRA	1214						
TOTAL	6364	7	8	6	909	795	1060

FONTE: ARSC., elementos fornecidos pelos Centros de Saúde, 1992

b) Cuidados de Saúde Secundários

No concelho de Coimbra a oferta dos serviços de saúde é diversificada, correspondendo às características que lhe conferem atracção regional. Desta forma, as unidades de saúde – públicas e privadas – ao nível dos cuidados secundários não respondem somente às necessidades da população residente do concelho, antes têm razão de existir pela complementaridade funcional (hospitais, médicos especialistas, laboratórios, etc.) e capacidade de polarização regional. Por exemplo, o Hospital Geral e a Maternidade Bissaya Barreto têm uma área de influência de cerca de 500 mil habitantes e o Hospital Pediátrico de 2 milhões de habitantes; são unidades que congregam os esforços no sentido de potenciar os serviços de saúde e integram o Centro Hospitalar de Coimbra (C.H.C., 1991).

Foi referido anteriormente a importância regional do Hospital da Universidade. Na antiga unidade, localizada na área universitária da "Alta" de Coimbra, a população de doentes tratados em internamento foi em 1985 (segundo dados fornecidos pelo Serviço de Informática do Ministério da Saúde), de 29,5% provenientes do concelho de Coimbra, 28,6% do resto do Distrito de Coimbra e 41,9% da restante área de influência. No Serviço de Urgência, 53%, dos que procuraram os serviços pertenciam ao concelho, 24% à restante área do distrito de Coimbra e 23% à área de influência, para além do distrito.

A ampliação das instalações e a melhoria nas condições da acessibilidade geográfica ao novo Hospital da Universidade, possibilitaram uma utilização mais intensa dos serviços, traduzida quer no número de consultas externas e urgências, como se poderá observar no quadro XXXIII, quer nos exames de radiologia e análises clínicas, que duplicaram, entre 1985 e 1990.

Em 1990 a proveniência geográfica dos utentes em internamento (segundo a mesma fonte citada anteriormente) era de 25,9% do concelho de Coimbra, 27,2% da restante área do distrito e 46,9% para além do distrito, a abranger todo o país. O internamento processou-se pela urgência (42,1%) e pela consulta externa (57,9%). Na consulta externa 36,5% dos utentes tinham residência no concelho, 29% nos outros concelhos do distrito de Coimbra e 34,5% do resto do país. O serviço de urgência foi utilizado por uma população que reside próximo: 61,8% do concelho de Coimbra, 22,3% da restante área do Distrito e 15,9% dos restantes distritos do País. O total da procura somou 346.745, com uma percentagem mais elevada na consulta externa (64,4%) do que na urgência (24,2%) e no internamento (11,4%).

O quadro 5.20 sintetiza a informação fornecida pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, no ano 1992, relativamente às unidades de saúde com internamento, públicas e privadas. Assim, pode lêr-se que, no concelho de Coimbra, existem 3.308 camas, das quais 3.127 pertencem ao sector público e 181 ao privado; ou seja, as camas existentes em 1992 são quase exclusivamente públicas. Também o número de médicos é consideravelmente superior nas instituições públicas (1.507 médicos), quando comparados com as privadas (113), o que seria de esperar, em conformidade com a grande diferença que existe no número de camas.

No entanto, importa avaliar a relação que se estabelece entre médicos e o número de camas; é consideravelmente superior em duas unidades de saúde privadas, quando comparada com as públicas, onde o valor médio mais elevado é no Centro Hospitalar de Coimbra (0,7 Médicos por

cama). Talvez a explicação deste facto resulte de parte dos médicos privados exercerem a sua actividade exclusivamente em ambulatório, o que altera a ratio calculada.

QUADRO Nº 5.20 CONCELHO DE COIMBRA
Unidades de Saúde com Internamento (Públicas e Privadas)

UNIDADES DE SAÚDE	Nº CAMAS	Nº MÉDICOS		MÉDICOS P/ CAMA
PÚBLICAS				
C.Hosp.Coimbra	682	455		0,7
Hosp.Univ.Coimbra	1656	891		0,5
Hosp.Sobral Cid	360	36		0,1
Hosp.Militar Regional N.2	120	43		0,4
Colónia Agrícola Arnes	139	2		0,0
Inst.Port.Oncologia	140	71		0,5
Centro Reg.Alcoologia	30	6		0,2
TOTAL	3127	1504		0,5
PRIVADAS				
Casa Saúde St.Filomena	60	59	(a)	1,0
Clínica de Montes Claros	29	52	(a)	1,8
Casa de Saúde de Coimbra	92	2		0,0
TOTAL	181	113		0,6
TOTAL GERAL	3308	1617		

FONTE: DEPS/DGE 1992. (a) Ministério do Emprego e Segurança Social, 1992

b.1) Públicos

Como já foi referido anteriormente, existem no concelho duas estruturas hospitalares: o Centro Hospitalar de Coimbra, que integra o Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil, a Maternidade Bissaya Barreto e o Hospital Pediátrico de Coimbra; e os Hospitais da Universidade de Coimbra que congregam o Hospital da Universidade de Coimbra e a Maternidade Daniel de Matos.

Os quadros XXIII, XXIV, XXV, XXVI e XXVII, XXVIII e XXIX, oferecem-nos o espectro dos recursos humanos nas duas estruturas de saúde referidas no parágrafo anterior. Nas cinco unidades de saúde contam-se 5.257 pessoas ao serviço: 1.264 médicos (63 % do sexo masculino), 1.807 enfermeiros (29% do sexo masculino) e 81 Técnicos Superiores de Saúde (33% do sexo masculino).

Ainda nos quadros XXVIII e XXIX podemos ler a informação relativa aos recursos humanos distribuídos pelos serviços que existem no Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid e no Instituto Português de Oncologia. São ambos serviços que respondem à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças específicas, como doenças do foro psiquiátrico e cancro.

As estruturas de saúde têm tendencialmente evoluído no sentido de proporcionar melhor prestação de serviços. A necessidade de aumentar a capacidade de intervenção das unidade hospitalares, perante situações de doença da cidade, do distrito e da região, determina que ocorram

melhoramentos na prestação dos cuidados, ao nível da qualidade e também da quantidade, de modo a cobrir um maior número de população. Assim, nos últimos cinco anos, verificaram-se significativas alterações nos indicadores:

1) número de camas;
2) doentes tratados por cama;
3) demora média;
4) percentagem de ocupação;
5) número de consultas externas;
6) urgência;
7) exames complementares de diagnóstico (radiologia e análises clínicas).

Nos quadros XXX-A, XXXI e XXXII, referentes à evolução de alguns indicadores estatísticos do Centro Hospitalar de Coimbra, pode observar-se, por exemplo, que a lotação passou de 677 camas para 739, entre 1985 e 1990. O quadro XXXIII oferece-nos a leitura da evolução do Hospital da Universidade de Coimbra, que entre 1985 e 1990 aumentou a lotação de 1.163 para 1.656 urfidades.

Em geral, reconhece-se ainda um significativo aumento nas consultas externas e nas urgências, na percentagem de ocupação e exames auxiliares de diagnóstico. Simultaneamente, e como resultado de diferentes formas de organização e intervenção, verifica-se a diminuição da demora média, com evidência para os valores referentes ao Hospital Pediátrico (7.36 dias e 3.96 respectivamente em 1985 e 1990).

Em virtude de os Hospitais da Universidade de Coimbra apresentarem os indicadores com uma dinâmica resultante da alteração de toda a estrutura morfo-funcional e porque esta unidade é a mais importante em toda a região centro e uma das mais importantes do país, pareceu-nos curial fazer uma análise mais detalhada de alguns indicadores relativos ao internamento por serviços apresentados no quadro XXX. Podem lêr-se:

1) dados relativos ao número de doentes admitidos por urgência, transferidos de outros serviços ou que entraram por consulta externa;
2) demora média;
3) lotação por serviço;
4) taxa de ocupação em cada serviço.

Verifica-se então que existe nesta unidade de saúde uma grande diversidade de serviços, correspondendo a especializações e sub-especializações no campo científico da medicina.

A demora média depende também dos serviços, variando entre os 39,76 dias e os 2,46 dias nos serviços de Ortopedia 5 e Litotrícia, respectivamente.

O movimento geral de internamento do Hospital da Universidade é caracterizado por uma demora média de 10,94 dias e uma taxa de ocupação de 77%, ligeiramente inferior à taxa vulgarmente considerada como "aceitável" (80 a 85%). Em 1990 o movimento anual foi de 42.340 doentes admitidos para uma lotação de 1.656 camas.

Dos 42.340 doentes admitidos em internamento no ano de 1990, 43% (18.447) eram provenientes dos serviços de urgência, com destaque para a Cardiologia, Infecciosas, Medicina I, II, e III, Neonatologia, Neurotraumatologia, Obstetrícia, Ortotraumatologia e U.C.I.C. (cfr. quadro XXXIV).

Não obstante o crescimento e desenvolvimento que se tem processado nesta nova unidade, as listas de espera são ainda uma realidade que se apresenta aos utilizadores como uma barreira ao acesso. No quadro XXXV.1 e XXXV.2 pode verificar-se que, em 1992, os serviços com maior número de inscritos em lista de espera foram: Oftalmologia, Estomatologia, Ginecologia, Ortopedia triagem, Otorrino e Cirurgia Vascular. Alguns destes serviços são, talvez pelo seu carácter de prevenção, mais vocacionados para funcionarem a montante dos serviços Hospitalares. Como exemplo deste facto, temos os serviços de Oftalmologia, Estomatologia e Ginecologia que, pelo seu carácter específico de continuidade e frequência, devem, simultaneamente pelos resultados positivos que se podem obter com a intervenção precoce, ser oferecidos ao nível dos cuidados de Saúde primários, de modo a torná-los assim mais acessíveis. Refira-se, concretamente, as consultas que não requerem intervenções complicadas (por exemplo, o tratamento de cáries nos centros de saúde).

Os Quadros XXXVI, XXXVII e XXXVIII apresentam indicadores relativos ao ano de 1990 nos serviços com internamento do Centro Hospitalar de Coimbra. São eles:

1) Demora média;
2) Doentes saídos por cama;
3) Lotação
4) Taxa de ocupação.

No Hospital Geral (quadro XXXVI) a demora média é de 12,09 dias e varia entre os 4,96 e os 18,72 dias, respectivamente dos serviços de U.C.I.C. e Ortotraumatologia. Os doentes saídos por cama correspondem, em média, a 24,98 com o valor mais elevado (83,06) no serviço de Otorrinolaringologia. O serviço com maior lotação é o de Ortotraumatologia com 69 camas. A taxa de ocupação está nos parâmetros do "aceitável" (80,53%), mas registam-se em alguns serviços valores superiores à média, com destaque para a Medicina (86,34%), Cirurgia (84,95%), Urologia (87,73%), Pneumologia (84,39%) e Nefrologia (109,1%).

No Hospital Pediátrico e na Maternidade Bissaya Barreto os valores da demora média são mais baixos (3,96 e 4,59 dias respectivamente) e a relação de doentes saídos por cama é de 51,92 e 47,15 respectivamente, em resultado das patologias específicas e das características dos seus utilizadores.

O Hospital Geral e o Pediátrico apresentavam, em 1991, um número elevado de utentes em lista de espera, com destaque para os serviços de Otorrino, Urologia, Oftalmologia e Ortopedia (internamento) no Hospital Geral. No Hospital Pediátrico o serviço com mais tempo em listas de espera é o serviço da Cirurgia Geral, como pode ser observado no quadro XXXVIII-A. Na consulta externa destacam-se a Oftalmologia e a Ortopedia, com tempos de espera elevados. São várias as causas que poderão estar na origem destes atrasos, de que sobressai a falta de instalações adequadas e ainda de equipamentos, de pessoal médico e de enfermagem.

b.2) Estabelecimentos Privados

Foram já referidas as unidades privadas de saúde com internamento, patentes no quadro 5.20. O seu impacte no estado de saúde da população é reduzido, pela escassez de recursos humanos e meios técnicos de diagnóstico e terapêutica de que dispõem. Na maioria destas

unidades de saúde realizam-se consultas e intervenções cirúrgicas que não requerem a utilização de tecnologia de ponta ou de vastas equipas de especialistas.

Os utilizadores destes serviços são, essencialmente, da área urbana e correspondem à população com maior poder económico que segue um percurso de utilização de serviços privados (do consultório do especialista à clínica).

Foi feito um levantamento funcional na área urbana em 1989, com o objectivo de conhecer a distribuição e existência das unidades privadas ligadas à prestação de cuidados de saúde, tais como consultórios médicos, farmácias e laboratórios de análises e radiologia.

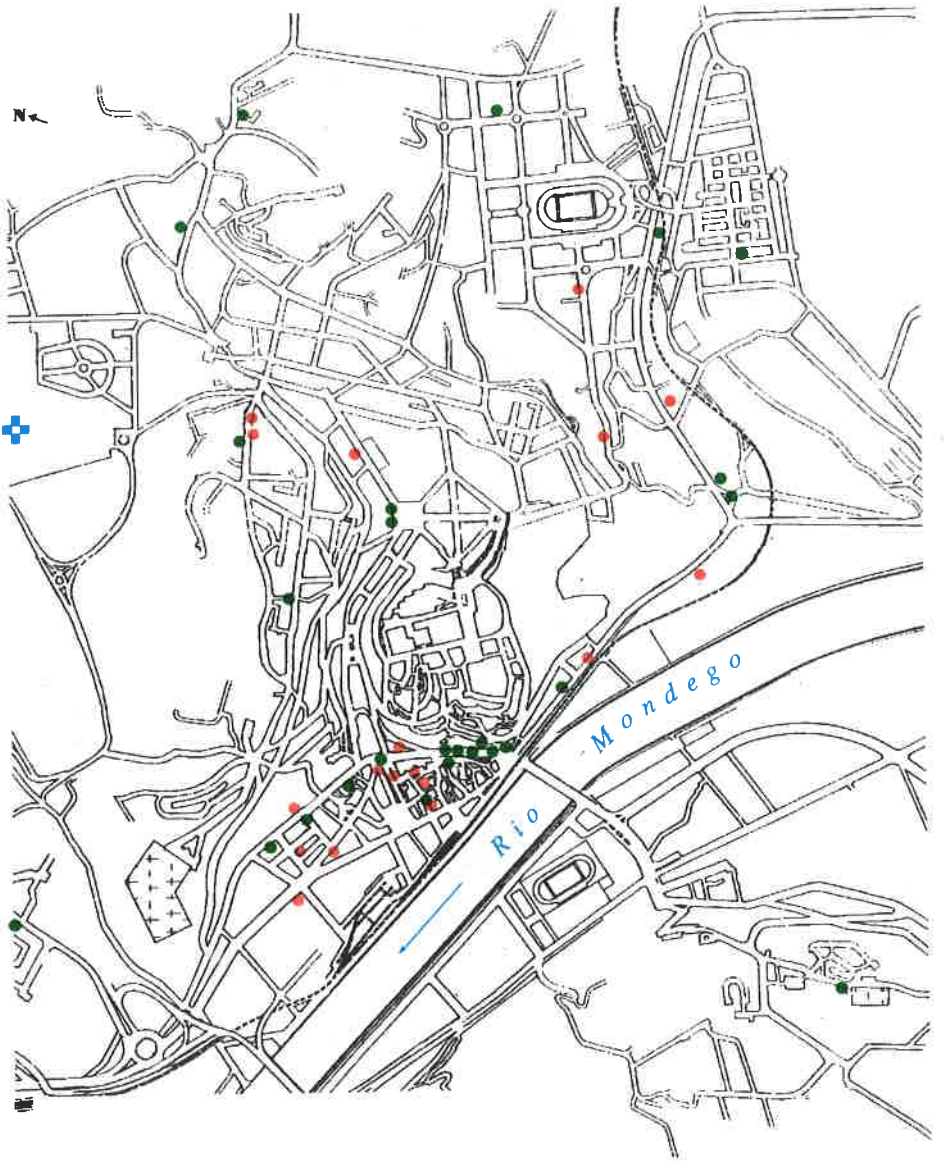
O quadro XXXIX e as figuras 5.14 e 5.15 dão-nos a imagem da proliferação das farmácias e da espacialização, por complementaridade funcional, dos médicos especialistas e dos laboratórios. Era na Avenida Sá da Bandeira que, até há seis anos atrás, encontrávamos uma concentração maior de médicos especialistas, como consequência talvez da proximidade do Hospital da Universidade, que anteriormente se localizava junto da Universidade.

A área baixa da cidade – Ruas Ferreira Borges, Visconde da Luz, Praça 8 de Maio, Ruas da Sofia e Simões de Castro – também constituía um local onde, por força da inércia ou por ter uma boa acessibilidade geral, ainda permaneciam alguns consultórios médicos.

As unidades de realização de exames de diagnóstico, pela complementaridade funcional, escolhem preferencialmente localizações próximas de hospitais, centros de saúde e médicos privados.

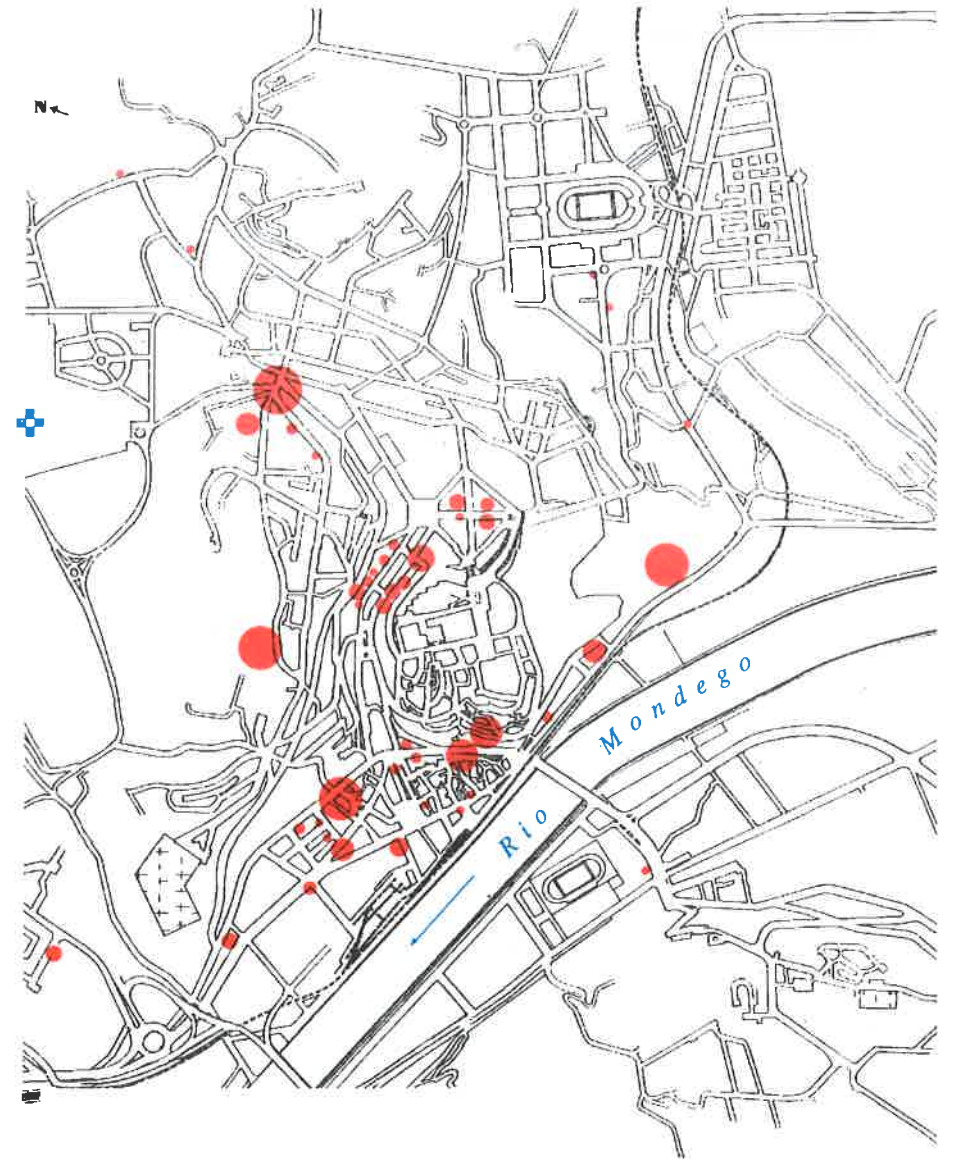
Em 1989 encontrámos um número elevado de médicos a trabalhar em consultórios privados, próximo do novo Hospital da Universidade. O Largo de Celas concentrava 59 especialistas. As Ruas António José de Almeida e Nicolau Chanterene e a Alameda Calouste Gulbenkian são artérias que atraíram nos últimos anos os médicos para aí localizarem a sua actividade privada.

A área baixa da cidade manteve-se como outro dos pontos com maior densidade de consultórios médicos, pelas razões atrás referidas.



Fonte: Levantamento efectuado em 1990.

Fig. 5.14 - Cidade de Coimbra.
Localização das Farmácias, Laboratórios de Análises e Radiologia, 1990



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 a 13 62

Número de Médicos

0 100 200 m

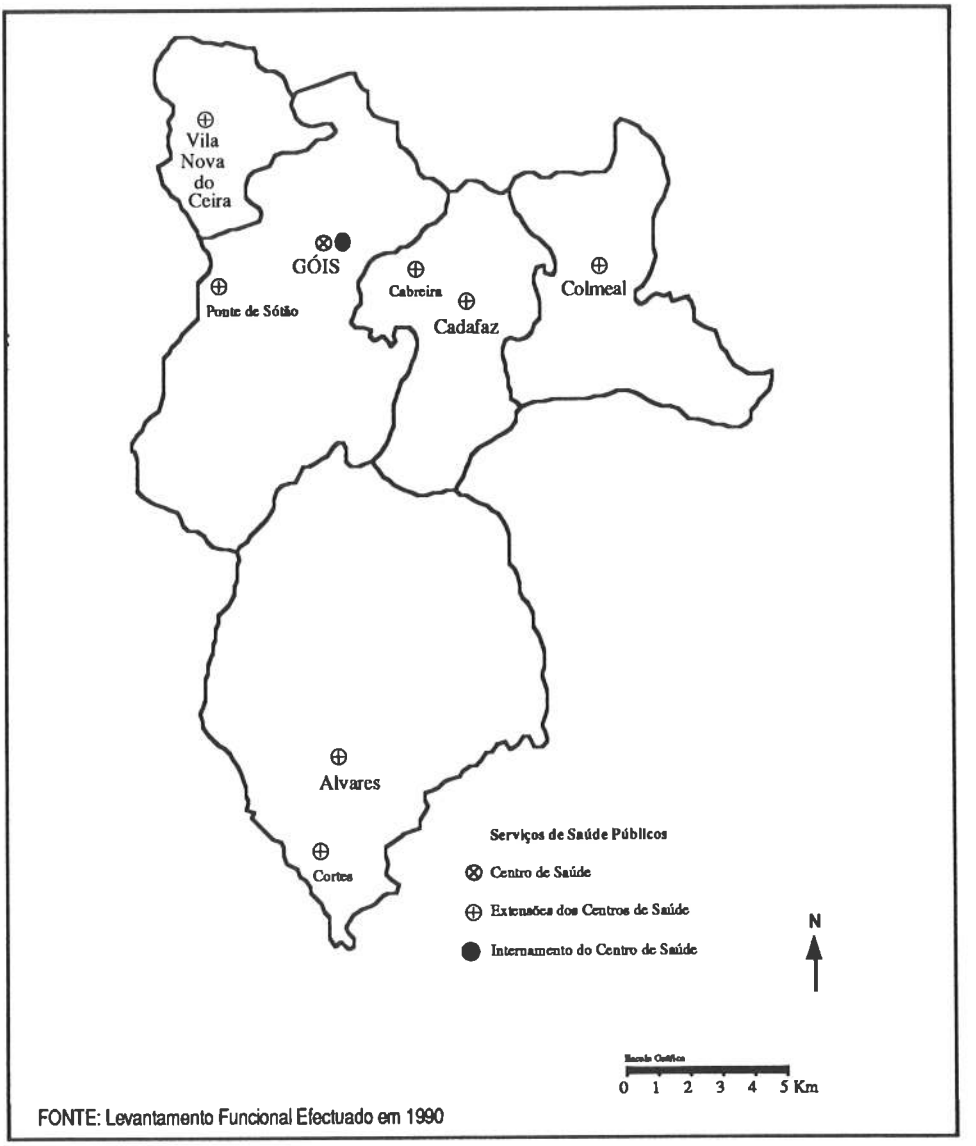
— Hospital da Universidade de Coimbra

Fonte: Levantamento efectuado em 1990.

Fig. 5.15 - Cidade de Coimbra.
Localização dos Médicos Especialistas em Consultório Privado, 1990

5.4.2. *Concelho de Góis*

A estrutura dos serviços de saúde é composta por um centro de saúde com internamento e Serviço de Atendimento Permanente (S.A.P.), localizado na sede do concelho e sete extensões localizados em Alvares, Cabreira, Cadafaz, Colmeal, Cortes, Ponte de Sótão e Vila Nova do Ceira (figura 5.17).



FONTE: Levantamento Funcional Efectuado em 1990

Fig. 5.16 - Concelho de Góis. Localização dos Serviços de Saúde Públicos - 1990

Dada a demografia deste espaço e a baixa densidade populacional existem extensões com um número de inscritos baixo (Cadafaz, 113; Cabreira, 195; Colmeal, 319; e Cortes 262). As de Alvares (1.004 inscritos) e Vila Nova do Ceira (1.214 inscritos), são as unidades com maior número de inscritos. O Centro de Saúde de Góis tem uma população de 2.707 inscritos (quadro 5.20).

As extensões que foram referidas com baixo número de inscritos funcionam apenas alguns dias por semana, em instalações improvisadas.

O Centro de Saúde de Góis foi remodelado em 1991 e hoje apresenta um aspecto agradável e uma boa qualidade de atendimento.

Nesta unidade funciona o Serviço de Atendimento Permanente (S.A.P.) de Góis. Existe ainda uma unidade de internamento.

Não existem serviços secundários, privados ou públicos. Por isso, a população tem de procurar este tipo de cuidados fora, nos concelhos limítrofes (principalmente nos da Lousã, Arganil, e Pedrógão Grande) ou em Coimbra, segundo a especificidade, a urgência ou gravidade da situação.

5.5. SÍNTESE

O concelho de Coimbra com uma área de 316,83 km^2 e 138.930 habitantes (I.N.E., 1981), distribuídos por 31 freguesias, apresentava uma densidade populacional de 438,5 habitantes/km^2.

Do total da população, em 1991, 57% (7828 hab./km^2) residem na área urbana, valor que sofreu um acréscimo de cerca de 26,6% (+17064 hab.), relativamente ao decénio anterior. No total do concelho a variação da população foi mais baixa do que na área urbana (25,7%; mais 28.377 hab.). Desta forma é nas áreas urbanas que se registam os valores mais elevados de densidade populacional; S. Bartolomeu 9872,7 hab./km^2 e Sé Nova 7590,2 hab./km^2, são disso exemplo.

Segundo os resultados preliminares do Censo de 1991 (I.N.E., 1991), a variação da população residente no concelho de Coimbra, nos últimos dez anos (1981/1991) foi de 0% (aumento de apenas 31 residentes), registando-se diminuição da população em doze das trinta e uma freguesias do concelho. Os valores de variação negativa mais elevados registaram-se nas freguesias urbanas consolidadas (São Bartolomeu, -36,5%; Santa Cruz, -24,5%; Sé Nova, -21,8%). Em algumas áreas urbanas de crescimento recente verificou-se crescimento da população residente (St^a António dos Olivais, 11,2%; Eiras, 14,5%; São Martinho do Bispo; 1,1%).

Quer o número de famílias quer o número de edifícios aumentou consideravelmente (26,3% e 10,6%, respectivamente) (I.N.E., 1991).

Neste concelho existiam, em 1990, cinco centros de saúde e dezoito extensões dos centros de saúde. Nestas unidades encontrámos equipas fundamentalmente vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde primários. Verificámos que, em média, existiam 949 habitantes por

médico, 1.246 habitantes por enfermeiro e 1.635 por cada elemento do pessoal administrativo. Estes valores correspondem à média registada nos centros de saúde e variam consoante estas unidades se localizem na malha urbana mais antiga, ou em área de crescimento recente.

Refira-se como exemplo o caso do Centro de Saúde de Celas onde se registavam 545 hab. por médico, 943 hab. por enfermeiros e 1.105 hab. por administrativo.

Acrescente-se que, embora este Centro de Saúde esteja estruturado para responder basicamente a 38.668 utilizadores, este local é procurado pela população da área de outros centros de saúde, dada a especificidade de tipos de oferta (vacinação, por exemplo).

Existem no concelho duas importantes estruturas hospitalares (Hospital da Universidade de Coimbra – H.U.C – e Centro Hospitalar de Coimbra – C.H.C.), responsáveis por 2338 camas e 1346 médicos. Para além destes valores, as unidades de saúde públicas contam ainda mais 789 camas e 158 médicos. No total (unidades públicas e privadas), registam-se 3127 camas e 3308 médicos, no concelho de Coimbra.

A oferta de serviços de saúde de carácter secundário (instituições hospitalares e médicos especialistas) e os laboratórios de análises e radiologia respondem não só às necessidades da população residente no concelho mas também a uma clientela potencial que, em alguns casos, ultrapassa a área geográfica da Região Centro (exemplo da Cirurgia Torácica).

O concelho de Góis compreende uma área de 263,72 km^2 dividido apenas em 5 freguesias. A freguesia de maior área é Alvares (98,66 km^2) e a mais pequena Vila Nova do Ceira (20,93 km^2).

Em 1981 apenas se registaram 6.434 habitantes. Comparando este valor com o de 1970 verificamos que ocorreu um decréscimo na população residente nesta área geográfica, da ordem dos -7,5%. Este valor decorre fundamentalmente dos decréscimos significativos nas freguesias de Alvares e Cadafaz, com valores respectivamente de -27% e -20%.

Entre 1981 e 1991 a população residente decresceu 16,9%, valor superior ao da Região Centro e Pinhal Interior Norte (N.U.T. onde se integra este concelho). As freguesias onde se verificaram as maiores diminuições são Colmeal (-35,6%) e Cadafaz (-26,4%), tendo sido registadas variações negativas em todas as freguesias.

Dada a rarefacção da população, sobretudo nestas duas últimas áreas (Colmeal e Cadafaz), as mais distantes da sede do concelho, (em distância-tempo), a densidade populacional é baixa (24,4 hab/km^2), tendo também diminuído consequentemente no último decénio; em 1970 era 26,4 hab./km^2. Destacam-se as freguesias de Góis (35,6 hab./km^2) e Vila Nova do Ceira (57,7 hab./km^2) com valores superiores ao global do concelho. As baixas densidades populacionais observadas são o resultado da dispersão da população e do abandono, registado nos últimos dez anos, de algumas áreas mais inóspitas nas freguesias de Colmeal e Cadafaz. Nas de Góis e Vila Nova do Ceira a pequena indústria e alguns serviços conseguem fixar famílias, de que resultam pequenas variações positivas na densidade populacional.

Trata-se de uma área geográfica marcada fundamentalmente por um relevo vigoroso, onde a agricultura é meramente de subsistência, mas ocupa uma parte importante da população que não tem outra forma de aumentar os proventos.

A estrutura dos serviços de saúde é composta por um centro de saúde com S.A.P. e Internamento (na sede do concelho) e sete extensões do centro de saúde, distribuídas por cinco freguesias.

Deve referir-se o facto de a população de 25% dos lugares ter tempos de percurso superiores a 150 minutos (percurso a pé e de transporte público, no caso de existir), entre o local onde residem e a extensão ou centro de saúde mais próximo, e a de 50% dos lugares distar mais de 60 minutos do único centro de saúde, localizado na sede de freguesia de Góis.

As diferenças demográficas, socias, económicas, de tipo de serviço de saúde (distribuição organização e funcionamento) e de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde diferem entre os concelhos em estudo. Dentro do mesmo concelho foram reconhecidas realidades contrastantes entre freguesias urbanas e rurais quer nas características demográficas e morfo-funcionais quer no acesso geográfico aos serviços de saúde.

CAPÍTULO 6.
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Neste capítulo destacam-se os resultados da análise referente às características da população em estudo, nos concelhos de Coimbra e Góis.

Na primeira parte são referidas as condições de habitabilidade e ainda apresentados alguns indicadores sócio-económicos relativos à população residente nas unidades de alojamento. Da segunda parte constam os resultados da análise estatística respeitante às características pessoais dos entrevistados: idade, escolaridade, estado civil, condição social e tipologia de áreas de residência.

No quadro 4.1 (capítulo 4) apresentámos o número de entrevistas previstas e realizadas em cada freguesia e o total da população em estudo.

Na globalidade, serão estudados 7038 casos, referentes aos dois concelhos, sendo 5234 do concelho de Coimbra, correspondendo a 1566 unidades de alojamento e 1804 no concelho de Góis, relativas a 708 unidades de alojamento.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DO ALOJAMENTO E DA POPULAÇÃO

6.1.1. *As Unidades de Alojamento*

6.1.1.1. Concelho de Coimbra

Em consequência do progressivo crescimento da malha urbana, as áreas rurais, mais afastadas do casco antigo, têm sido urbanizadas. Assim, a distribuição de água canalizada ao domicílio, a ampliação da rede de saneamento básico e outras condições de habitabilidade (existência de retrete e banho no alojamento, por exemplo), por terem uma cobertura desigual na mancha do concelho, conferem a algumas freguesias particularidades próprias, demonstrando a "pobreza" em que vive ainda parte da população do concelho.

No quadro 6.1, podem ser observados alguns indicadores que denunciam os valores percentuais baixos relativos às infra-estruturas do concelho de Coimbra nas freguesias de Almalaguês, Antuzede, Botão, São Paulo de Frades e Vil de Matos, quando comparados com os valores globais do concelho de Coimbra (água canalizada 90,4%; esgotos ligados à rede pública 57,4%; instalações de banho 86,8% e retrete dentro do alojamento 85.6%; electricidade 98,9%).

A mobilidade, traduzida na possibilidade de utilização de carro próprio e entendida como geradora de acessibilidade aos serviços de saúde, está directamente ligada com a capacidade de conseguir um acto médico sempre que dele se necessite (principalmente durante a noite ou para além dos horários dos transportes públicos), como é apresentado por alguns autores (EARICKSON, 1971; ROGHMANN e ZASTOWNY, 1979; PHILLIPS, 1981; DRURY, 1983; JESSOP, 1988; DONALD, 1991;). Em virtude de ter sido reconhecido que a posse de automóvel

na unidade de alojamento pode influenciar o acesso e a utilização dos serviços de saúde incluímos no questionário esta variável. O telefone na residência é também relevante no contacto com os serviços de saúde, principalmente para os que vivem sós.

QUADRO Nº 6.1 CONCELHO DE COIMBRA.
Condições de Habitabilidade das Unidades de Alojamento – Distribuição Percentual

CONCELHO DE COIMBRA FREGUESIAS	AGUA CANALIZ.	ESGOTOS	BANHO	RETRETE	ELECTRIC.	N. MÉDIO DIVISÕES	Nº DIV. / PESSOA
ALMALAGUÊS	72,5	25,5	78,4	56,9	100	5,5	1,66
ALMEDINA	97,1	94,1	61,8	76,5	97,1	4,9	1,75
AMEAL	95,8	70,8	79,2	75	100	6,6	2,65
ANTANHOL	95	65	90	75	100	6,6	1,75
ANTUZEDE	84,6	50	76,9	76,9	96,2	5,6	1,49
ARZILA	92,3	76,9	84,6	84,6	100	6,9	2,9
ASSAFARGE	95	30	85	75	100	5,9	1,79
BOTÃO	32	0	64	76	92	6,3	1,75
BRASFEMES	92,3	65,4	88,5	92,3	100	7	2,14
CASTELO VIEGAS	86,4	31,8	81,8	50	90,9	5,8	1,84
CEIRA	76,7	20	88,3	85	100	6,1	1,67
CERNACHE	100	11,9	95,2	90,5	97,6	6,1	1,84
EIRAS	97,9	96,8	96,8	98,9	100	6,1	1,96
LAMAROSA	47,5	10	60	75	95,9	5,4	1,55
RIBEIRA DE FRADES	100	72,4	96,6	89,7	100	7	2,31
STª. CLARA	96,1	32,8	89,1	84,4	99,2	6,4	1,83
STª CRUZ	96,7	81,8	81,8	88,4	98,3	5,7	1,84
STO ANTÓNIO DOS OLIVAIS	99,3	88,8	97,8	97,8	99,6	6,6	2,02
S. BARTOLOMEU	100	94,1	88,2	100	100	3,9	1,21
S. JOÃO DO CAMPO	71,9	65,6	65,6	62,5	96,9	6,5	1,82
S. MARTINHO DE ÁRVORE	21,4	0	78,6	78,6	100	6,4	1,51
S. MARTINHO DO BISPO	95,4	36,2	88,5	88,5	100	7	1,88
S. PAULO DE FRADES	60	0	72,5	85	100	5,7	1,47
S. SILVESTRE	91,9	70,3	78,4	75,7	97,3	6,2	1,79
SÉ NOVA	100	98,8	97,6	98,8	100	6,2	2,3
SOUSELAS	90,2	31,4	90,2	82,4	98	6,9	1,76
TAVEIRO	100	54,5	84,8	72,7	97	6,4	1,84
TORRE DE VILELA	90,9	36,4	81,8	100	100	6,4	1,94
TORRES DO MONDEGO	89,3	21,4	78,6	67,9	100	5,8	1,57
TROUXEMIL	87,5	54,2	75	62,5	100	5,1	1,83
VIL DE MATOS	91,7	0	83,3	66,7	100	6	1,36
TOTAL DO CONCELHO	90,4	57,4	86,8	85,6	98,9	6,1	1,86

FONTE: Inquéritos nas U.A. ,1990

TOTAL NACIONAL	88,7	66,8	(a)	(a)	98,0	(a)	(a)

FONTE: INE, CENSOS 91. Resultados Pré-definitivos

(a) sem informação

QUADRO Nº 6.2 CONCELHO DE COIMBRA

Indicadores Sócio-Económicos da Unidade de Alojamento – Distribuição Percentual

CONCELHO DE COIMBRA FREGUESIA	CASA PRÓPRIA	COM TELEFONE	COM AUTOMOVEL
ALMALAGUÊS	90,2	19,6	52,9
ALMEDINA	15	41,2	14,7
AMEAL	50	50	50
ANTANHOL	75	35	50
ANTUZEDE	69	19,2	30,8
ARZILA	62	84,6	61,5
ASSAFARGE	85	30	65
BOTÃO	80	32	48
BRASFEMES	85	30,8	50
CASTELO VIEGAS	73	36,4	59,1
CEIRA	82	48,3	60
CERNACHE	79	26,2	40,5
EIRAS	66	81,9	66
LAMAROSA	85	22,5	30
RIBEIRA DE FRADES	41	48,3	41,4
S.ANT. DOS OLIVAIS	60	52,3	64,8
S. BARTOLOMEU	35	23,5	76,5
S. JOÃO DO CAMPO	84	25	46,9
S. MART. DE ÁRVORE	93	7,1	57,1
S.MART. DO BISPO	73	43,1	56,2
S.PAULO FRADES	80	42,5	45
S.SILVESTRE	81	13,5	54
SE NOVA	37	82,1	56
SOUSELAS	92	21,6	47,1
STA.CLARA	61	52,3	46,9
STA.CRUZ	46	54,5	52,9
TAVEIRO	71	18,2	54,5
TORRE DE VILELA	64	9,1	18,2
TORRES DO MONDEGO	71	25	28,6
TROUXEMIL	58	20,8	20,8
VIL DE MATOS	92	16,7	50
TOTAL DO CONCELHO	66,7	34,8	46,7

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

TOTAL NACIONAL	(a) 66	(b) 20,1	(b) 10,6

FONTE: (a) INE, CENSOS 91. Resultados pré-definitivos (b) EUROSTAT, 1990

Verificou-se que em algumas freguesias, para além das precárias condições dos alojamentos, os indicadores sócio-económicos, como se pode observar no quadro 6.2, revelam e atestam o estado de carência das freguesias que correspondem, essencialmente, às áreas periurbanas dormitórios e rurais. Os valores abaixo dos valores globais do concelho foram encontrados nas freguesias mais afastadas do centro urbano, principalmente nas freguesias limite do concelho. Relativamente às unidades de alojamento com telefone, as freguesias com valores percentuais

muito abaixo do valor global do concelho correspondem às áreas periurbanas rurais. Algumas destas freguesias apresentam também valores percentuais baixos de automóvel na residência, com saliência para as freguesias de Antuzede, Lamarosa, Torre de Vilela, Torres do Mondego e Trouxemil.

Em virtude de ser no casco antigo, ou próximo dele, que se concentram os serviços de saúde mais especializados (centros de saúde, hospitais e consultórios médicos), a capacidade de comunicação (por telefone) das freguesias com menor acessibilidade geográfica é fundamental para a realização de contactos com as estruturas de saúde. PHILLIPS e LEARMONTH (1982), referem a importância do telefone na residência.

Assim, as freguesias mais afastadas do núcleo urbano, além de usufruírem de uma acessibilidade geográfica menor (em termos de possibilidade de utilização de transportes públicos, pela raridade a algumas horas do dia e tempo de percurso – como foi apresentado no capítulo 5) têm, ainda, uma mobilidade mais baixa, em virtude dos valores percentuais de alojamentos com automóvel serem inferiores nestas áreas.

Conjugam-se dois factores que dificultam o contacto físico com as estruturas de saúde: alojamentos sem telefone e automóvel (pouca autonomia de mobilidade ou de ligação com os serviços de saúde) e distâncias aos serviços de saúde mais difíceis de vencer – falta de transportes públicos adequados aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, utilização de mais do que um transporte desde a residência até ao hospital, por exemplo, o que proporciona tempos de percurso muito elevados.

Acresce verificar que o tipo de alojamento de habitação própria é mais frequente nas áreas periurbanas (quadro 6.2). Também nestes espaços geográficos o número médio de divisões do alojamento é maior (foram consideradas todas as divisões utilizadas pelos elementos da família, e não só as assoalhadas como pode ser observado no quadro 6.1. O número de pessoas por fogo é também maior, repercutindo-se num número médio baixo de divisões por pessoa. Destacam-se, todavia, as freguesias da área urbana consolidada onde o número médio de divisões por pessoa é baixo (Almedina 1,78 e São Bartolomeu 1,20), freguesias que correspondem à área de construção mais antiga da cidade de Coimbra. As condições de habitabilidade nesta última área são más, pressupondo influência do ambiente no estado de saúde dessas populações e, consequentemente, uma maior percentagem de "doentes" como refere, por exemplo, LIBERATOS *et al.*, (1988) e será objecto de análise no capítulo 7.

6.1.1.2. Concelho de Góis

O concelho de Góis é marcado pela ruralidade, que é definida, para além de outros factores, quer pelo precário nível das infra-estruturas sociais, quer pelas condições de insalubridade e desconforto das unidades de alojamento, dominantes em quase toda a área geográfica.

A leitura do quadro 6.3 oferece-nos os resultados das entrevistas realizadas nos alojamentos. Acima dos valores globais do concelho, destacamos apenas a freguesia de Góis, com valores percentuais mais elevados de água canalizada na residência (95,4%), de instalação de banheira ou duche (88,8%), de retrete dentro de casa (96,2%) e de esgotos ligados à rede pública (50%).

QUADRO Nº 6.3 CONCELHO DE GÓIS.
Condições de Habitabilidade das Unidades de Alojamento – Distribuição Percentual

FREGUESIAS	ÁGUA CANALIZ.	ESGOTOS DE REDE PÚBLICA	BANHEIRA OU DUCHE	RETRETE DENTRO CASA	ELÉCTRC.	Nº MÉDIO DIVISÕES	Nº DIV./ PESS.
ALVARES	89,1	6,6	63,6	75,2	97,6	5,0	2,22
CADAFAZ	80,2	3,0	58,4	77,2	91,1	4,9	2,09
COLMEAL	75,9	8,0	51,7	69,0	93,1	4,47	2,17
GÓIS	95,4	50,0	88,8	96,2	92,2	6,21	2,09
VILA NOVA DO CEIRA	89,5	11,6	62,1	80,0	95,8	5,70	2,2
TOTAL DO CONCELHO	88,0	15,8	64,9	79,5	91,9	5,6	2,14

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

As más condições de habitabilidade concorrem para a precariedade da qualidade de vida e do estado de saúde da população aí residente. Será que podem ser esperados níveis de saúde razoáveis em lugares onde não existe saneamento público, água tratada e distribuída ao domicílio ou, simplesmente, não usufruem de retrete ou banho dentro ou fora da casa? Nestas condições estão muitos lugares, principalmente nas freguesias de Alvares, Cadafaz e Colmeal, como veremos oportunamente.

A electricidade cobre quase todo o concelho com percentagens relativamente satisfatórias; o valor do concelho é 91,9%.

Também os indicadores sócio-económicos revelam a insuficiência ou mesmo a pobreza de uma elevada percentagem da população. A casa alugada ou cedida está mais ligada à mobilidade geográfica e à mudança de residência do que à capacidade económica, embora também esta tenha o seu peso. É fundamentalmente nas áreas de oferta de emprego no sector secundário e terciário e, por isso, de características menos rurais, que são contadas mais residências alugadas. A posse da casa em que vivem (83,9%, valor global do concelho) caracteriza, de forma geral, todo o espaço rural. A freguesia de Góis é a que apresenta o valor mais baixo da unidades de alojamento de tipo habitação própria; as freguesias de Cadafaz e Colmeal as que detêm os valores mais altos. Assim, este facto (possuir casa própria) não está directamente relacionado com outros indicadores sócio-económicos, como o telefone e o automóvel na unidade de alojamento (quadro 6.4). Verifica-se, antes, o inverso: os valores percentuais mais altos destes indicadores verificam-se na freguesia de Góis.

QUADRO Nº 6.4. CONCELHO DE GOIS.
Indicadores Sócio-Económicos – Distribuição Percentual

FREGUESIAS	CASA PRÓPRIA	C/ MOTOCICLO	C/TELEFONE	C/AUTOMÓVEL
ALVARES	84,8	4,8	27,9	17,6
CADAFAZ	94,1	0,9	21,8	15,8
COLMEAL	87,4	11,5	19,5	10,3
GÓIS	76,9	32,3	28,1	50,0
VILA NOVA DO CEIRA	87,4	33,7	22,1	26,3
TOTAL DO CONCELHO	83,9	20,2	25,3	29,5

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

Uma vez mais, a desigualdade na distribuição espacial dos recursos sociais, económicos e de saúde proporciona e agrava os desequilíbrios, já patentes, em algumas freguesias. A população de maior fragilidade económica é, também, aquela que tem, potencialmente, mais propensão para a doença, em virtude das condições insalubres em que vive, da menor capacidade de contacto com as estruturas de saúde, por não ter telefone e mobilidade própria (automóvel no alojamento). Acresce ainda que estas áreas são mal servidas por transportes públicos ou que estes, simplesmente, não existem, o que cria desvantagem, quando se pensa no acesso geográfico ao Centro de Saúde (localizado na vila de Góis) ou ao hospital (preferencialmente os da cidade de Coimbra).

6.1.2. *Quadro Demográfico e Sócio-Económico*

6.1.2.1. Concelho de Coimbra

IDADE – A população entrevistada corresponde a 5234 indivíduos, sendo 2836 (54,2%) do sexo feminino e 2398 (45,8%) do sexo masculino (comparar com os valores apresentados no quadro VII, anexo 3).

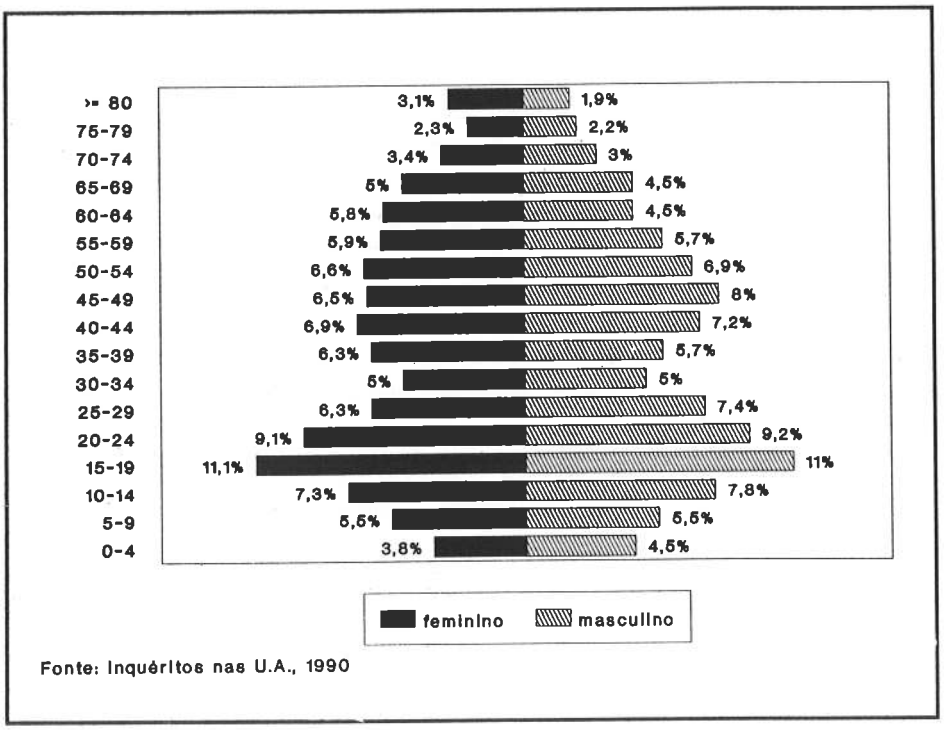


Fig. 6.1. Pirâmide de Idades do Concelho de Coimbra

QUADRO Nº 6.5. CONCELHO DE COIMBRA
Relação entre a População com 65 Anos e a Igual ou Inferior a 14 Anos
Distribuição Percentual por Freguesia

CONCELHO DE.COIMBRA FREGUESIA	IDADE 0 a 14 ANOS (a)	IDADE 65 E + ANOS (b)	(b) / (a)
ALMALAGUÊS	22,5	13	0,58
ALMEDINA	14,9	18,1	1,21
AMEAL	6,7	15	2,24
ANTANHOL	10,7	16	1,50
ANTUZEDE	29,9	10,3	0,34
ARZILA	16,1	9,7	0,60
ASSAFARGE	10,6	13,6	1,28
BOTÃO	18,9	7,8	0,41
BRASFEMES	16,7	7,1	0,43
CASTELO VIEGAS	18,8	14,1	0,75
CEIRA	22,4	8,7	0,39
CERNACHE	12,3	20,3	1,65
EIRAS	15,1	8,6	0,57
LAMAROSA	24,3	14,3	0,59
RIBEIRA DE FRADES	15,9	3,4	0,21
S.ANT. dos OLIVAIS	15,1	15,2	1,01
S. BARTOLOMEU	25,5	3,6	0,14
S. JOÃO DO CAMPO	19,3	7,9	0,41
S. MART. DE ÁRVORE	16,9	6,8	0,40
S.MART.DO BISPO	15,5	12,4	0,80
S.PAULO FRADES	18,1	14,8	0,82
S.SILVESTRE	17,1	13,2	0,77
SÉ NOVA	14,7	14,7	1,00
SOUSELAS	21,1	11,4	0,54
STA.CLARA	18,1	9,8	0,54
STA.CRUZ	16,2	18,6	1,15
TAVEIRO	16,7	7,9	0,47
TORRE DE VILELA	18,2	21,2	1,16
TORRES DO MONDEGO	14,3	16,5	1,15
TROUXEMIL	21,8	14,1	0,65
VIL DE MATOS	26,4	11,3	0,43
TOTAL DO CONCELHO	17,8	12,2	0,8

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

TOTAL NACIONAL	18,9	13,6	0,7

FONTE: INE, CENSOS 91. Resultados pré-definitivos

Na figura 6.1 apresentamos a distribuição etária da população em estudo. Predomina a população em idade activa, considerada entre os 15 e os 64 anos (64%). O grupo de idade correspondente aos jovens – 0 a menos de 15 anos – é de 17,8% sendo, por isso, superior ao dos idosos (idade igual ou superior a 65 anos) em que o valor é de 12,2% (comparar valores com os do quadro VII, anexo 3).

Não se verificam grandes diferenças nos grupos de idade quando analisados segundo os sexos (Qui-quadrado = 23,31, gl = 16, $p < 0.05$). Contudo, o sexo masculino apresenta valores quase sempre superiores até aos 55 anos, com a excepção no grupo dos 35 aos 39 anos. A inversão da *sex/ratio* verifica-se a partir dos 55 anos, predominando as mulheres em todos os grupos de idade considerados e representados na figura 6.1. Salienta-se a grande diferença a partir dos 80 anos, com 3,1% de mulheres e 1,9% de homens.

Considerando a análise desagregada ao nível da freguesia, reconhecemos que o resultado da relação entre os que têm 65 e mais anos e os dos 0 a 14 anos apresenta valores mais elevados nas freguesias de Almedina, Ameal, Antanhol, Cernache, Assafarge, Santa Cruz e Torre de Vilela e Torres de Mondego (quadro 6.5). Não existe um padrão de comportamento que possa definir áreas periurbanas ou urbanas detentoras de uma população mais envelhecida; a população em idade de reforma tanto reside nas freguesias correspondentes às áreas urbana consolidada e periurbana de crescimento recente como nas periurbanas dormitório ou rural.

ESTADO CIVIL – Verifica-se haver diferença significativa na distribuição do estado civil segundo o sexo (Qui-quadrado = 171,61, gl = 3, $p < 0,0001$). Através da análise dos resíduos ajustados conclui-se que as diferenças entre a população dos dois sexos são mais relevantes entre o grupo dos casados, separados/divorciados e viúvos. Nestas duas últimas subpopulações o valor percentual é superior na população feminina. No quadro 6.6 pode observar-se que existe também um associação entre a distribuição etária e o estado civil no total da população e em ambos os sexos.

QUADRO Nº 6.6. CONCELHO DE COIMBRA.
Estado Civil Segundo Grupos de Idade e Sexo – Distribuição percentual

	GRUPOS DE IDADE	ESTADO CIVIL				TOTAL DA POPULAÇÃO	
		SOLT.	CASADO	VIUVO	SEP/DIV.	TOTAL	CASOS
SEXO FEMININO	<=14	100	0	0	0	16,6	469
	15-24	86	13,6	0,2	0,2	20,2	573
	25-44	13,9	81,1	1,3	3,7	24,6	697
	45-64	5,1	79,5	11	4,4	24,8	702
	65-74	5,5	62,2	29,8	2,5	8,4	238
	>=75	5,2	25,3	69,5	0	5,4	154
	TOTAL	39,4	49	9,3	2,3	100	2836
SEXO MASCULINO	<=14	100	0	0	0	17,8	428
	15-24	91,5	8,5	0	0	20,2	485
	25-44	16,5	81,8	0,5	1,2	25,2	605
	45-64	1,3	96,5	0,7	1,5	25,1	601
	65-74	1,1	91,7	7,2	0	7,5	181
	>=75	6,1	74,5	16,3	3,1	4,1	98
	TOTAL	41,2	56,5	1,5	0,8	100	2398
TOTAL DA POPULAÇÃO	<=14	100	0	0	0	17,2	900
	15-24	88,6	11,2	0,1	0,1	20,2	1058
	25-44	15,1	81,4	0,9	2,5	24,9	1302
	45-64	3,5	87,3	6,2	3,1	24,9	1303
	65-74	3,6	74,9	20	1,4	5,8	238
	>=75	5,6	44,4	48,8	1,2	1,6	154
	TOT. GERAL	40,2	52,4	5,8	1,6	100	5234

Sexo Feminino Qui-Quadrado = 2768,80; GL = 15; $p < 0.0001$ Total da População Qui-Quadrado = 4816,57; GL = 15; $p < 0.0001$
Não se apresentam os valores para o sexo masculino por existirem 33,3% de celas da tabela com valor esperado inferior a 5.
FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990.

No grupo etário dos 75 e mais a população feminina é, maioritariamente, viúva enquanto a população do sexo masculino é casada.

ESCOLARIDADE – Verificou-se que existem diferenças significativas relativamente ao factor escolaridade entre a população masculina e a feminina (Qui-quadrado = 78.67, gl = 5, $p < 0,0001$). Do total da população, 37,3% referiu ter de 1 a 4 anos de escolaridade e 14,3% não ter escolaridade. Uma vez que 4,2% da população em estudo tem idade pré-escolar, cerca de 10% da população não tem qualquer tipo de aprendizagem formal na área de ensino.

QUADRO Nº 6.7. CONCELHO DE COIMBRA.
Escolaridade Segundo Grupos de Idade e Sexo – Distribuição Percentual

	GRUPOS DE IDADE	ANOS DE ESCOLARIDADE					
		0	1-4	5-6	7-9	10-12	>12
SEXO FEMININO	<=14	30,7	29,2	32,4	5,9	0	0
	15-24	0,3	6,8	19,5	20,8	34,9	17,6
	25-44	1,7	42	13,3	14,9	14,2	13,8
	45-64	19,9	61,5	5,1	5	4,8	3,6
	65-74	44,1	46,6	3,4	3,4	1,6	0
	=>75	56,5	37	0,6	0,6	3,2	0
TOTAL	(%)	17,6	37,7	14,2	10,6	12,1	7,8
	CASOS	499	1070	403	300	342	222
SEXO MASCULINO	<=14	32,7	30,6	29,2	7,2	0	0
	15-24	0,8	8,5	23,1	24,1	31,1	12,6
	25-44	0,8	32,6	16,9	19,5	14,9	15,4
	45-64	5,3	58,4	11	12,5	5,4	7,5
	65-74	20,4	60,8	3,9	5,5	5,5	3,9
	=>75	29,6	51	5,1	9,2	3,1	2
TOTAL	(%)	10,3	36,7	17,4	15	11,9	8,7
	CASOS	247	880	417	360	286	208
TOTAL DA POPULAÇÃO	<=14	32,6	29,9	30,9	6,6	0	0
	15-24	0,6	7,6	21,2	22,3	33,1	15,3
	25-44	1,3	37,6	15	17,1	14,5	14,5
	45-64	13,2	60,1	7,8	8,4	5	5,4
	65-74	33,9	52,7	3,6	4,8	3,3	1,7
	=>75	46	42,5	2,4	5,2	3,2	0,8
TOTAL GERAL	(%)	14,3	37,3	15,7	12,6	12	8,2
	CASOS	746	1950	820	660	628	430

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 1628,10; GL = 25; $p < 0.0001$
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 1071,10; GL = 25; $p < 0.0001$
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 2571,58; GL= 25; $p < 0.0001$

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

Os homens possuem, em termos percentuais, mais anos de escolaridade. Deve, contudo, referir-se que a análise dos resíduos ajustados revela que as maiores diferenças se encontram no escalão dos 5 aos 6 e dos 7 aos 9 anos de escolaridade. Também ao nível dos 12 ou mais anos de

escolaridade os homens apresentam valores mais elevados, comparativamente às mulheres. No entanto, entre os 10 e os 12 anos, os valores mais elevados observam-se no sexo feminino. Verifica-se, no entanto que estas duas últimas diferenças não são estatisticamente significativas.

Existe também uma associação entre a escolaridade e os grupos de idade quer no sexo masculino ($p < 0,0001$), quer no feminino ($p < 0,0001$) e total da população ($p < 0,0001$). A subpopulação responsável pelos valores mais elevados de população sem escolaridade são os grupos dos 65 aos 74 e 75 e mais anos, quer na população do sexo masculino quer na do sexo feminino, conforme o quadro 6.7.

A população com menos anos de escolaridade predomina nas áreas periurbanas dormitório e rural, como pode ser observado na figura 6.2. Com mais anos de escolaridade, correspondendo a cursos médios e superiores, os valores mais elevados foram encontrados na área urbana consolidada e periurbana de crescimento recente.

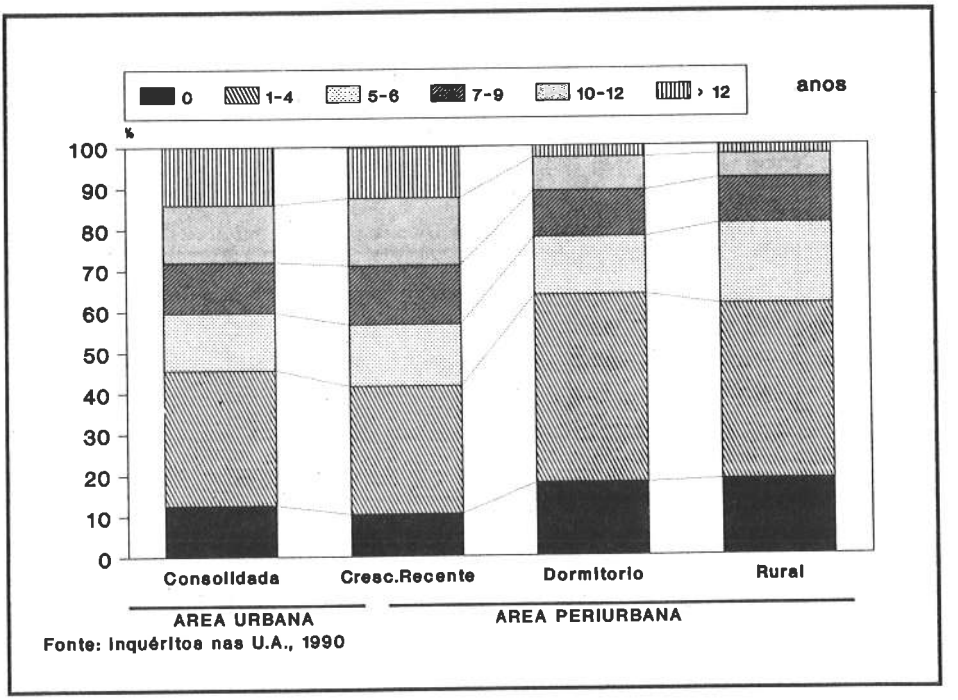


Fig. 6.2. Concelho de Coimbra. Escolaridade Segundo as Áreas de Residência

SITUAÇÃO ECONÓMICA – Considerámos dois grandes grupos relativos à situação económica da população:

1) economicamente activos, correspondendo a situações remuneradas pelo exercício de uma profissão;
2) economicamente inactivos, os indivíduos que embora possam exercer, ou ter exercido, uma profissão, não têm remuneração (não são consideradas as pensões sociais e subsídio de desemprego).

Cerca de 43% da população em estudo é economicamente activo, 24,9% são estudantes e 19,7% reformados. As donas de casa e o grupo outros – onde incluímos as situações económicas de transição como os desempregados, os que procuram o primeiro emprego e os que estão a cumprir o serviço militar – têm valores elevados como resulta evidente do quadro 6.8.

QUADRO Nº 6.8. CONCELHO DE COIMBRA.
Situação Económica Segundo Grupos de Idade e Sexo – Distribuição Percentual

	GRUPOS	ECONOM.	ECONOMICAMENTE INACTIVOS				
					REFORMADOS		
	IDADE	ACTIVOS	ESTUD.	D.CASA	IDADE	INVALID.	OUTROS
SEXO FEMININO	<=14	0	99,1	0	0		0,6
	15-24	30,2	59,7	3,8	0	0,5	5,8
	25-44	69,7	2,3	21,5	0	1,9	4,3
	45-64	32,3	0	35,7	5,7	24,5	1,7
	65-74	2,5	0	9,8	46,5	41,6	0
	=>75	0	0	9,7	66,9	23,4	0
TOTAL	(%)	33,3	25,1	17,2	9,5	12,1	2,9
	CASOS	892	672	460	254	323	77
SEXO MASCULINO	<=14	1,1	97,9	0	0	0,4	0,7
	15-24	36,3	53,2	0	0	0,6	9,7
	25-44	91,9	3,3	0	0	1,3	2,8
	45-64	76,7	0,2	0	5,2	15	2,5
	65-74	7,7	0	0	60,2	31,5	0,6
	=>75	3,1	0	0	75,5	20,4	1
TOTAL	(%)	53,9	24,6	0	9,5	7,9	3,7
	CASOS	1213	555		214	179	83
TOTAL DA POPULAÇÃO	<=14	0,5	98,5	0	0	0,2	0,7
	15-24	33	56,7	2,2	0	0,6	7,6
	25-44	80,2	2,8	11,8	0	1,6	3,6
	45-64	52,8	0,1	19,5	5,7	20,1	2,1
	65-74	4,8	0	5,5	52,3	37,2	0,2
	=>75	1,2	0	6	70,2	22,2	0,4
TOTAL GERAL	(%)	42,7	24,9	9,5	9,5	10,2	3,2
	CASOS	2105	1 227	460	468	502	160

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 3677,00; GL = 25; p < 0,0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 3032,30; GL = 25; p < 0,0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 6621,46; GL = 25; p < 0,0001

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação perante o trabalho e os sexos (Qui-quadrado = 508,59 gl = 5, p < 0,0001). A população do sexo feminino apresenta, no geral, valores percentuais mais elevados no grupo dos reformados em detrimento das situações declaradas economicamente activas. Mesmo adicionando a este grupo as "donas de casa" e valorizando esta ultima como "activa", a soma é ainda assim inferior à dos economicamente activos do sexo masculino.

Como foi referido, no concelho de Coimbra encontramos 42,7% de activos. Verificam-se diferenças significativas da distribuição da situação económica segundo grupos de idade, no total da população ($p < 0,0001$), na população do sexo feminino ($p < 0,0001$) e do sexo masculino ($p < 0,0001$). Dos três grupos etários que considerámos economicamente activos (dos 15 aos 24, dos 25 aos 44 e dos 45 aos 64 anos) é na subpopulação dos 25 aos 44 anos que encontramos um maior valor percentual de economicamente activos. A análise da ocorrência no sexo masculino revela que é também neste grupo de idade que se encontra o valor percentual mais elevado de população activa. No grupo dos 45 aos 64 anos, a percentagem de mulheres com ocupação de donas de casa é superior ao das mulheres com profissão (quadro 6.8).

Dos 65 aos 74 anos 89,5% do total da população é reformada – 52,3% por idade e 37,2% por invalidez. A percentagem de reformas nas mulheres é mais baixa, quando consideramos a reforma segundo a idade e comparada com a reforma na população do sexo masculino. No entanto, algumas das inquiridas, embora com idade de reforma, consideraram-se donas de casa. Se somarmos as donas de casa com as reformadas por idade, no grupo etário dos 75 e mais anos, verificamos que a percentagem é elevada. No grupo dos 65 aos 74 anos observam-se valores percentuais elevados de população masculina com reforma por idade e, simultaneamente, uma percentagem também superior ao valor no total da população, de indivíduos economicamente activos. Verifica-se, ainda, a partir da observação do quadro 6.8, que as mulheres têm valores percentuais elevados nas reformas por invalidez, principalmente a partir dos 45 anos.

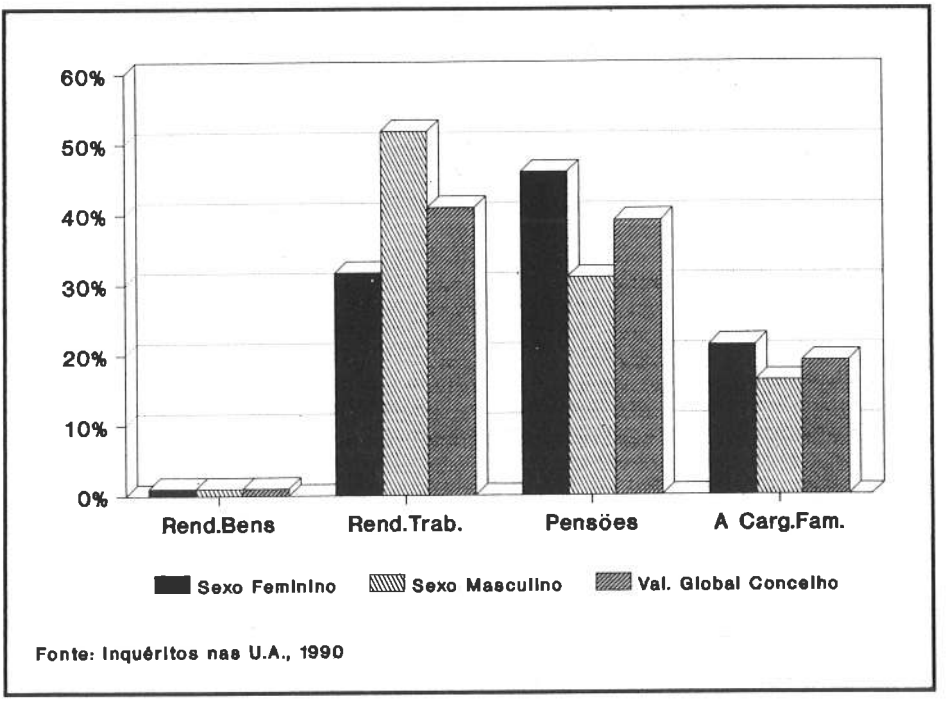


Fig. 6.3. Concelho de Coimbra. Principal Fonte de Rendimento Segundo o Sexo

Ao estudarmos a principal fonte de rendimento da população, verificou-se a existência de heterogeneidade na distribuição da fonte de rendimento segundo os sexos. A fonte de rendimento varia segundo se trata da população masculina ou feminina. Relativamente ao total da população inquirida, a fonte de rendimento que apresenta valores percentuais mais elevado é a referente a pensões e ao rendimento do trabalho. As pensões apresentam valor percentual mais elevado na população feminina e o rendimento do trabalho é superior no sexo masculino (figura 6.3). A cargo da família está cerca de 21% da população de sexo feminino e 16% do masculino.

OCUPAÇÃO – No conjunto da população entrevistada os operários especializados e os empregados de comércio constituem os dois maiores grupos profissionais representados e correspondem a cerca de 60% da população inquirida (quadro 6.9).

QUADRO Nº 6.9. CONCELHO COIMBRA. Ocupação Segundo o Sexo – Distribuição Percentual

OCUPAÇÃO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	Nº.CASOS
Trabalhador agrícola	1,5	4,8	2,8	61
Serviços auxiliares	4,5	21,4	11,6	245
Alfaiate/Costureira	1,2	0,7	1	20
Operário especializado	35	22,5	29,7	625
Trabalhador indiferenciado	2,6	0,2	1,1	33
Empregado de comércio	33,1	25,5	29,9	629
Proprietário/Gerente	10,6	6,6	8,9	188
Quadro médio e Superior	8,4	16,7	11,9	251
Director	3,3	1,5	2,5	53

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

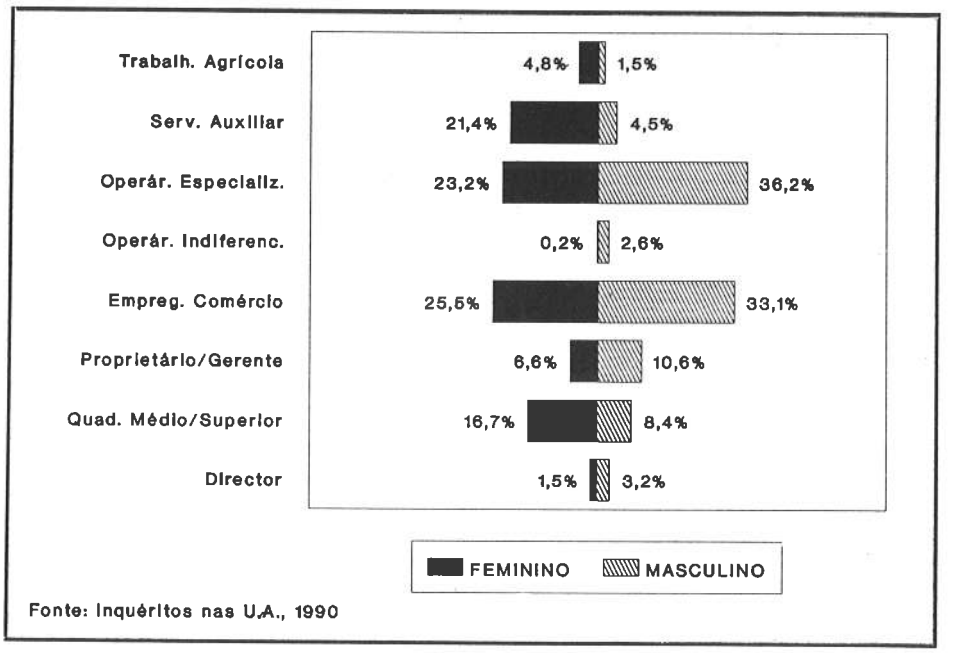


Fig. 6.4. Concelho de Coimbra. Ocupação Segundo o Sexo.

A proporção de indivíduos em cada tipo de ocupação varia significativamente com o facto de ser do sexo masculino ou feminino ($p < 0,001$) (figura 6.4).

Os grupos de maior especialização apresentam maior frequência absoluta e relativa no sexo masculino. Este facto também se verifica nos trabalhadores indiferenciados, nos proprietários, gerentes e chefes de secção e nos quadros de chefia máxima ao nível de direcção de empresas ou professores universitários e magistrados. A situação inverte-se ao nível dos trabalhadores agrícolas e serviços auxiliares, na maior parte empregadas domésticas, e nos quadros médios e superiores, com grande peso das profissões de professor e médico, sendo a população feminina percentualmente superior à masculina.

RENDIMENTO - Na figura 6.5 pode ver-se que o rendimento é baixo, verificando-se que, quando foi posta a pergunta relativa ao rendimento no mês anterior à entrevista, 60,9% referiu ter tido um valor inferior ou até 20 contos e apenas 4,3% mais do que 100 contos.

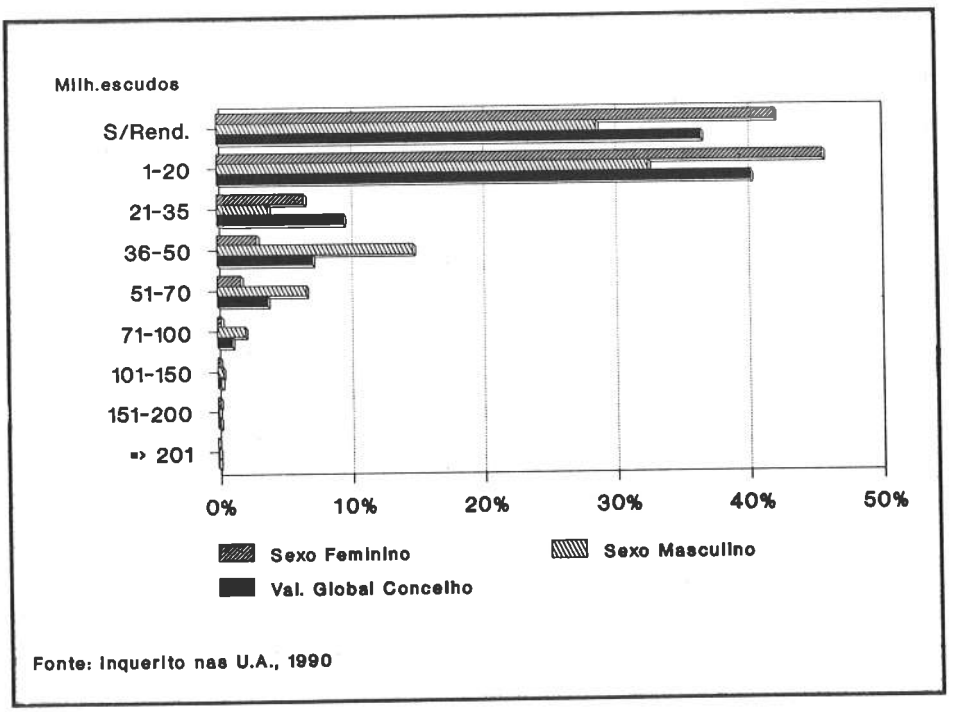


Fig. 6.5. Concelho de Coimbra. Escalões de Rendimento Segundo o Sexo.

Foram encontradas diferenças significativas entre a população do sexo masculino e feminino (Qui-quadrado = 283,71, gl = 4, $p < 0,0001$), verificando-se que nos escalões de rendimento mais baixo (até 35 contos) os valores percentuais são sempre superiores nas mulheres e acima dos 35 contos os valores mais elevados são observados na população masculina (figura 6.6).

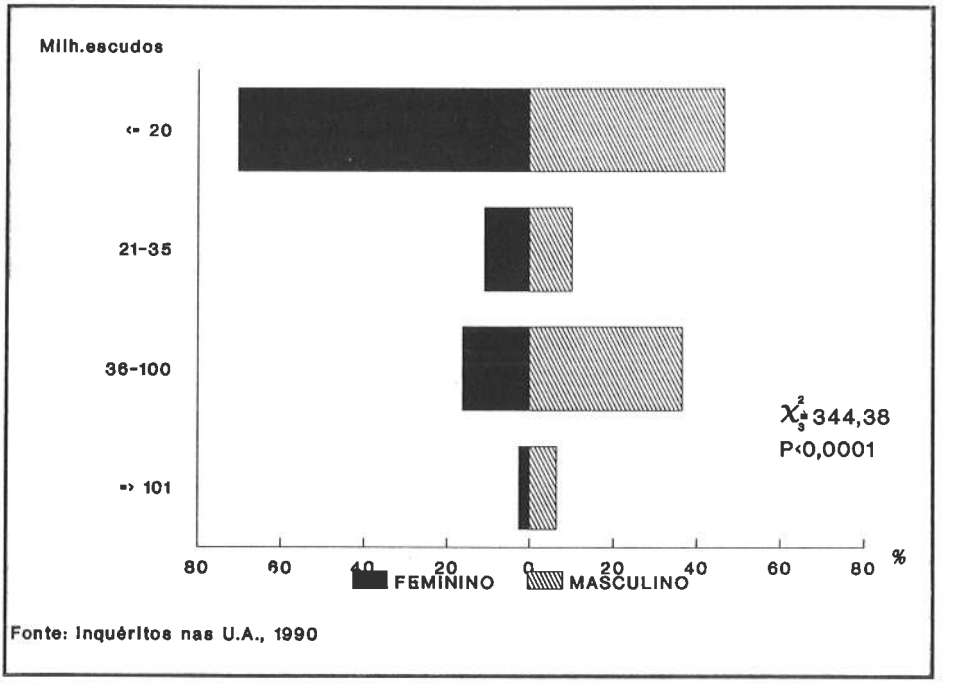


Fig. 6.6. Concelho de Coimbra. Rendimento num Mês Segundo o Sexo

GRUPOS SOCIO-ECONÓMICOS – A partir da profissão e da situação dentro da profissão organizámos 6 grupos sócio-económicos. A formação de tais grupos foi elaborada a partir da classificação de cada elemento da unidade de alojamento que constitui a família. Assim, embora possam existir vários grupos profissionais dentro de um agregado familiar (ou ainda grupos não activos, como reformados, donas de casa e outros), o grupo social dessa unidade de alojamento foi atribuído segundo o nível mais elevado da profissão e da situação dentro dessa profissão, verificado num qualquer dos seus elementos. Isto é, a família é caracterizada economicamente pelo nível mais alto verificado dentro da unidade de alojamento.

Foi escolhida esta forma de tratamento, atendendo aos objectivos que estão implícitos neste trabalho, essencialmente a definição do acesso aos serviços de saúde: é que o tipo de família e o grupo sócio-económico do agregado familiar são condicionantes do acesso. Por exemplo, um reformado que resida permanentemente numa unidade de alojamento, em coabitação com activos, terá, implicitamente, um acesso aos serviços mais facilitado, quando comparado com o reformado que vive só. Os desempregados foram incluídas nas famílias respectivas, por não terem sido encontrados a residir sós.

No primeiro grupo social e económico (Elevado e Médio/Elevado), considerámos o director de empresa, professor universitário, proprietário de grande e média empresa, médico especialista, director de serviço e outros quadros superiores e dirigentes e ainda outros licenciados com pós-graduação ou especialização.

No segundo grupo (Médio/Ascenção) considerámos o chefe de secção, proprietário de comércio ou indústria de pequena empresa e ainda técnico especializado que trabalha por conta própria. Foram incluídas todas as situações de patrão ou trabalhadores por conta própria e licenciados que não tinham sido consideradas no grupo anterior.

O terceiro grupo (Médio) é constituído por empregado de comércio e trabalhador de serviços administrativos que dependem economicamente de um salário.

No quarto grupo (Médio/Baixo) incluímos as situações de trabalhadores manuais especializados (por exemplo, operários especializados, alfaiate, costureira) e que dominam tecnicamente uma profissão.

No quinto grupo (Baixo) considerámos as situações de trabalhadores manuais não especializados (empregada doméstica, servente de pedreiro, empregado auxiliar) que trabalham por conta de outrem à tarefa ou a contrato. Neste grupo incluímos ainda o trabalhador agrícola (não especializado) a laborar por conta própria ou de outrem, com coexistência em muitos casos, das duas situações.

No último e sexto grupo (Reformados), integrámos os reformados que vivem sós, os quais representam cerca de 16% da população inquirida.

Se somarmos os três últimos grupos – Médio/Baixo, Baixo e Reformados – o seu valor sobe aos 38,3%. Poder-se-á, então, concluir que parte relativamente considerável da população tem um acesso dificultado em virtude da condição sócio-económico.

QUADRO Nº 6.10. CONCELHO DE COIMBRA.
Grupos Sociais Segundo Áreas de Residência – Distribuição Percentual

GRUPOS SOCIAIS	URBANA CONSOLID.	PERIURBANA			TOTAL	
		RECENTE	DORMITÓRIO	RURAL	%	CASOS
MÉDIO/ ELEVADO	23,6	61,8	9,6	5	15,6	815
MÉDIO/ ASC..	11,9	49,1	19,7	19,3	22,1	1158
MEDIO	11,6	31,5	30,6	26,3	23,6	1233
MÉDIO/ BAIXO	11,1	24,5	34,4	30	18,5	966
BAIXO	20,6	32,6	22,3	24,5	4,5	233
REFORMADOS	19,1	41,4	18,3	21,2	15,8	829
TOTAL %	15	40,5	23,3	21,2	100	
Nº. CASOS	786	2117	1219	1112		5234

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 QUI-QUADRADO = 596,004; GL = 15; p <0,0001

ÁREAS DE RESIDÊNCIA - No quadro 6.10 pode ver-se a distribuição dos grupos sociais por áreas de residência. Verificámos que existe uma associação entre as tipologias de áreas consideradas e os grupos sociais, com diferenças significativas da distribuição percentual da população nos grupos sociais, segundo áreas de residência ($p < 0,0001$): distribuição heterogénea pelo espaço concelhio, com maior concentração na área periurbana de crescimento recente. Salientamos os Reformados, que residem nas áreas periurbanas dormitório e rural, com valores percentuais inferiores aos dos da área periurbana de crescimento recente. No entanto, se

considerarmos o somatório das áreas periurbanas dormitório e rural, o valor é superior. Em virtude de estas áreas periurbanas serem as mais afastadas da oferta de serviços de saúde e por isso usufruírem de uma menor acessibilidade geográfica (como foi referido no capítulo 5), podemos referir que cerca de 39,5% da população do grupo social Reformados tem dificuldade de acesso geográfico aos cuidados de saúde, principalmente aos níveis mais especializados.

Cerca de 41% do grupo Reformados residia em áreas periurbanas de crescimento recente. Talvez este fenómeno resulte de, nestas áreas, o Reformado viver com maior autonomia e, por isso, não tão dependente da família, como acontece em outras áreas geográficas.

6.1.2.2. Concelho de Góis

IDADE – No concelho de Góis foram entrevistadas 1.804 indivíduos sendo 991 (54,9%) do sexo feminino e 813 (45,1%) do sexo masculino (comparar com valores apresentados no quadro XI, Anexo 2).

Existe uma associação entre a distribuição dos grupos de idades e o sexo (Qui-quadrado = 27,25, gl = 16, $p < 0,05$). Até aos 44 anos registaram-se mais homens do que mulheres, a partir dos 50 ocorre a inversão da *sex/ratio*. Com excepção dos grupos de idade dos 55 aos 59 e dos 70 aos 74 anos em que os homens continuam a ser maioritários.

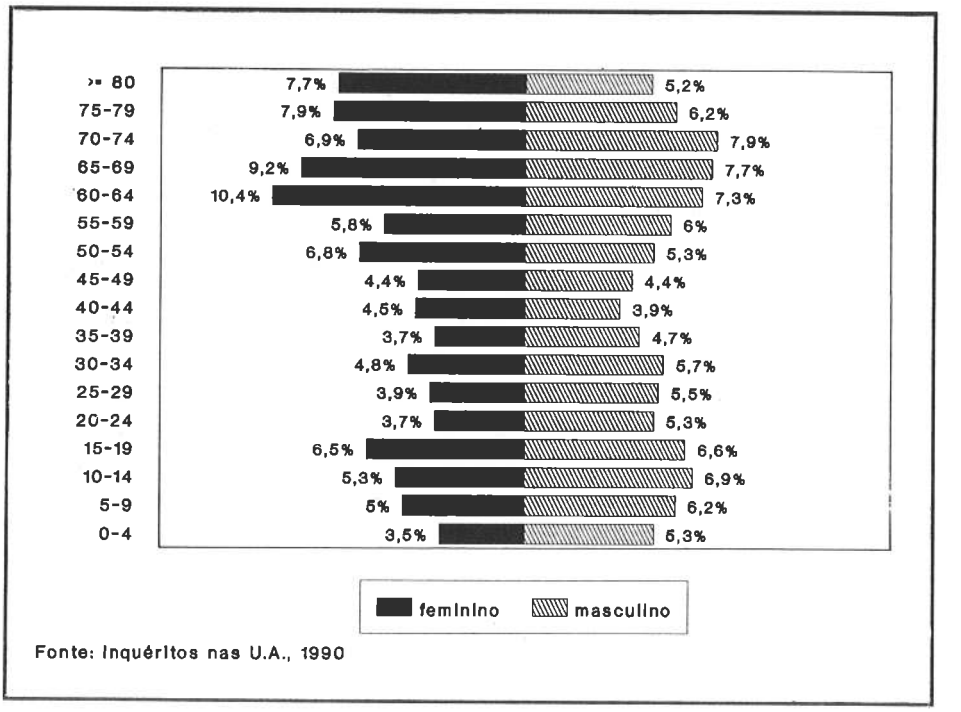


Fig. 6.7. Pirâmide de Idades do Concelho de Góis.

Cerca de 38% da população tem idade superior a 60 anos, em ambos os sexos. A população infantil, até aos 9 anos, tem percentagens baixas (9,8%). Apenas 54,7% da população tem idade activa (15 aos 64 anos). Sabe-se, contudo, que uma grande percentagem de população idosa se dedica à agricultura, mesmo depois da idade da reforma.

QUADRO Nº 6.11. CONCELHO DE GÓIS
Relação entre a População com Mais e Menos de 15 Anos.
Distribuição Percentual

FREGUESIAS	IDADE 0 A 14 ANOS (a)	IDADE 65 E + ANOS (b)	(b) / (a)
ALVARES	13,2	43	3,3
CADAFAZ	14,8	35,9	2,4
COLMEAL	13,4	48,6	3,6
GÓIS	18,7	17,2	0,9
VILA NOVA CEIRA	13,8	27,2	2,0
TOTAL DO CONCELHO	15,9	39,4	2,5

FONTE: Inquéritos nas U.A. ,1990

O quadro 6.11 permite-nos analisar a relação entre a população com 65 e mais anos e a população com menos de 15 anos, desagregada ao nível da freguesia. Existem diferenças significativas da distribuição dos grupos de idade nas freguesias ($p < 0,001$). É notório que na freguesia de Góis há menos população com idade superior a 65 anos. Nas freguesias de Colmeal, Alvares, Cadafaz e Vila Nova do Ceira predomina a população em idade de reforma, sendo de realçar que, nas três primeiras, os habitantes com mais de 65 anos representam mais de 35% da população.

ESTADO CIVIL – Mais de metade da população entrevistada é casada (57,1%). A percentagem de viúvos é alta (10,4%). Verificou-se que o estado civil varia significativamente com o sexo (Qui-quadrado = 91,10, gl = 3, $p < 0,0001$), revelando a análise dos resíduos ajustados que as maiores diferenças foram encontradas entre os casados, viúvos e separados/divorciados. Nestes dois últimos grupos os valores percentuais são mais elevados na população feminina enquanto a subpopulação dos casados é superior no sexo masculino. Pode concluir-se, então, que existem mais mulheres a viver sozinhas – mulheres viúvas, divorciadas ou a viverem separadas dos maridos – do que os homens (quadro 6.12).

QUADRO Nº 6.12 CONCELHO DE GÓIS.

Estado Civil Segundo Grupos de Idade e Sexo – Distribuição Percentual

	GRUPOS DE IDADE	ESTADO CIVIL				TOTAL	CASOS
		SOLTEIRO	CASADO	VIUVO	SEP/DIV.		
SEXO FEMININO	<=14	100	0	0	0	13,9	138
	15-24	77,2	4,2	1	0	10,2	101
	25-44	5,9	28,4	3	3	17,1	169
	45-64	10,7	38,9	11,1	3	27,3	271
	65-74	8,2	58,2	30,2	2,5	15,9	158
	=>75	12,3	37	47,5	0,6	15,5	154
TOTAL	(%)	29	52,9	16,3	1,8	100	
	CASOS	287	524	162	18		991
SEXO MASCULINO	<=14	100	0	0	0	18,3	149
	15-24	89,7	9,3	0	1	11,9	97
	25-44	14,9	83,9	0,6	0,6	19,8	161
	45-64	2,1	95,2	1,6	1,1	23	187
	65-74	6,3	86,6	7,1	0	15,6	127
	=>75	5,4	80,4	14,1	0	11,3	92
TOTAL	(%)	34,1	62,2	3,2	0,5	100	
	CASOS	277	506	26	4		813
TOTAL DA POPULAÇÃO	<=14	100	0	0	0	15,9	287
	15-24	83,3	15,7	0,5	0,5	11	198
	25-44	10,3	86,1	1,8	1,8	18,3	330
	45-64	7,2	83,4	7,2	2,2	25,4	458
	65-74	7,2	70,9	20,4	1,4	15,8	285
	=>75	9,8	53,3	36,6	0,4	13,6	246
TOT.GERAL	(%)	31,3	57,1	10,4	1,2	100	
	CASOS	564	1 030	188	22		1 804

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 1437,93; GL = 15; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A,1990

Não se apresentam os valores de Qui Quadrado para os sexos feminino e masculino porque mais de 20% de células da tabela têm valor esperado inferior a 5.

ESCOLARIDADE – No total da população entrevistada a escolaridade varia em função dos grupos de idade tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas de níveis de escolaridade segundo os grupos de idade ($p < 0,0001$). Domina, com quase 50%, o nível mais baixo de escolaridade: de um a quatro anos. A acrescentar a este facto junta-se a elevada percentagem sem escolaridade na população com idade superior a 7 anos (24,7%). Verifica-se, contudo, que os valores mais elevados de população sem escolaridade surgem na população de idade superior a 45 anos. Só uma pequena percentagem tem a escolaridade obrigatória (10,5%), correspondendo, principalmente, aos grupos de idade até aos 24 anos. A escolaridade correspondente a mais de 10 anos, é apenas privilégio de uma reduzida fatia de população.

QUADRO Nº 6.13 CONCELHO DE GÓIS

Escolaridade Segundo Idade e Sexo – Distribuição Percentual

		Anos de Escolaridade					
	Idade	0	1-4	5-6	7-9	10-12	>12
SEXO FEMININO	≤14	12,6	51,5	29,1	6,8		
	15-24		27,7	31,7	26,7	11,9	
	25-44	1,2	68	9,5	14,2	6,5	0,6
	45-64	36,5	60,1	1,1	1,1	0,7	0,4
	65-74	48,1	50,6	1,3			
	≥75	77,9	22,1				
	TOTAL	35	47,7	8,4	6,2	2,5	0,2
	CASOS	347	473	83	61	25	2
SEXO MASCULINO	≤14	11,3	50,9	39,1	0,9		
	15-24		23,7	39,2	22,7	13,4	2,2
	25-44	3,1	63,4	11,2	14,3	6,8	
	45-64	22,5	70,1	4,8	1,1	0,5	1,1
	65-74	34,6	63	1,6	0,8		
	≥75	60,9	39,1				
	TOTAL	24,7	52,4	13,2	6	3,1	0,6
	CASOS	201	426	107	49	29	5
TOTAL POPULAÇÃO	≤14	12	51,2	34,7	3,8		
	15-24	1	25,8	35,4	24,7	13,1	
	25-44	2,1	65,8	10,3	14,2	6,7	0,9
	45-64	30,8	64,2	2,6	1,1	0,4	0,2
	65-74	42,1	56,1	1,4	0,4		
	≥75	71,5	28,5				
	TOTAL	30,4	49,8	10,5	6,1	3	0,4
	CASOS	549	899	190	110	54	7

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A., 1990

A análise do nível de escolaridade em função do sexo revela que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de escolaridade entre os sexos (Qui-quadrado = 28,58, gl = 5, $p < 0,0001$). Os resíduos ajustados demostram que a diferença mais acentuada se verifica ao nível dos 0, 1 a 4 e de 5 a 6 anos de escolaridade, sendo os valores percentuais superiores na população masculina, nestes dois últimos grupos. Ou seja mais anos de ensino nos homens e mais mulheres sem instrução formal.

A população com menos escolaridade corresponde à residente na área rural (figura 6.8).

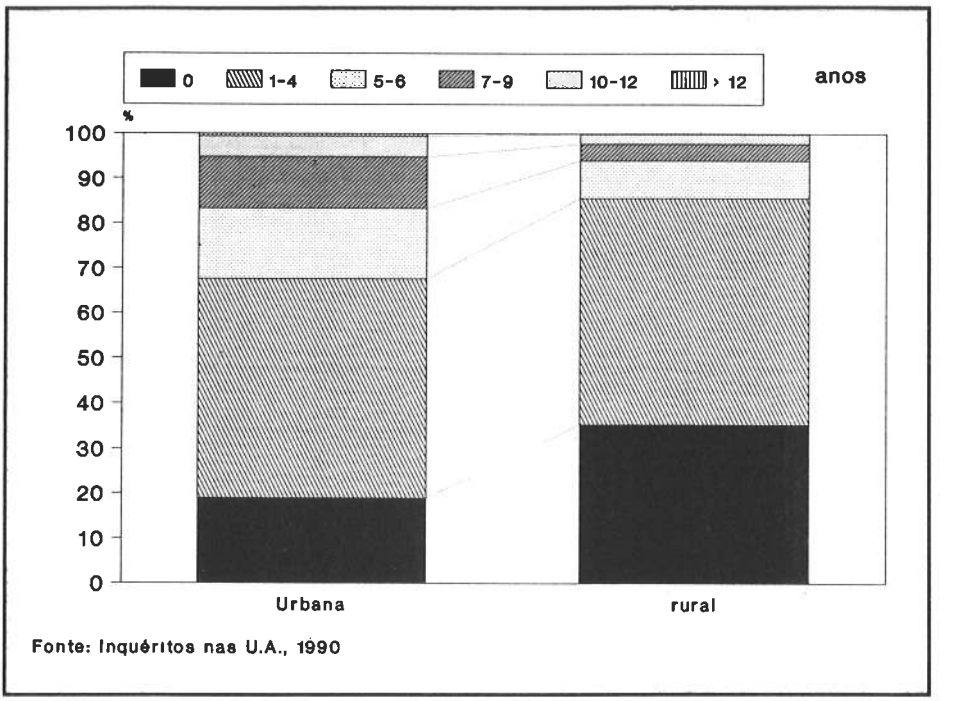


Fig. 6.8. Escolaridade Segundo Áreas de Residência

SITUAÇÃO ECONÓMICA – Dos 1.804 entrevistados apenas 26,4% referiu ser activo, ou seja, desempenhar uma actividade remunerada. Os reformados, no total (por idade e invalidez) somam 43,8%, valor superior ao número de activos. As donas de casa e outros economicamente em situação de transição – desempregados ou à procura do 1º emprego, considerados não activos – são também em número elevado.

Existe uma associação entre a situação económica e os grupos de idade no total da população ($p < 0,0001$), no sexo feminino ($p < 0,0001$) e no masculino ($p < 0,0001$), como pode ser observado no quadro 6.14. Aí se vê que os activos predominam nos grupos etários dos 15 aos 45 anos. Na faixa dos 45 aos 64 anos, considerada de população em idade activa, contrariamente ao que seria de esperar, os reformados por invalidez apresentam valores superiores aos dos activos. Assinale-se ainda a população, com idade inferior a 15 anos, que referiu desempenhar uma função economicamente activa (1,7%), consequência talvez do abandono prematuro da escola.

O enorme peso da população envelhecida, acrescida às dificuldades sócio-económicas (falta de postos de trabalho no concelho), está na origem do desequilíbrio entre activos/não activos, bem patente neste quadro. Refira-se, contudo, que tanto as donas de casa como os reformados praticam a agricultura, mesmo que a tempo parcial, conseguindo acrescentar alguns proventos à sua magra economia. A situação de dona de casa, com valores muito elevados, pode escamotear o trabalho activo que, na realidade, as mulheres desempenham na agricultura.

QUADRO Nº 6.14 CONCELHO DE GÓIS.

Situação Económica Segundo Grupo de Idade e Sexo – Distribuição Percentual

	GRUPOS DE IDADE	ECONOM. ACTIVOS	ECONOMICAMENTE INACTIVOS				
			ESTUDANTE	DONA CASA	REFORMADOS IDADE	REFORMADOS INVALID.	OUTROS
SEXO FEMININO	<=14	1,2	94	3,6	0	0	1,2
	15-24	25,7	23,8	26,7	0	1	22,8
	25-44	40,8	0	49,1	0	4,1	5,9
	45-64	12,5	0	29,2	5,2	51,3	1,8
	65-74	1,3	0	8,2	33,5	57	0
	=>75	0	0	3,2	63	33,8	0
TOTAL	(%)	14,1	11,0	22,4	17,5	30,8	4,2
	CASOS	132	103	210	164	289	39
SEXO MASCULINO	<=14	2,2	96,8	0	0	0	1,1
	15-24	63,9	22,7	0	0	1,8	12,4
	25-44	87,6	1,2	0	0	6,2	5
	45-64	56,7	0	0	3,2	39	1,1
	65-74	3,1	0	0	30,7	66,1	0,2
	=>75	0	0	0	53,3	46,7	0
TOTAL	(%)	41,6	15,1	0	12,4	27,9	3
	CASOS	315	114	0	94	211	23
TOTAL DA POPULAÇÃO	<=14	1,7	95,5	1,7	0	0	1,1
	15-24	44,4	23,2	13,6	0	1	17,7
	25-44	63,6	0,6	25,2	0	5,2	5,5
	45-64	30,6	0	17,2	4,4	46,3	1,5
	65-74	2,1	0	4,6	32,2	61,1	1
	=>75	0	0	2	59,3	38,6	0
TOTAL GERAL	(%)	26,4	12,8	12,4	14,3	29,5	3,7
	CASOS	447	217	210	258	500	62

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 1444,22; GL = 25; p <0.0001

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO= 1138,55; GL = 25 ; p <0.0001

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 2569,51; GL = 25; p <0.0001

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Quando se analisa a situação económica do sexo feminino, reconhece-se que a percentagem de activos é baixa, enquanto que a dos reformados é, pelo contrário, alta. Entre o sexo masculino a população activa corresponde a cerca de 41% da população entrevistada.

A principal fonte de rendimento da população entrevistada é constituída por pensões, quer na população feminina quer na masculina, e pelo rendimento do trabalho. Verifica-se ainda na figura 6.9 que 32,8% da população entrevistada vive dependente de familiares, não usufruindo de uma fonte de rendimento directa.

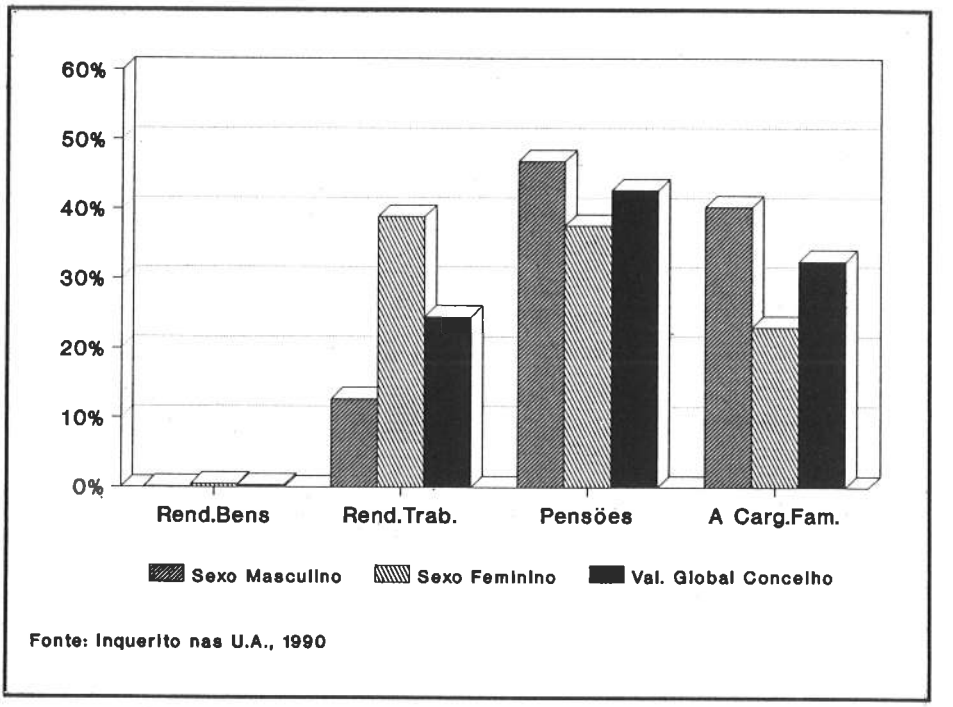


Fig. 6.9. Concelho de Góis. Principal Fonte de Rendimento Segundo o Sexo.

OCUPAÇÃO – Também no concelho de Góis sobressaem dois grandes grupos profissionais: operários especializados e empregados de comércio (quadro 6.15).

À semelhança do que acontecia no concelho de Coimbra o tipo de ocupação entre a população do sexo masculino e feminino é significativamente diferente (Qui-quadrado = 305,08, gl = 7, $p < 0,001$).

QUADRO Nº 6.15. CONCELHO DE GÓIS.
Ocupação Segundo Sexo – Distribuição Percentual

OCUPAÇÃO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	CASOS
Trabalhador agrícola	11,4	9,5	10	45
Serviços auxiliares	15,9	1	5,4	24
Operário especializado	18,5	51,8	42,8	194
Trabalhador indiferenciado		1	0,7	3
Empregado de comércio	27,3	27,3	27,3	122
Proprietário/Gerente	15,2	7,6	9,8	44
Quadro médio e superior	9,1	6	3,1	14
Director		1,3	0,9	4

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

Os operários especializados são essencialmente do sexo masculino. Verificam-se, ainda, desigualdades noutros grupos profissionais: o sexo feminino apresenta valores percentuais mais elevados no caso dos trabalhadores agrícolas, serviços auxiliares e domésticos, proprietários, gerentes, quadros médios e superiores. Cargos ao nível da direcção são exercidos por homens, embora em percentagem muito baixa (figura 6.10).

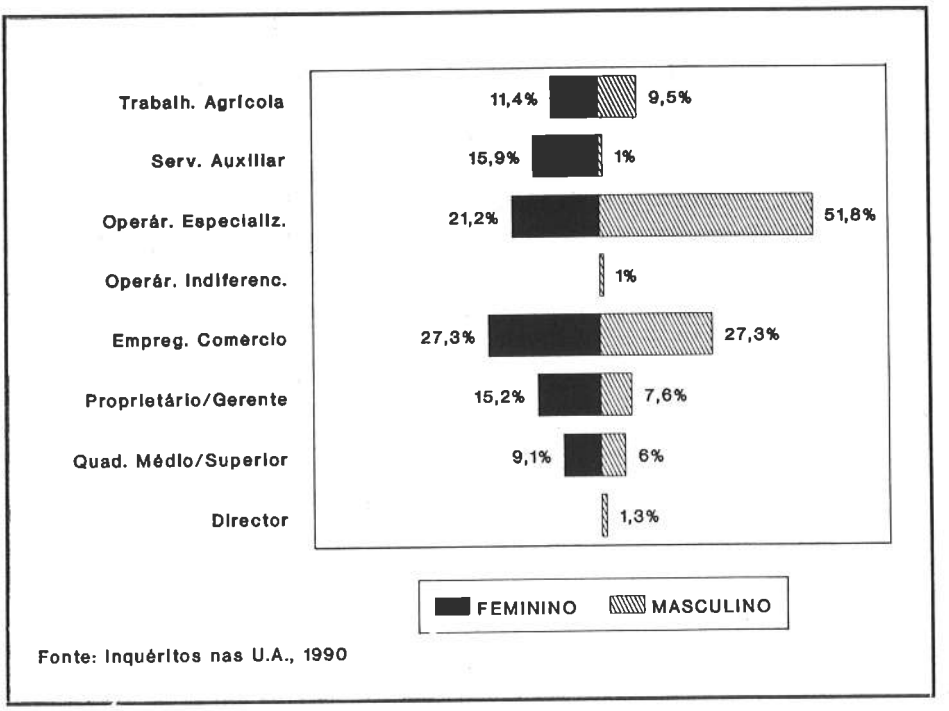


Fig. 6.10. Concelho de Góis Ocupação Segundo o Sexo.

Mais de 75% da população entrevistada referiu ter tido um rendimento, no último mês anterior à entrevista, inferior a 20 contos e apenas 0,5% declaram ter tido mais de 100 contos (figura 6.11). Verificam-se diferenças significativas nos escalões de rendimento entre a população masculina e feminina ($p < 0,0001$). Esta tem valores percentuais mais elevados nos escalões de rendimento mais baixos (até 20 contos), enquanto na população masculina esses valores se registam no escalão dos 36 aos 100 contos, como pode ser observado na figura 6.12.

GRUPOS SÓCIO-ECONÓMICOS E ÁREAS DE RESIDÊNCIA – Organizámos grupos sócio-económicos seguindo os mesmos critérios utilizados para o concelho de Coimbra. A distribuição dos grupos sociais por áreas de residência está patente no quadro 6.16. O valor do qui-quadrado atesta a significância das diferenças entre estas áreas na distribuição dos grupos sociais (Qui-quadrado = 189,59, gl =5, $p < 0,001$).

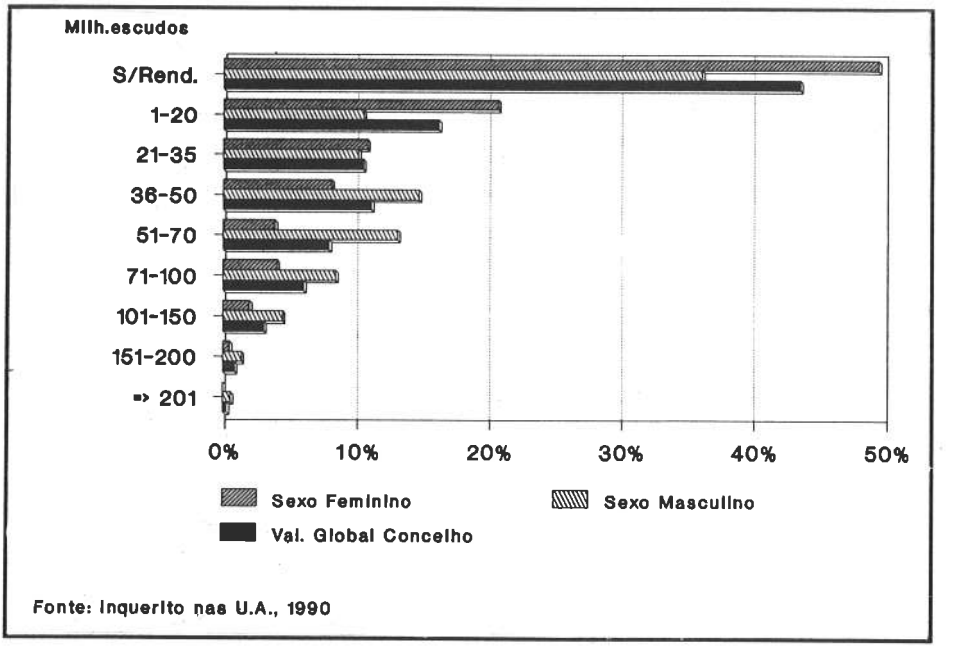


Fig. 6.11. Concelho de Góis. Escalões de Rendimento Segundo Sexo

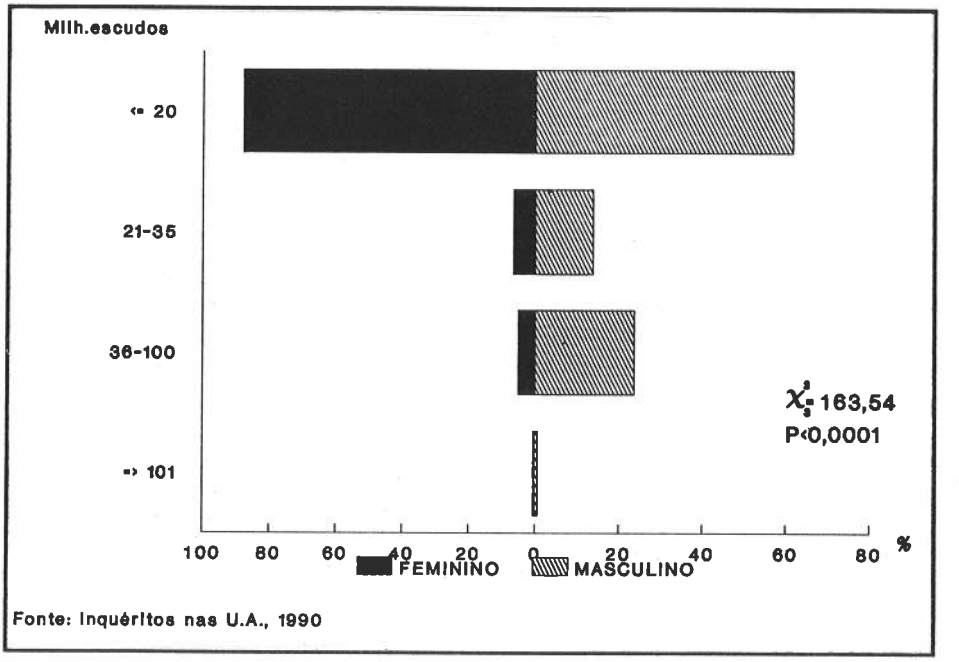


Fig. 6.12. Concelho de Góis. Rendimento num Mês Segundo Sexo.

QUADRO Nº 6.16. CONCELHO DE GÓIS.
Grupos Sociais Segundo Áreas de Residência – Distribuição Percentual

GRUPOS SOCIAIS	ÁREAS DE RESIDÊNCIA		TOTAL	
	URBANA GÓIS	RURAL GÓIS	(%)	CASOS
MÉDIO/ELEVADO	5,9	1	2,4	44
MÉDIO/ ASCEN.	25,3	13,1	16,8	303
MÉDIO	19,4	10,9	13,5	243
MÉDIO/BAIXO	22,7	16,1	18,1	326
BAIXO	5,5	6,1	5,9	107
REFORMADOS	21,1	52,8	43,3	781
TOTAL %	30	70	100	
CASOS	541	1 263		1 804

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990 QUI-QUADRADO = 189,59; GL= 5; p < 0,0001

Domina o grupo social Reformados, 52,8% dos quais residem em áreas rurais.

Na área urbana de Góis existe uma maior ligação do idoso com a família, muitas vezes habitando na mesma unidade de alojamento. Deste facto resulta que a percentagem do grupo social Reformados é mais baixa na área urbana de Góis do que nas rurais, para além de ser a freguesia de Góis que tem menos população com idade superior a 64 anos, no contexto do concelho.

Dos outros grupos considerados, o que tem valores percentuais mais elevados é o grupo social Médio/Baixo. Os grupos sociais Médio/Elevado, Médio/Ascenção e Médio, têm valores mais elevados em Góis (freguesia) de que nas freguesias eminentemente rurais.

6.2. A POPULAÇÃO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

Dos 5324 entrevistados no concelho de Coimbra (quadro 6.17), 71,1% referiram pertencer ao Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.), 18,5% à Assistência na Doença aos Servidores do Estado (A.D.S.E.), 6,1% aos Serviços Sociais de Empresas e apenas 4,3% a outros subsistemas, nos quais está incluído o seguro de saúde (1,8%) (figura 6.13).

Ainda no mesmo quadro podem observar-se os valores percentuais do concelho de Góis: 84,3% S.N.S., 10,3% A.D.S.E., 2,2% Serviços Sociais de Empresas e 3,2% outros tipos (0,1% seguro de saúde) (figura 6.14).

Conclui-se que o Serviço Nacional de Saúde é o subsistema que tem mais população, em ambas as áreas geográficas, tendo valores relativos superiores no concelho de Góis.

Mais de 50% da população entrevistada está inscrita há mais de um anos e menos de seis e 10% há menos de um ano (quadro 6.18).

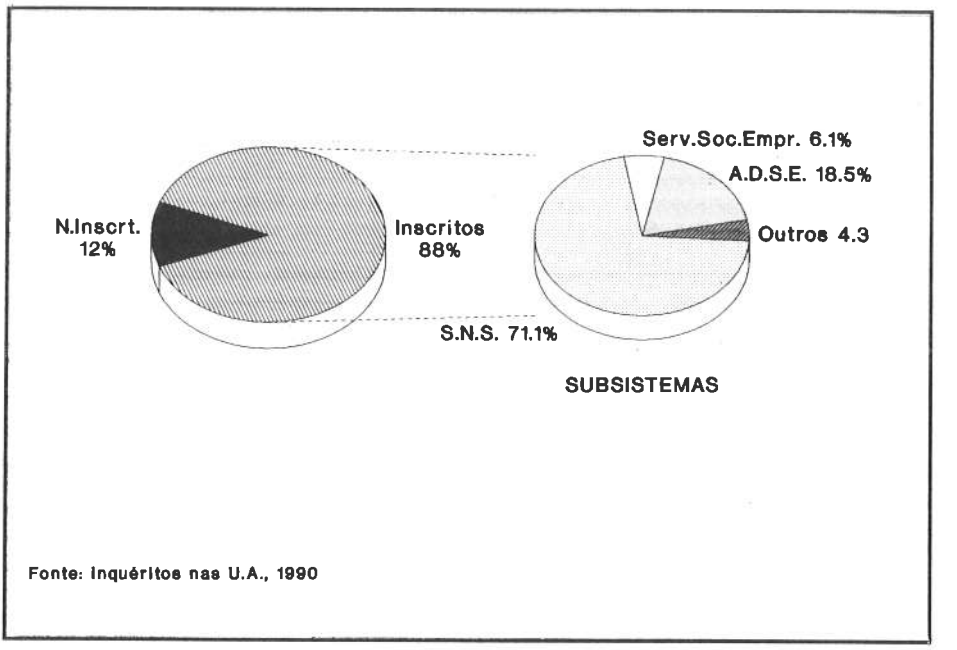


Fig.6.13. Concelho de Coimbra.Inscritos no Centro de Saúde Segundo Subsistema do Utilizador

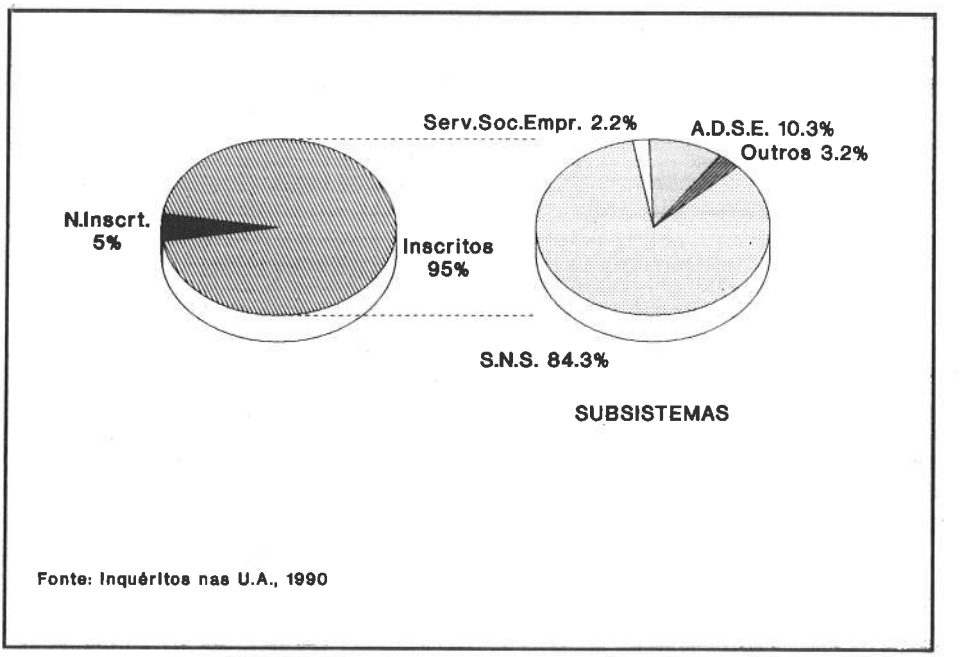


Fig. 6.14. Concelho de Góis. Inscritos no Centro de Saúde Segundo Subsistema do Utilizador

QUADRO Nº 6.17. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Subsistemas de Saúde do Utilizador – Distribuição Percentual

	CONCELHO DE COIMBRA			CONCELHO DE GÓIS		
SUBSISTEMA	SEXO FEM.	SEXO MASC.	TOTAL	SEXO FEM.	SEXO MASC.	TOTAL
ADSE	18	19,2	18,5	8,9	12,1	10,3
SNS	82	80	81,1	87,9	81,2	84,3
S. SOCIAIS EMP.	5,7	6,5	6,1	1,8	2,7	2,2
OUTROS	4,3	4,3	4,3	2,4	4	3,2

FONTE: Inquéritos nas U,A,,1990

No concelho de Góis, a percentagem de população inscrita no centro de saúde é superior à do concelho de Coimbra (95,5% e 87,9%, respectivamente). Quase 100% da população estava inscrita no centro de saúde da respectiva área de residência. No quadro 6.19 podem ver-se quais as duas principais razões por que a população se inscreveu nesse centro de saúde: por ser o mais acessível relativamente á residência e por lhes ter sido imposto. Razões que se ligam com a prestação dos cuidados de saúde são apresentadas por uma pequena percentagem.

QUADRO Nº 6.18. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Tempo de Incrição no Centro de Saúde ou Extensão – Distribuição Percentual

TEMPO DE INSCRIÇÃO (ANOS)	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
<1	12	4,4	10
1- 5	52,4	69,3	56,7
6- 10	13,7	13,6	13,7
11- 15	8,2	8,4	8,3
> 15	13,7	4,3	11,3

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº 6.19. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Razão de Inscrição no Centro de Saúde ou Extensão – Distribuição Percentual

	CONCELHO DE COIMBRA			CONCELHO DE GÓIS		
RAZÕES	SEXO FEM.	SEXO MASC.	TOTAL	SEXO FEM.	SEXO MASC.	TOTAL
Mais acessível	52,3	52,4	52,4	77,3	76,3	76,8
Bom atendimento dos prestadores	1,6	1,4	1,5	3,2	3,4	3,3
Imposição	44,5	44,3	44,4	19,5	20,3	19,9
Não sabe	1,6	1,9	1,7			

CONCELHO DE COIMBRA Nº DE CASOS = 4603 CONCELHO DE GÓIS Nº DE CASOS = 1722
FONTE Inquéritos nas U.A.,1990

Verificou-se que apenas uma pequena percentagem da população entrevistada (1,8% e 0,1%, respectivamente nos concelhos de Coimbra e Góis) referiu ter seguro de saúde, mas o

conhecimento acerca da existência desses seguros era de 33,6% no concelho de Coimbra e 27,2% no concelho de Góis. Quando a população foi questionada (relativamente às crianças a opinião era expressa pelos pais) quanto ao tipo de seguro de saúde que gostaria de adquirir (quadro 6.20), verificou-se que 71,1% respondeu que compraria um seguro que cobrisse todos os actos médicos, 8,8% um que contemplasse consultas de especialistas e 6,6% um seguro que pagasse medicamentos. O tipo de seguro maioritariamente escolhido – seguro global – traduz as carências – ao nível da rapidez e da facilidade – que os respondentes encontram ao nível do S.N.S. e, também, aquilo que poderíamos considerar como a "miragem" dos serviços privados, isto é, a expectativa (por vezes ficcional) de encontrar respostas às suas necessidades de saúde, qualitativamente melhores, no sector privado.

QUADRO Nº 6.20. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Tipos de Seguros – Distribuição Percentual

TIPOS DE SEGUROS	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
Consulta Especialista	2,8	25,9	8,8
Consultas Clínica Geral	2,6	1,9	2,4
Intervenções Cirúrgicas	6,7	1,9	4,8
Medicamentos	6,3	7,6	6,6
Tratamentos	1	19,5	5,7
Cobre Todos Actos Médicos	80,3	43,1	71,1
TOTAL	100	100	100

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Nº DE CASOS = 7038

6.3. SÍNTESE

As condições de habitabilidade precárias ou insuficientes – definidas, por exemplo, por baixa cobertura de saneamento básico, de distribuição de água ao domicílio, rede de esgotos e outras – podem potenciar maus estados de saúde.

É nas freguesias periurbanas, que se situam nos limites Norte e Noroeste do Concelho de Coimbra e marcadas ainda pela ruralidade que se verificam más condições de habitabilidade, materializadas nas elevadas percentagens de unidades de alojamento que não são providas de água canalizada, de instalações de banho e retrete, para além de os esgotos serem, em seis freguesias, a céu aberto ou com fossas no quintal.

A possibilidade de contrair doença, poderá ser consequência directa ou indirecta das más condições da habitação?

O número de divisões dos alojamentos é maior nas freguesias periurbanas dormitório e rural, sendo o número médio quase sempre superior ao do valor global do concelho (6,24). Verifica-se, no entanto, que o número de divisões por pessoa é menor nestas áreas em resultado da dimensão média da família ser também maior.

Verifica-se ainda que em algumas freguesias rurais a posse de automóvel é percentualmente baixa, bem como na freguesia urbana de Almedina, na qual reside uma população envelhecida e de baixo rendimento.

No concelho de Góis a salubridade e conforto é privilégio de uma pequena parte da população que reside, essencialmente, na freguesia de Góis, sede de concelho. Na maior parte dos lugares dispersos pelo espaço rural as condições de habitabilidade dos alojamentos são más. Refira-se, por exemplo, o caso da freguesia do Colmeal, com 25% das unidades de alojamento sem água canalizada, 92% sem esgotos ligados à rede pública, 48,36% sem instalação de banho ou duche, 31% sem retrete e 8,9% sem electricidade. Relativamente ao número médio de divisões, no concelho de Góis destacam-se as freguesias de Góis e Vila Nova do Ceira onde, simultaneamente, encontramos as maiores percentagens de residências com água canalizada, esgotos ligados à rede pública, banheira e retrete no alojamento

As desigualdades no acesso geográfico estão bem patentes nas áreas administrativas mais afastadas dos serviços existentes: como foi referido no capítulo 5, são as que têm uma pior acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde – centros de saúde, hospitais, laboratórios de análises e radiologia, etc. (tempos de percurso mais longos e menor frequência de transportes públicos) e, simultaneamente, menor mobilidade por carro próprio. No concelho de Góis o valor médio de unidades de alojamento com automóvel é, apenas, 29,5%.

A possibilidade de utilizar transporte privado pela população do concelho de Coimbra é consideravelmente superior, comparativamente com os valores referidos no concelho de Góis.

Em suma, são várias as condições que propiciam a necessidade de utilizar serviços de saúde (por exemplo, percentagem de população com idade avançada ou reformados por invalidez, más condições sanitárias, etc.) mas a dificuldade de acesso físico (inexistência de serviços de saúde localizados próximo da área de residência, falta de transportes públicos ou estradas, etc.) ou económico (população rural de rendimento baixo) tornam difícil a concretização do acto médico. Por isso, os residentes nas áreas rurais, embora com necessidades de cuidados de saúde (percebidas ou normativas), ficam sujeitos à capacidade financeira para vencer as barreiras físicas (distância aos serviços de saúde, principalmente Centro de Saúde localizado na sede do concelho e Hospital de Coimbra).

No concelho de Coimbra, 70% da população tinha entre 15 e 64 anos, pelo que se enquadrava na idade activa. Encontrámos ainda que o nível de escolaridade era baixo (37,3% tinha apenas a 4ª classe e 9,9% nem sequer fora à escola). Com 12 ou mais anos de escolaridade apenas registámos 8,2%. Cerca de 43% da população tinha uma profissão remunerada, 24,9% eram estudantes, 9,5% donas de casa e 19,7% reformados (9,5% por idade e 10,2% por invalidez). Domina a situação dos economicamente activos, com destaque para os grupos profissionais dos operários especializados, dos empregados de comércio, dos quadros médios e dos superiores e empregados de serviços auxiliares. Verifica-se que 41,5% da população apresenta condições sociais e económicas que se identificam pelo trabalho manual com pouca ou sem especialização, que auferem de salários baixos e sem outra fonte de rendimento que não seja o trabalho. Residem em áreas periurbanas dormitório e rural, essencialmente. Os reformados que vivem sós (15,8%) merecem referência em separado, em virtude de constituírem um grupo com necessidade de cuidados de

saúde mais frequentes, quer pela idade quer por viverem sem cuidados familiares. Encontrámos esta situação com mais frequência na área periurbana recente, o que, em termos de acesso aos serviços de saúde, é vantajoso.

Relativamente ao total da população entrevistada, 15% residia na área urbana consolidada, 40,5% na periurbana de crescimento recente, 23,3% na periurbana dormitório e 21,2% na periurbana rural. Como foi referido no capítulo 5, estas duas áreas geográficas estão afastadas do centro da cidade por isso, cerca de 44% desse total tem, potencialmente, maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde localizados na cidade de Coimbra.

No concelho de Góis o principal factor de que resulta, em parte, a economia e, consequentemente, as condições sociais desvantajosas, é o facto de a pirâmide de idades ser invertida, com uma grande percentagem de população com mais de 60 anos. Cerca de 44% da população tem reforma por idade e invalidez. As donas de casa, os estudantes e as outras situações não remuneradas (procura 1º emprego, desempregado, etc, 3,7%) são também situações economicamente não remuneradas e, por isso, somente 26,4% da população do concelho de Góis tem uma profissão da qual aufere um rendimento. Não deve ser esquecido o trabalho não remunerado, praticado na agricultura e que, de forma indirecta, pode contribuir para o aumento do rendimento familiar. Contudo, estamos numa área de agricultura de subsistência e não de mercado. Existem dois grandes grupos profissionais ligados ao trabalho manual: operários e empregados de comércio, além da agricultura (como actividade remunerada) que ocupa 10% da população. O nível de escolaridade é rudimentar: 24,7% dos entrevistados com idade superior a 7 anos não frequentou a escola primária e 49,8% da população tem apenas a 4ª classe. Atendendo às condições sócio-económicas, salientamos o caso evidente dos Reformados que vivem sós (43,3%) e residem na área rural do concelho de Góis, ou seja fora da freguesia de Góis, local onde se concentra a oferta de serviços de saúde de carácter mais especializado (Centro de Saúde, Serviço de Atendimento Permanente e Internamento). Por isso, uma grande percentagem da população reside afastada dos serviços de saúde concelhios. Por ser a mais carenciada, é, por isso, também potencialmente, a que mais os utiliza.

No concelho de Góis o quadro é muito diferente e contrasta mesmo com o de Coimbra. Não só pela morfo-funcionalidade de cada espaço (concelho de Coimbra: urbano, concelho de Góis: rural) mas, também e principalmente, pelas características demográficas e sócio-económicas (figura 6.15, 6.16, 6.17 e 6.18).

Verificaram-se ainda diferenças no tipo de subsistema utilizado em Coimbra e Góis, sendo o Serviço Nacional de Saúde o que cobre percentualmente mais população (84,3%) em ambas as áreas geográficas. No concelho de Góis em cada 100 entrevistados cerca de 87 referiram que o acesso à saúde era através do S.N.S., enquanto em Coimbra este valor é de 81. A inscrição no centro de saúde foi essencialmente feita nos últimos anos, revelando a adesão recente da população urbana aos cuidados de saúde primários públicos. No entanto, a inscrição efectuada nos últimos anos é, em alguns casos, resultante de um conjunto de medidas que geraram alterações na relação entre o potencial utilizador e o prestador – por exemplo, para a vacinação ou obtenção de certificados, é necessário ter uma inscrição no centro de saúde. Talvez por esse facto, cerca de 45% da população do concelho de Coimbra diz ter-se inscrito por imposição e não por vontade de pertencer ou utilizar frequentemente esses serviços.

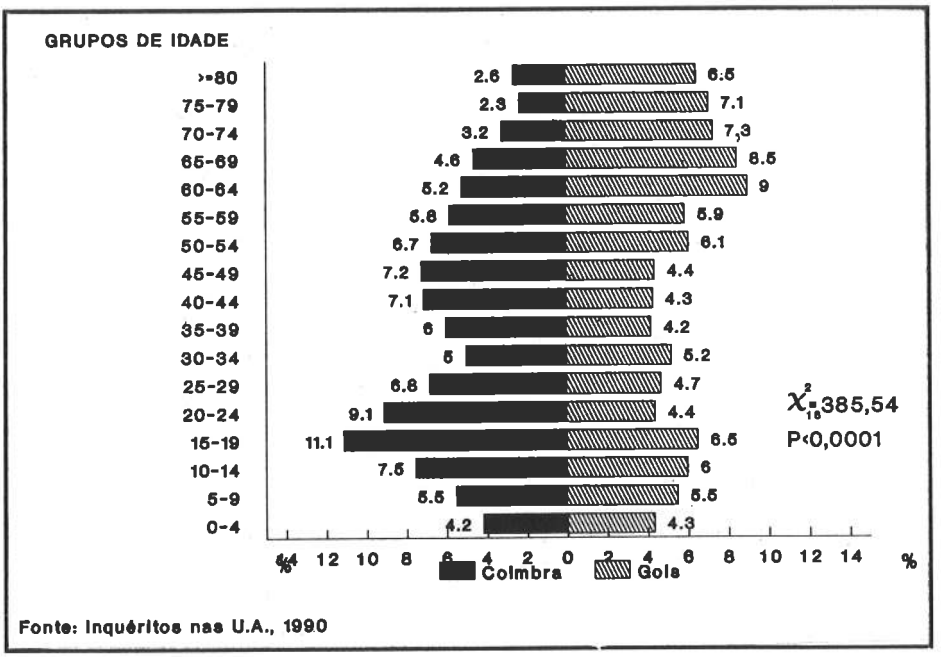


Fig. 6.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Comparação dos Grupos de Idade

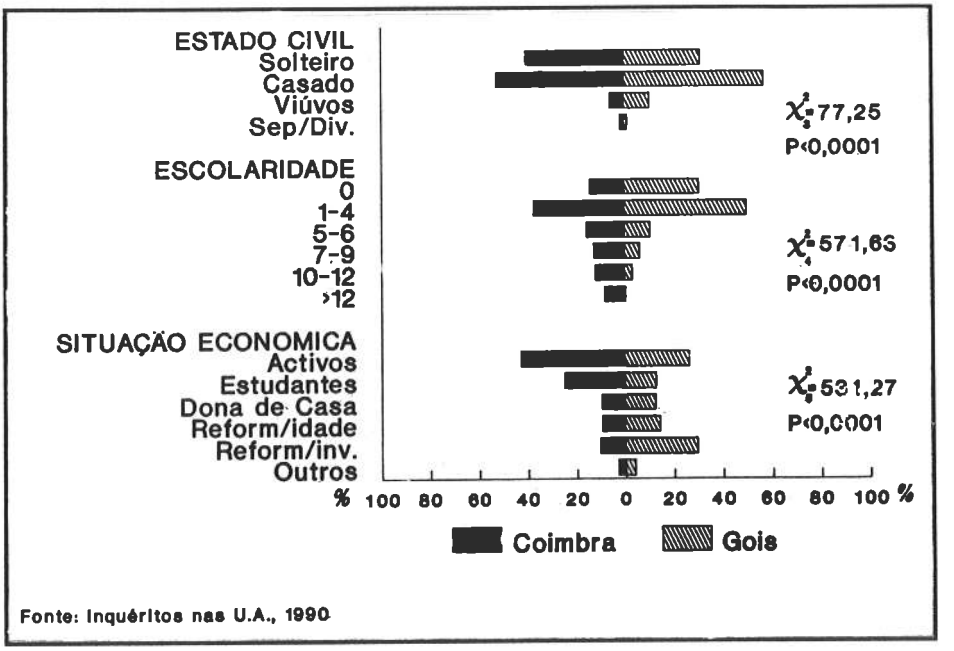


Fig. 6.16. Concelhos de Coimbra e Góis. Características da População.

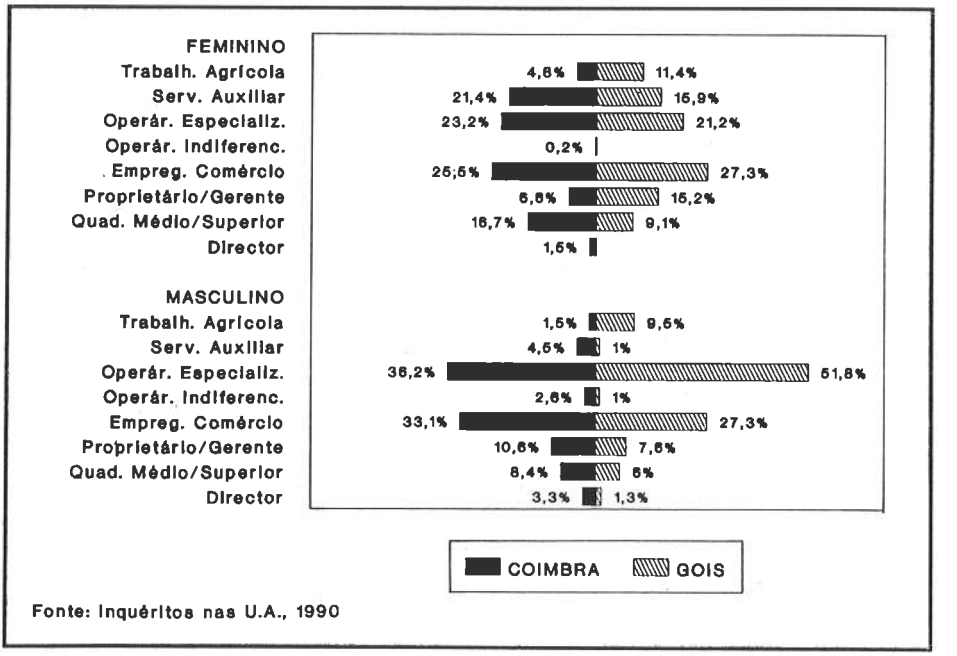


Fig. 6.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Ocupação Segundo o Sexo.

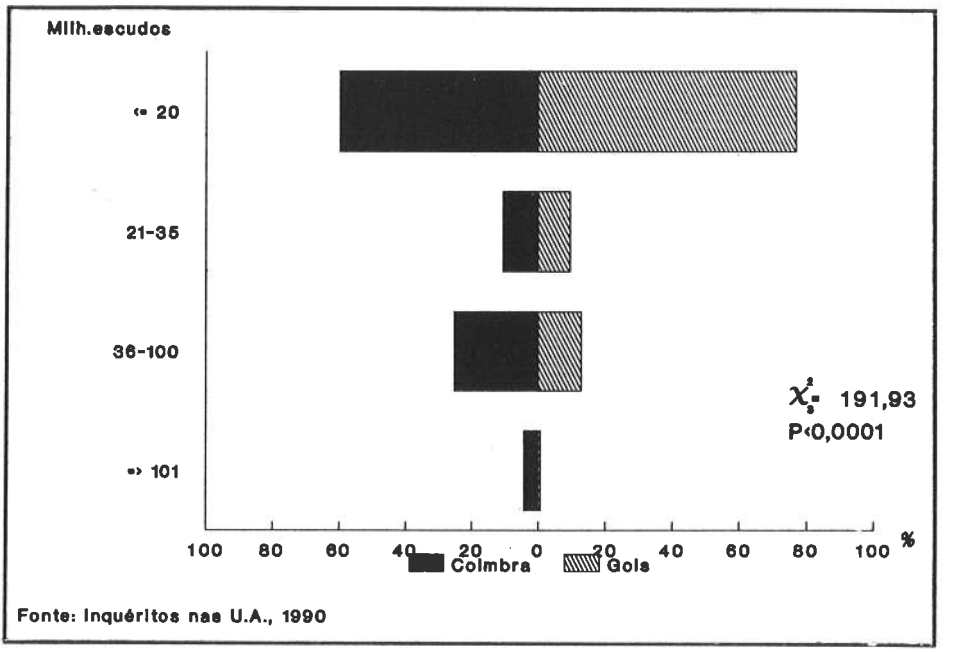


Fig. 6.18. Concelhos de Coimbra e Góis. Rendimento Num Mês Segundo o Sexo

CAPÍTULO 7.
DETERMINANTES DA PROCURA

7.1. NECESSIDADES E UTILIZAÇÃO

Foram já referidas, no capítulo anterior, as características da população em estudo (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, grupos sociais e áreas de residência). Algumas destas variáveis determinam condições de maior utilização de cuidados de saúde, interagindo com outras, de carácter diferente, que estão relacionadas com as condições da oferta dos serviços de saúde (tipo, organização e distribuição dos serviços de saúde).

Neste capítulo, a preocupação dominante reside em estabelecer relações entre a percepção de "doença" e as características da população entrevistada (por exemplo, sexo, idade, grupo social, área de residência). Alguns autores, que se referem às necessidades de cuidados de saúde (FORDER, 1974; CULYER, 1976; NEVITT, 1977; AKIN, 1985; EYLES, 1987a) e 1987b); MOONEY, 1986; SILVA, 1988; SIMÕES, 1989; GARROCHO, 1992), reconhecem a importância das características individuais (idade, sexo, etc.), e das condições da comunidade e das unidades de alojamento que afectam o estado de saúde e, consequentemente, a necessidade de utilizar os serviços de saúde. A percepção individual do estado de saúde (ou *a contrario* de doença) é o primeiro passo na decisão de consultar o profissional de saúde. Simultaneamente, a escolha de quem vai prestar esse serviço é determinada pela predisposição cultural e psicológica, componente importante na percepção do que é a saúde e doença. As características individuais como sexo e idade não dependem da vontade da população, mas têm relevância quando se analisa esta temática. Para além das condicionantes anteriormente referidas, existem ainda outras que são, de alguma forma, o resultado das características da população (mutáveis e imutáveis). Revelam-se na percepção do que é a saúde e a doença, utilização e satisfação com os serviços de saúde. São elas, por exemplo, o grupo social, a tipologia da área de residência e a proximidade da oferta, relativamente ao local de residência. DARDANONI e WAGSTAFF (1987) afirmam que as desigualdades na distribuição dos recursos entre os grupos sociais podem influenciar os comportamentos na utilização. As classes sociais (incluindo a ocupação e o rendimento) são referidas por outro autores como uma variável importante em estudos do estado de saúde da população (LIBERATOS *et al.* 1988).

As características da população antes mencionadas estão na base do entendimento das necessidades sentidas ou percebidas e que podem vir a ser convertidas, isto é, expressas em procura. Se a necessidade sentida se converte em procura, transforma-se em necessidade expressa. Por outro lado, deve ainda ser considerado o protagonismo dos prestadores dos cuidados de saúde, papel esse que pode ou não induzir à utilização dos serviços (REINHARDT, 1985; FUCHS, 1986; CROMWELL e MITCHELL, 1986; RICE, 1987). Nem sempre as necessidades sentidas coincidem com as definidas por esses prestadores (necessidades normativas), o que se traduz, em muitos casos, pela não oferta de serviços de saúde julgados tecnicamente não necessários. Existem ainda as necessidades comparativas, que são determinadas pelas características

de morbilidade específicas de populações em condições semelhantes de utilização dos serviços, ou seja, para grupos populacionais idênticos existem diferenças na oferta de serviços determinados pelo risco, o que se traduz na necessidade de desenvolver a prestação de serviços adequados a esse risco (BRADSHAW, 1977). WHITE (1979c)) apresenta um modelo que parte da distribuição comparativa das necessidades percebidas e dos recursos de saúde disponíveis para esclarecer e fundamentar a tomada de decisão dos planeadores.

Nas entrevistas realizadas utilizámos dois períodos de recordação relativamente ao período de "doença" e utilização dos serviços de saúde (ver capítulo 4). É nosso objectivo ter uma imagem tanto mais fiel quanto possível da percepção de "doença" na população em estudo. A escolha de um ano resultou da necessidade de abranger um período que pudesse ser recordado pelos entrevistados. Incluiu-se, ainda, o período de quinze dias quer na percepção de "doença" quer na utilização dos serviços por nos parecer importante fazer a análise "doença"/utilização num espaço temporal fácil de memorar e relativamente ao qual a informação recolhida apresentaria garantias de maior fidedignidade. Este último período está contido, necessariamente, no anterior, permitindo-nos uma análise mais fina.

7.2. PERCEPÇÃO DE "DOENÇA"

7.2.1. *Num Período de Quinze Dias*

7.2.1.1. Concelho de Coimbra

A "doença" foi entendida como falta ao trabalho ou, não sendo trabalhador activo, incapacidade para desempenhar as funções correspondentes aos padrões normais de comportamento. Não se trata apenas da "doença" definida pelo médico, pois em muitos casos, como veremos em seguida, não houve durante esse período contacto com este. Trata-se, pois, da percepção da "doença" pelo próprio ou familiares mais próximos, embora também reconhecida pelo médico, nalguns casos.

QUADRO Nº 7.1. CONCELHO DE COIMBRA
População com Período de "Doença" (15 dias) segundo Sexo
Distribuição Percentual e Nº de Casos

MORBILIDADE	FEMININO	CASOS	MASCULINO	CASOS	TOTAL	CASOS
NÃO DOENTE	90,5	2565	92,9	2227	91,6	4792
DOENTE	9,5	270	7,1	171	8,4	441
TOT. GERAL	54,2	2835	45,8	2398	100	5233

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990 DESCONHECIDO = 1

Na população entrevistada no concelho de Coimbra, 8,4% referiu ter tido episódio de "doença" num período de duas semanas, anteriores à entrevista. A percepção de "doença" é per-

centualmente superior no sexo feminino (9,5%) do que no sexo masculino (7,1%), sendo esta discrepância estatisticamente significativa (Qui-quadrado = 9.33, gl = 1, p < 0,005) (quadro 7.1).

A percepção de "doença" varia significativamente com a idade, no total da população (Qui-quadrado = 95,93, gl = 6, p < 0,0001) (quadro 7.2). Os que referiram ter um período de "doença" nos quinze dias anteriores à entrevista correspondem, em termos percentuais, a uma população mais idosa (dos 65 aos 74 anos, 14,1%; igual ou superior a 75 anos, 19,4%), com valores superiores ao global. A análise dos resíduos ajustados revela que existem, significativamente, mais idosos que referem "doença" neste período do que os restantes grupos de idade, principalmente dos 15 aos 44 anos .

QUADRO Nº 7.2. CONCELHO DE COIMBRA.

Percepção de "Doença". Período de "Doença" (15 dias) – Segundo Grupos de Idade e Sexo

	GRUPOS IDADE	POP.C/PER. "DOENÇA"		TOTAL POPULAÇÃO	
		%	MÉDIA DIAS	MÉDIA DIAS	CASOS
SEXO FEMININO	0-4	11	6,8	0,74	109
	5-14	9,1	5,3	0,48	363
	15-24	3,5	6,5	0,23	573
	25-44	8,2	8,1	0,66	697
	45-64	12	9,4	1,12	701
	65-74	14,7	10,3	1,52	238
	>=75	18,8	13,1	2,46	154
TOTAL	(%)	9,5	8,8	0,84	
	CASOS	270			2835
SEXO MASCULINO	0-4	7,3	7,1	0,52	109
	5-14	5	3,4	0,17	319
	15-24	4,9	4,8	0,24	485
	25-44	4,6	6,5	0,3	605
	45-64	8,5	8,6	0,73	601
	65-74	13,3	11	1,46	181
	>=75	20,4	11,3	2,31	98
TOTAL	(%)	7.1	7.8	0.56	
	CASOS	171			2 398
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	9,2	6,9	0,63	218
	5-14	7,2	4,7	0,34	682
	15-24	4,2	5,6	0,23	1 058
	25-44	6,5	7,5	0,49	1 302
	45-64	10,4	9,1	0,94	1 302
	65-74	14,1	10,6	1,49	419
	>=75	19,4	12,4	2,4	252
TOTAL GERAL	(%)	8,4	8,5	0,71	
	CASOS	441			5233

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 53,84; GL = 6; p < 0.0001 DESCONHECIDO = 1

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 49,39; GL = 6 ; p < 0.0001

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 95,93; GL = 6; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

A população em causa tem um número médio de dias de "doença" superior a uma semana (8,5 dias). É a partir dos 45 anos que o aumento no número médio de dias de "doença" é mais acentuado, até atingir, por exemplo, no grupo igual ou superior a 75 anos, 12,4 dias, em média.

Ao analisarmos o número médio de dias de "doença" se, em vez de considerarmos apenas em denominador os que percepcionaram a "doença", considerarmos o total da população em estudo, os valores são necessariamente mais baixos (0,71 média de dias de "doença"). À semelhança do que verificámos anteriormente, também para o total de população entrevistada a média de dias de "doença" é maior nos grupos de idade com mais de 45 anos. Refira-se o facto de, a partir dos 75 anos, a média de dias de "doença", para os inquiridos, ter valores bem elevados (2,4 dias).

Deve ainda ter-se em conta que à percentagem mais elevada de população "doente" correspondem os valores mais altos da média de dias de "doença". Este facto é verdadeiro também para a população total entrevistada. Em suma, os grupos de idade que apresentam valores percentuais mais elevados de "doença" são os que têm também, em termos médios, mais dias de "doença".

A análise por sexo revela-nos fenómenos curiosos. As mulheres têm significativamente ($p < 0,0001$), mais episódios de "doença" do que os homens. O valor da média de dias de "doença" é também superior na população do sexo feminino. Considerando o total dos inquiridos, a relação é por consequência a mesma: mais dias de "doença", em média, no sexo feminino do que no sexo masculino.

O estudo da percepção de "doença" por grupo etário revelou diferenças acentuadas, quer na população masculina ($p < 0,0001$) quer na feminina ($p < 0,0001$). Na primeira a análise dos resíduos ajustados é reveladora das diferenças entre os valores percentuais, com os mais elevados a corresponderem ao grupo de 75 e mais anos. A esse escalão de idade conjuntamente com o grupo etário dos 65 aos 74 anos corresponde o maior número de dias de "doença" (média).

Se considerarmos o caso do sexo feminino, verifica-se que é também a partir dos 75 anos que a percentagem de população "doente" é maior e tem mais dias de "doença". Comparativamente com os grupos de idade dos 0 aos 4, dos 5 aos 14 e 15 aos 24 anos, o escalão com mais de 75 tem aproximadamente o dobro de dias.

Considerado também o tempo de "doença" segundo os grupos sociais, verifica-se que existe uma heterogeneidade de percentagem de "doentes" nos grupos sociais estabelecidos (Qui-quadrado = 53,49, gl = 5, $p < 0,0001$). Há uma relação directa e significativa entre os grupos socialmente mais desprotegidos (Médio/Baixo, Baixo e Reformados) e os valores percentuais de "doença" mais elevados (quadro 7.3).

Se considerarmos o número médio de dias de "doença", é também nos grupos sociais referidos anteriormente que se registam os maiores valores (10,4 no grupo social Baixo; 10,7 nos Reformados). Verificamos que a relação do número médio de dias de "doença", relativamente ao total da população entrevistada, e não apenas à população que teve período de "doença", é maior quanto mais baixo é o estatuto sócio-económico: no grupo social Médio/Elevado é de 0,4 dias, enquanto que nos Reformados é 1,47 dias. Ou seja, para o total da população em estudo, os Reformados têm, em média, três vezes mais dias de "doença" do que o grupo social Médio/Elevado. Poderá talvez inferir-se que os Reformados, além das condicionantes sociais e económicas, têm outras variáveis, como a idade (grupos com idade superior a 65 anos), solidão e desprotecção familiar, que serão talvez condicionantes importantes na percepção da "doença".

QUADRO Nº 7.3. CONCELHO DE COIMBRA. Percepção de "Doença".
Período de "Doença" (15 dias) – Segundo Grupos Sociais e Sexo

	GRUPOS SOCIAIS	POP. C / PER.DOENÇA		TOTAL POPULAÇÃO	
		%	MÉDIA DIAS	MÉDIA DIAS	CASOS
SEXO FEMININO	MÉDIO/ ELEVADO	7,3	7,3	0,54	436
	MÉDIO/ ASCEN.	7,6	8,8	0,67	616
	MÉDIO	7,2	8,4	0,6	641
	MÉDIO/ BAIXO	12,2	7,4	0,9	499
	BAIXO	13,6	9,8	1,33	140
	REFORMADOS	12,9	10,8	1,39	503
TOTAL	(%)	9,5	8,8	0,84	
	CASOS	270			2835
SEXO MASCULINO	MÉDIO/ ELEVADO	3,2	7,1	0,23	379
	MÉDIO/ASCEN.	6,3	5,6	0,35	542
	MÉDIO	5,9	6,4	0,38	592
	MÉDIO/ BAIXO	7,3	6,9	0,51	466
	BAIXO	7,5	11,9	0,89	93
	REFORMADOS	15	10,6	1,6	326
TOTAL	(%)	7,1	7,8	0,56	
	CASOS	171			2398
TOTAL POPULAÇÃO	MÉDIO/ ELEVADO	5,4	7,3	0,4	815
	MÉDIO/ASCEN.	7	7,4	0,52	1158
	MÉDIO	6,6	7,5	0,5	1233
	MÉDIO/ BAIXO	9,8	7,2	0,71	965
	BAIXO	11,2	10,4	1,16	233
	REFORMADOS	13,8	10,7	1,47	829
TOTAL GERAL	(%)	8,4	8.5	0,71	
	CASOS	441			5233

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 22,70; GL = 5; p < 0.001 DESCONHECIDO = 1

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 41,68; GL = 5 ; p < 0.0001

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 53,49; GL= 5; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

No sexo feminino também se registam diferenças significativas de população "doente" segundo os grupos sociais (p < 0,001), sendo as subpopulações com maior valor percentual de "doença" os grupos sociais Baixo e Reformados, aos quais correspondem também maiores períodos de "doença".

No sexo masculino a distribuição da população com "doença" varia significativamente com os grupos sociais (p < 0,0001), sendo o escalão dos Reformados o que regista maiores valores percentuais. O grupo social com média de dias de "doença" mais elevado é o Baixo.

Ao compararmos os valores percentuais do grupo dos Reformados em ambos os sexos, verificamos que a percentagem de "doença" é superior nos Reformados do sexo masculino, o único grupo social em que se verificam valores de "doença" superiores aos do sexo feminino. Do total de

população estudada, 326 homens, integrados neste grupo social, tiveram, em média, nos quinze dias anteriores à entrevista, 1,47 de dias de "doença". As mulheres do mesmo grupo (503) tiveram um período de "doença" ligeiramente mais baixo, média de 1,39 dias.

Ainda dentro da análise percepção de "doença" no período de 15 dias, tivemos em consideração a área de residência como variável importante pelas características de habitabilidade das unidades de alojamento e ainda pelas culturais e sócio-económicas (ver capítulos 5 e 6). SIMÕES (1989) apresenta, para além das condicionantes idade, sexo, grupos profissionais e económicos, culturais, também as diferenças espaciais (Norte/Sul, Interior/Litoral) na percepção da "doença" e uso dos serviços.

QUADRO Nº 7.4. CONCELHO DE COIMBRA. Percepção da "Doença".
Período de "Doença" (15 dias) – Segundo Área de Residência e Sexo

		POP. C/PERÍODO DOENÇA			TOTAL DA POPULAÇÃO	
	AREA RESIDÉNCIA	(%)	MEDIA DIAS	CASOS	TOTAL	CASOS
SEXO FEMININO	URBANA CONSOLIDADA	8,5	8,8	37	0,75	433
	PERIURBANA RECENTE	8,7	9,1	101	0,79	1167
	PERIURBANA DORM.	7,6	9,4	49	0,71	645
	PERIURBANA RURAL	14,1	7,9	83	1,12	591
	TOTAL	9,5	8,8	270	7,8	2836
SEXO MASCULINO	URBANA CONSOLIDADA	4,2	9,2	15	0,39	353
	PERIURBANA RECENTE	6	8,1	57	0,48	950
	PERIURBANA DORM.	7,7	6,8	44	0,52	574
	PERIURBANA RURAL	10,6	8,1	55	0,85	521
	TOTAL	7,1		171		2398
TOTAL POPULAÇÃO	URBANA CONSOLIDADA	6,6	8,9	52	0,59	786
	PERIURBANA RECENTE	7,5	8,8	158	0,65	2117
	PERIURBANA DORM.	7,6	8,2	93	0,62	1219
	PERIURBANA RURAL	12,4	8	138	99	1112
	TOTAL	8,4	8.5	441	0,71	5234

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 18,42; GL = 3 ; p < 0.001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 15,74; GL = 3 ; p < 0.005
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 29,86; GL = 3; p < 0.0001

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Reconhecemos uma associação entre as áreas de residência e a percentagem de "doentes", no total da população ($p < 0,0001$), no sexo feminino ($p < 0,001$) e no sexo masculino ($p < 0,005$) (quadro 7.4).

Verificámos então que, no que respeita à população total que teve período de "doença" a percentagem é maior nas áreas rurais com fenómenos de periurbanização (12,4%). O mesmo se pode observar, quer na população masculina, quer na feminina. A média de dias de "doença" é contudo mais alta na população que reside na área urbana consolidada (este valor é indicado com

algumas reservas em virtude de corresponder a 52 entrevistados, 37 e 15, respectivamente na população feminina e masculina), periurbanas recente e dormitório, variando segundo o sexo. No global da população em estudo, observa-se que é nas áreas periurbanas rurais que a população tem, em média, mais dias de "doença", em ambos os sexos (0,99 dias, em média).

7.2.1.2. Concelho de Góis

No concelho de Góis a percepção da "doença" é superior na população do sexo feminino (16,4%), em comparação com o masculino (13,2%), embora a diferença não seja estatisticamente significativa (Qui-quadrado = 3,31, gl = 1, p > 0,05) (quadro 7.5).

QUADRO Nº 7.5. CONCELHO DE GOIS.

População com Período de "Doença" (15 dias) segundo Sexo – Distribuição Percentual

MORBILIDADE	FEMININO	CASOS	MASCULINO	CASOS	TOTAL	CASOS
NÃO DOENTES	83,6	826	86,8	705	85,1	1533
DOENTES	16,4	162	13,2	107	14,9	269

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDO = 2

Verificou-se que os valores percentuais de "doença", no período de quinze dias que antecedeu a entrevista, eram significativamente heterogéneos nos grupos de idade estabelecidos (Qui-quadrado = 61,25, gl = 6, p < 0,0001) (quadro 7.6). A subpopulação com valor percentual de "doença" mais elevado registou-se no grupo de idade dos 75 e mais anos (25,7%).

Analisada a distribuição percentual da percepção de "doença" segundo os grupos de idade, conclui-se que há uma discrepância entre os grupos de idade e a percentagem de "doentes", com diferenças mais acentuadas na população do sexo feminino (p < 0,001) do que no sexo masculino (p < 0,05). No primeiro, são os escalões mais novos (0 aos 4 anos) e os mais velhos (75 e mais anos) que detêm os valores mais baixos (2,9%) e mais altos de "doença" (29,2%). No sexo masculino, os valores mais elevados registam-se, fundamentalmente, a partir dos 65 anos. O grupo dos 0 aos 4 anos tem valores de período de "doença" altos e é o que apresenta maior percentagem de "doentes", após os grupos de 65 aos 74 e 75 e mais anos.

Com base na população que esteve "doente" (15%), constata-se que o numero médio de dias é cerca de 10 (9,7 dias) e ainda, que 25,7% da população com idade superior a 74 anos teve um período de "doença", de 11 dias e meio, em média.

Se tivermos em conta a população inquirida, observamos que cada pessoa esteve, em média, um dia e meio "doente" nos últimos 15 dias. Este valor é superior nos grupos de idade mais avançada (cerca de 3 dias na população com 75 e mais anos).

As mulheres têm um número médio de dias de "doença" superior ao valor médio: 16,4% referiu episódios de "doença" de 10 dias, com valores cada vez mais altos a partir dos 25 anos.

Nos homens os valores são ligeiramente inferiores, mas ainda elevados (13,2% esteve "doente" 8,9 dias, em média): os valores médios mais altos registam-se a partir dos 45 anos. No total da população em estudo o padrão é consequentemente o mesmo, com saliência para o grupo dos 75 e mais anos, no qual 154 mulheres referiram ter tido, em média, 3,4 dias de "doença", um valor que é superior ao observado nos homens do mesmo grupo de idade.

QUADRO Nº 7.6. CONCELHO DE GOIS.
Percepção de "Doença" – População com Período de "Doença" (15 dias).
Segundo Grupos de Idade e Sexo

		POP.C/PER DOENÇA"		TOTAL DA POPULAÇÃO	
	GRUPOS DE IDADE	(%)	MÉDIA DIAS	MÉDIA DIAS	N.º CASOS
SEXO FEMINIMO	0-4	2,9	5	0,1	35
	5-14	4,9	6,2	0,3	103
	15-24	5	5,8	0,3	101
	25-44	11,2	10,8	1,2	169
	45-64	19,9	10,4	2,14	271
	65-74	21	8	1,9	158
	>=75	29,2	11,7	3,4	154
TOTAL	(%)	16,4	10,2	1,7	
	CASOS	162			991
SEXO MASCULINO	0-4	16,3	8	1,3	43
	5-14	8,5	7,7	0,6	106
	15-24	10,3	3,9	0,4	97
	25-44	6,9	6,2	0,4	161
	45-64	14,4	9,9	1,4	187
	65-74	19,7	10,3	2,1	127
	>=75	19,6	10,1	2,1	92
TOTAL	(%)	13,2	8,9	1,2	
	CASOS	107			813
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	10,2	7,6	0,8	78
	5-14	6,7	6,9	0,5	209
	15-24	7,6	4,5	0,3	198
	25-44	8	9,1	0,8	330
	45-64	17,7	10,3	1,8	458
	65-74	20,4	9,4	1,9	285
	>=75	25,7	11,5	2,9	246
TOTALGERAL	(%)	15	9,7	1,4	
	CASOS	269			1804

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 51,08 ; GL = 6; p < 0.0001 DESCONHECIDOS = 2
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 16,89; GL = 5 ; p < 0.05
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 61,25; GL = 5; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 7.7. CONCELHO DE GÓIS. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (15 dias) – Segundo Grupos Sociais e Sexo

	GRUPOS SOCIAIS	POP. C/ PERÍODO DE DOENÇA (%)	MÉDIA/ DIAS DOENÇA	CASOS	TOTAL DA POPULAÇÃO MÉDIA/ DIAS DOENÇA	CASOS
SEXO FEMININO	MÉDIO/ ELEVADO	4,2	15	1	0,63	24
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	9,8	9,5	15	0,93	153
	MÉDIO	11,2	9,2	13	1,04	116
	MÉDIO/ BAIXO	10,1	8,5	16	0,86	158
	BAIXO	24,1	11,4	14	2,76	58
	REFORMADOS	21,4	10,4	103	2,24	481
TOTAL	MÉDIA	16,4	10,15		1,67	
	Nº. CASOS			162		990
SEXO MASCULINO	MÉDIO/ ELEVADO	20	12,5	4	2,5	20
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	7,3	6,5	11	0,47	150
	MÉDIO	7,9	5,9	10	0,47	127
	MÉDIO/ BAIXO	10,1	7,7	17	0,78	168
	BAIXO	20,8	10,2	10	2,13	48
	REFORMADOS	18,4	9,8	55	1,8	299
TOTAL	MÉDIA	13,2	8,90		1,17	
	Nº. CASOS			107		812
TOTAL POPULAÇÃO	MÉDIO/ ELEVADO	11,4	13	5	1,5	44
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	8,6	8,2	26	0,7	303
	MÉDIO	9,5	7,8	23	0,74	243
	MÉDIO/ BAIXO	10,1	8,1	33	0,82	326
	BAIXO	22,6	11	24	2,5	66
	REFORMADOS	20,3	10,2	158	2,07	780
TOTAL	MÉDIA	14,9	9,67		1,42	
	Nº. CASOS			269		1762

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 25,68; GL = 5; p < 0.0001 DESCONHECIDOS = 42
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 19,35; GL = 5 ; p < 0.005
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 44,09; G L= 5; p < 0.0001 FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

O quadro 7.7 permite-nos observar as diferenças percentuais de "doentes" em quinze dias, nos grupos sociais considerados. Deve referir-se que tais diferenças, para o total da população com período de "doença", são significativas (Qui-quadrado = 44,09, gl = 5, p < 0,0001). Com valor percentual mais elevado encontra-se o grupo social Baixo. Acima do valor global da população em estudo situa-se ainda a percentagem dos Reformados. O grupo social Médio/Ascenção é o que apresenta o valor mais baixo de período de "doença" (8,6%).

Relativamente a tal período de "doença", cerca de 23% da população do grupo social Baixo teve uma média de 11 dias de "doença" em uma quinzena apenas. Também os Reformados apresentam uma média alta. O grupo social Médio corresponde ao que tem o menor número médio de dias de "doença". De referir ainda que do Médio/Elevado 11,4% referiu 13 dias de "doença",

embora se deva salientar que a percentagem de população com "doença" neste grupo social corresponde apenas a cinco pessoas num total de apenas 44 pessoas.

No total da população entrevistada, os grupos sociais que têm um maior período de "doença" são o grupos sociais Baixo (2,5 dias) e Reformados (2,07 dias).

A média de dias de "doença" é mais elevada, em todos os grupos sociais, no sexo feminino, quer para a população que declarou período de "doença" quer para o total de população. Verifica-se ainda que, na população feminina, existem diferenças significativas nos valores percentuais de "doença" entre os grupos sociais considerados ($p < 0,0001$), com valores mais discrepantes do que os da população masculina ($p < 0,05$). Em ambos os sexos os grupos sociais Baixo e Reformados são os que apresentam valores percentuais significativamente mais elevados.

QUADRO Nº 7.8. CONCELHO DE GÓIS. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (15 dias) – Segundo Áreas de Residência e Sexo

	ÁREA DE RESIDÊNCIA	POP. C/PERIODO DE "DOENÇA"			TOTAL DA POPULAÇÃO	
		(%)	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS
SEXO FEMININO	URB.GOIS	10	9,7	29	1.0	289
	RUR.GOIS	19	10,3	133	2	701
	TOTAL	16,4	10,2	162	1,7	990
SEXO MASCULINO	URB.GOIS	10,4	8,3	26	0,9	250
	RUR.GOIS	14,4	9	81	1,3	562
	TOTAL	13,2	8,9	107	1,2	812
TOTAL POPULAÇÃO	URB.GOIS	10,2	9,1	55	0,92	539
	RUR.GOIS	16,9	9,8	214	1,7	1263
	TOTAL GERAL	15	9.7	269	1,4	1802

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 11,30; G L= 1; p < 0,001 DESCONHECIDO = 2

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 2,09; GL = 1; p > 0,05

TOTAL POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 12,98; GL = 1; p < 0,001 FONTE: Inquérito nas U.A.,1990

A percepção de "doença" varia acentuadamente com a tipologia de áreas de residência, no total da população (Qui-quadrado = 12,99, Gl = 1, $p < 0,001$) (quadro 7.8). É nas áreas rurais que encontramos uma percentagem maior de população com período de "doença" (16,9%), a que corresponde um período médio de cerca de 10 dias.

Existe uma ligação entre a população com período de "doença" e as áreas de residência, no que respeita ao sexo feminino ($p < 0,001$), ligação que não é tão evidente na população masculina ($p > 0,05$). Nas áreas rurais, as mulheres têm valores percentuais de "doença" significativamente superiores aos da subpopulação feminina residente na área urbana. O padrão é semelhante na população masculina, embora a discrepância não seja tão acentuada.

Para os que tiveram período de "doença", os valores percentuais e em número médio de dias de "doença" são superiores no sexo feminino e nas áreas rurais, onde 19% da população esteve, em média, 10,3 dias "doente" no período de uma quinzena.

Ainda na área rural de Góis, considerando o total da população, a média de dias de "doença" foi 1,7, num período de apenas 15. Na área urbana, que corresponde à sede de freguesia de Gois, a população não chega a ter um dia de "doença". Verificamos então que, na área rural, a população tem cerca de duas vezes mais tempo de "doença" do que a da área urbana. Estes valores são mais elevados, em média, no sexo feminino (1 dia na área urbana; 2 dias na área rural) do que no masculino (0,86 dias na área urbana; 1,3 dias na área rural).

7.2.2. *Num Período de Um Ano*

7.2.2.1. Concelho de Coimbra

Nas entrevistas que realizámos, procurámos ainda saber o tempo de "doença" no ano que antecedeu o dia da entrevista em virtude de poder fornecer informação acerca de um maior quantitativo populacional e detectar os casos de longos períodos de "doença", geralmente relacionados com doenças crónicas.

A análise da percepção de "doença" segundo os sexos permite concluir que a população feminina teve percentualmente período de "doença" significativamente maior, quando comparada com a masculina (Qui-quadrado = 16,23, gl = 1, $p < 0,0001$), respectivamente 36,9% e 31,6% (quadro 7.9).

Verificámos ainda no quadro 7.9 que, no total da população, os valores de percentagem de indivíduos com "doença" variam estatisticamente segundo a idade, nos grupos estabelecidos (Qui-quadrado =58,35, gl = 6, $p < 0,0001$). A partir da análise dos resíduos ajustados, conclui-se que é o grupo etário dos 75 e mais anos que apresenta valores mais elevados. Estes valores decrescem proporcionalmente (à excepção do grupo dos 0 aos 4 anos) com a diminuição da idade.

É ainda no grupo dos 75 e mais anos que se observam mais dias de "doença": 45,2% de "doentes" referiram ter, em média, 105 dias de "doença" no ano que antecedeu a entrevista. Os valores de dias de "doença" são também elevados nos grupos dos 45 aos 64 e dos 65 aos 74 anos.

Se considerarmos a população total (5.234 entrevistados), a média de dias de "doença" é 13,5. O padrão que descrevemos nos parágrafos anteriores para a duração média de "doença", é semelhante. Quem tem períodos de "doença" mais prolongados são os grupos com idade superior a 45 anos, com relevo para a população com idade igual ou superior a 75 anos, na qual os valores são muito altos – num ano o grupo com 75 e mais anos (252 indivíduos) esteve "doente" 47 dias, em média.

As mulheres são, em termos percentuais, mais "doentes" (36,9%) do que os homens (31,6%) ($p < 0,001$). Deve referir-se o facto de que, para além das diferenças em termos de percentagem de percepção de "doença", se verificarem também diferenças em média de dias, com as mulheres a registarem mais dias de "doença".

Se se verificam diferenças assinaláveis, quer na população feminina ($p < 0,0001$), quer na masculina ($p < 0,0001$), elas revelam-se, principalmente, nos grupos etários a partir dos 45 anos, se bem que os grupos de idades dos 0 aos 4 e dos 5 aos 14 apresentem também valores de "doença" elevados.

QUADRO Nº 7.9. CONCELHO DE COIMBRA. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (um ano) – Segundo Grupos de Idade e Sexo

	GRUPOS DE IDADE	POP. C/PERÍODO DE " DOENÇA"			TOTAL DA POPULAÇÃO	
		(%)	MEDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS	MEDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS
SEXO FEMININO	0-4	39,4	18,0	43	7,3	109
	5-14	38,3	9,0	139	3,4	363
	15-24	29,8	15,0	171	4,6	573
	25-44	33,9	30,0	236	10,3	697
	45-64	39,3	59,0	276	23,1	702
	65-74	47,1	71,0	112	34,0	238
	=>75	45,5	106,0	70	48,0	154
	TOTAL	36,9	41,2	1047	15,4	2836
SEXO MASCULINO	0-4	38,5	13,0	42	5,1	109
	5-14	36,7	9,0	117	3,2	319
	15-24	29,1	17,0	141	4,9	485
	25-44	24,6	23,0	149	5,9	605
	45-64	32,6	48,0	196	16,0	601
	65-74	37,6	74,0	68	29,0	181
	=>75	44,9	102,0	44	46,0	98
	TOTAL	31,6	34,9	757	11,3	2398
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	39,0	16,0	85	6,2	218
	5-14	37,0	9,0	256	3,3	682
	15-24	29,5	16,0	312	4,7	1058
	25-44	29,6	27,0	385	8,3	1302
	45-64	36,2	55,0	472	19,9	1303
	65-74	43,0	72,0	180	32,0	419
	=>75	45,2	105,0	114	47,0	252
	TOT. GERAL	34,5	38,6	1804	13,5	5234

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 32,77; GL = 6 ; p < 0,0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 32,57; GL = 6; p < 0,0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 58,35; GL = 6 ; p < 0,0001

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

Dado que a média de dias de "doença" é mais elevada a partir dos 45 anos, tanto nos homens como nas mulheres, na população em estudo o padrão é consequentemente semelhante: maior período de "doença" em ambos os sexos nas idades superiores a 45 anos. Todavia, a média de dias de "doença" no grupo dos 25 aos 44 anos é, no sexo feminino, o dobro (10,3 dias), do do sexo masculino (5,9 dias), para o mesmo grupo de idades.

Existe uma associação entre a proporção da população com período de "doença" e os grupos sociais, no total da população (Qui-quadradò = 30,98, gl = 5, p < 0,0001) (quadro 7.10). É nos grupos sociais Baixo e Reformados que se verificam os valores mais elevados de população "doente". Todavia, embora o primeiro grupo apresente maiores valores percentuais, a média de dias de "doença" é consideravelmente superior nos Reformados, com números que correspondem ao dobro.

QUADRO Nº 7.10. CONCELHO DE COIMBRA. Percepção de "Doença".
Período de "Doença" (um ano) – Segundo Grupos Sociais e Sexo

	GRUPO SOCIAL	POP. C/PERIODO DE" DOENÇA"			TOTAL POPULAÇÃO	
		(%)	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS
SEXO FEMININO	MÉDIO / ELEVADO	37,6	22	164	8,6	436
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	33,3	35,9	205	11,9	616
	MÉDIO	35,4	33,8	227	11,9	641
	MÉDIO / BAIXO	38,2	36,8	191	14,3	499
	BAIXO	42,9	39	60	16,7	140
	REFORMADOS	39,8	76	200	30,7	504
	TOTAL	36,9	41,2	1047	15,4	2836
SEXO MASCULINO	MÉDIO / ELEVADO	29,6	23	112	7,1	379
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	29,2	14	158	4,6	542
	MÉDIO	26,2	24,5	155	6,4	592
	MÉDIO / BAIXO	35,4	35	165	12,6	466
	BAIXO	44,1	38,6	41	17	93
	REFORMADOS	38,7	83	126	32,7	326
	TOTAL	31,6	34,9	756	11,3	2398
TOTAL POPULAÇÃO	MÉDIO / ELEVADO	33,9	22,8	276	7,9	815
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	31,3	26,3	363	8,5	1158
	MÉDIO	31	30	382	9,3	1233
	MÉDIO / BAIXO	36,9	36	356	13,5	965
	BAIXO	43,3	38,8	101	16,9	233
	REFORMADOS	39,3	78,9	326	31,5	829
TOTAL GERAL		34,5	38,6	1804	13,5	5234

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO= 8,43 ; GL= 5; p < 0,5 FONTE: Inquéritos nas U.A, 1990
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 27,62; GL = 5; p < 0,0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 30,98; GL= 5 ; p < 0,0001

Na população do sexo feminino a distribuição de "doença" era menos heterogénea nos grupos sociais referidos (p < 0,5): os valores superiores foram registados no grupo social Baixo. Na masculina as diferenças de população "doente" nos grupos sociais também são significativas (p < 0,0001): os grupos sociais Baixo e Reformados são os que apresentam os valores mais altos.

É ainda naqueles grupos sociais que o número médio de dias de "doença" é superior, quer nas mulheres quer nos homens. No total da população o padrão é semelhante com valores de dias de "doença" que atingem o triplo, no grupo dos Reformados.

Ao estudarmos a distribuição da população com "doença" segundo as áreas de residência, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no total da população (Qui-quadrado = 46,78, gl = 3, p < 0,0001) (quadro 7.11).

É nas áreas periurbanas recentes e rural que encontramos, percentualmente, maiores valores de população com período de "doença" e de dias de "doença" (quadro 7.11).

QUADRO Nº 7.11. CONCELHO DE COIMBRA. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (um ano) – Segundo Áreas de Residência

	ÁREA DE RESIDÊNCIA	POP. C/PERÍODO DE "DOENÇA"			TOTAL DA POPULAÇÃO	
		%	MÉDIA DE DIAS	Nº DE CASOS	MÉDIA DE DIAS	Nº DE CASOS
SEXO FEMININO	URBANA CONS.	37	41,8	160	16	433
	PERIURBANA RECEN.	39,9	39	466	15,8	1167
	PERIURBANA DORM.	29,6	34	191	10,4	645
	PERIURBANA RURAL	38,9	50,7	230	19,7	591
	TOTAL	36,9	41,2	1047	15,4	2836
SEXO MASCULINO	URBANA CONS.	30,9	21,8	109	6,6	353
	PERIURBANA RECEN.	34,4	30,7	327	10,6	950
	PERIURBANA DORM.	23,2	37,8	133	8,9	574
	PERIURBANA RURAL	36,1	47,5	188	18,1	521
	TOTAL	31,6	34,9	756	11,3	2398
TOTAL POPULAÇÃO	URBANA CONS.	34,2	33,8	269	11,6	786
	PERIURBANA RECEN.	37,5	35,8	793	13,5	2117
	PERIURBANA DORM.	26,6	35,8	324	9,7	1219
	PERIURBANA RURAL	37,6	49	418	18,9	1112
	TOTAL GERAL	34,5	38,6	1804	13,5	5234

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 20,34; GL = 3; p < 0,0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 27,31; GL = 3; p < 0,0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 46,78; GL = 5 ; p < 0,0001

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Igualmente se manifestam diferenças acentuadas nas percentagens de período de "doença" nas áreas de residência quer na população do sexo feminino (p <0,0001) quer na do masculino (p < 0,0001), sendo a população das áreas de residência referidas no parágrafo anterior a que em maior percentagem percepcionou "doença". O comportamento da população masculina é semelhante ao do sexo feminino. Com períodos mais prolongados de "doença", encontram-se os que residem na área periurbana rural, tanto homens como mulheres. Se considerarmos o total da população, é ainda nas áreas periurbanas rurais que se verificam período de "doença" mais prolongado: num ano, a população residente nessa área, e que fez parte do estudo, esteve cerca de 20 dias "doente". Em todas as áreas de residência as mulheres têm média mais elevada de dias de "doença" do que os homens.

7.2.2.2 Concelho de Góis

No ano que antecedeu as entrevistas, 47,9% do total de população esteve "doente", com um período de "doença" de cerca de 59 dias. (quadro 7.12). A população do sexo feminino apresenta valor percentual de período de "doença" superior ao da masculina (Qui-quadrado = 3,90, gl = 1, p < 0,005).

QUADRO Nº 7.12. CONCELHO DE GÓIS. Percepção de "Doença".
População com Período "Doença" (um ano) – Segundo Grupos de Idade e Sexo

		POP. COM PERIODO DE "DOENÇA"			TOTAL DA POPULAÇÃO	
	GRUPOS DE IDADE	(%)	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS
SEXO FEMININO	0-4	42,9	10	15	4,5	35
	5-14	37,9	10	39	3,8	103
	15-24	34,7	19	35	6,6	101
	25-44	41,4	65,7	70	27,1	169
	45-64	53,5	68,6	145	36,7	271
	65-74	56,3	60,6	89	34	158
	=>75	66,9	120	103	81,4	154
	TOTAL	50,1	67,6	496	33,9	991
SEXO MASCULINO	0-4	58,1	14	25	8,6	43
	5-14	47,2	15,9	50	7,5	106
	15-24	39,2	13,2	38	5,2	97
	25-44	36,6	31	59	11,4	161
	45-64	41,7	52,6	78	22	187
	65-74	48,8	80,6	62	39	127
	=>75	60,9	82	56	50	92
	TOTAL	45,3	46,6	368	21	813
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	51,3	13	40	6,7	78
	5-14	42,6	13,3	89	5,6	209
	15-24	36,9	16	73	5,9	198
	25-44	39,1	49,7	129	19,4	330
	45-64	48,7	63	223	30,7	458
	65-74	53	68,8	151	36,3	285
	=>75	64,6	106,7	159	69,7	246
TOTAL GERAL		47,9	58,6	864	28	1804

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 42,69; GL = 6; p < 0,0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 19,95; GL = 6; p < 0,005
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 53,30; GL = 6 ; p < 0,0001

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

No total da população, no que respeita à percepção de "doença", surgem diferenças estatisticamente significativas nos grupos de idade estabelecidos (Qui-quadrado = 53,30, gl = 6, p < 0,0001): nos grupos dos 0 aos 4 anos e dos 75 e mais anos é que encontramos os valores percentuais mais elevados; ou seja, a população infantil e a mais idosa é a que apresenta maior percentagem de "doentes". Mas também entre estes grupos se manifestam diferenças: o grupo de idade igual ou superior a 75 anos, apresenta cerca de 9 vezes mais dias de "doença" do que o dos 0 aos 4 anos. Além disso, 64,6% desta população teve um episódio de "doença" de cerca de 107 dias, em média. Se considerarmos o total de população entrevistada, este último grupo de idade teve um período de "doença" de 70 dias, em média. Podem ainda referir-se os valores percentuais e de duração média de "doença" da população do grupo etário dos 65 aos 74

anos, por serem também elevados: 53% da população com período de "doença" durante 69 dias. No total da população, neste grupo de idade, a média de dias de "doença" foi de 36,3 dias. Podemos concluir que, nos grupos que correspondem à idade de reforma, o período de "doença" é consideravelmente mais elevado, agravando-se com o aumento da idade. É, possivelmente, o resultado de "doenças" prolongadas ou crónicas, nestes grupos populacionais.

No sexo feminino, o valor percentual de população "doente" varia significativamente com a idade ($p < 0,0001$): o valor percentual mais elevado corresponde ao da população com 75 e mais anos. Neste grupo o valor médio de dias de "doença" é muito elevado (120 dias). Para o total de população feminina em estudo, o mesmo grupo etário teve um período de "doença" de 81 dias. Também existem diferenças estatísticas entre a população "doente" (valores percentuais) e os grupos de idade na população do sexo masculino ($p < 0,005$), embora com menor discrepância do que para o total da população e para o sexo feminino. Isto significa que a percepção de "doença" não é tão influenciada pela idade na população masculina. Entre estas os valores percentuais mais elevados foram registados nos grupos dos 0 aos 4 anos e 75 e mais anos. Relativamente ao total de população, a partir dos 25 anos o número médio de dias de "doença" aumenta, quer na população feminina quer na masculina.

QUADRO Nº 7.13. CONCELHO DE GÓIS. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (um ano) – Segundo Grupos Sociais e Sexo

	GRUPO SOCIAL	POP. C/PERIODO DE "DOENÇA" (%)	MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS	TOTAL DA POPULAÇÃO MÉDIA DE DIAS	Nº. DE CASOS
SEXO FEMININO	MÉDIO/ ELEVADO	37,5	17,0	9	6,4	24
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	45,8	47,0	70	21,3	153
	MÉDIO	39,7	47,0	46	18,8	116
	MÉDIO BAIXO	38,6	32,0	61	12,4	158
	BAIXO	50,0	75,6	29	37,8	58
	REFORMADOS	58,3	84,5	281	49,6	482
	TOTAL	50,1	67,5	495	33,9	991
SEXO MASCULINO	MÉDIO/ ELEVADO	35,0	81,0	7	29,9	20
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	34,7	37,9	52	13,0	150
	MÉDIO	40,2	23,0	51	9,3	127
	MÉDIO BAIXO	41,7	27,6	70	11,6	168
	BAIXO	49,0	43,9	24	21,5	49
	REFORMADOS	54,8	63,9	164	34,9	299
	TOTAL	45,3	46,6	368	21,9	813
TOTAL POPULAÇÃO	MÉDIO/ ELEVADO	36,4	45,0	16	17,0	44
	MÉDIO ASCENÇÃO	40,3	43,0	122	17,2	303
	MÉDIO	39,9	34,6	97	13,8	243
	MÉDIO BAIXO	40,2	29,7	131	12,0	326
	BAIXO	49,5	61,3	53	30,3	107
	REFORMADOS	57,0	76,9	445	44,0	781
	TOT.GERAL	47,9	58,6	864	28,0	1804

SEXO FEMININO QUI- QUADRADO*= 29,04; GL = 5; $p < 0,0001$
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 21,22; GL = 5; $p < 0,001$
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 49,31; GL = 5 ; $p < 0,0001$

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

A análise da percepção de "doença" nos grupos sociais (quadro 7.13) mostra que existem diferenças estatisticamente significativas dos valores percentuais de "doença" nos grupos sociais considerados (Qui-quadrado = 49,31, gl = 5, p < 0,0001). O grupo dos Reformados apresenta a percentagem maior de população "doente". É ainda neste grupo que se registam períodos mais prolongados de "doença".

Tanto no sexo feminino como no masculino, a "doença" varia significativamente com os grupos sociais (p <0,0001 e p < 0,001, respectivamente), com os valores mais elevados de percepção de "doença" nos grupos sociais Baixo e Reformados.

No total da população entrevistada, o grupo dos Reformados esteve "doente" 44 dias em média, com valor mais elevado na população feminina (49,6%). Aliás, a média de dias de "doença" é mais elevada, à excepção do grupo Elevado/Médio, no sexo feminino, ou seja, os períodos de "doença" são mais longos no sexo feminino.

QUADRO Nº 7.14. CONCELHO DE GÓIS. Percepção de "Doença".
População com Período de "Doença" (um ano) – Segundo Grupos Sociais e Sexo

	ÁREA DE RESIDÊNCIA	POP. C/PER. DE " DOENCA"		TOT. POPULAÇÃO	
		(%)	MÉDIA DE DIAS	MÉDIA DE DIAS	Nº DE CASOS
SEXO FEMININO	URBANA GÓIS	40,3	48,8	19,7	289
	RURAL GOIS	54,1	73,3	39,8	701
	TOTAL (%)	50,1	67,5	33,9	54,9
	Nº.DE CASOS	366		991	990
SEXO MASCULINO	URBANA GÓIS	40,2	28,7	11,7	250
	RURAL GOIS	47,5	53,4	25,3	562
	TOTAL (%)	45,3	46,6	21,1	45,1
	Nº.DE CASOS	366		813	812
TOTAL POPULAÇÃO	URBANA GÓIS	40,3	39,5	16	539
	RURAL GOIS	51,1	65,1	33,3	1263
	TOT.GER.(%)	47,9	58,6	28,1	100
	Nº.DE CASOS	860		1804	1802

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 14,90; GL = 1; p < 0,0001 DESCONHECIDOS = 4

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 3,41; GL = 1; p > 0,05

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 17,44; GL = 1; p < 0,0001 FONTE:Inquéritos nas U.A., 1990

A população total residente nas áreas rurais e urbanas do concelho de Góis apresenta comportamentos perante a percepção de "doença" que variam muito (Qui-quadrado = 49,31, gl = 5, p < 0,0001) (quadro 7.14). Os valores percentuais mais elevados foram encontrados na população da área rural: cerca de metade da população do concelho de Góis que reside nessas áreas esteve "doente" no ano que antecedeu as entrevistas. Em média o período de "doença" dessa população foi de 65 dias. Relativamente ao total da população inquirida que reside nessas áreas verificou-se uma média de 33 dias de "doença", no período de um ano.

No sexo feminino, os valores superiores ao global da população com período de "doença" (50,1%) situam-se na população rural (54,1%), com diferenças significativas ($p < 0,0001$). Esta subpopulação esteve, em média, 73 dias "doente", num ano.

Se considerarmos o total de população feminina, verificamos que nas áreas rurais existe um número médio de dias de "doença" que é o dobro do que se observa nas áreas urbanas do mesmo concelho.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na proporção de "doentes" na população masculina ($p > 0,05$), segundo as áreas de residência, embora os valores percentuais mas altos também se registem nos que residem na área rural.

7.3. SÍNTESE

No concelho de Coimbra 8,4% da população indicou ter tido um período de "doença" nos quinze dias que antecederam o inquérito, sendo as mulheres a subpopulação com o valor percentual maior.

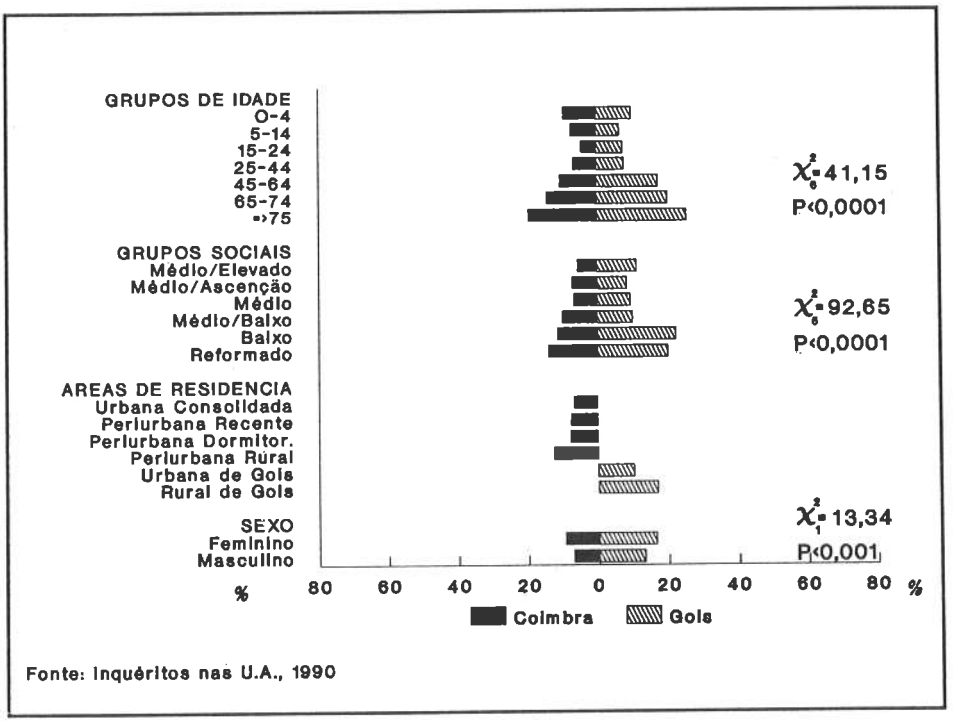


Fig. 7.1. População com "Doença" (em 15 dias) nos Concelhos de Coimbra e Góis. Distribuição Percentual

No concelho de Góis a população que referiu ter estado "doente" no referido período (15%) foi superior à do concelho de Coimbra. Em ambas as áreas geográficas, é nos grupos dos 65 aos 74 e 75 e mais anos que a percentagem de população com período e dias de "doença" é maior, no grupo social dos Reformados e nas áreas periurbanas recente e rural de Coimbra e rural de Góis (figura 7.1). E à semelhança do que tínhamos referido para o concelho de Coimbra, também no Concelho de Góis a percentagem apresentado pela população feminina com "doença" é superior ao valor global.

Os valores percentuais nos quinze dias anteriores à realização das entrevistas revelam diferenças significativas entre os concelhos de Coimbra e Góis nas variáveis que foram seleccionadas (sexo, idade, grupo social e área de residência) (figura 7.1). A população de Góis apresenta valores percentuais mais elevados e mais dias de "doença". Verificou-se ainda que em ambas as áreas os grupos que percepcionaram mais dias de "doença", foram as mulheres, os mais idosos (a partir dos 65 anos), os que pertencem às classes sociais Médio/Baixo e Reformados e os residentes em áreas periurbana rural de Coimbra e rural de Góis.

Ainda nos quinze dias anteriores às entrevistas verificou-se que os grupos populacionais mencionados no parágrafo anterior são os que têm mais dias de "doença", em média (figura 7.2), com excepção na variável área de residência: quem tem mais dias de "doença", são os que residem nas áreas urbanas consolidadas (com as reservas anteriormente mencionadas) e periurbanas recentes.

Relativamente à média de dias de "doença", verificamos que, embora o padrão seja semelhante nos dois concelhos, a média de dias de "doença" para a população que referiu um período de "doença" é consideravelmente superior no concelho de Góis (figura 7.2).

Considerando o total da população em estudo, as diferenças entre as duas áreas geográficas são assinaláveis: em Góis, a média de dias de "doença" é 1,4, o dobro do que referenciámos no concelho de Coimbra (0,71).

É na população com mais de 75 e nos grupos sociais Baixo e Reformados que podem ser encontrados os valores percentuais mais elevados de "doentes", embora a média de dias de "doença" seja mais elevada no grupo social Médio/Elevado no concelho de Góis. Este valor deixa-nos algumas reservas, como foi anteriormente referido. Se o excluirmos, obtém-se a média mais elevada de dias de "doença" nos mesmos grupos que têm mais população com período de "doença".

É nas áreas rurais que a população é percentualmente mais "doente" e tem períodos mais longos de "doença", principalmente no concelho de Góis. Refira-se ainda que nestas áreas, para o total da população entrevistada que respondeu ao questionário em Góis, em cada cem pessoas 1,7 esteve "doente" no referido período de quinze dias.

Se fôr considerado o ano que antecedeu as entrevistas, como espaço temporal relativo à percentagem de "doentes", verificamos que cerca de 35% da população do concelho de Coimbra esteve "doente", com uma média de 38,6 dias (por exemplo, 45,5% das mulheres com 75 e mais anos esteve 106 dias, em média, "doente"). No total da população, as mulheres tiveram 15,4 dias de "doença", em média.

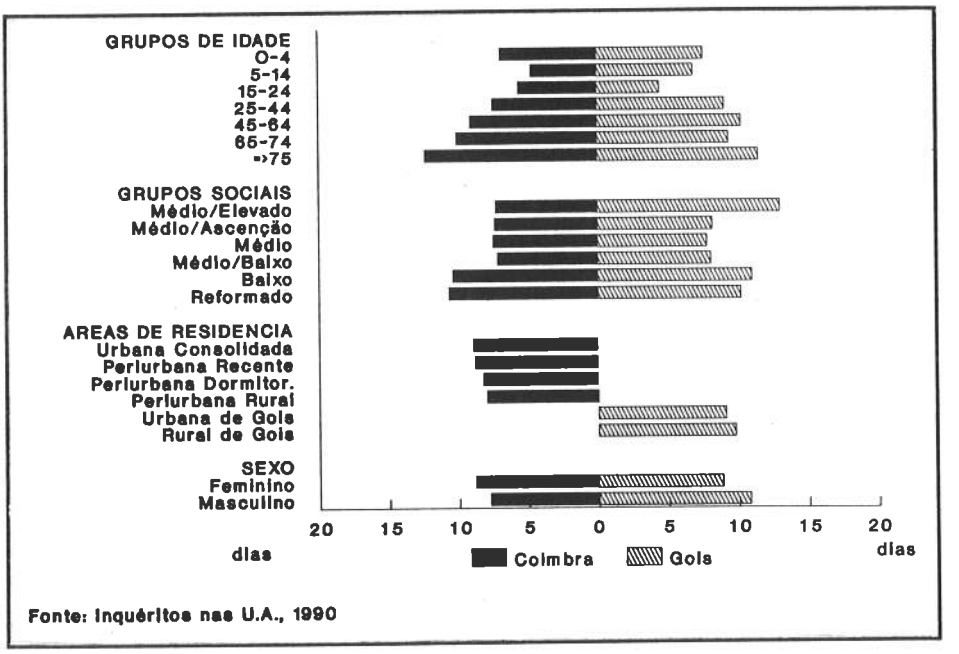


Fig. 7.2. População com "Doença" (em 15 dias) nos Concelhos de Coimbra e Góis.
Média de Dias de "Doença"

No concelho de Góis, 47,9% da população esteve "doente" cerca de 57 dias em média, no período de um ano; relativamente aos valores apresentados, evidencia-se a população feminina com 75 e mais anos (66,9% esteve "doente" 120 dias). A população total do concelho esteve "doente" 28 dias, em média, o que representa quase o dobro dos dias de "doença" da população do concelho de Coimbra que respondeu ao questionário.

Nas figuras 7.3 e 7.4 podem observar-se as diferenças notórias na população com período de "doença" no referido espaço de um ano, entre os concelhos de Coimbra e Góis. Mais uma vez, esta análise revela que a média de dias de "doença" é superior na população do concelho de Góis, quando comparada com a de Coimbra. Este valor é consideravelmente superior na população do sexo feminino, com mais de 65 anos, acentuando-se no último grupo etário: 75 e mais anos), nos grupos sociais dos Reformados e Baixo e nas áreas periurbanas rurais de Coimbra e rurais de Góis.

Comparando os períodos de "doença" e excluindo do período de um ano os quinze dias – considerados autonomamente – conclui-se que 77% e 69,3%, da população entrevistada, respectivamente nos concelhos de Coimbra e Góis esteve "doente". No concelho de Coimbra, os valores percentuais mais altos são os encontrados na população masculina (78,6% não esteve "doente" em quinze dias mas esteve num ano), no grupo de idades dos 15 aos 24 anos (82%), no grupo social Médio/Elevado (84,8%) e na área periurbana de crescimento recente (81,1%). Por outro lado, vamos encontrar no sexo feminino (24,2% esteve "doente" simultaneamente no ano e nos quinze dias referidos), nos grupos de idade igual e superior a 75 anos (43%), do grupo social Reformados (33,7%) e residentes nas áreas periurbanas rurais (30,5%).

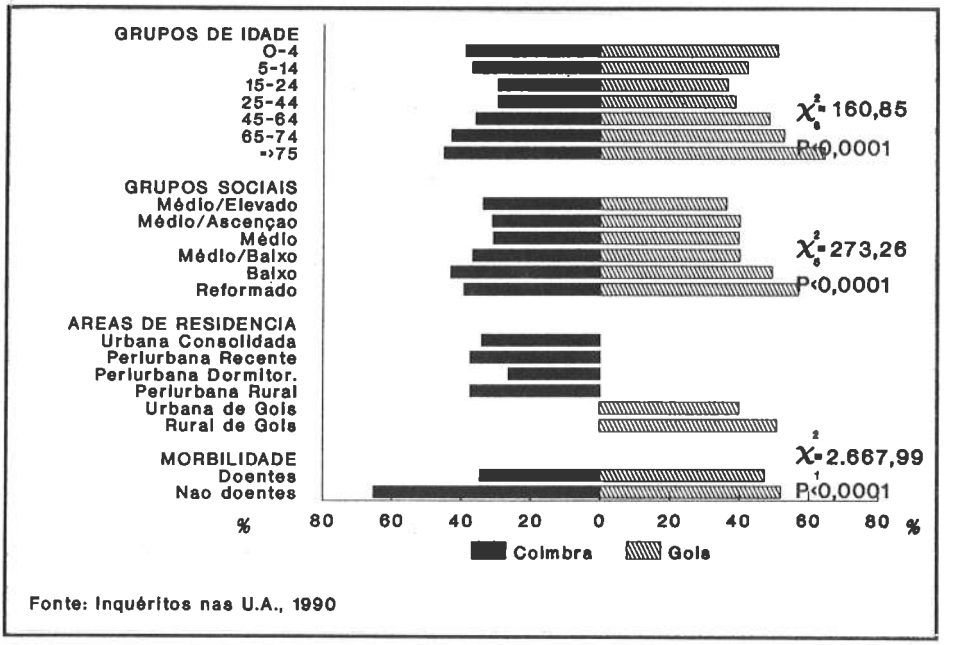


Fig. 7.3. População com "Doença" (1 ano) nos Concelhos de Coimbra e Góis. Distribuição Percentual

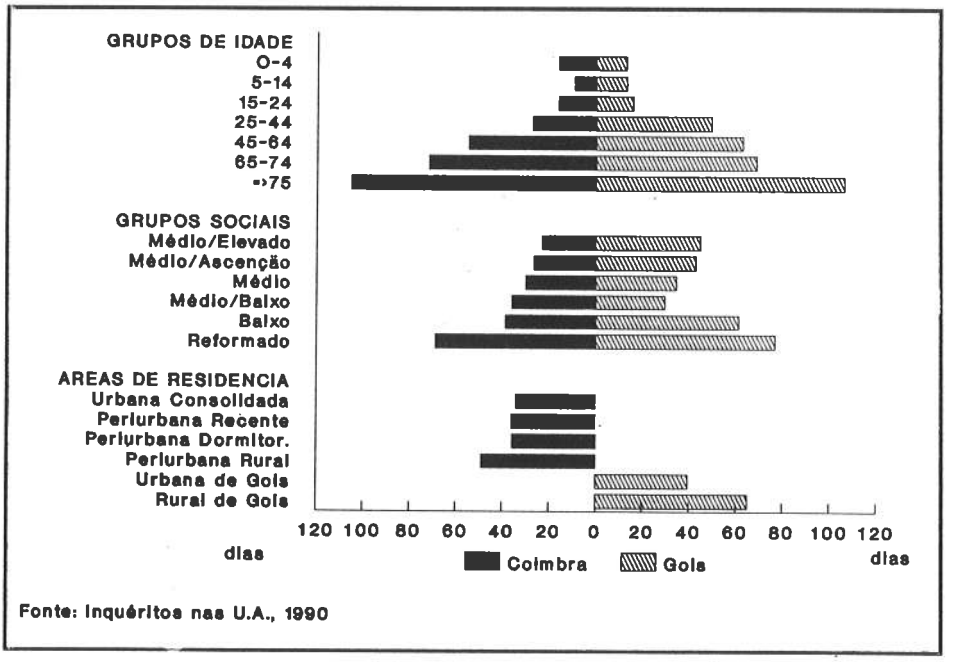


Fig. 7.4. População com "Doença" (1 ano) nos Concelhos de Coimbra e Góis. Média de Dias de "Doença"

No concelho de Góis o padrão é ligeiramente diferente. Quem esteve "doente" no ano que antecedeu as entrevistas, excluindo os quinze dias imediatamente anteriores foi a população masculina (71,1%), o escalão etário dos 5 aos 14 anos, o grupo social Médio/Ascenção (78,7%) e os residentes na área urbana de Góis (75%). Os que têm valores percentuais mais altos simultaneamente em ambos os períodos referidos são as mulheres (32,1%), os grupos etários dos 65 aos 74 e 75 e mais anos (respectivamente 38% e 37,7%), o grupo social Baixo e os residentes em áreas rurais (32,7%).

Poderá concluir-se que os grupos populacionais que apresentam valores percentuais de percepção de "doença" mais elevados em ambos os periodos referidos (quinze dias e um ano) são, possivelmente, os que têm maiores necessidades de cuidados de saúde e potencialmente serão os que apresentarão maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, em ambas as áreas geográficas.

CAPÍTULO 8.
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Anteriormente, tivemos oportunidade de enfatizar as características da população em estudo (sexo, idade, grupo social, rendimento, profissão, escolaridade, estado civil, área de residência) e a percepção da "doença", reconhecendo que esta varia em função das características sociais e demográficas e pode ou não converter-se em procura expressa.

Neste capítulo estudaremos a utilização dos serviços de saúde. Na primeira parte relaciona-se a utilização com a percepção da "doença" num período de quinze dias. Em seguida, a dimensão de análise é de seis meses, relacionando a oferta com a utilização. Por ter sido reconhecido que uma percentagem considerável da população não tinha utilizado os serviços de saúde em seis meses, houve a necessidade de alargar o período de lembrança, tendo sido posta a questão relativamente à última consulta médica – desde que as condições de emprego, residência e idade (grupo etário) não tivessem sofrido alterações – independentemente da data da realização. Assim, foram excluídos casos que revelaram ter sofrido alterações no intervalo de tempo entre a última consulta e a data da realização do questionário.

São apresentadas, ainda que de forma sumária, a utilização de serviços não tradicionais (endireita, ervanário), a procura da farmácia e a aquisição de medicamentos quando percepcionado um estado de "doença" e o seguimento das mães de crianças com menos de seis anos, aquando da gravidez. O consumo de cuidados hospitalares é também estudado, bem como a ligação entre os hospitais e outros serviços de saúde. Por fim são apresentadas as razões de utilização/não utilização dos serviços des saúde.

A análise é feita para os concelhos de Coimbra e Góis, separadamente, sendo apresentada em síntese a comparação da utilização dos serviços de saúde nestas duas áreas.

8.1. UTILIZAÇÃO/NÃO UTILIZAÇÃO

8.1.1. *Em Quinze Dias*

8.1.1.1. Concelho de Coimbra

Observando-se a utilização de serviços nos 15 dias imediatamente anteriores à entrevista – para a podermos relacionar com a "doença" percebida ou sentida pela população – verifica-se que 92,2% da população não utilizou os serviços de saúde. A utilização é de apenas de 7,8%.

Existe uma associação entre a utilização dos serviços de saúde e a percepção da "doença" no total da população, verificando-se que quem utiliza mais é quem esteve "doente" (quadro 8.1). No entanto, a utilização dos serviços nos referidos quinze dias nem sempre corresponde a ter sido percepcionada "doença" nesse mesmo período. Houve consumo de cuidados de saúde mesmo em situações de não percepção de "doença", consequência quer de uma atitude preventiva

(consultas de oftalmologia, estomatologia, vacinação, etc), quer de rotinas de seguimento clínico, quer ainda de necessidade de obtenção de receituário. Essa utilização é mais influenciada pela "doença" na população do sexo feminino. Cerca de 10% das mulheres entrevistadas referiu que teve "doença" e 8,6% que utilizou os serviços. Verifica-se, portanto, que da população feminina que declarou "doença", somente 54,4% recorreu aos serviços de saúde. Na população masculina, 7,1% esteve "doente" e 6,8% recorreu aos serviços. Observa-se ainda que cerca de 4% dos homens que não utilizaram os serviços referiram ter tido "doença". Dos que estiveram "doentes" 52,7% utilizaram os serviços de saúde.

QUADRO Nº 8.1. CONCELHO DE COIMBRA
Utilização dos Serviços (15 dias) Segundo "Doentes" e "Não Doentes" e Sexo
Distribuição Percentual

	MORBILIDADE	UTILIZAÇÃO	NÃO UTILIZAÇÃO	TOTAL	CASOS
SEXO FEMININO	"DOENTE"	60,5	4,7	9,5	270
	"NÃO DOENTE"	39,5	95,3	90,5	2565
TOTAL	(%)	8,6	91,4	100	
	CASOS	242	2594		2836
SEXO MASCULINO	"DOENTE"	55,8	3,6	7,1	171
	"NÃO DOENTE"	44,2	96,4	92,9	2227
TOTAL	(%)	6,8	93,2	100	
	CASOS	163	2235		2398
TOTAL POPULAÇÃO	DOENTE	58,4	4,3	8,4	269
	"NÃO DOENTE"	41,6	95,8	91,6	1 533
	(%)	7,8	92,2	100	
	CASOS	406	4827		5 233

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 794,86; GL = 1; p < 0.0001 DESCONHECIDOS = 1
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 602,80; GL = 1 ; p < 0.0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 1415,86; GL = 1; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

8.1.1.2. Concelho de Góis

Também no caso do concelho de Góis, o período de "doença" que é referenciado tem a ver com a percepção do que é "doença" pela população entrevistada e não só com a "doença" reconhecida clinicamente (quadro 8.2).

Cerca de 15% da população em estudo esteve "doente" no período de quinze dias (quadro 8.2). A utilização dos serviços de saúde varia significativamente com ter ou não ter estado "doente". Dos utilizadores dos serviços de saúde, 45,8% tiveram um episódio percebido de "doença", pelo que 54,2% dos que a eles recorreram não percepcionaram "doença".

Dos que referiram não terem utilizado os serviços, só alguns percepcionaram "doença". Verifica-se, pois, uma elevada percentagem de entrevistados que, sem estar "doente", recorreu aos serviços. Este facto prende-se, naturalmente, com a renovação de receitas e características da população (mais idosa) que, embora não esteja "doente", necessita de contactar com o médico.

QUADRO Nº 8.2. CONCELHO DE GÓIS
Utilização dos Serviços (15 dias) Segundo "Doentes" e "Não Doentes" e Sexo
Distribuição Percentual

	MORBILIDADE	UTILIZAÇÃO	NÃO UTILIZAÇÃO	TOTAL	CASOS
SEXO FEMININO	"DOENTE"	45,7	6,6	16,4	162
	"NÃO DOENTE"	54,3	93,4	83,6	828
	(%)	24,9	75,1	100	
TOTAL	CASOS	247	743		990
SEXO MASCULINO	"DOENTE"	45,9	3,8	13,2	107
	"NÃO DOENTE"	54,1	96,2	86,8	705
	(%)	22,3	77,7	100	
TOTAL	CASOS	181	631		812
TOTAL POPULAÇÃO	"DOENTE"	45,8	5,3	14,9	269
	"NÃO DOENTE"	54,2	94,7	85,1	1 533
	(%)	23,8	76,2	100	
	CASOS	428	1374		1 802

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 204,79; GL = 1; p < 0.0001 DESCONHECIDOS = 2
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 213,75; GL = 1 ; p < 0.0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 417,93; GL = 1; p < 0.0001 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Observa-se também que existe uma maior percentagem de população do sexo feminino com período de "doença", quando comparada com a do masculino. A utilização dos serviços e a percepção de "doença" têm uma associação forte, quer na população do sexo feminino ($p < 0,001$), quer na do sexo masculino ($p < 0,001$), reconhecendo-se que, do sexo feminino com percepção de "doença", 69,8% utilizaram os serviços, sendo, no total, a percentagem de utilização de 24,9%. Na população masculina com período de "doença", 77,6% recorreu aos serviços, enquanto dos não "doentes" apenas 13,6% o fez. Na população feminina este valor é ligeiramente mais alto (16,2%). Em qualquer dos casos a percentagem de utilização é sempre mais baixa na população masculina.

8.1.2. *Utilização em Seis Meses*

8.1.2.1. Concelho de Coimbra

Relativamente ao total da população inquirida no concelho de Coimbra (5234), a percentagem de população que utilizou os serviços foi de 55,9%, nos seis meses que antecederam as entrevistas (figura 8.1). O valor percentual mais elevado registou-se no uso dos cuidados de saúde primários públicos (quadro 8.3). Cerca de 33% da população apenas utilizou os serviços dos centros ou extensões ou ainda as duas tipologias de serviços, para além dos que simultaneamente recorreram ao médico privado e/ou convencionado. A preferência de cerca de

10% da população entrevistada pelo médico privado deve ser realçada. Este facto poderá estar ligado à necessidade de consultas de especialista a que o Serviço Nacional de Saúde não responde com rapidez. Além disso, 3,7% de população, para além dos serviços públicos, procura também os privados, em simultâneo.

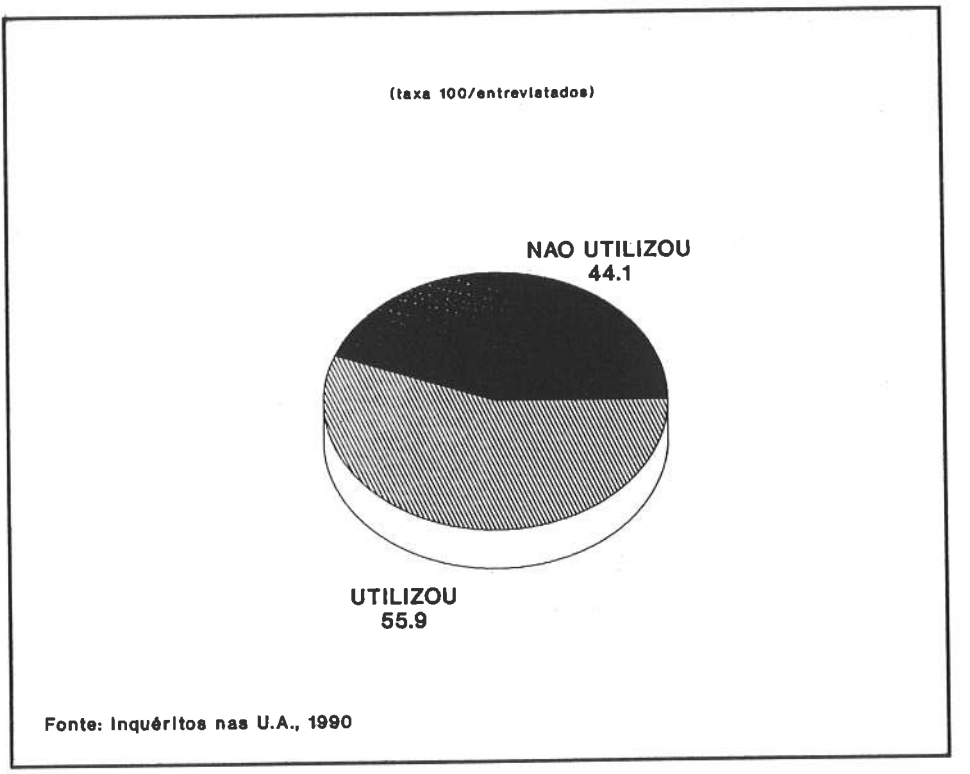


Fig. 8.1. Concelho de Coimbra. Taxa de Utilização dos Serviços de Saúde, em 6 meses.

Analisando os que utilizaram os serviços nos últimos 6 meses, 59,3% recorreu aos cuidados de saúde primários públicos (centro e extensões), 17,5% optou pelo médico privado e 14,5% pelo médico convencionado (quadro 8.4). Uma fracção da população recorreu a um só tipo de serviços (público, privado ou convencionado), enquanto outros utilizaram mais do que uma tipologia de serviços – por exemplo, público e privado (6,6%); público e convencionado (1,2%); privado e convencionado (0,8%); e os três em conjunto (0,1%) (figura 8.2). Embora estes valores sejam baixos, revelam a multiplicidade de consumo perante um episódio de "doença" ou ainda as opções dos consumidores consoante as características da "doença".

Nos seis meses que antecederam as entrevistas, a utilização dos serviços de saúde, públicos e privados (à excepção dos hospitalares), pela população entrevistada no concelho de Coimbra foi de cerca de 62%, dos quais 6,1% recorreu a mais de um local.

QUADRO Nº 8.3. CONCELHO DE COIMBRA.
Serviços de Saúde Utilizados (6 meses) – Relativo ao Total da Amostra
Distribuição Percentual

	LOCAIS DA CONSULTA	%
COM 1 SERVIÇO	PÚBLICO: CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO: EXTENSÃO	33,15
	PRIVADO	9,80
	CONVENCIONADO	8,08
COM + DE 1 SERVIÇO	PUBLICO + PRIVADO	3,71
	PUBLICO + CONVENCIONADO	0,65
	PRIVADO + CONVENCIONADO	0,42
	PUBL. + PRIVADO + CONVENCIONADO	0,06
TOTAL		55,87

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

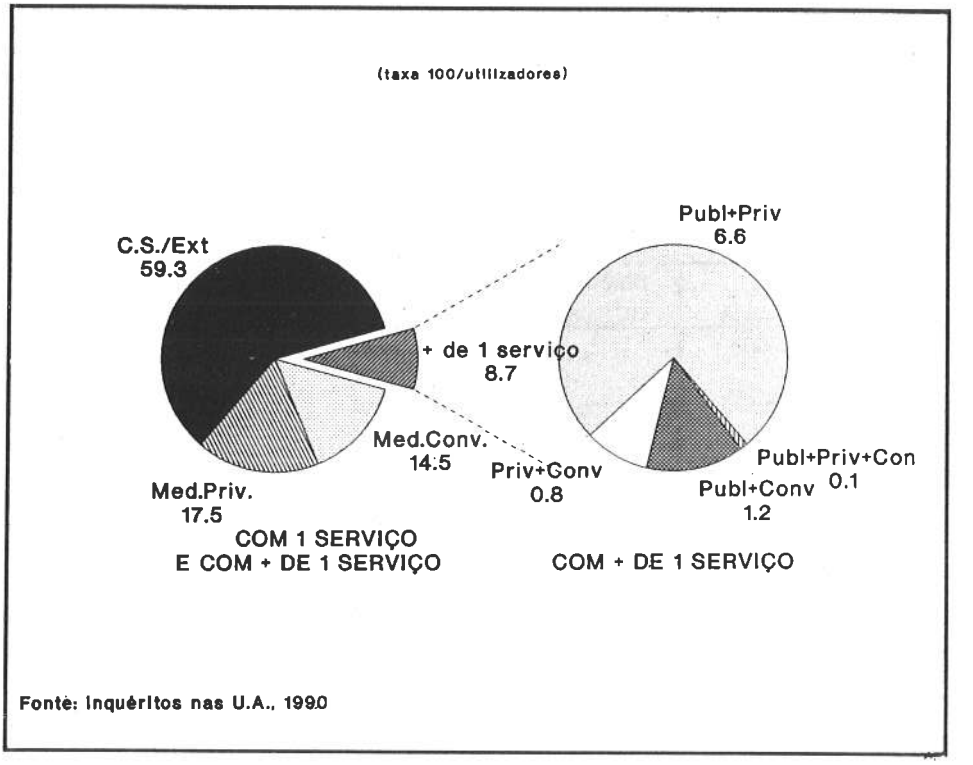


Fig. 8.2. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços, em 6 meses, para os que tiveram Consulta.

QUADRO Nº 8.4. CONCELHO DE COIMBRA. Serviços de Saúde Utilizados
Para os que Tiveram Consultas em 6 Meses – Distribuição Percentual e Nº de Casos

	LOCAIS DA CONSULTA	
COM 1 SERVIÇO	PÚBLICO: CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO: EXTENSÃO	59,30 (1735)
	PRIVADO	17,50 (513)
	CONVENCIONADO	14,50 (423)
COM + DE 1 SERVIÇO	PUBLICO + PRIVADO	6,60 (194)
	PUBLICO + CONVENCIONADO	1,20 (34)
	PRIVADO + CONVENCIONADO	0,80 (22)
	PUBL.+PRIVADO+ CONVENCIONADO	0,10 (3)
	TOTAIS	100,00 2924

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 ( ) número de casos

QUADRO Nº 8.5. CONCELHO DE COIMBRA. Serviço de Saúde Utilizada em 6 Meses
Segundo Freguesias de Residência – Distribuição Percentual e Nº de Casos

LOCAIS CONSULTA	FREGUESIA C/C.SAUDE	FREGUESIA C/EXTEN.	FREGUESIA S/C. E EXTEN.	TOTAL UTILIZAÇÃO
CENTRO DE SAUDE	23,70 (596)	6,60 134)	12,80 (86)	15,60 (816)
EXTENSAO	7,50 (190)	39,10 (798)	33,40 (225)	23,20 (1213)
MEDICO PRIVADO	15,70 (396)	10,90 (223)	16,80 (113)	14,00 (732)
MÉDICO CONVENCIONADO	12,90 (326)	5,50 (113)	6,40 (43)	9,20 (482)

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 ( ) número de casos

Os serviços mais utilizados foram os das extensões dos centros de saúde (23,2%), seguidos dos centros de saúde (15,6%). A percentagem de utilização do médico privado foi muito semelhante, embora ligeiramente inferior, à taxa de utilização dos referidos centros. O médico convencionado foi percentualmente menos utilizado (figura 8.3).

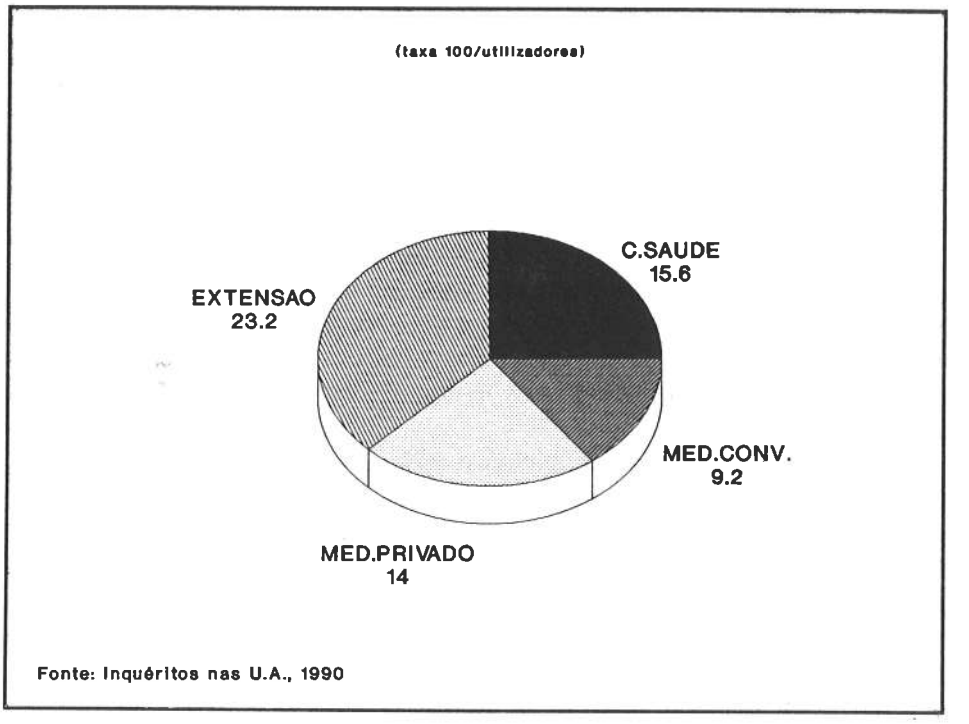


Fig. 8.3. Utilização dos Serviços de Saúde, em 6 meses. Distribuição Percentual.

Preocupámo-nos em fazer uma análise que tivesse em conta não só o local de consulta, mas ainda a oferta de serviços de saúde ao nível de cuidados de saúde primários existentes nas áreas de residência (desagregado ao nível de freguesia) (quadro 8.5). Verificámos, então, que da população que reside em freguesias com centro de saúde, 23,7% utilizou o centro de saúde, independentemente de ter ou não recorrido a outro local. A maior percentagem de utilização de cuidados de saúde situa-se nas freguesias onde se localizam extensões dos centros de saúde, seguidas das áreas onde não existe oferta de cuidados de saúde primários públicos (C.S.P.P.) – centros de saúde ou extensões. Decerto a proximidade, convertida em termos de uma boa acessibilidade física, é uma variável importante a reter. Deve salientar-se que 48,1% da população em estudo reside em freguesias com centro de saúde, 39% em freguesias com extensão e 12,9% em locais sem C.S.P.P.. A utilização dos serviços de saúde pode relacionar-se com a oferta na freguesia de residência. Locais com centro de saúde apresentam uma taxa de utilização desse serviço mais elevada, enquanto que para freguesias sem oferta de C.S.P.P. ou apenas com extensão o serviço mais utilizado foi a extensão. As características da população que reside nessas áreas, e que foi já objecto de estudo em capítulo anterior (capítulo 6) são ainda factores relevantes no tipo de utilização, como veremos neste capítulo.

A distribuição geográfica dos serviços de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários faz-se, preferencialmente, a dois níveis:

1) centros de saúde localizados em áreas urbanas consolidadas ou de crescimento urbano recente;
2) extensões dos centros de saúde implantadas em áreas periurbanas dormitórios e, fundamentalmente, periurbanas rurais e rurais.

Já tivemos oportunidade de identificar a predominância de grupos sociais mais desfavorecidos (grupos sócio-profissionais onde predominam os trabalhadores manuais e reformados que vivem só) nas áreas referidas em 2).

De acordo com alguns autores (KALIMO 1979a), 1979b); WHITEHEAD, 1988; MARMOT *et al.*, 1991), os reformados e trabalhadores manuais têm necessidades de saúde com maior acuidade. Tal facto, eventualmente, explicará que as características mutáveis (rendimento, por exemplo) da população residente, associadas à distribuição e localização dos recursos de saúde estejam na base das diferenças de utilização, na área dos Cuidados de Saúde Primários, entre centros de saúde e extensões.

Se observarmos o quadro 8.5, verificamos ainda que a taxa de utilização de centros de saúde para os que residem em freguesias com esses serviços é maior do que para a população que reside em áreas onde não existem centros de saúde e extensões.

Quem utiliza mais o médico privado (16,8%) é a população que reside nas freguesias onde não há oferta de cuidados de saúde primários públicos. Esta recorreu, então, preferencialmente às extensões e ao médico privado. Verificam-se ainda valores elevados de utilização do médico privado e do médico convencionado na população urbana, correspondente às freguesias onde existem centros de saúde, por ser aqui que se encontram os consultórios médicos e privados.

8.1.2.2. Concelho de Góis

Relativamente ao total da população entrevistada, 75,1% utilizou os serviços de saúde nos seis meses que antecederam as entrevistas (figura 8.4.). Cerca de 45% utilizam os cuidados de saúde primários e apenas 4% utilizam os serviços do médico privado (quadro 8.6). Os serviços de saúde públicos e convencionados, em conjunto foram usados por 10,2%. Cerca de 6,5% recorreu em simultâneo ao público e ao privado.

Considerando só a população que utilizou os serviços de saúde (quadro 8.6) verificamos que os serviços mais utilizados são os cuidados de saúde primários públicos (centro de saúde e extensão), para os que utilizam um só tipo de serviço, como pode ser lido no quadro 8.7. Para os que utilizam mais do que um tipo de serviços, é predominante a procura dos serviços públicos e convencionados (14,3%) e público e privado (9,1%) (figura 8.5).

Nos seis meses que antecederam a entrevista, 98,4% da população inquirida no concelho de Góis utilizou os serviços de saúde, correspondendo a mais do que uma utilização para a mesma pessoa (quadro 8.7) . Os valores mais elevados são os da utilização da extensão e do centro de saúde. A proximidade induz ao uso, pelo que recorre mais à extensão e ao centro de saúde a população que reside em freguesias com oferta deste tipo de serviços (quadro 8.8).

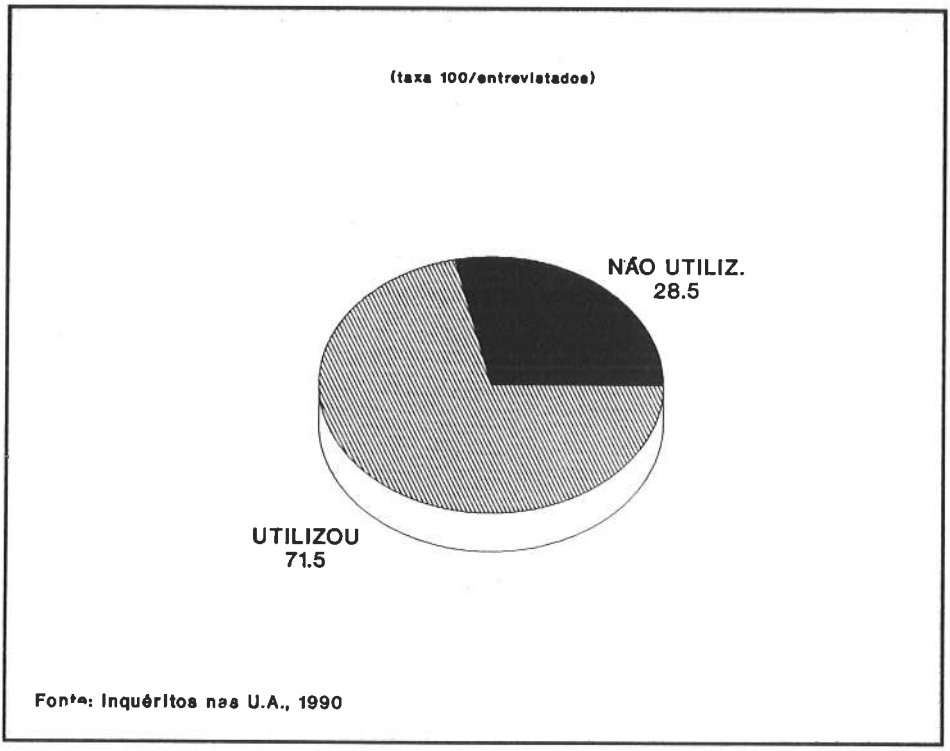


Fig. 8.4. Concelho de Góis. Taxa de Utilização dos Serviços, em seis meses.

QUADRO Nº 8.6. CONCELHO DE GÓIS.
Serviços de Saúde Utilizados (6 meses) – Relativo ao Total da Amostra
Distribuição Percentual

	LOCAIS DA CONSULTA	%
COM 1 SERVIÇO	PÚBLICO: CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO: EXTENSÃO	44.79
	PRIVADO	4.05
	CONVENCIONADO	2.99
COM + DE 1 SERVIÇO	PUBLICO + PRIVADO	6.54
	PUBLICO + CONVENCIONADO	10.20
	PRIVADO + CONVENCIONADO	0.61
	PUBL. + PRIVADO + CONVENCIONADO	2.33
TOTAL		71.51

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 8.7. CONCELHO DE GÓIS. Serviços de Saúde Utilizados
Para os que Tiveram Consultas em 6 Meses – Distribuição Percentual e Nº de Casos

	LOCAIS DA CONSULTA	
COM 1 SERVIÇO	PÚBLICO: CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO: EXTENSÃO	62,50 (808)
	PRIVADO	5,70 (73)
	CONVENCIONADO	4,20 (54)
COM + DE 1 SERVIÇO	PUBLICO + PRIVADO	9,10 (118)
	PUBLICO + CONVENCIONADO	14,30 (184)
	PRIVADO + CONVENCIONADO	0,90 (11)
	PUBL.+PRIVADO+ CONVENCIONADO	3,30 (42)
	TOTAIS	100,00 (1290)

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

( ) número de casos

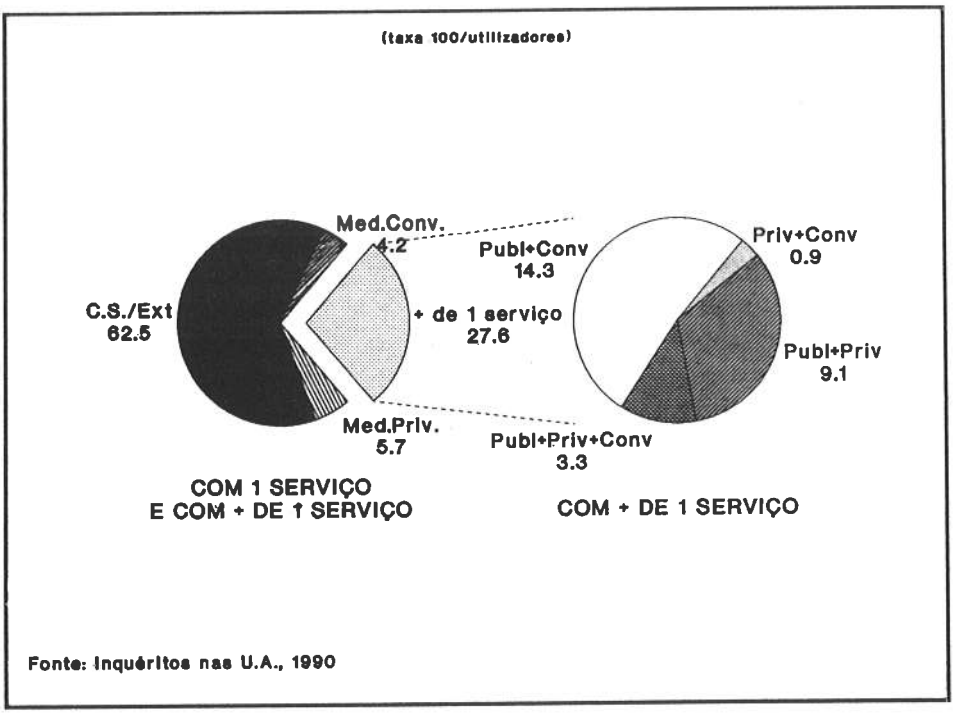


Fig. 8.5. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços, em 6 meses, para os que tiveram consulta.

QUADRO Nº 8.8. CONCELHO DE GÓIS. Serviços de Saúde Utilizados em 6 Meses Segundo Freguesias de Residência – Distribuição Percentual e Nº de Casos

LOCAIS CONSULTA	FREGUESIA C/C.SAÚDE	FREGUESIA C/EXTEN.	TOTAL UTILIZAÇÃO
CENTRO DE SAÚDE	45,60	21,3	31,4
	(342)	(225)	(567)
EXTENSÃO	6,00	59,8	37,4
	(45)	(630)	(675)
MÉDICO PRIVADO	15,40	52,9	13,5
	(115)	(129)	(244)
MÉDICO CONVENCIONADO	14,60	17,3	16,1
	(109)	(182)	(291)

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 ( ) número de casos

A utilização da extensão tem valores mais elevados (37,4%) do que o centro de saúde (31,4%). Se somarmos os valores percentuais da opção pelo médico privado e pelo convencionado, verificamos que a soma é inferior à utilização quer do centro de saúde quer da extensão. Podemos então concluir que a utilização, nos seis meses que antecederam a recolha da informação, se fez, essencialmente, ao nível dos cuidados de saúde primários públicos (figura 8.6).

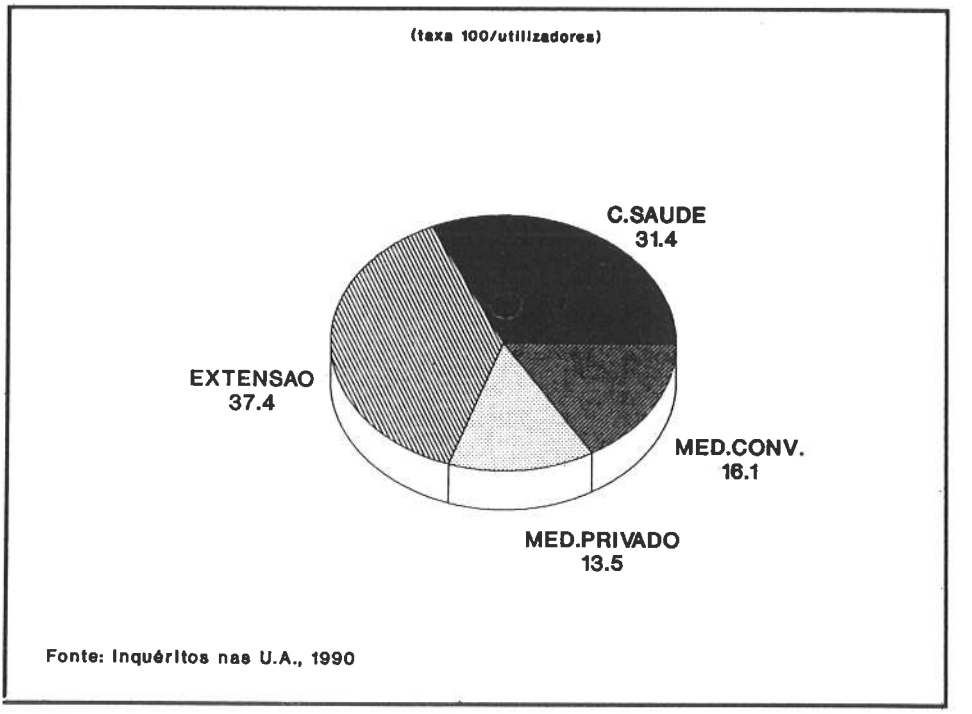


Fig. 8.6. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde em 6 meses. Distribuição Percentual.

Verificamos também, com base no quadro 8.8, que em locais onde só existe extensão, a população utiliza percentualmente mais os serviços do médico privado (52,9%) do que em locais com centro de saúde (21,3%). Nessas áreas geográficas (freguesias rurais do concelho) a população procura o médico privado, com os valores percentuais quase tão elevados como os de utilização da extensão, o que pode corresponder a uma menor aceitabilidade da extensão pelos consumidores ou desadequação dos cuidados disponíveis (designadamente dos horários limitados de funcionamento das extensões) relativamente às necessidades da população.

Em termos gerais, o recurso aos serviços é percentualmente mais elevada em freguesias com extensão do que em freguesias com centro de saúde. Foram referidas no capítulo 6 e 7 as características da população (idade, sexo, grupo social, área de residência e tempo de "doença") condicionantes da elevada utilização dos serviços de saúde nessa área geográfica, análise que irá merecer maior detalhe no capítulo 9.

8.2. LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA

8.2.1. *Concelho de Coimbra*

A análise que apresentamos para os concelhos de Coimbra e Góis tem como objectivo verificar a associação de factores já estudados – características da população com a utilização dos serviços de saúde.

Em virtude de termos admitido, depois de realizar o inquérito piloto, que uma parte da população não tinha utilizado os serviços nos seis meses que antecederam as entrevistas, reconhecemos que deveríamos incluir no questionário uma pergunta que abrangesse um conjunto mais vasto da população. Assim, independentemente do intervalo de tempo entre a última consulta e a realização da entrevista, preocupámo-nos em saber o local onde esta tinha sido realizada.

QUADRO Nº 8.9. CONCELHO DE COIMBRA. Local da Ultima Consulta
Segundo Lugares com Cuidados de Saúde Primários Públicos e Sexo – Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Lugares	Centro Saúde	Casos	Extensão	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hosp.	Casos	TOTAL (%)	TOTAL Nº Casos
SEXO FEMININO	C/C.SAUDE	36,0	494	12,5	172	21,7	298	17,1	235	12,7	174	48,6	1373
	C/EXTENSÃO	8,4	92	62,3	681	12,5	137	8,1	89	8,6	94	38,8	1093
	S/C.SAUDE	16,9	60	52,5	186	14,4	51	7,1	25	9,0	32	12,6	354
	TOTAL	22,9	646	36,8	1039	17,2	486	12,4	349	10,7	300	100,0	2820
SEXO MASCULINO	C/C.SAUDE	33,5	375	11,4	128	20,9	234	20,3	227	13,8	154	47,5	1118
	C/EXTENSÃO	7,4	68	59,9	554	11,2	104	10,3	95	11,2	104	39,2	925
	S/C.SAUDE	14,0	44	49,4	155	16,6	52	10,5	33	9,6	30	13,3	314
	TOTAL	20,7	487	35,5	837	16,5	390	15,1	355	12,3	288	100,0	2357
TOTAL POPULAÇÃO	C/C.SAUDE	34,9	869	12,0	300	21,4	532	18,5	462	13,2	328	48,1	2491
	C/EXTENSÃO	7,9	160	61,2	1235	11,9	241	9,1	184	9,8	197	39,0	2018
	S/C.SAUDE	15,6	104	51,0	341	15,4	103	8,7	58	9,3	62	12,9	668
TOTAL GERAL		21,9	1133	36,2	1876	16,9	876	13,6	704	11,0	587	100,0	5177

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 735,29; GL = 8 ; p < 0.0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 602,17; GL = 8 ; p < 0.0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 1333,85; GL = 8; p < 0.0001

DESCONHECIDOS = 57

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

Constata-se que a utilização dos serviços de saúde varia consoante o seu tipo: as extensões dos centros de saúde tiveram uma percentagem de utilização superior aos outros serviços; seguem-se os centros de saúde, médico privado, o médico convencionado e o hospital (quadro 8.9).

Se este é o comportamento para o total da população que respondeu (5177 foram os considerados válidos no nosso estudo), os valores atrás mencionados variam segundo a proximidade de oferta de serviços públicos que foram considerados anteriormente (centros de saúde e extensões). Dividimos as áreas de residência da população utilizadora em 3 grupos:

1) freguesias com centro de saúde;
2) freguesias com extensão do centro de saúde;
3) freguesias sem centro de saúde ou extensão.

Verificámos que a percentagem de utilização dos serviços de saúde (local da última consulta), no total da população, tem valores significativamente diferentes de acordo com a localização da oferta de unidades de saúde (centro de saúde e extensão) na freguesia de residência ($p < 0,0001$). Os valores mais elevados correspondem á população que reside em locais com extensão (61,2%). A população que reside em áreas sem oferta de cuidados de saúde primários públicos (C.S.P.P.), ou seja áreas rurais com fenómenos de periurbanização, utiliza maioritariamente as extensões (51%) que, embora se não situem nas suas freguesias, estão mais próximas (distância-tempo) do que os centros de saúde, localizados preferencialmente na área urbana. O padrão de utilização é semelhante ao já verificado no ponto 8.1.2. (utilização em seis meses).

Percentualmente, quem utiliza mais os centros de saúde (34,9%) é a população que reside em freguesias onde estes serviços se localizam.

As maiores percentagens de utilização do médico privado (21,4%), convencionado (18,5%) e hospital (13,20%) correspondem também às freguesias com centro de saúde próximo (na área da freguesia), correspondendo à área geográfica periurbana de crescimento recente onde reside em significativo número a população do grupo social Médio/Elevado e Médio/Ascenção, a que tem melhor acesso económico.

Em suma, quem utilizou mais os serviços (relativamente à última consulta) foi a população dos lugares com centros de saúde que, como foi referido no capítulo 5, corresponde às áreas urbanas consolidadas e de crescimento recente. Por um lado, é nesses espaços geográficos que se localizam os serviços de saúde de carácter mais diferenciado (hospitais, médicos especialistas, centros de saúde); por outro, as características mutáveis da população (rendimento, escolaridade, etc.,) propiciam um maior acesso.

Assim, cerca de 48% da população entrevistada reside em locais com centro de saúde, sendo a utilização desse serviço elevada (34,9%). Se compararmos este último valor com o somatório do médico privado, do convencionado e do hospital (53,1%), a população residente em áreas com características urbanas, teve, relativamente á última consulta, uma escolha preferencial pelos cuidados de saúde não primários.

Este facto não é verdadeiro noutras áreas geográficas, nas quais a tipologia da oferta de serviços é menos diversificada e, em alguns casos mesmo, não existem sequer serviços de saúde (freguesias sem extensão ou sem centro de saúde e extensão). Por exemplo, em cada 100 residentes em freguesias sem centro ou extensão 51 utilizaram os serviços de saúde de uma extensão.

As diferenças de utilização dos serviços de saúde segundo o seu tipo (centro de saúde e extensão) variam no sexo feminino ($p < 0,0001$) e no masculino ($p < 0,0001$). O padrão de utilização nestes dois grupos populacionais é semelhante entre si e também ao que ficou descrito no total da população.

Se compararmos a utilização entre as duas populações, verifica-se que quem utilizou percentualmente mais o centro de saúde, extensão e médico privado foi a população do sexo feminino, enquanto o médico convencionado e o hospital foram mais utilizados pela população masculina, numa proporção relativamente mais elevada.

Considerando o total da população seleccionada, verificamos ainda que o local da consulta varia significativamente com os grupos de idade ($p < 0.0001$) (quadro 8.10). Não são só as necessidades percebidas e expressas que estão em causa, mas o local onde elas se satisfazem. Assim, dos serviços utilizados segundo os grupos de idade, concluímos que quem procura, em termos percentuais, mais o centro de saúde é a população infantil (dos 0 aos 4 anos) e a de 64 e mais anos. Verificou-se que as mulheres dos 65 aos 74 anos recorrem a esse serviço numa percentagem ligeiramente superior à das de 75 e mais anos, enquanto que estas últimas usam, numa maior proporção, o médico privado e o hospital, provavelmente por necessitarem de consultas de nível mais especializado.

QUADRO Nº 8.10. CONCELHO DE COIMBRA. Local da Última Consulta
Segundo Grupos de Idade e Sexo – Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Grupos de Idade	Centro Saúde	Casos	Extensão	Casos	Médico Privado	Casos	Médico Conv.	Casos	Hospital	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEMININO	0-4	24,8	27	32,1	35	22,9	25	6,4	7	13,8	15	3,9	109
	5-14	19	69	33,3	121	20,9	76	17,1	62	9,6	35	12,9	363
	15-24	23,8	135	33,5	190	19,6	111	15	85	8,1	46	20,1	567
	25-44	19,7	136	35,5	245	20	138	12,4	86	12,4	86	24,5	691
	45-64	23,6	165	40,3	282	14,3	100	12,1	85	9,7	68	24,8	700
	65-74	32,1	76	41,8	99	6,8	16	6,8	16	12,7	299	8,4	237
	=>75	24,8	38	43,8	67	13,1	20	5,2	8	13,1	20	5,4	153
	TOTAL	22,9	646	36,8	1 039	17,2	468	8,4	237	10,6	299	100	2 820
SEXO MASCULINO	0-4	30,6	33	39,8	43	19,4	21	1,9	2	8,3	9	4,6	108
	5-14	20,3	64	33	104	16,2	51	14	44	16,5	52	13,4	315
	15-24	23	109	33,2	157	18,4	87	14,6	69	10,8	51	20,1	473
	25-44	16,8	99	32,8	193	19,7	116	17,7	104	13,1	77	25	589
	45-64	17,8	106	37,2	222	15,8	94	18,6	111	10,6	63	25,3	596
	65-74	24,7	44	43,8	78	8,4	15	10,7	19	12,4	22	7,6	178
	=>75	32,7	32	40,8	40	6,2	6	6,1	6	14,3	14	4,2	98
	TOTAL	20,7	487	35,5	837	16,5	390	15,1	355	12,3	288	100	2 357
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	27,6	60	35,9	78	21,2	46	4,1	9	11,1	24	4,2	217
	5-14	19,6	133	33,2	225	18,7	127	15,6	106	12,8	87	13,1	678
	15-24	23,5	244	33,4	347	19	198	14,8	154	9,3	97	20,1	1 040
	25-44	18,4	235	34,2	438	19,8	254	14,8	190	12,8	163	24,7	1 280
	45-64	20,9	271	38,9	504	15	194	15,1	196	10,1	131	25	1 296
	65-74	28,9	120	42,7	177	7,5	31	8,4	35	12,5	52	8	415
	=>75	27,9	70	42,6	107	10,4	26	5,6	14	13,5	34	4,8	251
TOTAL GERAL		21,9	1 133	36,2	1 876	16,9	876	13,6	704	11,3	586	100	5 177

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 89,01; GL = 24; $p < 0.0001$

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 84,79; GL = 24 ; $p < 0.0001$

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 138,80; GL = 24; $p < 0.0001$

DESCONHECIDOS = 57

FONTE: Inquéritos nas U.A, 1990

O que descrevemos no parágrafo anterior é válido na utilização das extensões, no total da população e nos homens. Quem as utiliza em maior proporção relativa são as crianças dos 0 aos 4 anos e a população com mais de 45 anos, com relevância para os mais idosos, a partir dos 65 anos, em que se registam os valores mais elevados. Na população feminina a utilização desses serviços acentua-se com o aumento da idade, com os valores mais elevados a pertencerem à subpopulação com 75 e mais anos.

O médico privado tem um padrão de utilização bem diferente do descrito anteriormente. Considerando o total da população, em ambos os sexos, se exceptuarmos a população infantil em que se verificam números mais altos, os valores são diferentes dos que observamos para os centros e extensões. É nos grupos de idades a partir dos 65 anos que se registam taxas de utilização do médico privado mais baixas.

O mesmo acontece com o médico convencionado: quem a ele mais recorre é a população jovem e a que está em idade activa, este último grupo com expressão significativa na população do sexo masculino. As razões que estão na origem deste facto poderão prender-se com a inapropriação dos horários de utilização dos cuidados de saúde primários pela população activa do sexo masculino e ainda com a possibilidade que estes têm, em alguns casos, de usufruir dos serviços médicos de empresas.

Embora não se verifiquem diferenças muito marcantes na utilização do hospital, os resíduos ajustados revelam que os grupos etários do sexo masculino que têm maiores valores percentuais são os dos 5 aos 14 anos e dos 45 aos 65 mais anos. No sexo feminino é entre os 15 e os 24 e os 25 e 44 anos que os valores são significativamente superiores. A qualidade de oferta dos serviços de saúde do hospital Pediátrico poderá induzir à procura e, por isso, ser uma das razões fundamentais para a compreensão da taxa de procura pela população do primeiro grupo de idade. A frequência das mulheres entre os 25 e os 44 anos é consequência, talvez, dos partos e outros motivos relacionados com a gravidez. Cerca de 14% da população com mais de 75 anos utilizou o hospital. A natureza especializada dos cuidados de saúde e a boa qualidade ao nível do internamento e da consulta externa estarão, provavelmente, na base da explicação deste facto.

Da análise dos grupos dos 0 aos 4 e dos 75 e mais anos verificamos que, em ambos os sexos, os serviços mais procurados foram a extensão e o centro de saúde. O mesmo é válido para os outros grupos de idade, à excepção dos 25 aos 44 onde se registou um valor ligeiramente superior de utilização do médico privado, comparativamente ao do centro de saúde. Também na subpopulação feminina, entre os 5 e os 14 anos, o valor percentual de procura do médico privado é superior ao do centro de saúde.

Reconhece-se uma associação entre os grupos sociais e a tipologia de serviços utilizados pela população em estudo ($p < 0.0001$) (quadro 8.11). O serviço mais utilizado na última consulta foi a extensão, como já foi visto anteriormente, correspondendo ao grupo social Médio/Baixo o valor percentual mais alto. Os grupos sociais Médio, Baixo e Reformados acorrem também às extensões de forma assinalável. O grupo social Médio/Elevado utiliza mais o centro de saúde do que as extensões. Este último grupo social apresenta um valor percentual alto de procura do médico privado. É ainda relevante o uso que deste fazem os Reformados, quando comparado com os grupos sociais Médio, Médio/Baixo e Baixo. O facto traduz, eventualmente, a necessidade de consultas de especialidade sem grande demora e talvez seja reflexo da deficiente resposta – na rapidez – do hospital.

QUADRO Nº 8.11. CONCELHO DE COIMBRA. Local da Última Consulta Segundo Grupos Sociais e Sexo
Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Grupos Sociais	Centro Saúde	Casos	Extens.	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hospit.	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEM.	MÉDIO/ ELEVADO	18,8	82	8,3	36	39,7	173	21,3	93	11,9	52	15,5	436
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	23,8	146	32,1	197	20,2	124	14,8	91	9	55	21,7	613
	MÉDIO	19,7	125	43,7	278	10,5	67	13,7	87	12,4	79	22,6	636
	MÉDIO BAIXO	22	109	55	273	6,9	34	5,4	27	10,7	53	17,6	496
	BAIXO	27,3	38	41,7	58	10,8	15	7,9	11	12,2	17	4,9	139
	REFORMADOS	29,2	146	39,4	197	14,6	73	8	40	8,6	44	17,7	500
	TOTAL	22,9	646	36,8	1039	17,2	486	12,4	346	10,8	300	100	2820
SEXO MASC.	MÉDIO/ ELEVADO	18,4	69	6,1	23	39,2	147	22,9	86	13,3	50	15,9	375
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	19,1	102	33,8	181	19,3	103	16,4	88	11,4	61	22,7	535
	MÉDIO	18,1	106	42,1	246	10,6	62	17,1	100	12	71	24,8	585
	MÉDIO BAIXO	23,7	107	51,4	232	6,7	30	7,8	35	10,4	47	19,1	451
	BAIXO	26,1	24	34,8	32	7,6	7	13	12	18,5	17	3,9	92
	REFORMADOS	24,8	79	38,6	123	12,9	41	10,7	34	13,2	42	13,5	319
	TOTAL	20,7	487	35,5	837	16,5	390	15,1	355	12,2	288	100	2357
TOTAL POP.	MÉDIO/ ELEVADO	18,6	151	7,3	59	39,5	320	22,1	179	12,6	102	15,7	811
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	21,6	248	35,9	378	19,8	227	15,6	179	10,1	116	22,2	1148
	MÉDIO	18,9	231	42,9	524	10,6	129	15,3	187	12,3	150	23,6	1221
	MÉDIO BAIXO	22,8	216	53,3	505	6,8	64	6,5	62	10,6	100	18,3	947
	BAIXO	26,8	62	39	90	9,5	22	10	23	14,7	34	4,5	231
	REFORMADOS	27,5	225	39,1	320	13,9	114	9	74	10,5	86	15,8	819
	TOT. GERAL	21,9	1133	36,2	1876	16,9	876	13,6	704	11,3	588	100	5177

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 422,31; GL = 20; p < 0.0001

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 349,08; GL = 20 ; p < 0.0001

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 761,28; GL = 20; p < 0.0001

DESCONHECIDOS = 57

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

O grupo social Médio/Elevado apresenta também valores elevados na utilização do médico convencionado. A percentagem de utilização deste serviço é mais baixa nos grupos sociais Médio/Baixo, Baixo e nos Reformados.

Não se verificam grandes diferenças ao nível de utilização do hospital. São relevantes os valores percentuais para os grupos sociais Médio/Elevado e Baixo. Ou seja, não existe um padrão de utilização que esteja relacionado com factores sócio-económicos e sócio-profissionais. Assim, não são só as classes sociais com maior poder económico que utilizam o hospital, pois os valores que encontramos em outros grupos são também consideráveis. As razões de acesso ao hospital não são claramente as mesmas para os grupos sociais mencionados. Em alguns casos, a entrada no sistema organizado e oferecido pelo hospital tem vários percursos: pelo centro de saúde, pelo médico privado, por outro hospital ou ainda através de "influência" dos prestadores de cuidados de saúde no hospital (médicos, enfermeiros e outros). Assim, a utilização do hospital no Concelho de Coimbra pelo grupo social Médio/Elevado está relacionado, em grande número de casos, com a influência de amigos e/ou familiares. Se se considerar que os H.U.C. e o C.H.C. possuem cerca de 7000 funcionários e que a lentidão de resposta dos hospitais determina soluções pontuais personalizadas as quais passam, muitas vezes, pelo *by-pass* ao sistema normal de marcação de consulta (clínica geral / referência / hospital / triagem / marcação de consulta / espera / realização de consulta), não será forçado considerar a existência e relevância de tal factor no

padrão de utilização do hospital, designadamente pelas classes economicamente mais afluentes. A isto acresce, ainda, o facto de os H.U.C. possuírem instalações recentes e confortáveis, em muitos casos superiores às oferecidas por muitos consultórios privados.

Encontraram-se diferenças significativas no padrão utilização dos serviços de saúde em função dos grupos sociais, quer no sexo masculino ($p < 0,0001$), quer no feminino ($p < 0,0001$), com uma afluência desses grupos, em ambos os sexos, semelhante à que foi descrita para o total da população.

Refira-se que, em todos os grupos sociais, o médico privado foi percentualmente mais utilizado pelas mulheres. Algo de parecido se verifica, mas de forma inversa, no que respeita à procura do médico convencionado – mais utilizado pelos homens. Assim, as mulheres usam o médico privado numa maior percentagem do que os homens, em todos os grupos sociais, com valores mais elevados, principalmente nos grupos socialmente menos favorecidos: Baixo e Reformados.

O recurso ao hospital é mais acentuado no sexo masculino dos grupos Médio/Elevado e Médio/Ascenção do que na população do sexo feminino. Registam-se ainda, nos grupos Baixo e Reformados, valores percentuais consideráveis. Assim, a população do sexo masculino utilizou mais serviços hospitalares, principalmente nos grupos sociais extremos (grupos sócio-economicamente mais elevados e mais baixos).

Nos Reformados, as mulheres utilizam mais do que os homens os serviços dos centros de saúde, das extensões e do médico privado. No mesmo grupo social, os homens utilizam mais o médico convencionado e o hospital, talvez pela especificidade dos problemas de saúde e por terem uma atitude mais curativa do que preventiva.

A distância do local de residência ao local da prestação de cuidados de saúde é um factor de grande relevância nesta análise. Relacionámos, por isso, o local da última consulta com tipo da área de residência. Apresentámos em capítulo anterior a distribuição dos recursos de saúde e concluímos que a grande concentração de serviços (públicos e privados) se verifica nas áreas urbanas consolidadas e urbanas recentes. Vejamos, então, qual a relação entre a utilização dos diversos tipos de serviço e sua proximidade física. Observamos que há uma relação forte entre o local da última consulta e a tipologia de áreas de residência da população em estudo, tanto no total da população ($p < 0,0001$), como em ambos os sexos ($p < 0,0001$) (quadro 8.12). A população que reside na área urbana consolidada e periurbana recente procura mais o centro de saúde. A localizada nas áreas periurbanas dormitório e rural recorre mais às extensões. A população que reside nas áreas urbanas consolidadas e áreas urbanas recentes usa percentualmente mais os serviços dos médicos privados, convencionados e dos hospitais. Verifica-se, por conseguinte, uma relação directa entre a distância e a utilização. Todavia é nas áreas mais afastadas dos serviços de saúde que reside uma maior percentagem de população mais desfavorecida economicamente.

Quando se observa o quadro 8.12 verifica-se que nas áreas urbanas consolidadas a população usa mais os cuidados do médico privado (23,6%), convencionado (19,7%) e hospital (12,5%) do que os cuidados de saúde primários públicos (centro de saúde, 23,7%; extensão, 20,5%). O mesmo acontece nas áreas periurbanas de crescimento recente. Pelo contrário, nas áreas periurbanas dormitório e rurais com fenómenos de periurbanismo, os valores percentuais da utilização do centros e extensões são muito elevados.

QUADRO Nº 8.12. CONCELHO DE COIMBRA. Local da Ultima Consulta
Segundo Áreas de Residência e Sexo – Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Área de Residência	Centro Saúde	Casos	Extens.	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hospit.	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEM.	URB.CONS.	24,2	104	20,7	89	25,4	109	18,6	80	11	47	15,2	429
	PERIURB. REC.	37,8	440	13,7	159	19,9	231	15,6	182	13	151	41,2	1163
	PERIURB. DORM.	4,4	28	67,3	429	10,8	69	8,5	54	8,9	57	22,6	637
	PERI. RURAL	12,5	74	61,3	362	13	77	5,6	33	7,6	45	21	591
	TOTAL	22,9	646	36,8	1 039	17,2	486	12,4	349	10,6	299	100	2820
SEXO MASC.	URB.CONS.	23,1	79	20,2	69	21,3	73	21,1	72	14,3	49	14,5	342
	PERIURB. REC.	3,5	327	11,1	104	21	196	18,8	176	14	131	39,6	934
	PERIURB. DORM.	6,2	35	64,7	367	9,7	55	9	51	10,4	59	24,1	567
	PERI. RURAL	8,9	46	57,8	297	12,8	66	10,9	56	9,5	49	21,8	514
	TOTAL	20,7	487	35,5	837	16,5	390	15,1	355	12,2	287	100	2357
TOTAL POP.	URB.CONS.	23,7	183	20,5	158	23,6	182	19,7	152	12,5	96	14,9	771
	PERIURB. REC.	36,6	767	12,5	263	20,4	427	17,1	358	13,4	282	40,5	2097
	PERIURB. DORM.	5,2	63	66,1	796	10,3	124	8,7	105	9,7	116	23,3	1204
	PERI. RURAL	10,9	120	59,6	659	12,9	143	8,1	89	8,6	94	21,3	1105
	TOTAL GERAL	21,9	1133	36,2	1876	16,9	876	13,6	704	11,3	588	100	5177

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 801,56; GL = 12; p < 0,0001
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 654,10; GL = 12 ; p < 0,0001
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 1445,50; GL = 12; p < 0,0001

DESCONHECIDOS = 57

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Também à população dos sexos feminino e masculino se aplica o padrão geral anteriormente descrito. Observa-se, contudo, que quem utiliza mais o hospital, no sexo masculino, é a população residente nas áreas urbana consolidada e periurbana de crescimento recente. O mesmo acontece no sexo feminino, mas com valores comparativamente mais baixos. O que acabamos de referir é verdadeiro ainda no caso de utilização dos serviços convencionados, embora com valores percentuais mais elevados, quando comparados com os do recurso ao hospital. Assim, a população feminina residente na área urbana consolidada utiliza, numa maior proporção, o médico privado e o centro de saúde, a residente na área periurbana recente prefere o centro de saúde e a que pertence às áreas periurbanas dormitório e rural apresenta os valores mais altos de utilização dos serviços da extensão. O padrão observado para a população masculina é semelhante ao anteriormente referido para o sexo feminino.

8.2.2. *Concelho de Góis*

À semelhança do referido no ponto 8.2.1. a população do concelho de Góis foi inquirida relativamente ao local da última consulta, atendendo às condicionantes estabelecidas (não alteração do grupo de idade, residência e grupo social).

Os cuidados de saúde primários públicos (centros e extensões) representam cerca de 80,5% de preferência na utilização dos serviços de saúde, relativamente à última consulta da população entrevistada (quadro 8.13). Os locais mais procurados foram o centro de saúde (41,3%) e a extensão (39,2%). O médico privado (9,6%) e o médico convencionado (9,2%) têm valores percentuais muito superiores ao do hospital (0,7%).

Há uma forte associação entre o local da última consulta e os lugares com oferta de serviços de saúde (centro de saúde e extensão), no total ($p < 0,0001$), na população masculina ($p < 0,0001$) e na feminina ($p < 0,0001$). A população que reside em locais com centro de saúde utiliza preferencialmente esses serviços de saúde.

QUADRO Nº 8.13. CONCELHO DE GÓIS. Local da Última Consulta
Segundo Lugares com Cuidados de Saúde Primários Públicos e Sexo – Distribuição Percentual e Nº de Casos

		Centro				Médico		Médico				TOTAL	
	Lugares	Saúde	Casos	Extens.	Casos	Priv.	Casos	Conv.	Casos	Hosplt.	Casos	%	Casos
SEXO	C/C.SAÚDE	68	270	7,3	29	14,4	57	9,6	38	0,8	3	40,2	397
FEM.	C/EXTENSÃO	19,7	116	67,5	398	6,8	40	5,8	34	0,4	2	59,8	590
	TOTAL	39,1	386	43,3	427	9,8	97	7,3	72	0,5	5	100	987
SEXO	C/C.SAÚDE	66,6	233	8	28	11,7	41	12	42	1,7	6	43,1	350
MASC.	C/EXTENSÃO	26,8	124	54,1	250	7,4	34	11,3	52	0,4	2	56,9	462
	TOTAL	44	357	34,2	278	9,2	75	11,6	94	1	8	100	812
TOTAL	C/C.SAÚDE	67,3	503	7,6	57	13,1	98	10,7	80	12	9	41,5	747
POP.	C/EXTENSÃO	22,8	240	61,6	648	7	74	8,2	86	0,4	4	58,5	1 052
	TOTAL GERAL	41,3	743	39,2	705	9,6	172	9,2	17	0,7	13	100	1 799

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 359,73; GL = 4; $p < 0,0001$ DESCONHECIDOS = 5

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 202,68; GL = 4 ; $p < 0,0001$

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 558,35; GL= 4; $p < 0,0001$ FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Cerca de 67% da população que reside em locais próximos desse centro (centro de saúde dentro da freguesia) recorreu a ele. Por um lado, a população que reside em lugares com extensão usou-a preferencialmente, por outro lado, as populações residentes nestas duas áreas registaram uma utilização muito baixa dos cuidados hospitalares. O médico privado e o convencionado têm também procura baixa, com valores percentuais mais elevados para a utilização do médico privado pela população que reside em lugares com centro de saúde.

Assim, população que reside na proximidade do centro de saúde acorre essencialmente a esse serviço, embora também se verifique que 22,8% da população residente nas freguesias rurais envolventes (lugares com extensão) se desloca para utilizar os serviços do centro de saúde, o que pode resultar da existência de um serviço de atendimento permanente no centro de saúde (S.A.P.). Quem reside na freguesia com centro de saúde recorre mais aos serviços oferecidos pelos médicos privado e convencionado e pelo hospital. Este facto liga-se essencialmente, às características sócio-económicas e de mobilidade da população, pois, como sabemos, dentro do concelho de Góis não há oferta de médicos especialistas privados nem hospitalar e a sede do Concelho apresenta maiores facilidades de transporte, além de nela estar sediada a população mais afluente.

As diferenças na percentagem de utilização dos serviços de saúde, relativamente à população que reside nas freguesias com centro de saúde e nas freguesias com extensão, são significativas, tanto no que respeita ao sexo feminino, como ao sexo masculino: o padrão é semelhante ao descrito para o total da população. Observando ainda o quadro 8.13, verifica-se que o sexo masculino procura mais o centro de saúde, o médico convencionado e o hospital do que o sexo feminino, o qual apresenta padrão inverso, isto é, utiliza mais o médico privado e a extensão.

QUADRO Nº 8.14. CONCELHO DE GOIS. Local da Ultima Consulta Segundo Grupos de Idade e Sexo
Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Grupos de Idade	Centro Saúde	Casos	Extens.	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hospit.	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEM.	0-4	57,1	20	22,9	8	14,3	5	5,7	2			3,5	35
	5-14	41,2	42	41,2	42	12,7	13	4,9	5			10,3	102
	15-24	51	51	24	24	19	19	5	5	1	1	10,1	100
	25-44	45,2	76	28	47	14,3	24	11,3	19	1,2	2	17	168
	45-64	39,9	108	45,8	124	5,2	14	8,9	24	0,4	1	27,5	271
	65-74	31,2	49	59,9	94	3,8	6	5,1	8			15,9	157
	=>75	26	40	57,1	88	10,4	16	5,8	9	0,6	1	15,6	154
	TOTAL	39,1	386	43,3	427	9,8	97	7,3	72	0,5	5	100	987
SEXO MASC.	0-4	56,1	26	25,6	11	9,3	4	7	3	0		5,2	43
	5-14	46,2	49	34	36	14,2	15	5,7	6			13,1	106
	15-24	52,6	51	20,6	20	12,4	12	13,4	13	1	1	11,9	97
	25-44	49,4	79	22,5	36	10	16	15,6	25	2,5	4	19,7	160
	45-64	49,2	92	29,9	56	5,9	11	15	28	1,6	2	23	187
	65-74	29,9	38	55,9	71	5,5	7	7,1	9	1,1	1	15,6	127
	=>75	25	23	52,2	48	10,9	10	10,9	10			11,3	92
	TOTAL	44	357	34,2	278	9,2	75	11,6	92	1	8	100	812
TOTAL POP.	0-4	57,7	45	24,4	19	11,5	9	6,4	5			4,3	78
	5-14	43,8	91	37,5	78	13,5	28	5,3	11			11,6	208
	15-24	51,8	102	22,3	44	15,7	31	9,1	18	1	2	11	197
	25-44	47,3	155	25,3	83	12,2	40	13,4	44	1,8	6	18,2	328
	45-64	43,9	200	39,3	180	5,5	25	11,4	52	0,2	1	25,5	458
	65-74	30,6	87	58,1	165	4,6	13	6	17	0,7	2	15,8	284
	=>75	25,6	63	55,3	136	10,6	26	7,7	19	0,8	2	13,7	246
	TOTAL GERAL	41,3	743	39,2	705	9,6	172	9,2	166	0,7	13	100	1 799

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 92,75; GL = 24; p < 0,0001 (a)
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 85,38; GL = 24 ; p < 0,0001 (a)
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 169,20; GL = 24; p < 0,0001

(a) 25,7% de celas da tabela com valor esperado inferior a 5
DESCONHECIDOS= 5
FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

Como a idade é uma variável determinante na procura dos serviços, construímos o quadro 8.14. Aí se pode observar que os valores percentuais de utilização variam significativamente, segundo os grupos de idade considerados, no total da população. Até aos 64 anos os valores percentuais mais elevados de utilização dos serviços de saúde registaram-se no centro de saúde. Foram os grupos dos 0 aos 4 anos, dos 15 aos 24 e dos 25 aos 44 anos os que mais recorreram a esses serviços. A partir dos 65 anos a extensão é o serviço mais procurado, fenómeno eventualmente relacionado com a distribuição espacial da população mais idosa.

A população dos grupos mais jovens usa também o médico privado (dos 0 aos 4 anos – 11,5%; dos 5 aos 14 – 13,5%; dos 15 aos 24 anos – 15,7%), bem como os mais idosos (75 e mais anos – 10,6%), com valores percentuais mais elevados do que os outros grupos. A população em idade activa (25 aos 64 anos) utiliza mais os serviços do médico convencionado do que do médico privado.

Em suma, até aos 64 anos, a população recorre mais ao centro de saúde do que a qualquer outro tipo de serviços. A população de sexo masculino, principalmente a correspondente às idades entre os 0 e os 64 anos, apresenta valores percentuais de utilização do centro de saúde superiores aos globais. A partir dos 65 anos as mulheres usam, percentualmente, mais aquele serviço do

que os homens. A população feminina, em todos os grupos com excepção do dos 0 aos 4 anos, utiliza numa maior proporção a extensão.

O recurso ao médico privado apresenta valores percentuais mais elevados no sexo feminino, apenas nos grupos dos 0 aos 4 anos e dos 25 anos aos 44 anos. Tanto o médico convencionado como o hospital são mais utilizados pelos homens independentemente da idade, o que eventualmente traduz a sua maior facilidade em deslocarem-se para fora do concelho, até por motivos profissionais (emprego ou ensino), para locais onde existem esses tipos de serviços.

O quadro 8.15 regista as diferenças estatisticamente significativas da utilização dos serviços de saúde pelos grupos sociais, no total da população. Os grupos sociais Médio/Elevado, Médio/Ascenção e Médio correspondem às subpopulações que mais recorrem ao centro de saúde. Verifica-se, no entanto, que todos os grupos sociais, à excepção dos Reformados, têm valores percentuais mais elevados de utilização do centro de saúde. Os valores percentuais de utilização do médico privado, do convencionado e do hospital são superiores nos grupos sociais Médio/Elevado, Médio/Ascenção e Médio.

Relativamente às diferenças entre sexos pode ainda verificar-se que o centro de saúde é o serviço mais utilizado por todos os grupos sociais (excepção feita ao Baixo, no sexo masculino, e Reformado, em ambos os sexos). A população do sexo feminino dos grupos sociais Médio/Elevado, Médio/Ascensão e o Médio/Baixo utiliza numa maior proporção o médico privado do que a população masculina. A do sexo feminino do grupo social Médio/Elevado recorre ainda ao hospital mas em valores muito baixos.

QUADRO Nº 8.15. CONCELHO DE GOIS. Local da última Consulta Segundo Grupo Social e Sexo
Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Grupos Sociais	Centro Saúde	Casos	Extens.	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hospit.	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEM.	MÉDIO/ ELEVADO	41,7	10	8,3	2	37,5	9	8,3	2	4,2	1	2,4	24
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	46,4	71	23,5	36	21,6	33	8,5	13			15	153
	MÉDIO	45,2	52	30,4	35	13,9	16	10,4	12			11,7	115
	MÉDIO/ BAIXO	43,9	69	42	66	6,4	10	6,4	10	1,3	2	15,9	157
	BAIXO	52,6	30	40,4	23	1,8	1	5,3	3			5,8	57
	REFORMADOS	30	154	55,1	265	5,8	28	6,7	32	0,4	2	48,7	481
	TOTAL	39,1	386	43,3	427	9,8	97	7,3	72	0,5	5	100	987
SEXO MASC.	MÉDIO/ ELEVADO	57,9	11	5,3	1	31,6	6	5,3	1			2,3	19
	MÉDIO/ ASCENÇÃO	54	81	21,3	32	9,3	14	14	21	1,3	2	18,5	150
	MÉDIO	51,2	65	17,3	22	16,5	21	15	19			15,6	127
	MÉDIO /BAIXO	50,6	85	32,7	55	6	10	8,3	14	2,4	3	20,7	168
	BAIXO	40,8	20	42,9	21	6,1	3	10,2	5			6	49
	REFORMADOS	31,8	95	49,2	147	7	21	11,4	34	0,7	2	36,8	299
	TOTAL	44	357	34,2	278	9,2	75	11,6	94	0,9	7	100	812
TOTAL POP.	MÉDIO/ ELEVADO	48,8	21	7	3	34,9	15	7	3	2,3	1	2,4	43
	MÉDIO /ASCENÇÃO	50,2	152	22,4	68	15,5	47	11,2	34	0,7	2	16,8	303
	MÉDIO	48,3	117	23,6	57	15,3	37	12,8	31			13,5	242
	MÉDIO/ BAIXO	47,4	154	37,2	121	6,2	20	7,4	24	1,8	6	18,1	325
	BAIXO	47,2	50	41,5	44	3,8	4	7,5	8			5,9	106
	REFORMADOS	31,9	249	52,8	412	6,3	49	8,5	66	0,5	4	43,4	780
TOTAL GERAL		41,3	743	39,2	705	9,6	172	9,2	166	0,7	13	100	1799

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 121,88; GL = 20; p < 0,0001 (a)
SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 92,55; GL = 20 ; p < 0,0001 (a)
TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 197,21; GL = 20; p < 0,0001

(a) 30% de celas da tabela com valor esperado inferior a 5
DESCONHECIDOS = 5
FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

Referimos, anteriormente, que a utilização dos cuidados de saúde primários está directamente relacionada com a existência, próximo da residência, de oferta desse tipo de serviços. O uso de cada tipo de serviço, relativamente ao local da última consulta, apresenta diferenças estatísticas significativas de utilização dos serviços de saúde segundo as áreas de residência, quer no total da população, quer no sexo feminino ($p < 0,0001$) e masculino ($p < 0,0001$) (quadro 8.16). Assim, população da área urbana de Góis recorre, com valores percentuais mais altos, ao centro de saúde. Nas áreas rurais, a extensão é o serviço de saúde com valores relativos de utilização mais elevados. A população da área urbana recorre numa maior proporção à oferta dos cuidados secundários (médico privado, convencionado e hospital), sendo as diferenças significativas. Este facto resulta do maior acesso aos serviços de saúde por parte da população residente na área urbana de Góis quer em termos geográficos quer em termos económicos. Embora não se localizem na sede do concelho esse tipo de serviços, a ligação com locais onde eles existem é mais fácil do que para a população que reside na área rural do concelho. Desse modo, a proximidade da oferta dos serviços de saúde influencia a utilização dos mesmos.

QUADRO Nº 8.16. CONCELHO DE GÓIS. Local da Última Consulta Segundo Área de Residência e Sexo
Distribuição Percentual e Nº de Casos

	Áreas Residência	Centro Saúde	Casos	Extens.	Casos	Médico Priv.	Casos	Médico Conv.	Casos	Hosp.	Casos	TOTAL %	TOTAL Casos
SEXO FEM.	URB. GÓIS	68,6	199	4,1	12	16,9	49	9,3	27	1	3	29,4	290
	RURAL GÓIS	26,8	187	59,5	415	6,9	48	6,5	45	0,2	2	70,6	697
	TOTAL	39,1	386	43,3	427	9,8	97	7,3	72	0,5	5	100	987
SEXO MASC.	URB. GÓIS	67,2	168	5,2	13	12,4	31	12,8	32	2,4	6	30,8	250
	RURAL GÓIS	33,6	189	47,2	265	7,8	44	11	62	0,4	2	69,2	562
	TOTAL	44	357	34,2	278	9,2	75	11,6	94	1	8	100	812
TOTAL POP.	URB. GÓIS	68	367	4,6	25	14,8	80	10,9	59	1,7	9	30	540
	RURAL GÓIS	29,9	376	54	680	7,3	92	8,5	107	0,3	4	70	1259
TOTAL GERAL		41,3	743	39,2	705	9,6	172	9,2	166	0,7	13	100	1799

SEXO FEMININO QUI-QUADRADO = 262,18; GL = 4; $p < 0,0001$

SEXO MASCULINO QUI-QUADRADO = 145,02; GL = 4 ; $p < 0,0001$

TOTAL DA POPULAÇÃO QUI-QUADRADO = 402,17; GL = 4; $p < 0,0001$

DESCONHECIDOS = 5

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Quer na população feminina quer na masculina o padrão de utilização é semelhante ao referido no parágrafo anterior, correspondendo à procura pelo total da população.

Comparando a população dos dois sexos residente na área urbana do concelho de Góis, observa-se que as mulheres utilizam mais o centro de saúde e o médico privado enquanto os homens recorrem em percentagens mais elevadas à extensão, ao médico convencionado e ao hospital. Já na área rural, a população masculina procura mais o centro de saúde, o médico privado, o convencionado e o hospital. Esta discrepância talvez se ligue ao facto de as áreas rurais do concelho oferecerem uma má acessibilidade a serviços de saúde de carácter mais especializado (por exemplo, médico privado e hospital) e ser a população do sexo masculino a que tem maior capacidade para vencer as barreiras impostas pelas dificuldades de acesso geográfico.

8.3. MARCAÇÃO E ATENDIMENTO DA ÚLTIMA CONSULTA NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

A última consulta foi marcada ou por iniciativa própria ou por referência. No quadro 8.17 são apresentados os valores percentuais relativos a cada tipo de marcação em cada tipo de serviço de saúde.

QUADRO Nº 8.17 CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS.
Tipo de Marcação da Última Consulta Segundo Local Prestador e Serviços de Saúde

TIPO DE MARCAÇÃO	LOCAL PRESTADOR														
	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENC.			HOSPITAL		
	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
INICIATIVA PRÓPRIA	92,1	88,7	90,7	97,7	78,7	92,5	95,9	80,8	93,4	93,6	40,4	83,4	65,5	54,5	62,5
REFERÊNCIA DO MÉDICO	7,9	11,3	9,3	2,3	21,3	7,5	4,1	19,2	6,6	6,4	59,6	16,6	34,5	45,5	37,5

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Nessa marcação domina claramente a iniciativa própria, sendo o médico convencionado e o hospital os serviços onde o seu valor percentual é menos elevado. Este facto revela que a marcação da consulta por referência do médico tem alguma expressão. E nesse domínio – marcação por referência do médico –, o concelho de Góis exerce um grande peso, a ponto de poder influenciar o significado das percentagens. Facto semelhante acontece no centro de saúde, extensão e médico privado, serviços em que o valor percentual da marcação da consulta por referência do médico é sempre superior nesse concelho. Tal poderá significar que a população do concelho de Góis tem uma gestão melhor dos cuidados de saúde feita pelos prestadores de cuidados de saúde primários (centros de saúde e extensões)?

É sabido que uma parte dos actos médicos, principalmente a consulta, pode ser feita fora do local prestador (centro de saúde, extensão, médico privado, médico convencionado e hospital), por exemplo no domicílio. Por esta razão pareceu-nos pertinente conhecer a distribuição percentual do tipo de atendimento.

O atendimento é quase na totalidade feito no consultório do médico (quadro 8.18), com valores mais altos no centro de saúde, no médico convencionado e no hospital. Cerca de 7% da população que utilizou o médico privado teve consulta no domicílio, com valor percentual mais elevado no concelho de Góis, naturalmente por haver uma maior distância a percorrer. Nos restantes serviços a consulta domiciliária não ultrapassa 1,5%.

QUADRO Nº 8.18. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Tipo de Atendimento da Última Consulta Segundo Local Prestador de Serviços de Saúde

ATENDIMENTO	LOCAL PRESTADOR														
	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENC.			HOSPITAL		
	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
No Consultório	98,1	98,5	98,3	96,7	94,5	96,1	91,8	91,3	91,7	98	98,8	98,2	97,9	100	98,2
Pelo Telefone	0,8	0,7	0,7	1,7	1,1	1,6	1,8	0,6	1,6	1	0	0,8	1,4	0	1,2
No Domicílio	1,1	0,8	1	1,5	4,4	2,3	6,4	8,1	6,7	1	1,2	1	0,7	0	0,6

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Verifica-se, todavia, que o médico privado e a extensão são os serviços com valores menos elevados de atendimento no consultório e que é nestes serviços que a consulta no domicílio apresenta a percentagem mais alta, comportamento mais evidente no concelho de Góis. Uma pequena percentagem da população referiu ter tido consulta pelo telefone, embora com pouca expressão no centro de saúde, no médico convencionado e no hospital. Apenas a extensão e o médico privado apresentam valor superior a 1% (em ambos os casos superior no concelho de Coimbra).

8.4. UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL

Do total da população entrevistada, 30,6% utilizou os serviços hospitalares no ano que antecedeu a realização das entrevistas (34,5% no concelho de Coimbra e 18,2% no concelho de Góis). Nos quadros 8.19 e 8.20 encontram-se os valores referentes à população das freguesias dos concelhos de Coimbra e de Góis que referiu ter utilizado o hospital, no ano anterior à realização das entrevistas.

QUADRO Nº 8.19. CONCELHO DE COIMBRA. Utilização do Hospital Segundo as Freguesias – Distribuição Percentual

CONCELHO DE COIMBRA	H.U.C.	H.G.	H.P.	MATER.	I.P.O.	H.P.L.	H.M.C.
ALMALAGUÊS	2,4	5,1	3	9,3			9,4
ALMEDINA	3,1	0,3	2,5	4,7			
AMEAL	0,5	0,3	0,5				
ANTANHOL	0,7	4,1	1		5		
ANTUZEDE	2	0	3,4		5		
ARZILA	0,2	0	0				
ASSAFARGE	0,6	2,2	0,5	2,3			
BOTÃO	1,3	1,3	1,5	4,7			
BRASFEMES	3,4	0,3	0,5		5		16,7
CASTELO VIEGAS	0,9	2,5	2	2,3	10		
CEIRA	4,2	0,6	3,9	7	5		
CERNACHE	1,7	1,9	1,5	2,3	5		16,7
EIRAS	7,4	3,2	5,9	2,3	5		
LAMAROSA	2,2	0,3	3,9	14			
RIBEIRA DE FRADES	0,7	1,3	0,5	2,3			
STª. CLARA	5,1	27,3	8,9	4,7	5		
STª CRUZ	8,2	1,9	11,3	7	10		
STO ANTÔNIO DOS OLIVAIS	24,5	1,9	19,7		10	100	
S. BARTOLOMEU	1,5	0	3				
S. JOÃO DO CAMPO	3,2	0,3	2	4,7	5		
S. MARTINHO DE ÁRVORE	1,1	0	0				
S. MARTINHO DO BISPO	2,3	39	7,4	4,7	5		
S. PAULO DE FRADES	1,7	0,6	3,4	7			
S. SILVESTRE	2,4	0,3	2,5	4,7			33,3
SÉ NOVA	7,4	0,3	4,9	2,3	5		
SOUSELAS	3,8	1,3	1	2,3	10		
TAVEIRO	1	2,5	1	2,3			
TORRE DE VILELA	1,8	0,6	1,5	2,3			
TORRES DO MONDEGO	1,6	0	1,5	7	5		16,7
TROUXEMIL	1,5	0					
VIL DE MATOS	1,6	4,3	1,5		5		
TOTAL	64,9	17,4	12,3	2,4	1,1	0,1	1,8

H.U.C.= Hospital da Universidade de Coimbra
H.G.= Hospital Geral dos Covões
H.P.= Hospital Pediátrico
MATER.= Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Dr. Daniel de Matos

I.P.O.= Instituto Português de Oncologia
H.P.L.= Hospital Psiquiátrico do Lorvão
H.M.C.= Hospital Militar de Coimbra

Nº DE CASOS = 1806
DESCONHECIDOS = 7

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

Verifica-se que a instituição mais procurada foi o Hospital da Universidade de Coimbra quer pela população de Coimbra (64,9%), quer pela de Góis (76,8%). Para o concelho de Coimbra, em segunda posição surge o Hospital Geral dos Covões e, para o de Góis, o Hospital Pediátrico de Coimbra. Esta instituição apresenta um valor percentual elevado – cerca de 12% da população entrevistada no concelho de Coimbra e 6.9% no concelho de Góis, dado ser o único hospital pediátrico da região.

QUADRO Nº 8.20. CONCELHO DE GÓIS. Utilização do Hospital Segundo as Freguesias
Distribuição Percentual

CONCELHO DE GÓIS	H.U.C.	H.G.	H.P.	MATER.	I.P.O.	H.P.L.	H.M.C.
ALVARES	20,4	43,8	12,5	15,4	0	16,7	45,8
CADAFAZ	16,5	6,3	0	23,1	66,7	16,7	0
COLMEAL	7,8	6,3	18,8	7,7	0	0	12,5
GÓIS	39,6	12,5	56,3	38,5	16,7	33,3	25
VILA NOVA DE CEIRA	15,7	31,3	12,5	15,4	16,7	33,3	16,7
TOTAL	76,8	4,6	6,9	3,7	1,7	1,7	4,6

H.U.C.= Hospital da Universidade de Coimbra
H.G.= Hospital Geral dos Covões
H.P.= Hospital Pediátrico
MATER.= Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Dr. Daniel de Matos
I.P.O.= Instituto Português de Oncologia
H.P.L.= Hospital Psiquiátrico do Lorvão
H.M.C.= Hospital Militar de Coimbra

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Nº DE CASOS = 348
DESCONHECIDOS = 4

8.4.1. *Utilização do Hospital Segundo as Freguesias*

As freguesias que mais drenaram população para o Hospital da Universidade foram a de Stº António dos Olivais, StªCruz, Sé Nova e Eiras. O Hospital Geral foi mais procurado pela população de S. Martinho do Bispo, Stª Clara e Vil de Matos. Estes dois hospitais atraem a população das proximidades e, daí as preferências de utilização dos entrevistados. A área de atracção do Hospital Pediátrico estende-se a todo o concelho (ultrapassando mesmo os seus limites, largamente): a população que o utilizou é proveniente de Stº António dos Olivais, Stª Cruz, Stª Clara, S. Martinho do Bispo, Sé nova, Eiras e outras freguesias, embora com valores percentuais mais baixos.

No concelho de Góis, – como antes foi referido – o hospital mais utilizado, à semelhança do que aconteceu para Coimbra, foi o Hospital da Universidade. As freguesias donde saem mais utentes para este hospital são Góis e Alvares. Saliente-se caso da freguesia de Góis donde são provenientes 56,3% dos habitantes do Concelho utilizadores do Hospital Pediátrico. A Maternidade também foi mais utilizada pelos residentes na freguesia de Góis (38,5%). O Instituto Português de Oncologia apenas foi utilizado por 1,7% das 348 pessoas que recorreram aos serviços hospitalares, sendo 66,7% residentes na freguesia de Cadafaz (maior incidência/prevalência de

patologias nesta freguesia?). O Hospital Militar de Coimbra foi percentualmente mais usado pela população que reside na freguesia de Alvares (maior concentração de membros das Forças Armadas?).

8.4.2. *Aquisição dos Serviços do Hospital – Tipologia*

Foram considerados os serviços de urgência, tratamento, internamento e consulta externa no hospital e a forma de aquisição (por iniciativa própria ou referência), nos concelhos de Coimbra e Góis.

QUADRO Nº 8.21. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
Tipologia de Aquisição dos Serviços do Hospital
(Iniciativa Própria e Referência), Segundo os Serviços
Distribuição Percentual

SERVIÇOS T. AQUISIÇÃO	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
URGÊNCIA:			
INIC. PRÓPRIA	53	13,3	40,7
REFERÊNCIA	47	86,7	59,3
TRATAMENTO:			
INIC. PRÓPRIA	51,8	5,3	45,1
REFERÊNCIA	48,2	94,7	54,9
INTERNAMENTO:			
INIC. PRÓPRIA	54,5	13,5	48,9
REFERÊNCIA	45,5	86,5	51,1
C. EXTERNA:			
INIC. PRÓPRIA	55,3	6,3	44,9
REFERÊNCIA	44,8	93,7	54,9

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990

O quadro 8.21 evidencia, para os concelhos de Coimbra e Góis, a forma de acesso aos serviços do hospital, no ano que antecedeu as entrevistas. No concelho de Coimbra, mais de 50% da população referiu ter tomado a iniciativa na utilização dos serviços de urgência, de tratamento, internamento e de consulta externa. Pelo contrário, a quase totalidade dos utilizadores provenientes do concelho de Góis chegaram ao hospital enviados ou referenciados por outros profissionais de saúde ou por familiares e amigos.

O acesso aos serviços do hospital nos dois concelhos fez-se através da referência do médico do centro de saúde (42,7%), de serviços do mesmo hospital (28,8%), do médico convencionado (9,5%), do médico privado (8,5%), de familiares e amigos (7,9%) e de outro hospital (2,5%) (quadro 8.22).

QUADRO Nº 8.22. CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS
Aquisição de Serviços no Hospital por Referência, Segundo a Proveniência
Distribuição Percentual

PROVENIÊNCIA	CONCELHOS		
	COIMBRA	GOIS	TOTAL
MÉDICO PRIVADO	10,7	5,2	8,5
CENTRO SAÚDE	31,6	60,1	42,7
OUTRO HOSPITAL	2,3	2,9	2,5
MÉDICO CONVENCIONADO	7,1	13,3	9,5
MESMO HOSPITAL	37,7	14,9	28,8
FAMILIARES/AMIGOS	10,7	3,6	7,9

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 QUI-QUADRADO = 95,53; GL = 5; p < 0.0001

A proveniência dos utentes que obtiveram os serviços do hospital por referência varia significativamente entre o concelho de Coimbra e Góis. Os utilizadores que residem no concelho de Coimbra chegaram ao serviço utilizado por envio de outro serviço do mesmo hospital (37,7%), do centro de saúde (31,6%), do médico privado (10,7%) ou por indicação de familiares e amigos (10,7%). No que respeita ao concelho de Góis, o acesso ao hospital deriva maioritariamente do centro de saúde (60,1%), com valores mais baixos para o médico convencionado e médico privado. Verifica-se pois que a continuidade e integração dos serviços – cuidados de saúde primários e hospitalares – é mais conseguida na população do concelho de Góis do que na de Coimbra. De facto, o desejável é que sendo a gestão da saúde (e da doença) das populações um dos principais objectivos da Medicina Familiar, todos os contactos com o hospital, excluindo naturalmente as situações de urgência, devem realizar-se por referência dos Médicos de Família/Clínicos Gerais ou médicos assistentes privados. Tal assegura maior racionalidade e adequação do acesso ao hospital, garantindo, por essa via, uma maior eficiência social dos serviços e o controlo de gastos.

QUADRO Nº 8.23.
Profissão dos Utilizadores da Consulta Externa (1as. consultas) do H.U.C., Segundo Sexo
Distribuição Percentual

PROFISSÃO	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	TOTAL GERAL
REFORM., DOMEST., ESTUDANTE	60,7	40,8	55,2
AGRICULTURA	4,1	5,6	5,0
EMP. DOMÉST., E CONST. CIVIL	2,9	2,3	2,8
PESS. ADMINIST.	1,6	1,0	1,4
PESS. DOCENTE	1,6	0,7	1,4
ENFERMEIROS	1,6	0,5	1,2
OUT. FUNC. ADM. PÚBLICA	1,2	0,6	1,0
PROFISSÕES MAL DEFINIDAS	0,4	2,3	1,3
S/PROFISSÃO	23,7	27,5	26,8
OUTROS	2,2	5,8	3,9
TOTAL	100	100	100

Nº TOTAL DE CASOS: SEXO FEMININO = 2052, SEXO MASCULINO = 1546
FONTE: Inquérito nas Consultas Externas dos HUC de 1 a 20 de Abril de 1992

Com a finalidade de completar a informação recolhida nas unidades de alojamento e de conhecer outros factores relativos à utilização das consultas externas do Hospital da Universidade de Coimbra – a unidade de cuidados hospitalares mais utilizada quer pela população de Coimbra quer pela população de Góis –, foi elaborado um questionário às pessoas que recorreram a essa consulta do H.U.C. – 1ª consulta – (ver metodologia no capítulo 4), dirigido a todos os utilizadores, entre 1 e 20 de Abril de 1992, abrangendo um total de 3598, sendo 2052 (57%) do sexo feminino e 1546 (43%) do masculino (quadro 8.23). Os reformados, domésticas e estudantes representam mais de 50% da população utilizadora, com um valor superior no sexo feminino (60,7% contra 40,8% no masculino). Um grupo de 26,8% refere que não tem profissão (23,7%, sexo feminino, 27,5%, sexo masculino). Da população com profissão, 5,% são agricultores, 2,6% empregadas domésticas e operários da construção civil. Os utilizadores das consultas externas (quadro XL e figura 8.7) são originários dos distritos de Aveiro (45,6%), Coimbra (42,4%), Leiria (3,6%), Viseu (4%), Guarda (2,8%) e Castelo Branco (1,6%). Os serviços mais utilizados foram oftalmologia (15,3%), cirurgia (12,8%), medicina interna (9,2%), dermatologia (6,7%) e cardiologia (5,9%). O serviço com uma área de influência aparentemente mais larga é o de cirurgia em virtude de 16,9% das primeiras consultas se referirem a residentes no distrito de Castelo Branco.

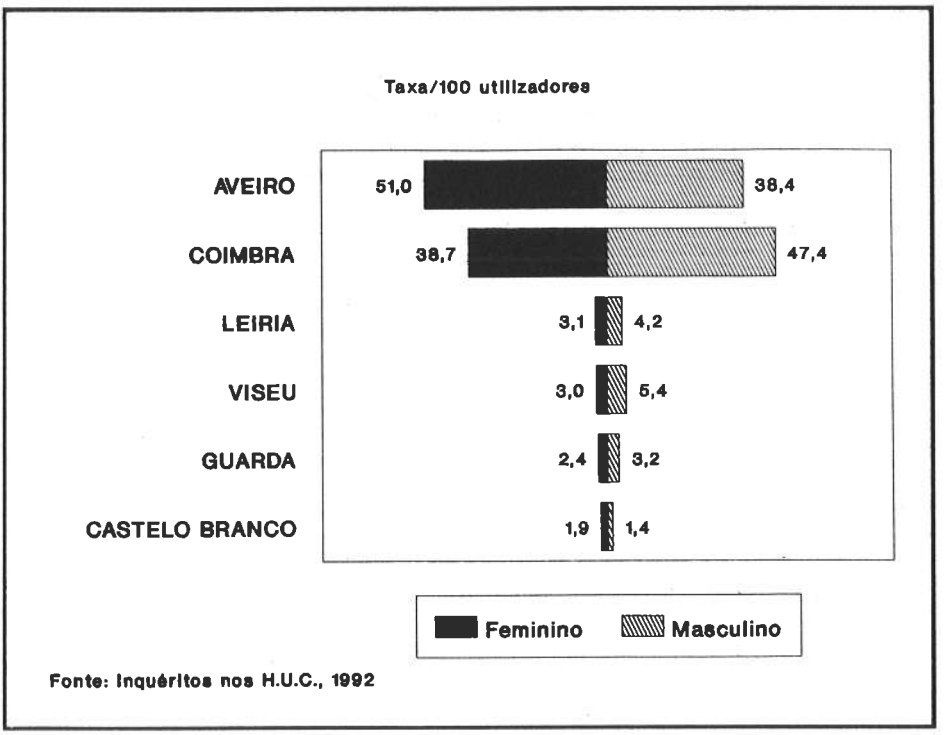


Fig. 8.7. Utilização das Primeiras Consultas Externas no H.U.C., Segundo os Distritos.

O grupo de idade que recorreu mais à consulta externa corresponde à população entre os 15 e os 65 anos (73%) (quadro XLI). A população com mais de 65 anos consulta mais os serviços de oftalmologia (32,5%), cirurgia (13,9%) e cardiologia (9,2%), sendo nos dois últimos a procura superior na população masculina. No grupo de idade inferior a quinze anos verifica-se que os serviços com mais utilização são a oftalmologia (26,5%), otorrinolaringologia (17,4%), dermatologia (16,6%) e ortopedia (12,6%).

Dos utilizadores das consultas externas 42,3% foram enviados pelo próprio serviço, pelo que se tratava de consultas subsequentes a um primeiro contacto com o Hospital, 29,3% pelo médico do centro de saúde, 20,8% por outros serviços de consulta externa, 7,3% pelo serviço de urgência e 0,5% pelo médico privado (figura 8.8). Os serviços mais referenciados pelo centro de saúde são a oftalmologia (33,2%), dermatologia (10,2%), cirurgia (9,9%) e otorrinolaringologia (8,2%) (quadro XLII). O serviço de urgência envia doentes principalmente para os serviços de ortopedia (27,6%) cirurgia (17,6%) e psiquiatria (11,9%).

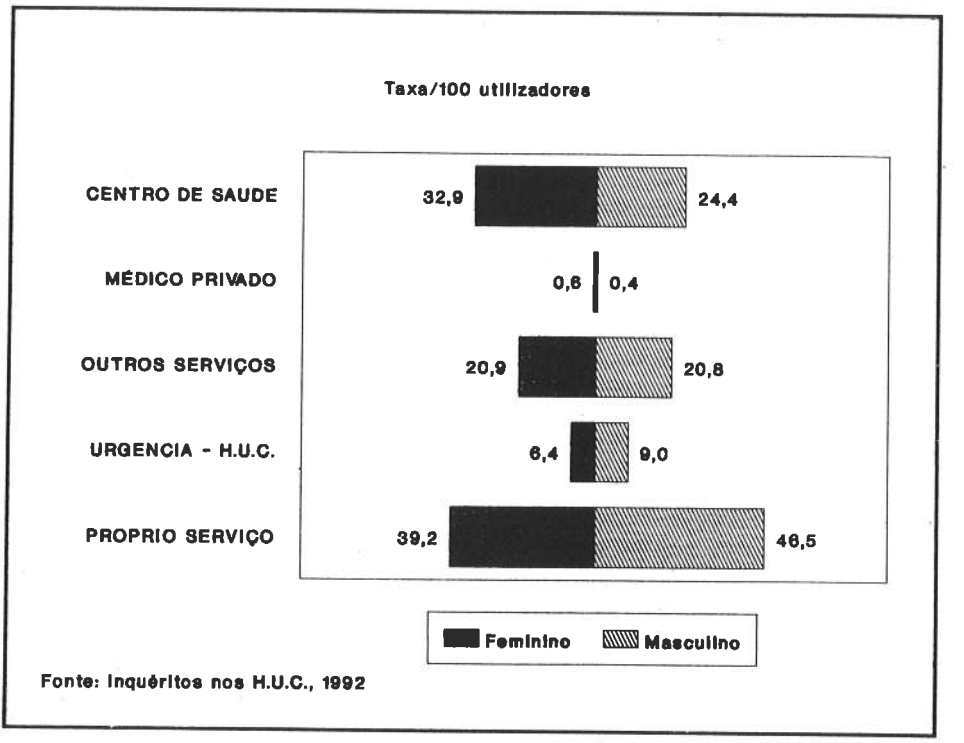


Fig. 8.8. Utilização das Primeiras Consultas Externas no H.U.C.. Proveniência Segundo o Sexo.

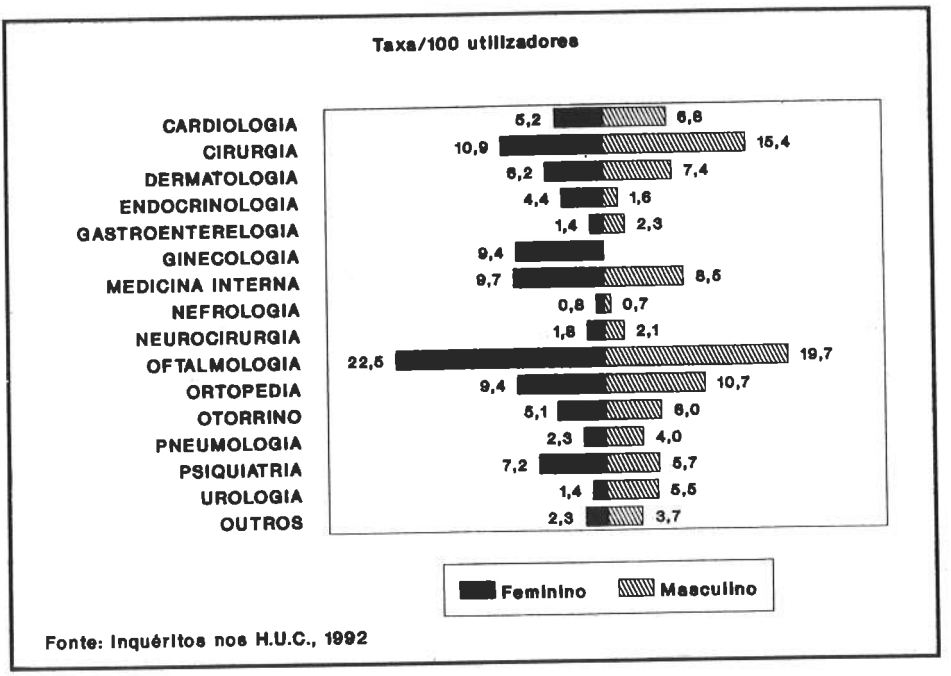


Fig. 8.8A. Utilização das Primeiras Consultas Externas no H.U.C.. Serviços Segundo o Sexo.

8.4.3. *Motivos Clínicos de Utilização do Hospital*

Nas entrevistas realizadas, a população foi questionada relativamente aos motivos clínicos que determinaram a utilização dos serviços do hospital, no período de um ano anterior á realização dos questionários. Verificou-se que os motivos clínicos são diferentes para os quatro serviços referidos: consulta externa, urgência, internamento e tratamento.

Na consulta externa, os motivos mais frequentemente apresentados pelos utilizadores do Concelho de Coimbra são as doenças do sistema nervoso e dos orgãos dos sentidos, doenças do aparelho digestivo e sintomas ou estados de morbilidade mal definidos. A população do concelho de Góis referiu quatro principais razões: doenças do sistema nervoso, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo e doenças oesteoarticulares e tecido conjuntivo (figura 8.9).

Ao serviço da urgência afluiram 16,9% com doenças do aparelho respiratório, 16,4% com lesões traumáticas, 10,3% com doenças do aparelho digestivo, 10,2% com doenças do sistema nervoso e orgãos dos sentidos, com a população de Góis a apresentar valores percentuais ligeiramente superiores ao valor global nos dois últimos grupos (figura 8.10).

Quanto ao internamento no hospital, os motivos clínicos referenciados com maiores valores percentuais são os relacionados com doenças do aparelho digestivo, com sintomas e estados de morbilidade mal definidos, com doenças do sistema nervoso e orgãos dos sentidos e com doenças do aparelho respiratório. Dos grupos mencionados, apenas estas últimas e os sintomas e estados de morbilidade mal definidos têm evidência na população residente em Góis (18,9%), com valores superiores ao de Coimbra (figura 8.11).

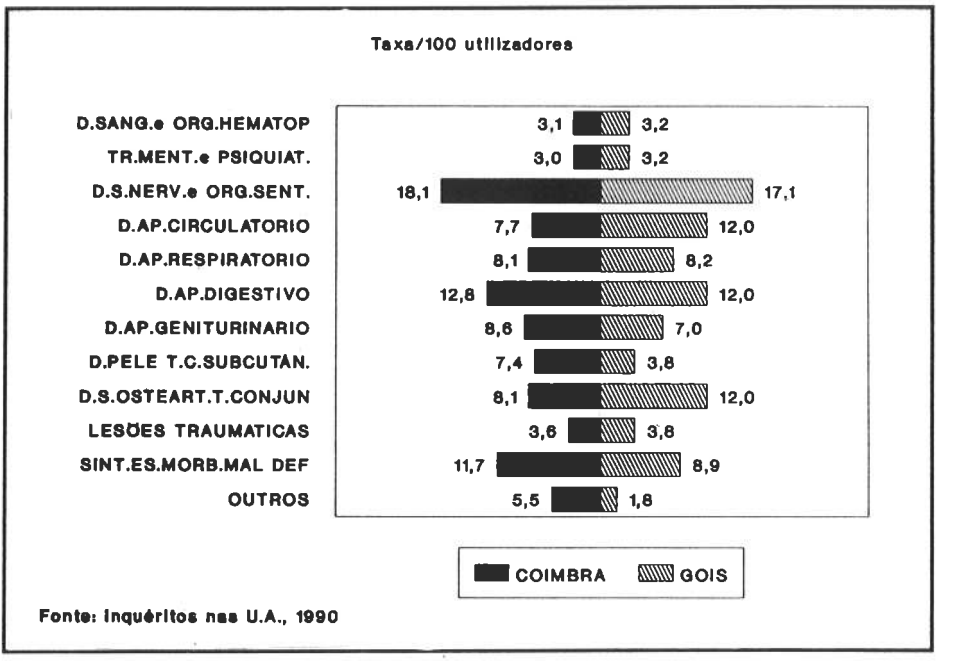


Fig. 8.9. Motivos Clínicos de Utilização da Consulta Externa no Hospital.

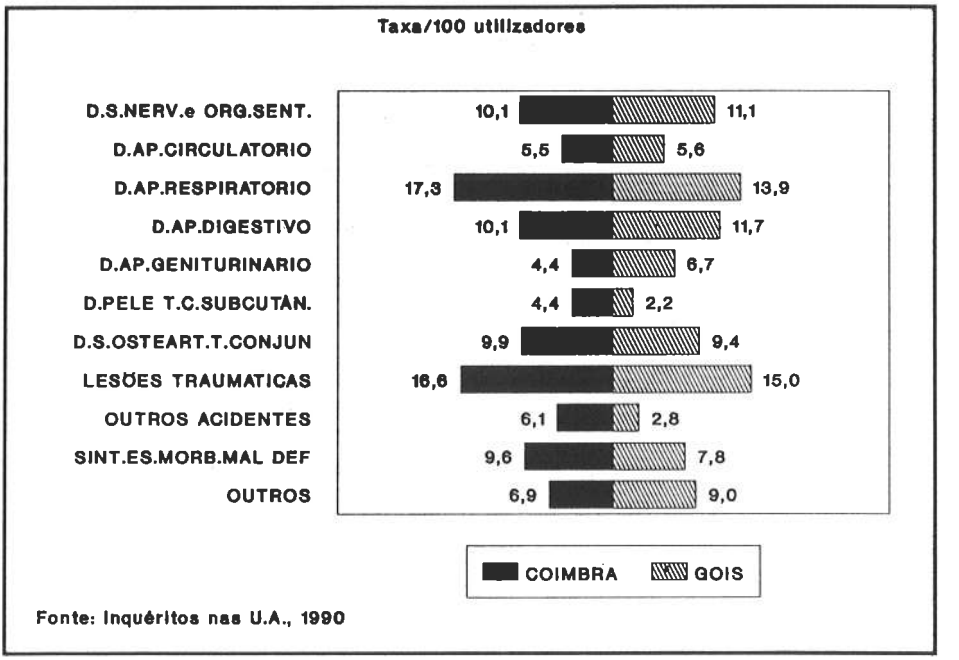


Fig. 8.10. Motivos Clínicos de Utilização da Urgência no Hospital.

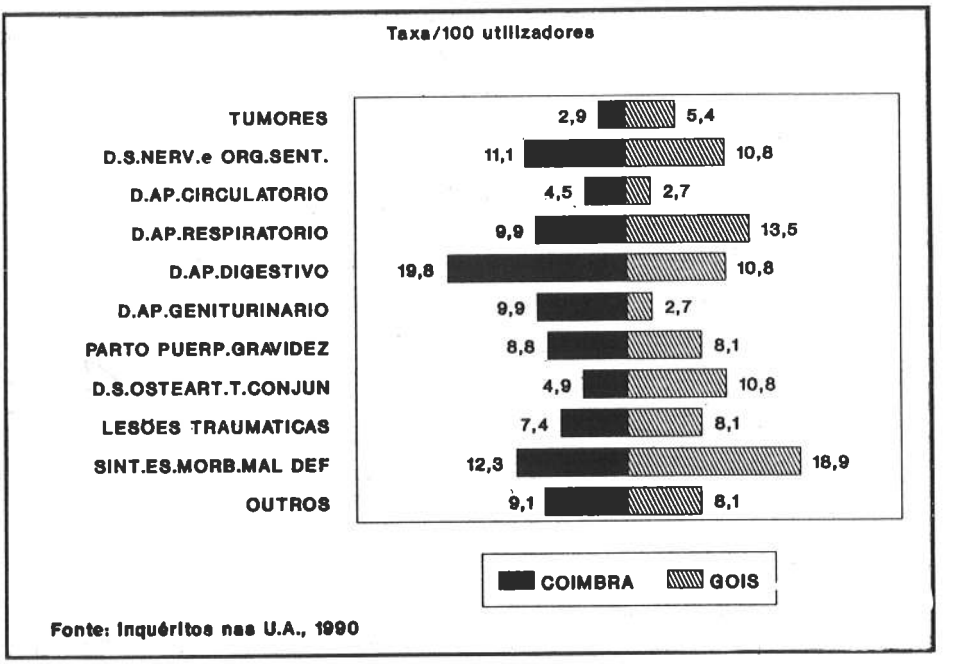


Fig. 8.11. Motivos Clínicos de Utilização do Internamento no Hospital.

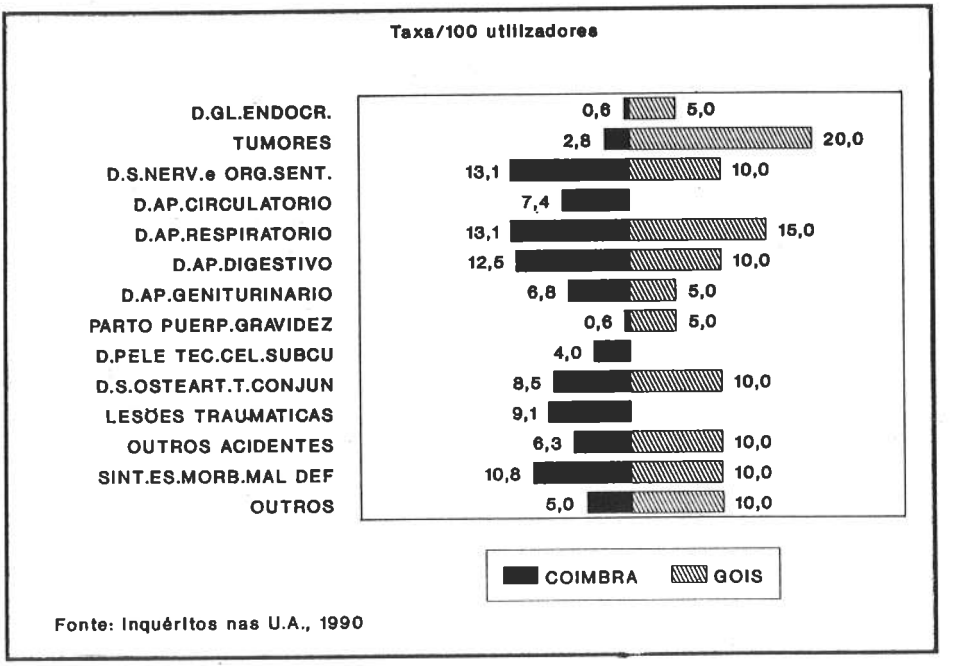


Fig. 8.12. Motivos Clínicos de Utilização de Tratamento no Hospital.

O hospital foi procurado para tratamento de "doenças" do aparelho respiratório, do sistema nervoso e orgãos dos sentidos, do aparelho digestivo e de sintomas e estados de morbilidade mal definidos, com valores percentuais superiores no concelho de Coimbra em todos os motivos, à exclusão das "doenças" do aparelho respiratório (15% em Góis). Para a população de Góis, deve ainda referir-se os tumores como motivo de procura do hospital para uma percentagem que ultrapassa amplamente o valor percentual de Coimbra (4,6% global, 20% população de Góis), (figura 8.10) o que, aliás, parece vir confirmar o que expressamos atrás relativamente à procura do I.P.O. pela população da freguesia de Cadafaz.

8.5. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO ENDIREITA, ERVANÁRIO E FARMÁCIA

Apenas 4% e 2,5% da população em estudo nos concelhos de Coimbra e Góis, respectivamente, utilizaram os serviços do endireita, ervanário e farmácia, em substituição, no período de um ano, dos serviços médicos tradicionais, quando percepcionada "doença"; à semelhança do apresentado por SIMÕES (1989), referindo-se ao Inquérito Nacional de Saúde de 1989.

QUADRO Nº 8.24. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização dos Serviços de Endireita, Ervanário, Farmácia.
Distribuição Percentual e Nº de Utilizações num Ano

		CONCELHOS							
		COIMBRA				GÓIS			
		Nº DE UTILIZAÇÕES				Nº DE UTILIZAÇÕES			
SERVIÇOS	SEXOS	1	2 A 9	10 E +	TOTAL	1	2 A 9	10 E +	TOTAL
ENDIREITA	FEM.	27,2	14,3	26,9	23,9	23,8	0	20	21,4
	MASC.	17,0	9,1	0	14,3	45,5	0	0	31,3
	TOTAL	23,1	13	21,9	20,8	31,3	0	16,7	25,0
ERVANÁRIO	FEM.	35,8	22,9	30,8	31,7	52,4	100	60	57,1
	MASC.	30,2	27,3	33,3	30	54,5	75	0	56,3
	TOTAL	33.6	23,9	31,3	31,1	53,1	83,3	50	56,8
FARMÁCIA	FEM.	37,0	62,9	42,3	44,4	23,8	0.0	20	21,4
	MASC.	52,8	63,6	66,7	55,7	0	25	100	12,5
	TOTAL	43,3	63	46	48,1	15,6	16,7	33,3	18,2

Nº DE CASOS COIMBRA = 212
SEXO FEMININO = 142
SEXO MASCULINO =70

Nº DE CASOS GÓIS = 44
SEXO FEMININO= 28
SEXO MASCULINO = 16

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

No concelho de Coimbra, dos que utilizaram esses serviços, 48,1% foi à farmácia e não recorreu aos serviços do centro de saúde, hospital ou outra qualquer instituição de prestação de serviços de saúde, quando se sentiu "doente" (quadro 8.24). Quem mais recorreu à farmácia foi a população do sexo masculino, também com maior frequência de utilização (10 e mais vezes – 42,3% no sexo feminino e 66,7% no masculino). Já o ervanário e o endireita foram mais procura-

dos pela população feminina, se bem que o número de vezes (superior a duas) de utilização do ervanário tenha valores percentuais superiores no sexo masculino. Ou seja, embora a percentagem de procura pela população masculina seja inferior, a repetição é mais frequente. Os serviços do endireita são mais procurados pelas mulheres, quer se considere uma ou mais vezes de utilização.

No concelho de Góis, dos três "serviços" referidos no parágrafo anterior, foi o ervanário o mais frequentado, seguido pelo endireita e pela farmácia, que aparece neste concelho com o valor percentual mais baixo. Foi também o ervanário o serviço mais vezes utilizado pela mesma pessoa. No concelho de Coimbra verifica-se um padrão inverso. Ou seja, a farmácia é o serviço cuja utilização tem em Coimbra percentagens mais elevadas, quer pelo total da população (48,1%), quer pela população masculina (55,7%). Este serviço pode ser considerada como mais acessível à população do concelho de Coimbra e mais usado pela população do sexo masculino.

As razões apontadas pelos utentes (quadro 8.25) para preferirem estes "serviços" relativamente a outros já citados, são várias: destacam-se a confiança nos serviços do endireita, do ervanário e da farmácia, a proximidade da residência, o hábito, o facto de o centro de saúde estar fechado quando se percepcionou "doença". Alguns referiram ainda o uso destes serviços por recomendação.

QUADRO Nº 8.25. CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS.
Razões de Utilização do Endireita, Ervanário e Farmácia.

	SERVIÇOS UTILIZADOS					
	ENDIREITA		ERVANÁRIO		FARMÁCIA	
RAZÕES	COIMBRA	GÓIS	COIMBRA	GÓIS	COIMBRA	GÓIS
CONFIO NOS SERVIÇOS	56,8	54,5	59,1	48	28,4	20.7
PERTO DA RESIDÊNCIA	2,3	18,2	3	0	34,3	33,3
HÁBITOS	4,5	0	9,1	8	20,6	5
C. SAÚDE FECHADO	2,3	9,1	0	4	3,9	33,3
RECOMENDADO	34,1	18,2	28,8	40	12,8	7,7

Nº DE CASOS COIMBRA = 212
Nº DE CASOS GÓIS = 44

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990.

Reconhece-se que a confiança e a proximidade da residência são duas razões que motivam a utilização destes "serviços", principalmente no concelho de Coimbra. No concelho de Góis o facto de o centro de saúde estar fechado leva a que a população utilize a farmácia, tendo que se deslocar, por vezes, fora do concelho.

8.6. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS MÃES DE CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A SEIS ANOS

Nas áreas geográficas de estudo no que respeita às mães com filhos de idade inferior a 6 anos (último filho, nesse período), mais de 50%, utilizou o centro de saúde durante a gravidez

para consultar o médico e 23,5% recorreu à Maternidade (quadro 8.26); ao médico privado e médico convencionado foram respectivamente 18,4% e 6,4%.

QUADRO Nº 8.26. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Local de Consulta das Mães de Crianças com Idade Inferior a 6 Anos – Distribuição Percentual

LOCAL PRESTADOR	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE E EXTENSÃO	45,6	67,6	51,5
MÉDICO PRIVADO	22,6	6,7	18,4
MÉDICO CONVENCIONADO	3,1	15,2	6,4
MATERNIDADE	28,6	9,5	23,4
CENTRO DE SAÚDE E MATERNIDADE	0,1	1	0,3

Nº DE CASOS CONCELHO DE COIMBRA = 287 DESCONHECIDOS = 2
Nº DE CASOS CONCELHO DE GÓIS = 105 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

No concelho de Góis as mulheres utilizaram mais o centro de saúde do que as do concelho de Coimbra. Por outro lado, em Coimbra procuraram mais o médico privado e a Maternidade. As questões de acessibilidade geográfica e económica estão na origem de tais diferenças.

Quase 100% (98,5%) das mães de crianças com menos de seis anos foram vigiadas durante a gravidez. O seu acompanhamento foi feito, maioritariamente, por médico obstetra ou ginecologista, sendo o valor no concelho de Coimbra mais elevado do que no de Góis. O médico de família ou clínico geral foi utilizado por 32,7%, com valor percentual superior no concelho de Góis (71,7%) (quadro 8.27).

QUADRO Nº 8.27. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Vigilância das Mães de Crianças com Idade Inferior a 6 Anos (na Gavidez)
Segundo Prestador de Cuidados de Saúde – Distribuição Percentual

PESSOAL PRESTADOR	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
OBST./ GINECOLOGISTA	81,3	28,3	67
CLINICO GERAL	18,4	71,7	32,7
ENFERMEIRO	0,3	0	0,3

Nº DE CASOS CONCELHO DE COIMBRA = 288 DESCONHECIDOS = 1
Nº DE CASOS CONCELHO DE GÓIS = 106 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Os partos das crianças com idade inferior a seis anos foram quase todos realizados na Maternidade, sendo o valor da população do concelho de Góis superior ao total. No concelho de Coimbra 6,6% das mães tiveram os filhos em clínicas privadas e 1,7% em casa (quadro 8.28), o que traduz a existência, quer da oferta privada de cuidados, quer de melhores condições gerais de habitação.

QUADRO Nº 8.28. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Local do Parto (Crianças com Idade Inferior a 6 Anos) – Distribuição Percentual

LOCAL DO PARTO	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
RESIDÊNCIA	1,7	0	1,3
MATERNIDADE	91,7	98,1	93,4
CLÍNICA PRIVADA	6,6	1,9	5,3

Nº DE CASOS CONCELHO DE COIMBRA =289 DESCONHECIDOS= 0
Nº DE CASOS CONCELHO DE GÓIS= 106 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Ainda relativamente às crianças com idade inferior a seis anos, pretendeu-se conhecer o local da última vacinação (quadro 8.29). Verificou-se que a maior parte tinha sido vacinada nos cuidados de saúde primários – centro de saúde (46,8%) e extensão (18,9%). O resto distribui-se da seguinte forma: 25,6% no Serviço de Luta Anti-Tuberculose (S.L.A.T.), 1,3% na Maternidade e 3,8% nos Serviços Sociais de Empresas. O centro de saúde e a extensão foram mais utilizados pela população do concelho de Góis, com percentagens superiores ao valor global. A todos os restantes serviços recorreram, em maior proporção, as mães de crianças com idade inferior a seis anos residentes no concelho de Coimbra.

QUADRO Nº 8.29. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Local da Última Vacina (Crianças com Idade Inferior a 6 Anos)
Distribuição Percentual

LOCAL DA VACINAÇÃO	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE	39,1	68,6	46,8
EXTENSÃO	15,6	28,4	18,9
BCG/SLAT	33,6	2	25,3
MATERNIDADE	1,7	0	1,3
SERVIÇOS SOCIAIS EMPRESAS	5,2	0	3,8
OUTROS	4,8	1	3,8

Nº DE CASOS CONCELHO DE COIMBRA = 289 DESCONHECIDOS = 4
Nº DE CASOS CONCELHO DE GÓIS =102 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

8.7. RAZÕES DE UTILIZAÇÃO E NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

A população foi inquirida quanto à razão porque utilizou os serviços de saúde relativamente à última consulta. Recorde-se, mais uma vez, que foram excluídos casos na população em estudo por não corresponderem aos critérios mencionados no início deste capítulo (mudança de

residência, de escalão etário e de grupo social). A figura 8.13 apresenta os valores percentuais para os concelhos de Coimbra e Góis.

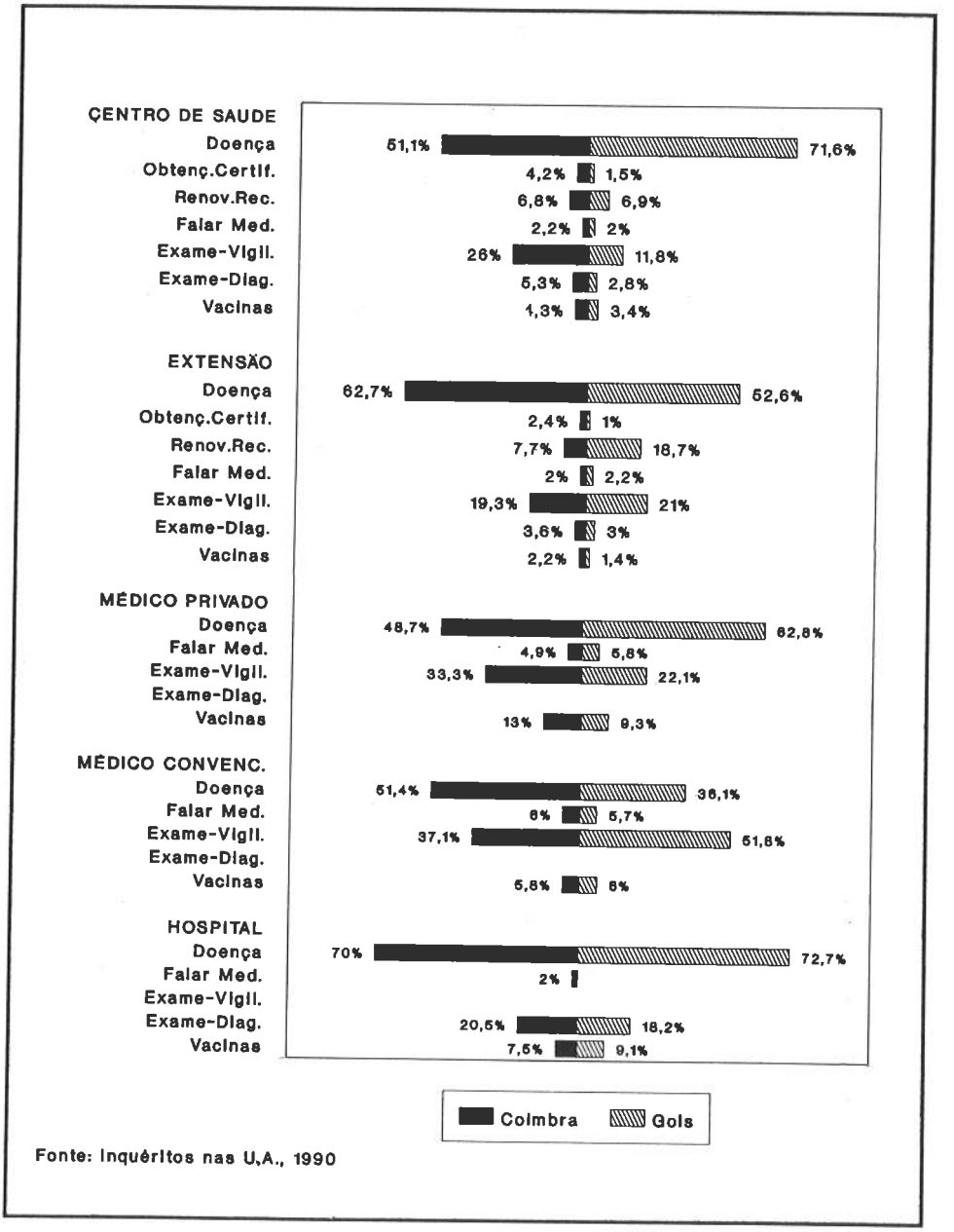


Fig. 8.13. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos Serviços de Saúde. Razões Segundo o Local Prestador.

Foi por motivo de "doença" que os serviços de saúde foram percentualmente mais utilizados – 70% da população que procurou o hospital, 60% a extensão, 59,2% o centro de saúde, 51% o médico privado e 48,5% o convencionado. Os exames de vigilância aparecem em segundo lugar em quase todos os serviços, exceptuando o hospital, com valores mais elevados no médico convencionado e no médico privado do que no centro de saúde e na extensão.

É interessante verificar a existência de razões apontadas pelos utentes que são específicas do centro de saúde e da extensão, porque não se encontram nos outros serviços de saúde. Por exemplo, a obtenção de certificados e renovar receitas. Os exames de diagnóstico (Radiologia, Tomografia Axial Computorizada – T.A.C. –, exames laboratoriais, ecografia, etc.) não foram indicados como razão de utilização do médico privado e convencionado. Mas já o centro de saúde, a extensão (onde, no entanto, os valores percentuais são baixos) e, sobretudo, o hospital foram procurados para esse efeito. A conversa com o médico e a vacinação são outras duas razões apontadas, embora com pouca expressão percentual.

Vejamos a distribuição percentual em ambos os sexos das razões apresentadas. Por motivo de "doença" e de vacinação, o centro de saúde foi mais procurado por população do sexo masculino, quer em Góis, quer em Coimbra. Todos as outras razões são expressas mais pela população feminina do que pela masculina. Na extensão, o padrão percentual é semelhante – valores superiores nos homens nos motivos referidos anteriormente e ainda na obtenção de certificado. Também o médico privado, o convencionado e o hospital foram mais procurados pela população masculina em caso de "doença", ou seja os homens utilizam os serviços de saúde em situação declarada de "doença", preocupando-se menos do que as mulheres com a prevenção. Assim, para renovar receitas, falar com o médico, fazer exames de vigilância e de diagnóstico, a população do sexo feminino regista sempre valores percentuais mais elevados do que a população masculina.

Na figura 8.14, observa-se que o pessoal médico refere que a doença é a causa principal que leva os utentes aos serviços ao centro de saúde ou extensão (referente ao questionário aos prestadores, ver capítulo 4). Mas, tanto os administrativos como o pessoal de enfermagem reconhecem que, para além da doença, são várias as causas não as especificando. Estes resultados foram obtidos nos centros de saúde de Coimbra e Góis.

Considerámos relevante conhecer os motivos pelos quais a população não utilizou os serviços de saúde do centro de saúde, médico privado e convencionado, no período de seis meses imediatamente anteriores à entrevista. Na figura 8.15 verifica-se que 39,8% da população referiu não ter recorrido ao centro de saúde porque não esteve "doente". Cerca de 30% diz ser o centro de saúde muito afastado da residência (29,5% Coimbra e 32,5% Góis). Outros justificam, por ignorância ou informação deficiente, que não têm direito a utilizar este tipo de serviços (10,4% Coimbra e 14,4% Góis). Razões ligadas aos atrasos nas marcações de consultas, à falta de pessoal, ao mau funcionamento e ainda à preferência em utilizar o hospital somam, no conjunto, 11,9% dos motivos por que a população entrevistada não procurou o centro de saúde. Por fim, 4,4% não confia nos serviços oferecidos e prestados por essa instituição. Cerca de 46% da população referiu não ter utilizado a extensão porque não necessitou de consultar o médico ou não esteve "doente".

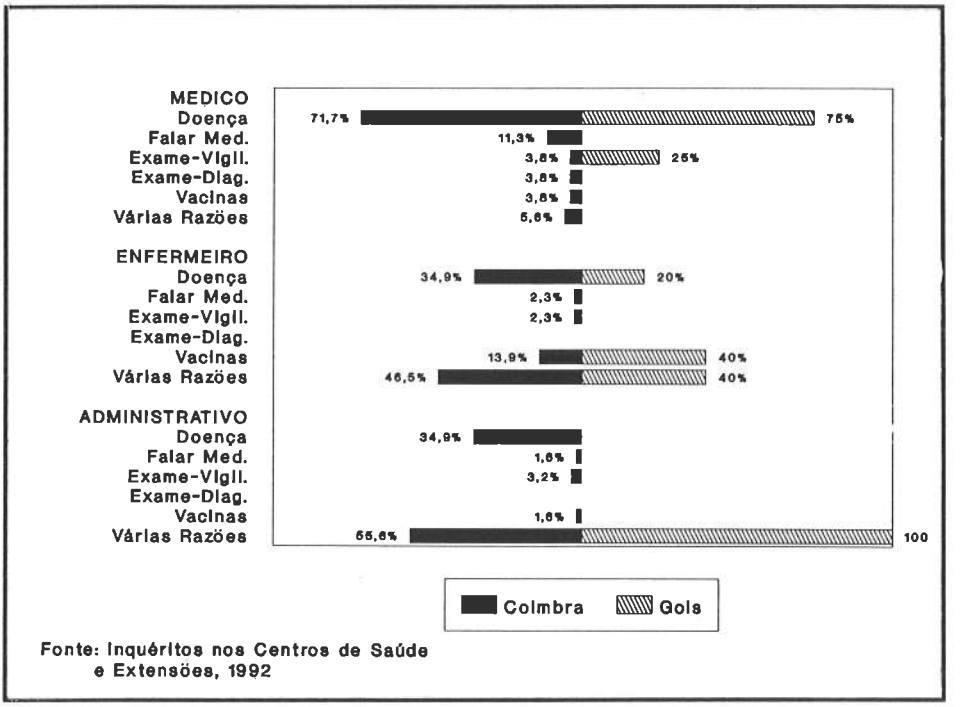
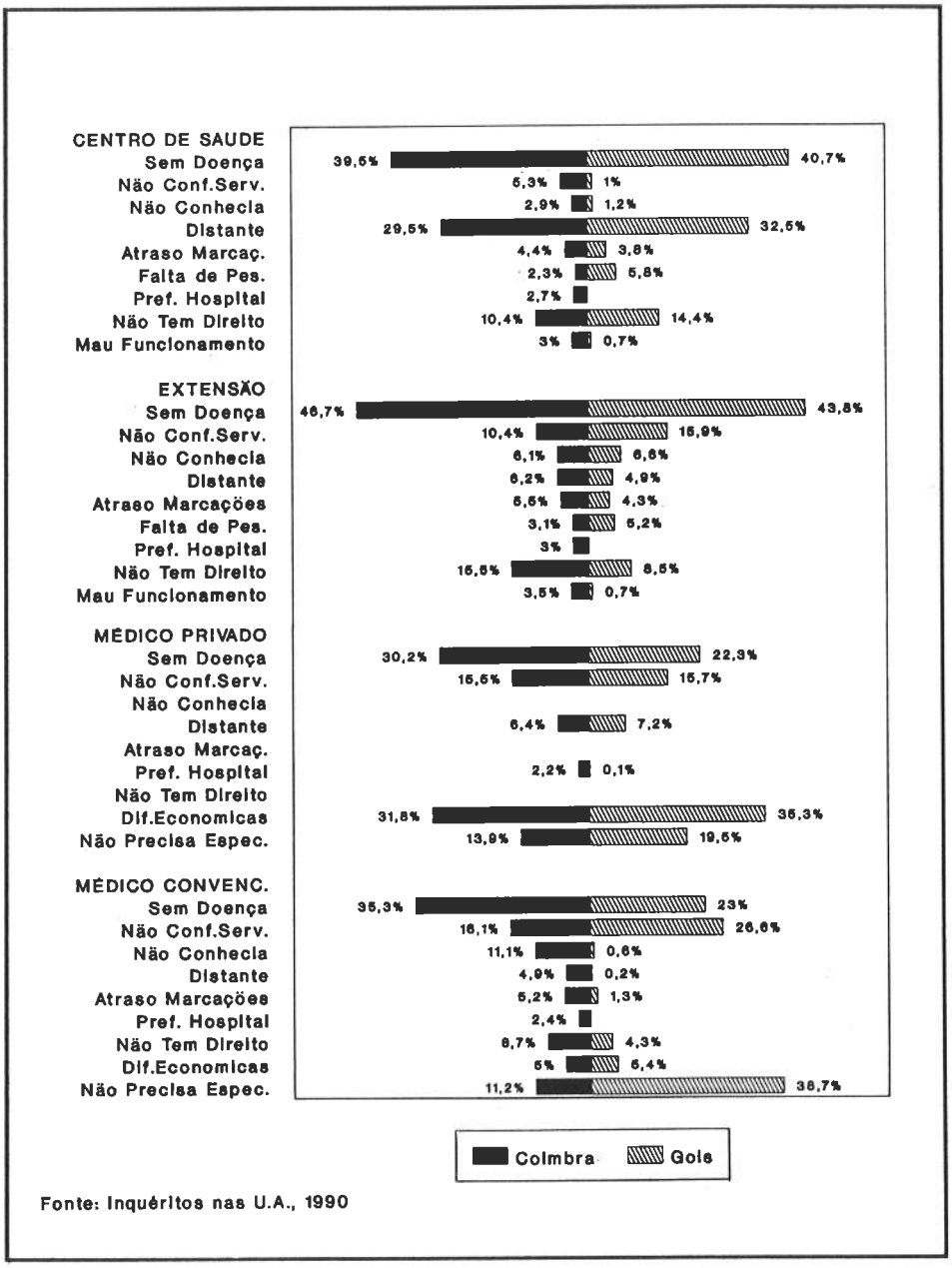


Fig. 8.14. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Cuidados de Saúde Primários Públicos. Razões na Perspectiva do Prestador.

A distância não representa um impedimento tão marcante como o indicado para o centro de saúde, já que apenas 5,9% da população o referiu como obstáculo à utilização da extensão. De todo o modo, é sabido que a relação da distância entre este serviço e a residência dos utilizadores é bem diferente da do centro de saúde, que tem um raio de influência comparativamente maior. Parte da população (14%) não utilizou a extensão porque considera não ter direito. Quase 20% referiu um conjunto de razões que se ligam com a organização dos serviços – falta de pessoal, atrasos nas marcações, mau funcionamento ou preferência pelo hospital. As três últimas razões têm um valor percentual superior no concelho de Coimbra, enquanto a falta de pessoal é a razão principal no concelho de Góis. Algumas das causas apresentadas como impedimento à utilização do centro de saúde e extensão não colhem, no que respeita ao médico privado e ao convencionado como, por exemplo, falta de pessoal e mau funcionamento. No entanto, surgem outros motivos como dificuldades económicas (32,7%, médico privado – 31,8% Coimbra e 35,3% Góis – e 5,1% médico convencionado – 5% Coimbra e 5,4% Góis) ou, tão só, a não necessidade de consulta de especialista. Também no que respeita ao médico privado e ao convencionado a ausência de "doença" foi a razão apontada para a não utilização por 28,1% e 32,3%, respectivamente. Algumas desconfianças quanto aos serviços prestados pelo médico privado e convencionado foram ainda referidas por 15,5% e 18,8%, dos inquiridos.



Fonte: Inquéritos nas U.A., 1990

Fig. 8.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Não Utilização dos Serviços de Saúde. Razões Segundo Local Prestador.

8.8. GASTOS EM MEDICAMENTOS

8.8.1 *Concelho de Coimbra*

A aquisição de medicamentos é o complemento do acto médico, quando a compra é feita a partir de um receituário clínico. Verificámos que, nos quinze dias anteriores às entrevistas no concelho de Coimbra, 23,4% da população tinha comprado remédios (com o valor médio de 2109 escudos), e que existiam diferenças significativas entre os sexos – mais aquisição pela população feminina (28%) do que masculina (17,9%) (Qui-quadrado = 72,30, gl = 1, p < 0,0001) (quadro 8.30).

QUADRO Nº 8.30. CONCELHO DE COIMBRA.
Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Grupos de Idade e Sexo

	GRUPOS DE IDADE	POPUL. QUE TEVE GASTOS		TOTAL POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	Nº CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº CASOS
SEXO FEMININO	0-4	1258	21	243	109
	5-14	1393	36	138	363
	15-24	1824	87	278	572
	25-44	1794	166	428	696
	45-64	2419	274	946	701
	65-74	2315	126	1241	235
	>=75	2494	81	1320	153
	TOTAL	2136	791	597	2829
SEXO MASCULINO	0-4	1475	26	352	109
	5-14	1791	34	191	319
	15-24	1728	60	214	484
	25-44	2225	67	246	605
	45-64	2031	131	447	595
	65-74	2020	61	689	179
	>=75	2858	49	1444	97
	TOTAL	2060	428	369	2388
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	1378	47	297	218
	5-14	1586	70	163	682
	15-24	1785	147	249	1056
	25-44	1918	233	344	1301
	45-64	2294	405	717	1296
	65-74	2219	187	1002	414
	>=75	2632	130	1368	250
	TOTAL GERAL	2109	1219	493	5217

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 DESCONHECIDOS= 17

Este quadro mostra, por um lado, que a partir dos 45 anos a população teve, em média, mais gastos em medicamentos e evidencia, por outro, que no grupo de idade com 75 e mais anos, o

valor é mais acentuado, quer no sexo masculino (2858 escudos, em média) quer no feminino (2494 escudos, em média). Também nos escalões dos 0 aos 4 anos e dos 5 aos 14 o sexo masculino apresenta maior despesa. Considerando a população total entrevistada, observa-se um padrão semelhante – quem consome mais são os grupos de idade com mais de 65 anos; no sexo masculino são os mais velhos e os mais novos que têm mais gastos em medicamentos; a população feminina, a partir dos 25 anos, apresenta valores elevados e crescentes.

QUADRO Nº 8.31. CONCELHO DE COIMBRA.
Gastos Em Medicamentos (15 dias), Segundo Grupos Sociais e Sexo.

	GRUPOS SOCIAIS	POPUL. QUE TEVE GASTOS		TOTAL POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	Nº DE CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº DE CASOS
SEXO FEMININO	MÉD./ELEVADO	1825	78	328	434
	MÉD./ ASC.	2353	146	559	615
	MÉDIO	2123	157	523	638
	MÉD.BAIXO	1965	155	609	500
	BAIXO	2069	39	576	140
	REFORMADO	2247	216	967	502
	TOTAL	2136	791	597	2829
SEXO MASCULINO	MÉD./ELEVADO	2252	40	238	378
	MÉD./ ASC.	1923	91	324	541
	MÉDIO	1900	92	298	587
	MÉD.BAIXO	2142	77	355	465
	BAIXO	2100	20	452	93
	REFORMADO	2174	108	725	324
	TOTAL	2060	428	369	2388
TOTAL POPULAÇÃO	MÉD./ELEVADO	1970	118	286	812
	MÉD./ ASC.	2188	237	449	1156
	MÉDIO	2041	249	415	1225
	MÉD.BAIXO	2024	232	487	965
	BAIXO	2080	59	527	233
	REFORMADO	2222	324	872	826
	TOTAL GERAL	2109	1219	493	5217

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDOS = 17

O quadro 8.31 regista os valores relativos aos gastos em medicamentos segundo os grupos sociais. Observa-se que é no grupo dos Reformados que se encontram os valores médios mais elevados (2222 escudos). Na população feminina, é o grupo social Médio/Ascenção o que apresenta maior despesa (2353 escudos). Na masculina, o grupo que consome mais dinheiro em medicamentos é o Médio/Elevado (2252 escudos). Os que apresentam valores mais baixos são os grupos Médio/Elevado e Médio, respectivamente no sexo feminino e masculino. Se tivermos em conta o total da população em estudo, o padrão é semelhante, embora sem diferenças entre sexos

– quem gasta mais é o grupo social dos Reformados que vivem só (872 escudos no total da população – 967 escudos na população feminina e 725 na masculina).

A população que teve mais gastos em quinze dias reside na área urbana consolidada (2262 escudos), quer do sexo feminino (2283 escudos), quer do masculino (2218 escudos) (quadro 8.32). Será que a compra de medicamentos é induzida pela proximidade da oferta, em virtude de ter sido verificado em capítulo anterior (5º) que existe uma concentração de farmácias na área de maior densidade de construção, que corresponde precisamente à área urbana consolidada? Ora, é nessa área que a população, em ambos os sexos, teve mais gastos.

QUADRO Nº 8.32. CONCELHO DE COIMBRA.

Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Área de Residência e Sexo

	AREA	POPULAÇÃO QUE TEVE GASTOS		TOTAL DA POPULAÇÃO	
	RESIDÊNCIA	MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS
SEXO	URB.CONSOL.	2283	167	885	433
	PERIURB.RECEN.	2133	221	405	1167
FEMININO	PERIURB.DORM.	2058	190	607	645
	PERIUR.RUR.	2095	213	755	591
	TOTAL	2136	791	597	2836
	URB.CONSOL.	2218	80	513	353
SEXO	PERIURB.RECEN.	2008	138	293	950
MASCULINO	PERIURB.DORM.	2178	96	364	574
	PERIUR.RUR.	1910	114	418	521
	TOTAL	2060	428	369	2398
	URB.CONSOL.	2262	247	719	777
TOTAL	PERIURB.RECEN.	2085	359	355	2110
POPULAÇÃO	PERIURB.DORM.	2098	286	493	1218
	PERIUR.RUR.	2031	327	597	1112
	TOTAL GERAL	2109	1219	493	5224

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990 DESCONHECIDOS = 10

Para completar a ideia expressa no parágrafo anterior, procurámos conhecer quem gastou mais em medicamentos, quer tenha estado ou não "doente" e ainda o número de dias de "doença". O quadro 8.33 regista os valores correspondentes aos gastos, e por eles se reconhece que, de facto, gastou mais quem esteve mais tempo "doente" (3050 escudos), em ambos os sexos (população feminina, 3286 escudos, masculina 2552 escudos). Deve, contudo, salientar-se que não existe uma correspondência entre o não estar "doente" (0 dias) e o menor gasto em medicamentos. Verifica-se, pelo contrário, que 79% e 76%, respectivamente da população feminina e masculina, teve gastos em medicamentos (2010 e 2108 escudos) sem ter percebido um estado de "doença" nos quinze dias anteriores às entrevistas. Talvez a situação não seja de "doença" em termos agudos, mas de situações crónicas. A despesa média em medicamentos foi de 492 escudos, com os valores mais altos na população com maior tempo de "doença" (15 dias).

QUADRO Nº 8.33. CONCELHO DE COIMBRA. Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Período de "Doença" e Sexo

	PERÍODO DE "DOENÇA" (DIAS)	POPUL QUE TEVE GASTOS		TOTAL POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	Nº. CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº CASOS
SEXO FEMININO	0	2010	625	490	2560
	1-5	1637	57	933	100
	6-10	2791	36	1827	55
	11-15	3286	73	2093	113
	TOTAL	2136	791	597	2826
SEXO MASCULINO	0	2108	325	309	2218
	1-5	1455	52	970	78
	6-10	1993	17	1093	31
	11-15	2552	34	1423	61
	TOTAL	2060	428	369	2388
TOTAL POPULAÇÃO	0	2044	950	406	4778
	1-5	1550	109	949	178
	6-10	2535	53	1562	86
	11-15	3050	106	1859	174
	TOTAL GERAL	2109	1219	492	5214

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDOS = 20

QUADRO Nº 8.34. CONCELHO DE COIMBRA. Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Período de "Doença" e Utilização de Serviços e Sexo

	PERIODO DOENÇA (DIAS)	GASTOS EM MEDICAMENTOS (média em escudos)			
		POP.C/UTIL. DE SERVIÇOS	POP.S/UTIL. DE SERVIÇOS	TOTAL DA POPULAÇÃO	
				MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS
SEXO FEMININO	0	2404	1983	491	2560
	1-15	1806	1420	933	100
	6-10	2777	2833	1827	55
	11-15	2304	4514	2094	113
TOTAL ESCUDOS (média)		2314	2098	597	
TOTAL Nº CASOS		139	652		2828
SEXO MASCULINO	0	2150	2105	308	2218
	1-5	1639	1221	970	78
	6-10	1791	2993	1093	31
	11-15	2155	2905	1423	61
TOTAL ESCUDOS (média)		1901	2095	368	
TOTAL Nº CASOS		79	349		2388
TOTAL POPULAÇÃO	0	2320	2025	406	4778
	1-5	1727	1325	949	178
	6-10	2440	2858	1562	86
	11-15	2261	3935	1859	174
TOTAL ESCUDOS (média)		2165	2097	492	
TOTAL Nº CASOS		218	1001		5216

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDOS = 18

No quadro 8.34 constata-se que do total dos entrevistados que consumiram medicamentos 82% não utilizaram os serviços de saúde nos referidos quinze dias, mas despenderam 2097 escudos. A população que recorreu aos serviços de saúde gastou mais (2165 escudos). Os que não utilizaram os serviços e tiveram mais tempo de "doença", gastaram mais, quer no total da população (3935 escudos), quer na do sexo feminino (4514 escudos). No sexo masculino, o subgrupo de maiores despesas foi o que teve entre 6 e 10 dias de "doença". Dos que utilizaram, apresenta mais gastos a população que teve de 6 a 10 dias de "doença" (2440 escudos), com valor mais elevado no sexo feminino (2777 escudos), do que no masculino (2440 escudos), onde as maiores despesas foram realizadas pelos que estiveram "doentes" de 11 a 15 dias. Conclui-se ainda que, embora uma parte da população não tivesse estado "doente", utilizou os serviços de saúde, com gastos de 2320 escudos em medicamentos por pessoa: nas situações em que não foi registada "doença" nem se verificou o recurso aos serviços, verificaram-se igualmente gastos em medicamentos (2025 escudos), em ambos os casos mais elevados na população do sexo feminino.

8.8.2. *Concelho de Góis*

No concelho de Góis, 39,7% da população entrevistada (44% das mulheres e 35% dos homens) teve gastos com medicamentos nos quinze dias que antecederam as entrevistas (em média, 2513 escudos), com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos – maiores na população feminina (2655 escudos) do que na masculina (2513 escudos) (Qui-quadrado = 15,50, gl =1, $p < 0,0001$) (quadro 8.35).

O subgrupo etário que teve maiores consumos foi o dos 25 aos 44 anos, com 2894 escudos. Mas, na população feminina, é entre os 65 e os 74 anos que se verificam mais gastos em medicamentos. Os valores mais baixos registaram-se nos grupos de 5 aos 14 anos e 0 aos 4 anos, respectivamente no sexo feminino e masculino, pelo que quem gasta menos em medicamentos é a população infantil, em ambos os sexos. No total da população em estudo quem mais consome é o grupo de idade entre os 45 e 64 anos, em ambos os sexos.

O grupo social com maiores despesas em medicamentos, no total da população, é o Médio/Elevado (4435 escudos) – embora o número de casos seja pequeno para tirar resultados conclusivos –, com valor elevado na população feminina e baixo na masculina (quadro 8.36). Nesta, quem gasta mais em medicamentos é a subpopulação dos Reformados. O quadro 8.36 permite ainda reconhecer-se que, dos que responderam às entrevistas, 43,2% são Reformados, o grupo social que apresenta o valor mais alto do concelho de gastos em medicamentos durante quinze dias, para o total da população (1450 escudos), sendo a média de 1561 escudos no sexo feminino e 1270 escudos no masculino. O grupo social que menos dispende é o Médio/Baixo, quer no total da população (454 escudos) quer na população feminina (492 escudos).

Quem consumiu mais medicamentos no concelho de Góis reside na área rural (2799 escudos) (quadro 8.37) em cada um dos sexos e no total da população. O mesmo se observa no total da população que respondeu ao questionário – a população feminina da área rural gastou em escudos mais do dobro se comparada com a urbana (1207 e 508, respectivamente) e a do sexo masculino, o triplo.

QUADRO Nº 8.35. CONCELHO DE GOIS. Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Grupos de Idade e Sexo.

	GRUPOS IDADE	POP. QUE TEVE GASTOS		TOTAL DA POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	Nº. CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS
SEXO FEMININO	0-4	1720	5	245	35
	5-14	1191	21	243	103
	15-24	1897	15	282	101
	25-44	2907	51	877	169
	45-64	2683	141	1401	271
	65-74	3115	99	1951	157
	>=75	2505	102	1659	154
	TOTAL	2655	434	1164	990
SEXO MASCULINO	0-4	1093	12	305	43
	5-14	1691	20	318	106
	15-24	1307	21	283	97
	25-44	2876	38	683	160
	45-64	2187	73	853	187
	65-74	2561	72	1451	127
	>=75	2595	45	1270	92
	TOTAL	2293	281	793	812
TOTAL POPULAÇÃO	0-4	1278	17	279	78
	5-14	1453	41	281	209
	15-24	1552	36	282	198
	25-44	2894	89	783	329
	45-64	2514	214	1177	457
	65-74	2881	171	1729	285
	>=75	2532	147	1513	246
	TOTAL GERAL	2513	715	997	1802

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDOS = 2

QUADRO Nº 8.36. CONCELHO DE GOIS.
Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Grupos Sociais e Sexo

	GRUPOS SOCIAIS	POPULAÇÃO QUE TEVE GASTOS		TOTAL POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	CASOS	MÉDIA (escudos)	CASOS
SEXO FEMININO	MÉD./ELEVADO	6825	4	1138	24
	MÉD./ASC.	3241	45	953	153
	MÉDIO	2176	44	825	116
	MÉD./BAIXO	1895	41	492	158
	BAIXO	2109	26	945	58
	REFORMADOS	2748	273	1561	481
	TOTAL	2655	434	1164	990
SEXO MASCULINO	MÉD./ELEVADO	1250	3	188	20
	MÉD./ASC.	2094	31	433	150
	MÉDIO	2466	35	680	127
	MÉD./BAIXO	1643	43	418	168
	BAIXO	2038	20	832	49
	REFORMADOS	2540	149	1270	298
	TOTAL	2293	281	793	812
TOTAL POPULAÇÃO	MÉD./ELEVADO	4435	7	706	44
	MÉD./ASC.	2773	76	696	303
	MÉDIO	2304	79	749	243
	MÉD./BAIXO	1761	84	454	326
	BAIXO	2078	46	893	107
	REFORMADOS	2670	423	1450	779
	TOTAL GERAL	2513	715	997	1802

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990

DESCONHECIDOS = 2

QUADRO Nº 8.37 CONCELHO DE GÓIS. Gastos em Medicamentos (em 15 dias)
Segundo Área de Residência e Sexo

	AREA RESIDÊNCIA	POPULAÇÃO QUE TEVE GASTOS		TOTAL DA POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS	MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS
	URBANA	1995	123	628	290
SEXO	RURAL	2612	311	1386	700
FEMININO	TOTAL	2655	434	1164	990
	URBANA	1569	86	368	251
SEXO	RURAL	2612	195	984	561
MASCULINO	TOTAL	2293	281	793	812
	URBANA	1820	209	508	541
TOTAL	RURAL	2799	506	1207	1261
POPULAÇÃO	TOTAL	2513	705	997	1802

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 DESCONHECIDOS= 2

Da população que comprou medicamentos, 73% não esteve "doente" no período de quinze dias que precedeu as entrevistas (quadro 8.38). Dos 27% que referiram ter tido "doença", gastou mais quem teve um período mais longo – de 11 a 15 dias – (3092 escudos) em ambos os sexos, embora com maior ónus na população do sexo feminino. Gastou menos quem não esteve "doente" nos referidos quinze dias, se bem que a população masculina apresente menos gastos no subgrupo dos que percepcionaram um período de "doença" entre os 1 e 5 dias. Se considerarmos a população total entrevistada, quem teve mais despesas foi a população com maior período de "doença" – 11 a 15 dias –, o que é válido também para ambos os sexos.

QUADRO Nº 8.38. CONCELHO DE GÓIS. Gastos em Medicamentos (em 15 dias)
Segundo Período de "Doença" e Sexo

	PERIODO DE "DOENÇA" (dias)	POPULAÇÃO QUE TEVE GASTOS		TOTAL POPULAÇÃO	
		MÉDIA (escudos)	CASOS	MÉDIA (escudos)	CASOS
	0	2509	308	935	827
SEXO	1-5	2876	27	2044	38
	6-10	2602	27	1801	40
FEMININO	11-15	3252	71	2716	85
	TOTAL	2655	434	1164	990
	0	2266	212	682	704
SEXO	1-5	2012	25	1324	38
	6-10	2253	71	1172	26
MASCULINO	11-15	2727	31	1921	44
	TOTAL	2293	281	793	812
	0	2410	520	819	1531
TOTAL	1-5	2461	52	1684	76
	6-10	2489	40	1555	65
POPULAÇÃO	11-15	3092	102	2445	129
	TOTAL GERAL	2513	715	997	1802

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 DESCONHECIDOS=2

Verifica-se ainda que, além de os gastos em medicamentos nem sempre corresponderem a período de "doença", muitas vezes também não têm ligação com a utilização dos serviços de saúde. É o que mostra o quadro 8.39, onde se pode ver que apenas 47,2% da população com despesas em medicamentos utilizou os serviços de saúde. Por sua vez, dos que não utilizaram os serviços, 52,8% apresentam gastos em medicamentos, com maior despesa nos que apresentam maior período de "doença" (3101 escudos). No que respeita à população feminina que não recorreu aos serviços, os maiores consumos correspondem à que referiu ter tido de 1 a 5 dias de "doença" e os menores a quem esteve "doente" de 6 a 10 dias.

QUADRO Nº 8.39. CONCELHO DE GÓIS. Gastos em Medicamentos (em 15 dias) Segundo Período de "Doença" e Utilização de Serviços e Sexo

	PERIODO "DOENÇA" (DIAS)	GASTOS EM MEDICAMENTOS (média em escudos)			
		POP.C/UTIL. DE SERV.(esc.)	POP.S/UTIL. DE SERV.(esc.)	TOTAL DA POPULAÇÃO	
				MÉDIA (escudos)	Nº.CASOS
SEXO FEMININO	0	2745	2388	935	827
	1-5	2680	3740	2043	38
	6-10	2740	1500	1801	39
	11-15	3121	3585	2716	85
TOTAL	MÉDIA (escudos)	2823	2507	1164	
	Nº. CASOS	202	232		990
SEXO MASCULINO	0	2621	2067	682	704
	1-5	2086	1625	1324	38
	6-10	2399	500	1172	26
	11-15	3026	1164	1921	44
TOTAL	MÉDIA (escudos)	2596	2013	793	
	Nº. CASOS	135	146		812
TOTAL POPULAÇÃO	0	2694	2260	819	1531
	1-5	2390	2800	1684	76
	6-10	2626	1250	1555	65
	11-15	3092	3101	2445	129
TOTAL GERAL	MÉDIA (escudos)	2732	2317	997	
	Nº. CASOS	337	378		1802

FONTE: Inquéritos nas U.A., 1990 DESCONHECIDOS = 2

8.8.3. *Toma de Medicamentos*

Cerca de 98% da população adquiriu os medicamentos que o médico lhe receitou. No entanto, 12,2% referiu que não os tomou até ao fim (quadro 8.40). Comparando os valores percentuais nas duas áreas geográficas, reconhecemos que no concelho de Coimbra a percentagem de população que não toma os medicamentos até ao fim é superior ao valor global. Um pequeno conjunto da população em estudo por vezes nem sequer inicia a medicação adquirida (0,4%).

QUADRO Nº 8.40. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
Toma de Medicamentos Segundo Prescrição Médica – Distribuição Percentual

TOMA MEDICAÇÃO	CONCELHOS		
	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
SIM	87,1	88	87,4
NÃO	12,4	11,8	12,2
POR VEZES	0,5	0,2	0,4

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Nº DE CASOS= 7038

Pretendeu-se conhecer as razões por que a população não toma os medicamentos segundo prescrição médica. No quadro 8.41 vê-se que 63% pára de os tomar quando está melhor, 33,9% não os leva até ao fim, por não confiar nos medicamentos e 6,1% interrompe-os a algumas horas do dia porque lhes causam incómodo, principalmente durante a noite. O concelho de Góis apresenta valores superiores à média em dois destes motivos: paragem por estar melhor (66,2%) e desconfiança nos medicamentos (30,9%).

QUADRO Nº 8.41. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
Principal Razão Porque não Segue a Prescrição Médica

	CONCELHOS		
RAZÕES	COIMBRA	GÓIS	TOTAL
PÁRA QUANDO ESTÁ MELHOR	62	66,2	63
INCÓMODO A ALGUMAS HORAS	7,1	2,8	6,1
NÃO CONFIA NOS MEDICAMENTOS	30,9	31,2	30,9

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Nº CASOS = 889

8.9. SÍNTESE

A utilização dos serviços de saúde está, na maior parte dos casos, associada com os períodos de "doença". Em Coimbra, 8,4% da população esteve "doente" e cerca de 8% utilizou os serviços, nos quinze dias imediatamente anteriores á realização das entrevistas. A população do sexo masculino apresenta uma percentagem mais baixa de "doença" e de utilização dos serviços de saúde em período considerado de "doença" do que as mulheres.

Cerca de 52% da população entrevistada no concelho de Coimbra utilizou os serviços de saúde no período de seis meses, que antecederam a feitura dos questionários. Percentualmente, utiliza mais os cuidados de saúde primários a população que reside nas freguesias com oferta desse tipo de serviços. O médico privado e convencionado são, percentualmente, mais utilizados pela população residente em freguesias com centro de saúde que são, simultaneamente, as que

correspondem às áreas urbana consolidada e periurbana de crescimento recente (onde se concentra, também, a oferta privada de serviços de saúde).

Quase toda a população que respondeu ao questionário recorreu (em seis meses) apenas a um serviço, com maior preferência para os cuidados de saúde primários (centro de saúde e extensão). Em casos de utilização de dois ou mais serviços, verifica-se que a duplicação se faz pela utilização dos serviços públicos (centro de saúde e extensão) e dos privados (médicos em consultório).

No espaço temporal de quinze dias, 14,9% da população entrevistada no concelho de Góis referiu ter estado "doente", sendo a utilização dos serviços cerca de 24%, durante esse período. No geral, tanto a utilização dos serviços como a percentagem de "doentes" é superior no concelho de Góis, independentemente de ter ou não ter estado "doente", do que no concelho de Coimbra. Em ambos os sexos registaram-se percentagens superiores às de Coimbra de uso em caso de período de não "doença". Este facto poderá estar relacionado com a percepção do que é a "doença" e ainda com a natureza dos serviços de saúde. Cerca de 72% da população entrevistada no concelho de Góis recorreu aos serviços de saúde, com valor percentual mais alto para a utilização da extensão. A proximidade aos locais de oferta de serviços de saúde funciona como geradora de utilização desses serviços. Nas freguesias com centro de saúde esse serviço é o mais utilizado e o mesmo acontece nas freguesias com extensão. Deve salientar-se que 52,9% da população que recorre ao médico privado e 17,3% da que utiliza o médico convencionado reside em freguesias com extensão. A falta de resposta do sistema de saúde na prestação de cuidados de saúde primários é talvez a explicação deste ocorrência.

No concelho de Góis verifica-se uma maior percentagem de utilização de mais de um serviço do que em Coimbra, sendo os serviços públicos (centro de saúde e extensão), somados aos convencionados, os mais utilizados.

Em Coimbra, os serviço mais usados são a extensão e o centro de saúde. Merece referência a utilização do médico privado, do médico convencionado e do hospital. As pessoas mais afastadas da oferta de serviços de saúde, em geral – ou seja a população que reside nas freguesias periurbanas rurais – quando têm necessidade de utilizar os serviços de saúde, deslocam-se à extensão mais próxima ou ao centro de saúde, que se localiza nas áreas urbana consolidada e periurbana de crescimento recente, verificando-se uma maior atracção desses serviços.

A população do sexo feminino que reside em freguesias com centro de saúde recorre ao médico privado, enquanto a população masculina que reside também nessas áreas usa em maior proporção o médico convencionado e o hospital. Mais uma vez a proximidade poderá ser a geradora de tais preferências.

A utilização associa-se, também, com a idade, verificando-se que os grupos dos 0 aos 4 e a partir dos 65 são os quem acorrem mais ao centro de saúde. A população com idade superior a 45 anos em ambos os sexos usa, preferencialmente a extensão. A população infantil do sexo feminino e os homens dos 25 aos 44 anos são os grupos que mais utilizam o médico privado. O médico convencionado é sobretudo utilizado pelas mulheres dos 5 aos 14 anos e pelos homens, em idade activa, enquanto ao hospital recorrem, com maior relevância, os escalões etários até aos 15, dos 25 aos 44 e a partir dos 65 anos.

Considerando o grupo social como variável fundamental na escolha e utilização dos serviços de saúde, concluímos que, à excepção do grupo social Médio/Elevado, todos os outros utilizam em maior proporção a extensão. Para além deste facto, importa referir que o grupo dos Reformados, com valores mais elevados nos homens, do que nas mulheres é o que usa mais o centro de saúde. A população do grupo social Médio/Elevado é o que recorre mais ao médico privado assim como ao médico convencionado. A subpopulação do sexo feminino que pertence ao grupo social Baixo é a que mais utiliza o hospital.

Sendo o local de residência uma variável directamente associada com a utilização dos serviços, reconhecemos que a população que reside na área urbana consolidada e periurbana de crescimento recente (com destaque para a população do sexo feminino) usa em maior proporção o centro de saúde enquanto a das áreas periurbanas de crescimento recente e dormitório acorre com maior frequência à extensão sediada na freguesia de residência. Refiram-se ainda os valores de utilização verificados na área urbana consolidada e periurbana de crescimento recente, relativamente ao médico privado, ao convencionado e ao hospital

Em Góis, relacionando a utilização dos serviços de saúde com a sua localização, verificamos que o centro de saúde foi mais procurado pelas mulheres residentes em locais com centro de saúde. À extensão acorreu, com maior frequência a população do sexo feminino residente em locais com esse serviço. O médico privado foi procurado pelas mulheres residentes em lugares com centro de saúde, o médico convencionado, pela população masculina residente em lugares com extensão e o hospital, pela população masculina residente em locais com centro de saúde.

Poderá reconhecer-se aqui alguma correspondência entre a utilização dos diferentes serviços e as áreas de residência (rural e urbana). Assim, a população urbana – residente na freguesia de Góis – acorre maioritariamente ao centro de saúde e é, simultaneamente, a que recorre mais ao médico privado, convencionado e hospital. A residente na área rural utiliza essencialmente a extensão.

Quanto à idade, é a população infantil (até aos 4 anos) e a dos 15 aos 24 anos a que mais utiliza o centro de saúde, registando-se valores mais altos de utilização até aos 64 anos nesse serviço. A população idosa (a partir dos 65) utiliza preferencialmente a extensão. Considere-se ainda o grupo dos 5 aos 14 anos, no sexo feminino e dos 0 aos 4 anos no sexo masculino com valores percentuais assinaláveis na procura do médico privado. A população em idade activa apresenta maior frequência de recurso ao médico convencionado e aos serviços do hospital, sendo mais acentuada no sexo masculino.

No que respeita à utilização dos diversos serviços de acordo com os grupos sociais considerados, e relativamente à última consulta, todos os grupos sociais com excepção dos Reformados, tiveram valores percentuais mais elevados (embora com algumas discrepâncias entre a população masculina e feminina) na utilização do Centro de Saúde de Góis, sendo o Médio/Ascenção o que apresenta a maior frequência. O grupo dos Reformados, em ambos os sexos usou, preferencialmente, a extensão. Quanto ao médico privado e ao hospital, foram mais utilizados pelas mulheres do grupo Médio/Elevado, enquanto os homens Reformados são o subgrupo que mais recorre ao médico convencionado.

As figuras 8.16, 8.17, 8.18, 8.19 e 8.20 evidenciam a significância das variáveis nas duas áreas geográficas do estudo, relativamente ao local da última consulta.

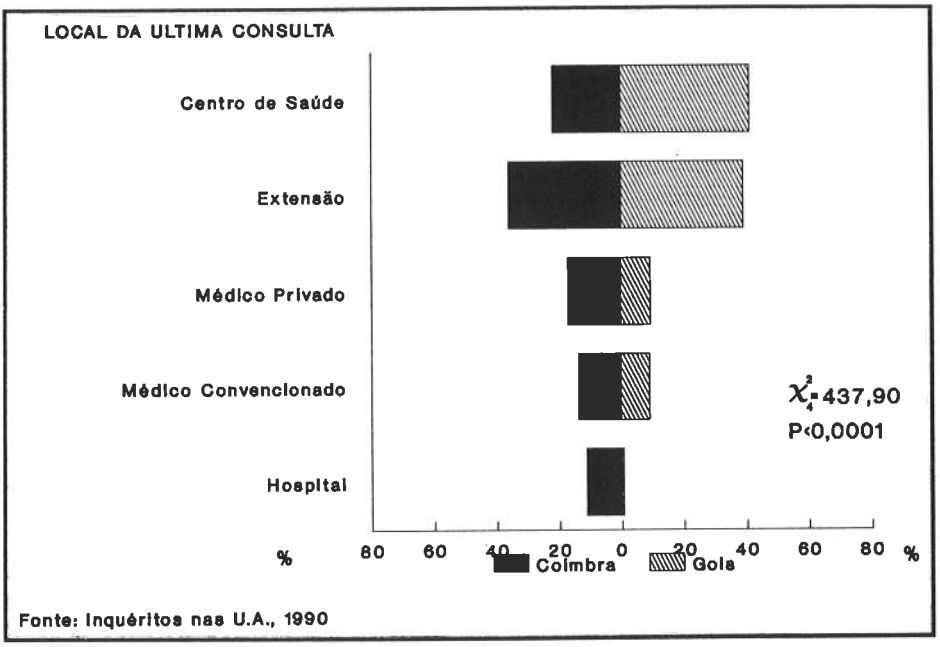


Fig. 8.16. Concelhos de Coimbra e Góis. Local Prestador da Última Consulta.

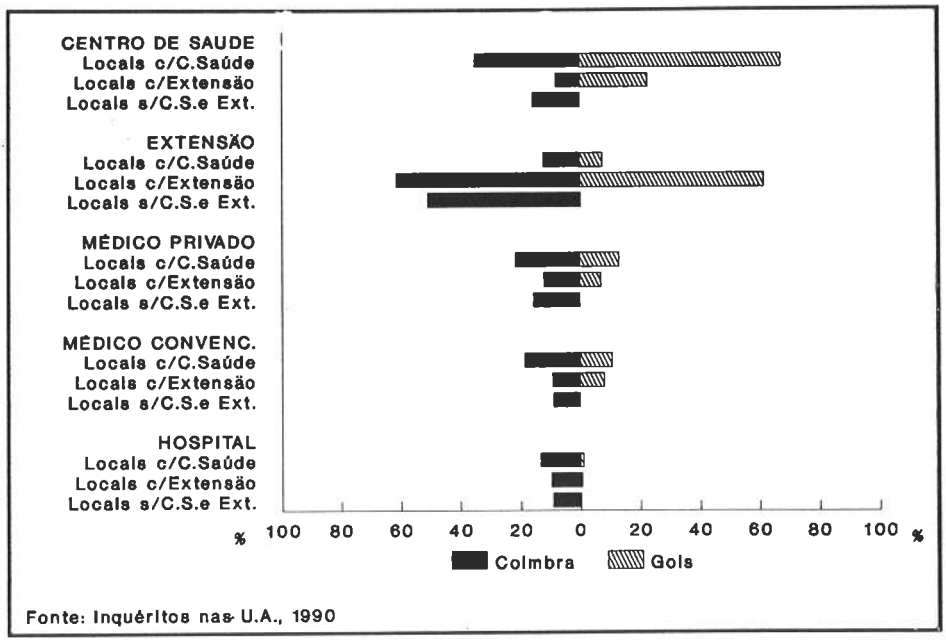


Fig. 8.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Local Prestador da Última Consulta Segundo Freguesia de Residência com C.S.P.P.

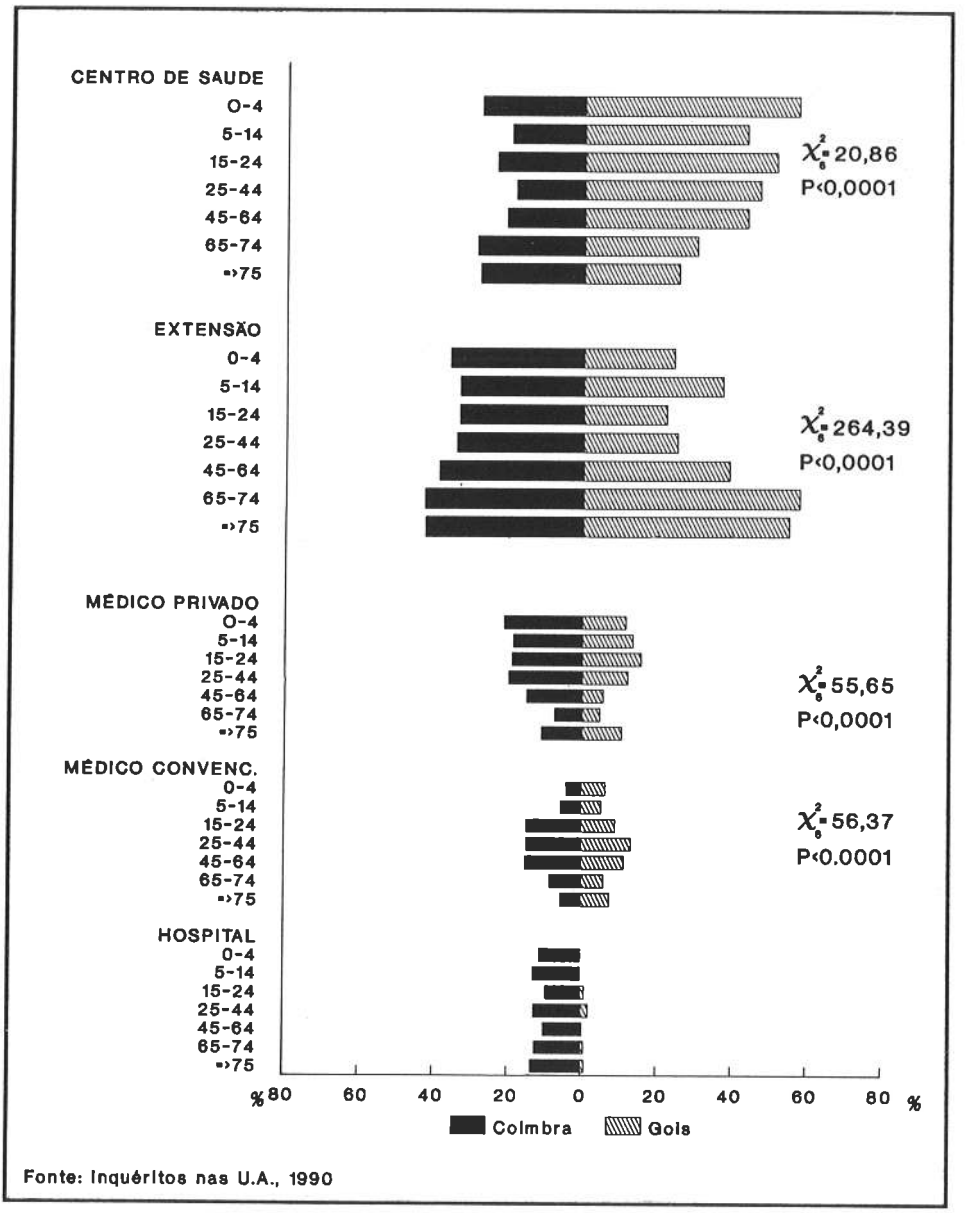


Fig. 8.18. Concelhos de Coimbra e Góis.
Local Prestador da Última Consulta Segundo Grupos de Idade.

A última consulta foi maioritariamente marcada pelos utilizadores dos dois concelhos nos diferentes serviços, à excepção do hospital, onde se verifica uma maior percentagem de consultas marcadas por iniciativa médica (referência).

Concluindo, pode afirmar-se que, genericamente, a população que respondeu ao questionário se comporta de acordo com os padrões de procura e utilização descritos por outros autores referidos no início deste capítulo e aproximados aos que foram apresentados pelo Inquérito Nacional de Saúde (D.E.P.S., 1989), ao nível regional e nacional.

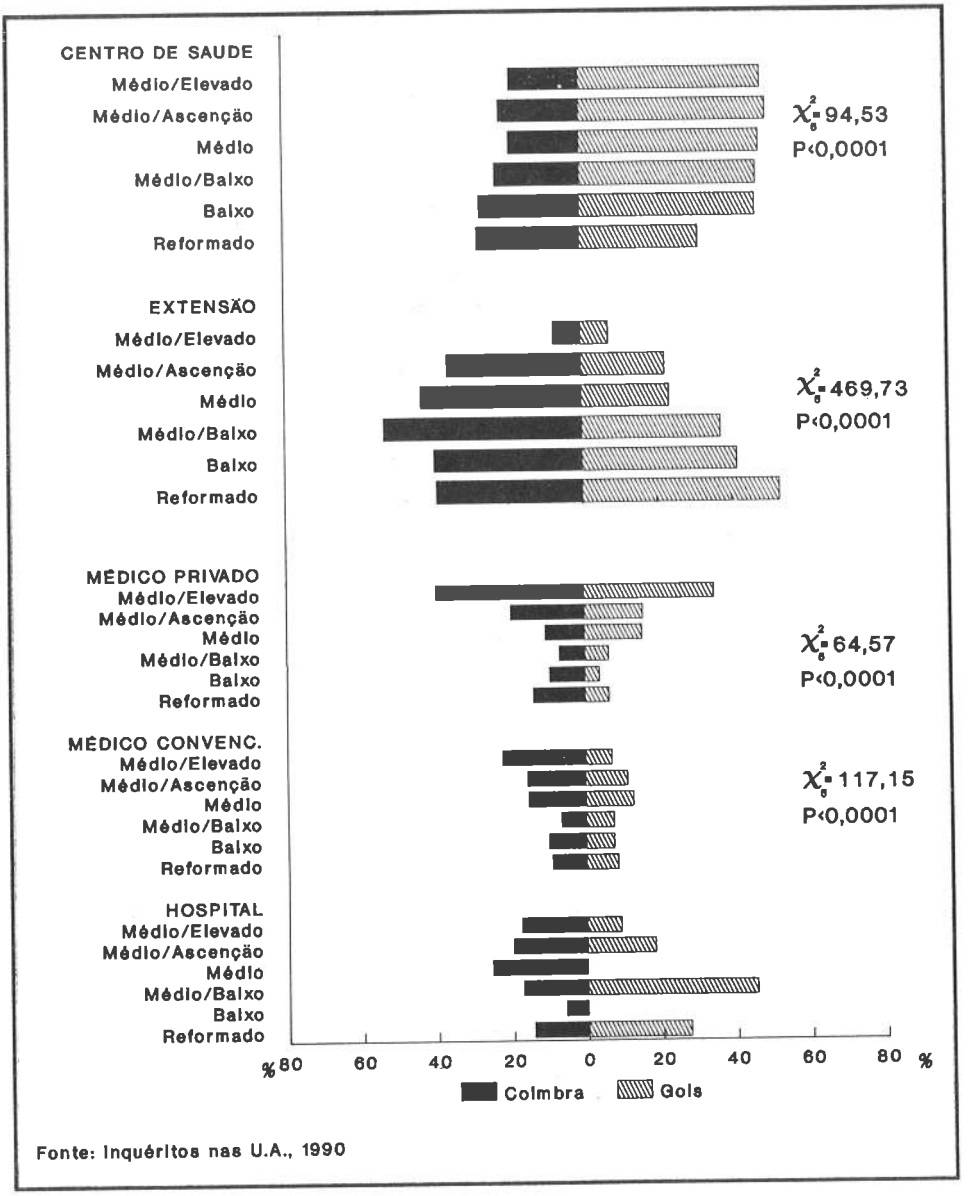


Fig. 8.19. Concelhos e Coimbra e Góis.
Local Prestador da Última Consulta Segundo Grupos Sociais.

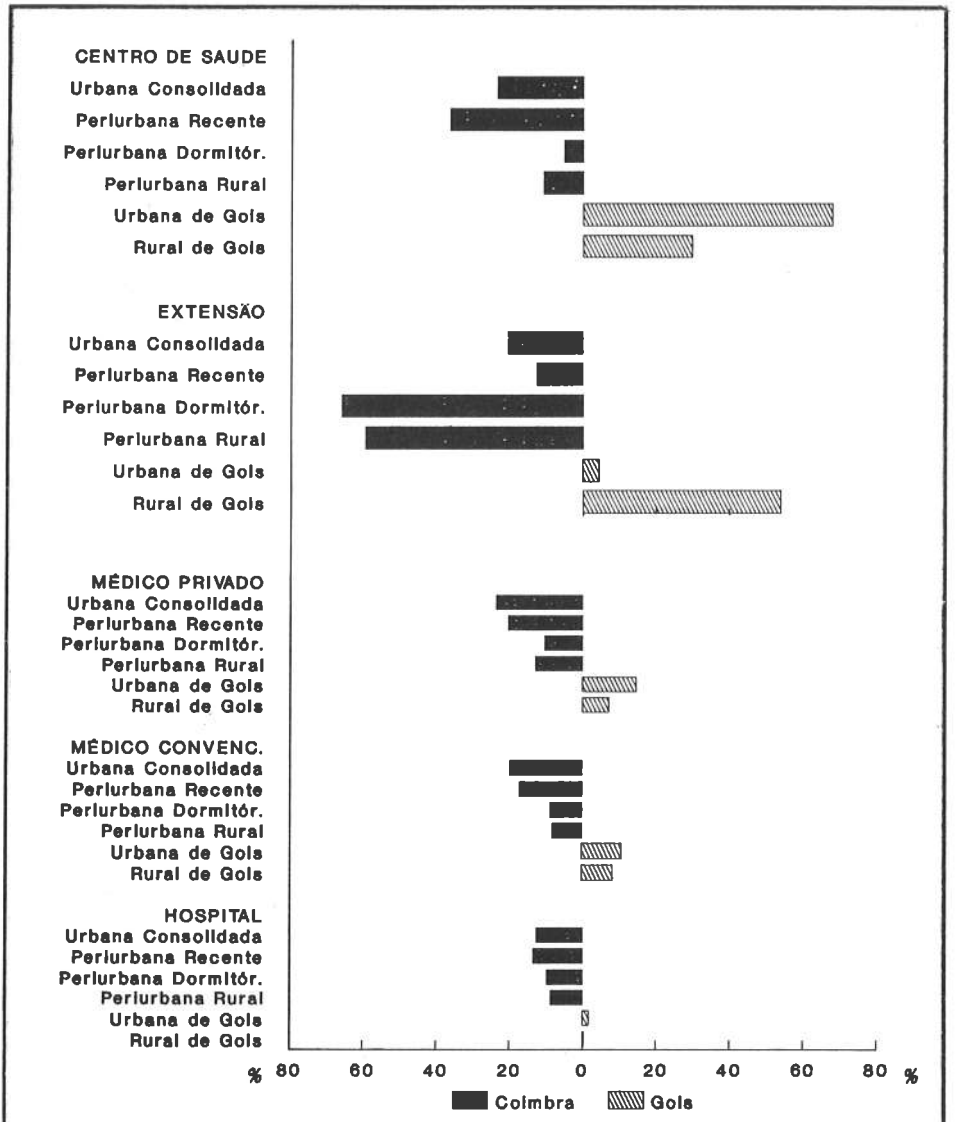


Fig. 8.20. Concelhos e Coimbra e Góis.
Local Prestador da Última Consulta Segundo Áreas de Residência.

De facto, verifica-se uma associação entre a utilização dos serviços de saúde e a sua acessibilidade geográfica. Refira-se a influência de factores como a idade (os grupos etários extremos consomem mais cuidados de saúde porque apresentam mais e mais longos episódios de

"doença"), o sexo (as mulheres consomem mais cuidados de saúde do que os homens porque percepcionam mais e mais longos episódios de "doença"), o tipo de serviços (os cuidados de saúde primários conhecem uma utilização mais intensiva do que os serviços hospitalares), a acessibilidade económica (os serviços pagos total ou parcialmente pelos utilizadores são menos utilizados do que os serviços públicos, ainda que parte dessa utilização possa ser consequência da existência de listas de espera nos serviços hospitalares públicos, no caso do médico privado, ou da cobertura dos utilizadores por subsistemas de saúde – terceiros pagadores – no caso do médico convencionado) e as características sócio-económicas e culturais (a população urbana utiliza mais serviços de saúde mais diferenciados).

São ainda relevantes os factores psicológicos, culturais e de percepção do que é a saúde e a "doença" no desencadeamento da análise necessidade/utilização dos serviços de saúde, como iremos verificar de forma comparativa entre áreas rurais e urbanas (concelhos de Coimbra e Góis), no capítulo seguinte.

Quando utiliza os serviços, a população não o faz só pela proximidade ou pela rotina (consulta de vigilância, por exemplo), mas, na maior parte dos casos, em situações de urgência ou com uma finalidade marcadamente curativa (hospital, médico convencionado).

O motivo "doença" na utilização dos serviços de saúde apresenta diferenças, quando comparamos os valores de Coimbra e Góis — mais alto para esta última área geográfica quanto à utilização do centro de saúde, do médico privado e do hospital. Ou seja, a extensão e o médico convencionado são mais utilizados por outras razões como, por exemplo, renovar receitas e exames de vigilância.

São ainda de salientar as diferenças nos motivos que justificam a utilização entre os sexos: a população do sexo masculino acorre aos serviços preferencialmente quando está "doente", sendo os valores em todos os serviços sempre superiores aos do sexo feminino. Apenas no concelho de Góis a população masculina apresentou como razão maioritária da última consulta a realização de exames de vigilância, com valor superior ao encontrado na população feminina.

Pretendeu-se também conhecer o porquê da não utilização. Se é certo que uma parte importante da população não recorreu aos serviços porque não esteve "doente" outros referiram desconfiança pelos serviços, distância difícil de vencer entre a residência e os serviços, atrasos na marcação das consultas, não terem direito aos serviços de saúde, dificuldades económicas e incapacidade para pagar a consulta ou simplesmente não precisarem de consulta de especialista.

As razões apontadas pelos entrevistados, e referidas anteriormente, dizem respeito ao conjunto dos entrevistados em Coimbra e Góis. Nem sempre as razões são as mesmas nas duas áreas. Por exemplo, as dificuldades económicas ou o facto de não necessitar de consulta de especialista têm valores percentuais mais altos no concelho de Góis. Os aspectos relacionados com a desconfiança nos serviços (centro de saúde), os atrasos nas marcações das consultas (centro de saúde e extensão) e o mau funcionamento (centro de saúde e extensão) são razões mais invocadas no concelho de Coimbra. Inversamente, a distância da residência ao local prestador foi uma razão mais apontada pela população de Góis como impeditivo de deslocação ao centro de saúde e médico privado. Mas a preferência pelo hospital, quando sente necessidade de utilização dos serviços, é apenas referida pela população residente no concelho de Coimbra.

O dispêndio em medicamentos é influenciado por factores como o sexo, idade, grupo social, percepção de "doença" e utilização dos serviços. As mulheres gastam mais do que os homens (quer em Coimbra quer em Góis), o que se verifica igualmente nos grupos de idade acima dos 65 anos e nos Reformados (com algumas discrepâncias entre Coimbra e Góis). Neste último caso, o acesso à farmácia é um factor que traduz, provavelmente as diferenças encontradas. A períodos de "doença" mais prolongados correspondem maiores gastos em medicamentos. No entanto, verificou-se que nos períodos de 1 a 5 dias e de 11 a 15 dias de "doença" os valores médios despendidos são superiores na população que referiu não ter utilizado os serviços de saúde. A automedicação é, provavelmente, a explicação para este facto (SIMÕES, 1989, reportando-se ao INS 1989, refere que 52,3% dos inquiridos, perante percepção de "doença", tomam medicamentos).

CAPÍTULO 9.
DESIGUALDADES NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO

9.1. INIQUIDADES NO CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Verificámos em capítulos anteriores que, potencialmente, a utilização dos serviços de saúde era desigual, de acordo com o tipo de serviço (cuidados de saúde primários e hospitalares, públicos e privados), variando entre o concelho de Coimbra e o de Góis. Os padrões de utilização são determinados e influenciados por factores que se interrelacionam e interpenetram: características da população em risco, características dos sistemas de saúde e, ainda, características físicas do meio e do contexto social, económico e político em que se integram.

Em virtude das variáveis associadas ao sistema de saúde e ao meio serem de natureza estrutural, importa neste capítulo conhecer a importância dos factores (características da população e dos recursos) que mais contribuem para que os padrões de consumo de cuidados de saúde variem, atendendo a que a utilização (que apenas em exercício de abstracção pode ser estudada factor a factor), depende de um conjunto complexo de interrelações apenas compreensíveis quando analisados de forma integrada.

A utilização tem sido estudada por alguns autores que dão ênfase à proximidade dos serviços (MORRIL, 1968, 1970; COATES *et al.*, 1977; DEAR, 1977; COUPLAND, 1982; CURTIS, 1989 b); DARDANONI e WAGSTAFF, 1987; EYLES, 1990), às necessidades percebidas ou às características demográficas, sociais e económicas GRAHAM (1979), IPSEN (1979), WHITE (1979), TOWNSEND e DAVIDSON (1988), WHITEHEAD (1988), MAYNARD (1991), ZIGLIO (1991), MARMOT *et al* (1991).

Importa agora tentar conhecer em que medida a utilização dos serviços de saúde é influenciada pela distância à residência, tipologia de áreas (urbanas e rurais), características da população (idade, sexo, rendimento, ocupação, grupos sociais) e tempo de "doença".

Sabendo que as áreas de estudo são caracterizadas, sucintamente, por terem ou não serviços de saúde diversificados (hospitais e consultórios de médicos especialistas em áreas urbanas; extensões e centro de saúde em áreas rurais), de que resultam formas diversas de acessibilidade a serviços de saúde, é importante conhecer a taxa de utilização de tais serviços e analisar as diferenças entre áreas rurais e urbanas.

Interessa-nos conhecer qual a relação entre a existência de centro de saúde e extensão na freguesia de residência e a taxa de utilização dos serviços de saúde e, em virtude de o hospital (consideram-se os hospitais localizados no concelho de Coimbra) ser um serviço eminentemente urbano, reconhece-se o interesse na análise do papel que esta instituição desempenha ao nível da prestação de cuidados e utilização (taxa de utilização) de serviços pela população que reside no concelho de Coimbra (urbano) e no concelho de Góis (rural).

É ainda estudada a influência de factores como a distância e o custo (HAYNES e BENTHAN, 1979; GARROCHO, 1992) com o objectivo de conhecer a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e suas implicações na utilização.

Seleccionámos estas variáveis por se ter reconhecido, nos capítulos anteriores, que tinham associações significativas com a percepção da "doença" pela população em estudo e ainda com a utilização ou não utilização dos serviços de saúde em geral.

9.2. DESLOCAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A acessibilidade física ou geográfica está directamente relacionada com a distância entre dois locais: proveniência e destino. É essa distância que possibilita uma classificação morfológica do espaço geográfico, medida em unidades de comprimento, tempo e custo. Torna-se, no entanto, essencial conhecer em que medida duas subpopulações com a mesma unidade de medida (distância) têm comportamentos diferentes perante os serviços de saúde oferecidos. A utilização tem, pois, uma componente espacial que importa estudar, sem esquecer as componentes social, económica e demográfica, dimensões importantes da acessibilidade enquanto influenciadoras da percepção do tempo e do custo da deslocação.

Não esqueçamos, no entanto, como já referimos anteriormente, que a separação dos factores definidores da acessibilidade só deve ser feita para que o estudo seja possível, sendo por isso um mero exercício de abstracção.

Existem duas formas de entender a acessibilidade: por um lado, a acessibilidade potencial e, por outro, a revelada. Se a primeira considera sobretudo as condicionantes físicas, a segunda integra igualmente as condicionantes sociais.

Interessa, em primeiro lugar, saber qual é a acessibilidade potencial, entendida em termos de tempo e custo de deslocação, com a consciência, no entanto de que a proximidade não é garantia de utilização. Alguns autores, como MASSAM e BOUCHARD (1977), PHILLIPS e WILLIAMS (1984), JOSEPH e PHILLIPS (1984) apresentaram a acessibilidade aos serviços relacionada com a mobilidade, embora nem sempre sejam claras as relações entre os factores de acessibilidade potencial e as características demográficas. A acessibilidade aos serviços de saúde foi avaliada em termos de meio de transporte, custo e tempo de deslocação entre o local de residência e o de prestação dos serviços de saúde.

Estudado o tempo consumido na deslocação a cada unidade de saúde (centro de saúde, extensão, médico privado, médico convencionado e hospital), considerando apenas aqueles que utilizaram os serviços, pretende-se verificar se o tempo despendido para obter uma consulta (tempo de viagem somado com o tempo de espera no local de consulta) depende do tipo de serviço utilizado, da distribuição desses serviços nas áreas em estudo e das características do meio de transporte. Importa reconhecer ainda se a acessibilidade depende das características morfofuncionais do espaço, mais ou menos urbanizado.

9.2.1. *Tempo de Deslocação*

O tempo de deslocação é um indicador de acessibilidade que assume um papel decisivo no número de utilizações dos serviços de saúde, em particular dos cuidados de saúde primários

públicos (centros de saúde e extensões) que, por definição, devem responder às necessidades da população local. Como se verá, o tempo de deslocação – que deve ser entendido como o tempo utilizado (numa viagem) no transporte (se tiver sido usado) e no percurso a pé – está intimamente relacionado com o meio de transporte utilizado.

QUADRO Nº 9.1 CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS. Tempo Médio de Deslocação aos Serviços de Saúde. Segundo Utilizadores com Serviços Próximo (Locais) ou Afastados (Não Locais) da Área de Residência

ÁREA DE RESIDÊNCIA	UTILIZADORES	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENCIONADO		
		Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos
CONCELHO COIMBRA	LOCAIS	15,39	8,95	643	13,92	10,2	807	17,79	12,25	126	16,85	8,8	120
	NÃO LOCAIS	22,25	15,88	250	19,1	11	425	22,09	12,03	593	23,02	12,48	385
	TOTAL	17,31	11,72	893	15,4	10,48	1232	21,69	11,49	719	21,45	11,76	505
CONCELHO GÓIS	LOCAIS	14,37	12,61	357	7,79	5,5	44						
	NÃO LOCAIS	26,95	17,95	234	24,3	21,64	630	51,29	26,25	243	66,03	25,23	296
	TOTAL	19,35	16,16	591	23,23	21,36	670	51,29	26,25	243	66,03	25,23	296
TOTAL GERAL		18,13	13,69	1484	18,17	15,24	1906	28,72	20,41	962	37,92	28,02	801

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

O quadro 9.1 representa o tempo médio em cada área de estudo (concelhos de Coimbra e Góis). Os locais de residência foram classificados de acordo com a existência de serviço de saúde:

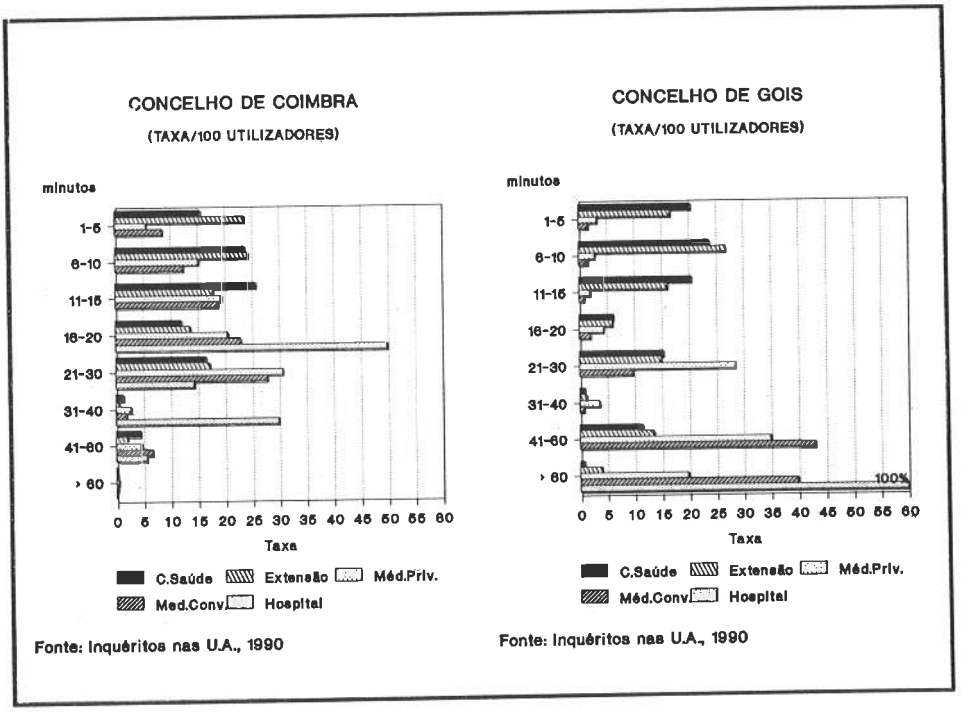
1) locais – se os serviços estão localizados na freguesia de residência;

2) não locais – se os serviços estão localizados fora da freguesia de residência.

Para os utentes dos serviços de saúde locais o tempo médio de deslocação aos centros de saúde e às extensões é mais elevado no concelho de Coimbra do que no concelho de Góis – somente neste caso a distância a vencer é menor no concelho de Góis. Mas já para se deslocar ao médico privado a população residente no concelho de Góis dispende um tempo médio que é duas vezes mais alto do que no concelho de Coimbra; e para o médico convencionado esse tempo de deslocação é três vezes maior .

O tempo de deslocação aos serviços de saúde considerados foi estudado mais detalhadamente em cada concelho (Mann Whithey-Wilcoxon Rank test). Verifica-se que existem diferenças significativas entre os concelhos de Coimbra e Góis no tempo de deslocação à extensão, médico privado e convencionado: o concelho de Góis apresenta valores consideravelmente superiores aos de Coimbra (quadro XLVII).

Não foram encontradas diferenças entre as duas áreas no tempo de deslocação ao centro de saúde. Aproximadamente 65% dos utilizadores dos centros de saúde, quer em Coimbra quer em Góis têm um tempo de percurso até aos serviços inferior a 15 minutos (figura 9.1). A percentagem de população que utilizou a extensão e que teve um tempo de deslocação inferior a dez minutos é superior em Coimbra (48.2%) comparativamente com a de Góis (43.8%). Por outro lado, em Góis uma percentagem considerável de população que utilizou a extensão tem tempo superior a 40 minutos. As diferenças são ainda mais marcadas na utilização do médico convencionado e privado com tempo de deslocação superior a 40 minutos, respectivamente 75% e 55%.



9.1. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo de Deslocação ao Serviço de Saúde.

O hospital foi procurado pela população que está mais próxima, ou seja 37,1%, dos utilizadores do hospital despenderam menos de vinte minutos. Como seria de esperar, existem diferenças consideráveis entre os dois concelhos: enquanto os residentes em Coimbra têm tempo de deslocação inferior a vinte minutos, os de Góis têm um tempo médio superior a uma hora para chegar ao hospital.

Os resultados sugerem que aproximadamente 60% dos utilizadores dos cuidados de saúde primários públicos (C.S.P.P.), têm tempo de deslocação inferior a quinze minutos. Para chegar ao médico privado e convencionado o tempo é superior: mais de 67% tem tempo superior a quinze minutos.

9.2.2. *Modo de Deslocação*

O modo de deslocação é um factor importante na definição da acessibilidade dos serviços de saúde. O quadro XLVIII mostra o meio de transporte utilizado pela população para chegar até esses serviços de saúde nos concelhos de Coimbra e Góis. Há diferenças significativas nas duas áreas geográficas nos meios de transporte usados para as pessoas se deslocarem ao centro de saúde, extensão e médico convencionado. Na ida ao médico privado a deslocação é feita de forma semelhante nos dois concelhos: o transporte privado, o mais frequente (figura 9.2).

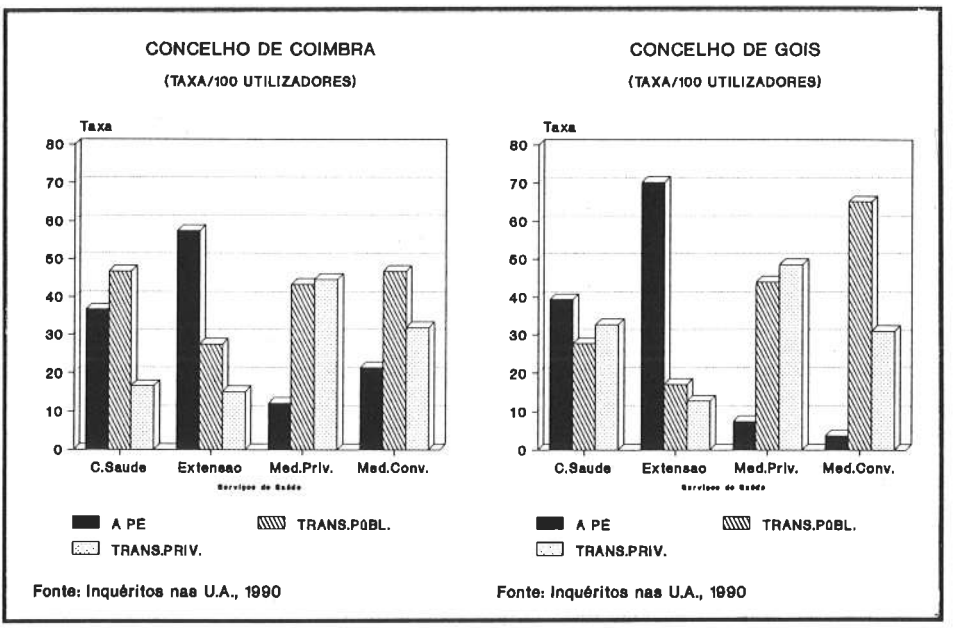


Fig. 9.2. Concelhos de Coimbra e Góis. Meio de Deslocação Segundo os Serviços de Saúde.

Para chegarem aos C.S.P.P., os utilizadores vão essencialmente a pé. Fizeram-no 61,9%, sendo os valores percentuais mais elevados no concelho de Góis (70,2%) do que no de Coimbra (57,4%). Assim, o transporte público e privado foram mais usados na deslocação ao médico privado e convencionado, sendo encontrada a percentagem mais elevada no concelho de Góis. A população prefere utilizar o transporte público, quando se desloca ao médico convencionado (65,2%), enquanto que para o médico privado o tipo de transporte preferencial é o privado (48,6%).

O concelho de Góis é caracterizado por ter fraca acessibilidade aos serviços de saúde, quer em termos de existência de transportes públicos quer de posse de carro próprio. Por isso não é estranho que uma alta percentagem de população que utiliza a extensão e centro de saúde se tenha deslocado a pé – evidentemente para as distâncias mais curtas. As grandes distâncias entre o local de residência e a oferta de cuidados de saúde privados e convencionados são as principais razões para que o carro próprio seja o meio mais usado. Agrupámos as freguesias em áreas-tipo atendendo à acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, entre outros factores (ver capítulo 4).

Foram consideradas, no quadro 9.2, seis áreas de residência, quatro no concelho de Coimbra (urbana consolidada, periurbana de crescimento recente, periurbana dormitório, periurbana com marcas de ruralidade) e duas no concelho de Góis (urbana de Góis e rural de Góis). É nas áreas urbanas consolidadas e periurbanas de crescimento recente que se concentram os serviços de saúde. A proximidade, mas também a possibilidade de utilizar transportes públicos, mais frequentes e baratos, proporcionam à população residente nestas áreas facilidades de utilização acrescidas.

QUADRO Nº 9.2. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Meio de Deslocação dos Serviços de Saúde Segundo Áreas de Residência.
Distribuição Percentual

MEIO DESLOCAÇÃO	ÁREA DE RESIDÊNCIA	C. SAUDE 1	EXT. 2	MÉDICO PRIV. 3	MÉDICO CONV. 4
A PÉ	URB. CONS.	56	40,6	22,2	54,2
	PERIURB. REC.	33,2	34,8	9,9	9,9
	PERI. DORMI.	14,1	74,8	16,8	19,2
	PERI. RURAL	35	52,3	4,5	9,9
	URB. GÓIS	69,6	95	12,6	5,4
	RURAL GÓIS	16,9	69,4	4,5	3,2
TRANSP. PUB.	URB. CONS.	31,3	47,2	36,5	25,8
	PERIURB. REC.	48,5	44,4	42	53,8
	PERI. DORMI.	65,6	14	39,2	50
	PERI. RURAL	52,1	30,4	54,5	53,5
	URB. GÓIS	4,7	5	30,2	43,3
	RURAL GÓIS	45	17,4	51,6	72,5
TRANSP. PRIV.	URB. CONS.	12,6	12,3	41,3	20
	PERIURB. REC.	18,3	20,9	48,1	36,3
	PERI. DORMI.	20,3	11,3	44	30,8
	PERI. RURAL	12,8	17,3	40,9	36,6
	URB. GÓIS	25,7	0	57	51,4
	RURAL GÓIS	38,2	13,1	43,9	24,3
TOTAL	A PÉ	37,8	61,9	10,9	14,9
	TRANS. PUB.	39,2	23,8	43,5	53,6
	TRANS. PRIV.	23	14,2	45,6	31,6

1 QUI-QUADRADO = 299,60; GL = 10; p < 0,0001 Nº CASOS =1484 FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990
2 QUI-QUADRADO = 173,81; GL = 10; p < 0,0001 Nº CASOS =1909
3 QUI-QUADRADO = 47,60; GL= 10; p < 0,0001 Nº CASOS =962
4 QUI-QUADRADO = 209,96; GL = 10; p < 0,0001 Nº CASOS =253

Existe uma associação entre o modo de deslocação, as áreas de residência e os locais de prestação de serviços de saúde. Observe-se, então, quem usa mais a deslocação a pé e com que destino: fazem-no, no concelho de Góis, quase 100% da população residente na área urbana, 69,4% da área rural que se desloca à extensão e cerca de 70% da população residente na área urbana deste concelho que recorre ao centro de saúde; também no concelho de Coimbra a população residente na área periurbana dormitório tem deslocações a pé muito frequentes com destino à extensão. Verificamos, portanto, que existem diferenças significativas na deslocação aos serviços de saúde ($p < 0,0001$).

Pretendemos ainda verificar se o meio de deslocação varia em função de existir ou não, no local de residência, oferta de serviços públicos ao nível dos cuidados de saúde primários públicos

(locais com centro de saúde ou extensão ou sem centro ou extensão). Pelo quadro 9.3, observa-se que o meio utilizado, para a deslocação aos serviços de saúde, varia não só com o facto de se considerar o concelho de Coimbra (com características urbanas) ou o de Góis (rural), mas ainda, e fundamentalmente, por os utilizadores dos serviços residirem em locais próximos ou afastados da oferta dos serviços.

QUADRO Nº 9.3. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS. Meios de Deslocação aos Serviços de Saúde Segundo Locais com Centro e Extensão e Sem Centro e Extensão (S/C.S.P.P.). Distribuição Percentual

MEIOS DESLOC	LOCAIS RESID.	CENTRO SAÚDE		EXTENSÃO		MÉDICO PRIVADO		MÉDICO CONV.	
		COIMB.1	GÓIS 2	COIMB.3	GÓIS 4	COIMB. 5	GÓIS 6	COIMB. 7	GÓIS 8
A PÉ	C/C. SAUDE	40,1	60,5	34,8	95,4	12,7	11,4	24,1	5,3
	C/EXT.	20,4	7,3	69,3	68,4	16,4	3,9	19,3	2,7
	S/C. S. P.P.	42		34,8		1,8		6,5	
	TOTAL	36,7	39,5	57,4	70,2	12,1	7,4	21,4	3,7
TRANSP PUB.	C/C. SAUDE	42,9	7	54,5	4,5	42,2	33,3	44,9	51,8
	C/EXT.	60,5	59,4	13,8	17,9	37,6	53,5	47,4	73,6
	S/C. S.P.P.	48,9		52,9		57,9		58,7	
	TOTAL	46,7	27,7	27,5	17,1	43,3	44	46,4	65,2
TRANSP. PRIV.	C/C. SAUDE	17	32,5	10,6	0	45,1	55,3	31	43,9
	C/EXT.	19,1	33	16,9	13,7	46	42,6	33,3	23,6
	S/C. S.P. P.	9,1		12,3		40,4		34,8	
TOTAL		16,6	32,8	15,1	12,8	44,6		31,9	31,1

1 QUI-QUADRADO = 26,82; GL = 4; p < 0,0001
2 QUI-QUADRADO = 241,51; GL = 2; p < 0,0001
3 QUI-QUADRADO = 223,80; GL = 4; p < 0,0001
4 QUI-QUADRADO = 14,61; GL = 2; p < 0,001
5 QUI-QUADRADO = 21,58;GL = 4; p < 0,001
6 QUI-QUADRADO = 12,19; GL = 2; p < 0,005
7 QUI-QUADRADO = 8,07; GL = 4; p < 0,5
8 QUI-QUADRADO = 14,78; GL = 2; p < 0,001

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 9.4. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Tempo Médio de Deslocação aos Serviços de Saúde Segundo Meios de Deslocação

(minutos)

MEIOS DE DESLOCAÇÃO	SERVIÇOS DE SAÚDE							
	Centro Saúde		Extensão		Médico Privado		Médico Convencionado	
	COIMBRA	GOIS	COIMBRA	GÓIS	COIMBRA	GÓIS	COIMBRA	GÓIS
A Pé	13 (328)	17 (233)	15 (709)	26 (473)	16 (87)	22 (18)	14 (108)	18 (11)
Transp. Público	22 (417)	27 (164)	18 (340)	19 (115)	26 (311)	58 (108)	26 (236)	72 (193)
Transp. Privado	14 (148)	15 (194)	9 (183)	12 (86)	19 (321)	46 (118)	20 (161)	60 (92)
MÉDIA	18 (1484)		18 (1906)		29 (962)		38 (801)	

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

( ) Nº DE CASOS

Importa ainda considerar se o meio de deslocação está associado com o tempo de percurso entre a residência e o serviço utilizado (quadro 9.4). Verifica-se que a distâncias mais longas corresponde o uso de transporte público e privado em ambas as áreas geográficas, com destino, fundamentalmente, ao médico privado e convencionado (figura 9.3).

Os meios de transporte usados apresentam diferenças percentuais significativas, excepção feita ao médico privado, na deslocação aos serviços de saúde quer no concelho de Coimbra quer no concelho de Góis.

Por fim, observe-se que o modo de deslocação varia entre os grupos de idade e os serviços de saúde utilizados (figuras 9.4, 9.5, 9.6 e 9.7).

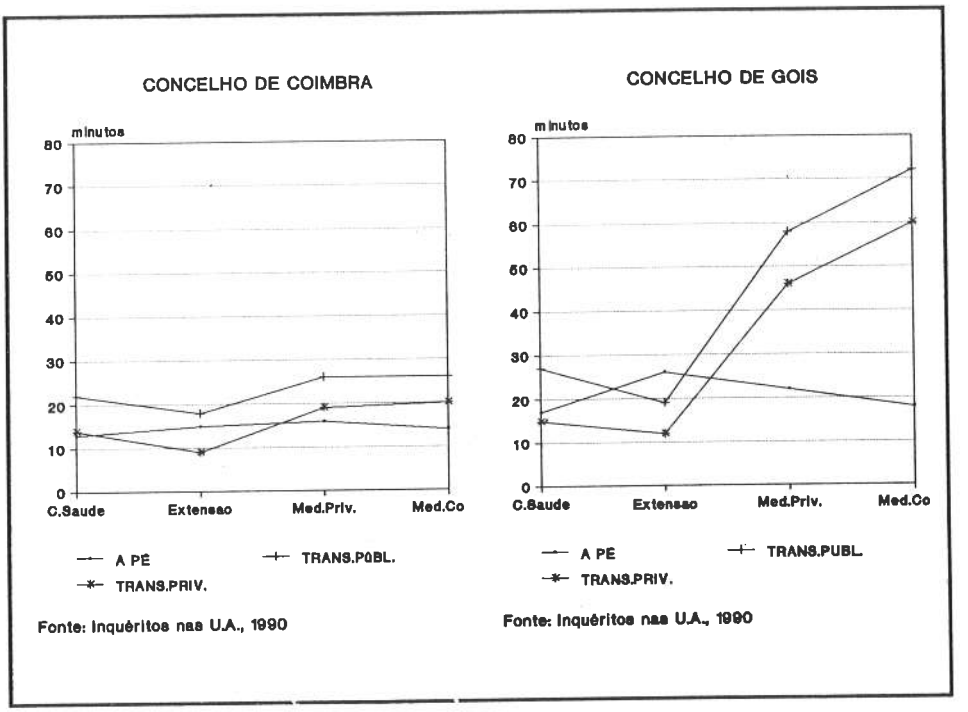


Fig. 9.3. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo Médio de Deslocação Segundo o Meio Utilizado.

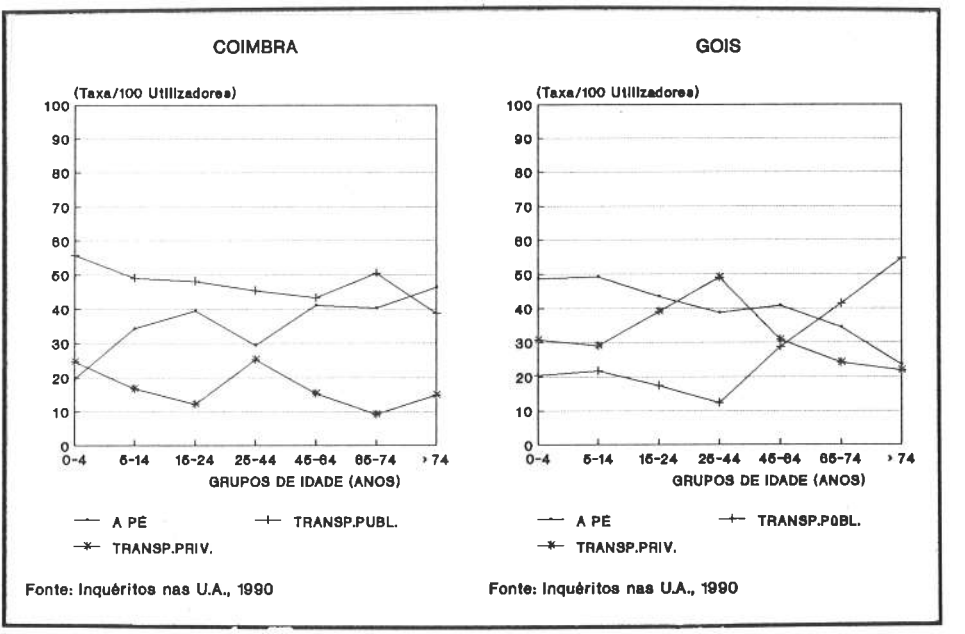


Fig. 9.4. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Centro de Saúde Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte

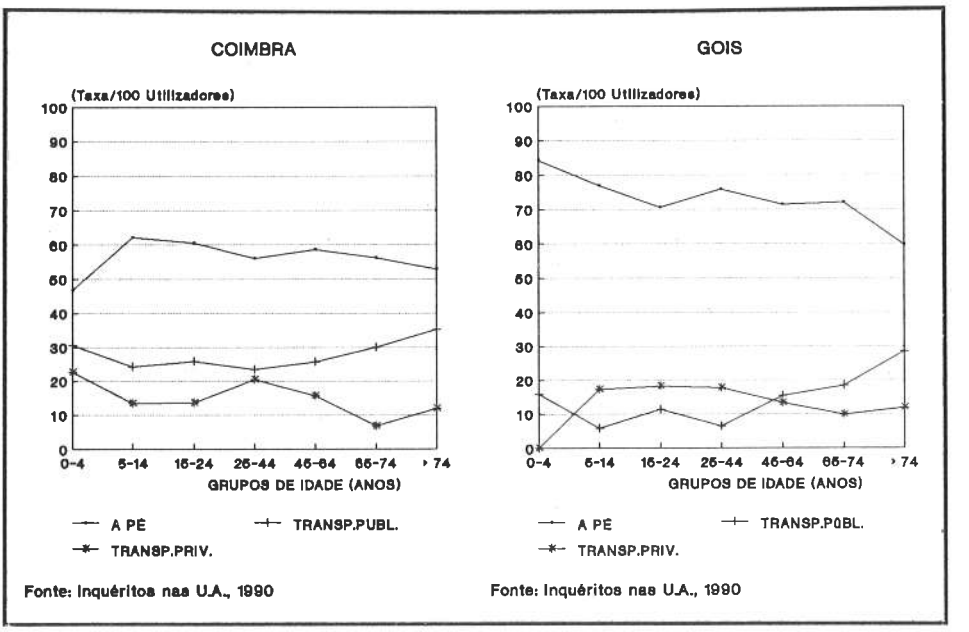


Fig. 9.5. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Extensão Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte

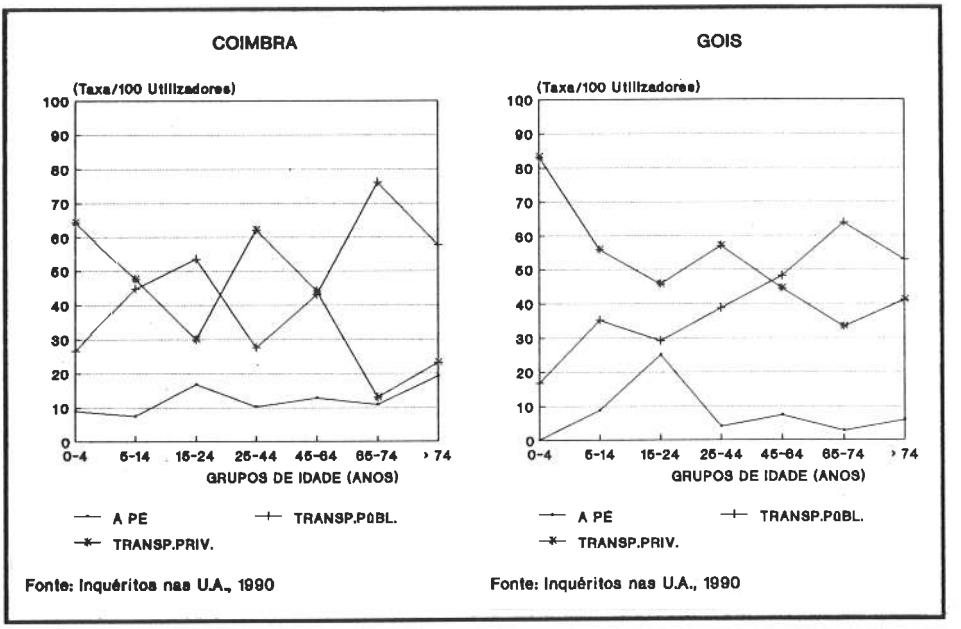


Fig. 9.6. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Médico Privado Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte.

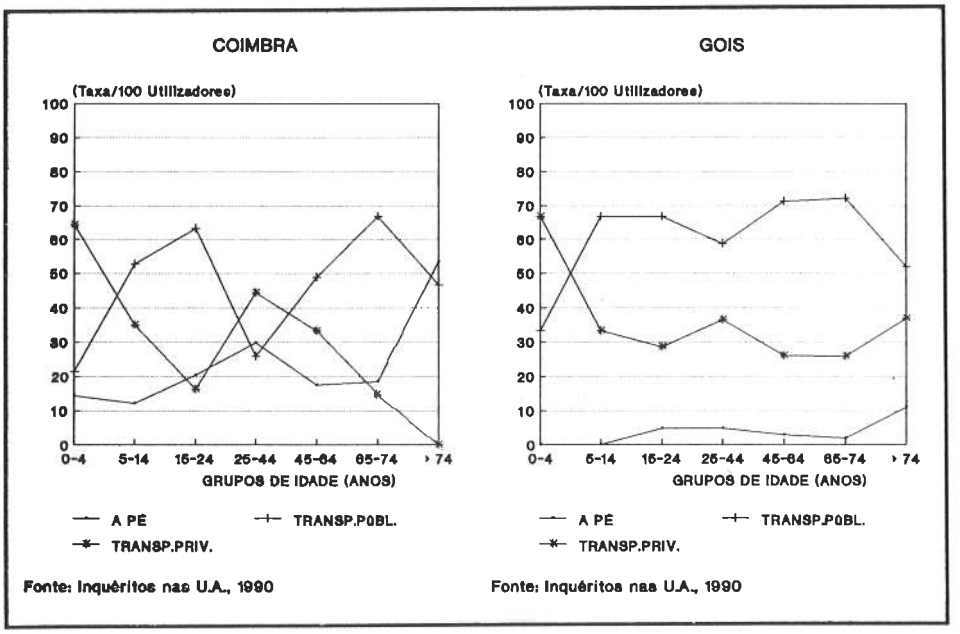


Fig. 9.7. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Médico Convencionado Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte.

9.2.3. *Tempo de Espera*

O tempo de espera no dia da consulta é uma variável que pode medir a eficiência dos serviços de saúde. Tempo alto de espera é conhecido como desmotivador para utilizar os serviços de saúde. Esse tempo varia significativamente com os tipos de serviços ($p < 0,001$), sendo muito mais alto nos cuidados de saúde primários públicos (C.S.P.P.) (figura 9.8). O quadro XLIX, que relaciona o tempo de espera com os tipos de serviços, mostra que, enquanto a grande maioria dos utilizadores dos centros e extensões (C.S.P.P.) espera mais de trinta minutos para ser atendida no dia da consulta, nos outros serviços apenas um terço dos utilizadores apresenta um tempo de espera semelhante. Tempos de espera elevados nos C.S.P.P. estão certamente relacionados com o sistema de marcação de consultas. Como a marcação é feita segundo o critério de o primeiro a chegar ser o primeiro a ser atendido, sente-se a necessidade de chegar cedo ao local da consulta. Mencione-se ainda o facto de os horários dos transportes públicos, pela pouca frequência de carreiras diárias e/ou semanais, serem também uma causa relevante, sobretudo nas áreas mais afastadas dos centros urbanos.

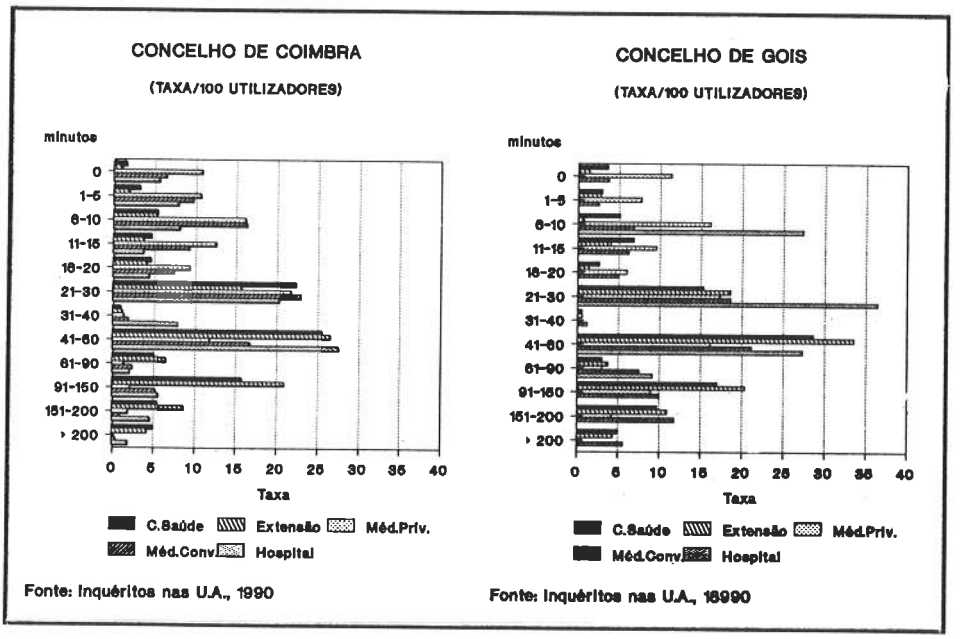


Fig. 9.8. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo de Espera para Atendimento no Dia da Consulta.

9.2.4. *Tempo Total Dispendido*

O tempo total dispendido para realizar um acto médico ou de enfermagem pode ser observado no quadro 9.5. Da sua análise se conclui que os serviços de saúde mais distantes da

residência – e, por isso, a população que os utiliza apresenta tempos de deslocação mais elevados – (médico privado, convencionado e hospital), são, simultaneamente, aqueles onde a população tem tempo de espera menos prolongado (quadros XLVII e XLIX) . O quadro 9.5 apresenta o tempo total despendido para conseguir um acto médico; observe-se qual a percentagem da população que gastou menos de 30 minutos: 61,7% que utilizou o centro de saúde, 57,2% a extensão, 76,5% o médico privado, 54,2% o médico convencionado e 47,5% o hospital . Assim, os serviços de saúde mais acessíveis foram o médico privado, extensão e o centro de saúde.

QUADRO Nº 9.5 CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
Tempo Total Dispendido na Utilização dos Serviços de Saúde.
Tempo de Deslocação e Tempo de Espera
Distribuição Percentual

MINUTOS	C. SAÚDE	EXTENSÃO	M. PRIV.	M. CONV.	HOSP.
1-5	10,7	10,6	13,7	10,3	3,2
6-10	13,4	13,0	14,6	11,5	2
11-15	13,4	10,6	9	10,4	0,9
16-20	6,4	6,6	12,9	10,8	28,2
21-30	17,8	16,4	26,3	21,6	13,2
31-40	1,0	0,9	2,1	1,6	24,2
41-60	17,8	18,9	12,9	18,7	24,1
61-90	4,6	6,4	3,5	8,9	0,5
=>91	28,3	16,6	5	6,2	3,7

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

9.2.5. *Custo do Transporte*

O custo do transporte implicado na deslocação aos serviços de saúde é um factor importante de acessibilidade.

Esse custo depende de factores como a distância entre o local de residência e o da oferta do serviço e o tipo de transporte utilizado.

Pretendeu-se conhecer o custo da deslocação, à semelhança da análise anteriormente apresentada para o tempo de selecção, de acordo com a existência de serviço de saúde:

1) locais – se os serviços estão localizados na freguesia de residência;

2) não locais – se os serviços estão localizados fora da freguesia de residência.

Verificou-se que o serviço que tem custos de deslocação mais baixos é a extensão, tanto no total da população utilizadora como em cada concelho (quadro 9.6). O valor médio da deslocação é afectado pela existência ou não desse tipo de serviços próximo dos locais de residência. Por exemplo, a população residente em locais sem centro e extensão tem custos que são o dobro dos que possuem estes serviços localizados na freguesia de residência. No concelho

de Góis as diferenças de custo de transporte entre os residentes locais ou não locais (com oferta de serviços de saúde próxima ou afastada da área de residência) são mais acentuadas. A análise pode ser ainda feita segundo as áreas de residência (quadro 9.7). Sabendo que a concentração de serviços de saúde se faz, essencialmente, nas áreas urbanas e periurbanas de crescimento recente conclui-se que quem reside nestes espaços geográficos teve custos de deslocação mais baixos aos serviços de saúde.

QUADRO Nº 9.6 CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS. Custo Médio de Deslocação aos Serviços de Saúde. Segundo Utilizadores com Serviços Próximos (Locais) ou Afastados (Não Locais) da Área de Residência.

(escudo)

ÁREA DE RESID.	UTILIZADORES	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENC.		
		Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos	Média	Desv. Pad.	Casos
CONCELHO COIMBRA	PRÓXIMO	48	118	643	25,6	70	807	110,9	116,3	126	98,4	194,6	382
	AFASTADO	90	119	250	47,3	77,8	425	172,2	208,8	593	120,4	113,5	123
	TOTAL	60	120	893	33	74	1232	140	162	719	104	178	505
CONCELHO GÓIS	PRÓXIMO	47	115	356	2,2	15	44						
	AFASTADO	415	642	233	148	433,6	630	782	1049,5	241	1293,8	1802,5	218
	TOTAL	192	451	569	139	421	674	782	1050	241	1294	1803	292
TOTAL GERAL		113	306	1482	70,5	261,8	1906	297	612	960	539,8	1239,8	797

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 9.7. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Custo Médio do Transporte aos Serviços de Saúde
Segundo Áreas de Residência

(escudos)

ÁREAS DE RESIDÊNCIA	SERVIÇOS DE SAÚDE							
	C.S.		EXT.		MÉD. PRIV.		MÉD. CONV.	
URBANA	30	(182)	36	(105)	102	(126)	55	(120)
PERI-RECENTE	54	(530)	45	(187)	115	(314)	119	(262)
PERI-DORMITÓRIO	95	(64)	20	(485)	149	(125)	89	(52)
PERI-RURAL	110	(117)	42	(454)	191	(154)	144	(71)
RURAL GÓIS	32	(253)	0	(20)	529	(86)	655	(74)
URBANA GÓIS	313	(336)	143	(654)	923	(155)	1510	(218)
MÉDIA	112	(1482)	71	(1906)	292	(960)	540	(797)

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

( ) Nº DE CASOS

Se compararmos ainda os valores médios de custo de deslocação ao médico privado e convencionado nos concelhos em estudo, concluímos que a população do concelho de Coimbra que reside mais afastada dos serviços de saúde tem custos de deslocação ao médico privado e ao médico convencionado que são, respectivamente, cinco e dez vezes menores do que os de deslocação aos mesmo tipos de serviços pela população de Góis.

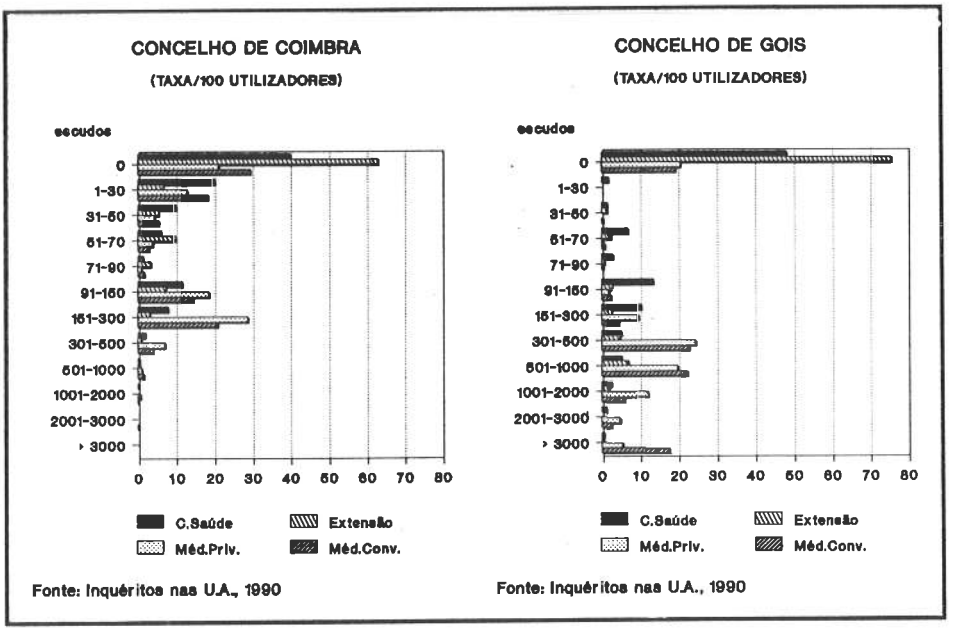


Fig. 9.9. Concelhos de Coimbra e Góis. Custo da Deslocação aos Serviços de Saúde.

A análise do quadro L e figura 9.9 mostra diferenças significativas no custo do transporte em intervalos, relativamente aos dois concelhos e para cada tipo de serviço. Como seria de esperar, tendo em conta as diferenças em termos de meio de deslocação, os serviços de saúde que têm custo mais baixo são os centros de saúde e extensões em Coimbra e Góis, porque uma percentagem alta de utilizadores se desloca a pé até estes serviços. No entanto, no concelho de Góis uma percentagem considerável (4,6% e 2,5%, respectivamente centro de saúde e extensão) gasta mais de 1.000$00 (numa só viagem) para conseguir uma consulta nos cuidados de saúde primários. Chega-se então à conclusão de que quem tem gastos mais altos em deslocação aos serviços de saúde é a população do concelho de Góis. Os valores percentuais são mais elevados quando se analisa a deslocação ao médico privado e convencionado: cerca de 23% e 26%, respectivamente gastou mais de 1000$00 numa viagem, enquanto em Coimbra a percentagem é de apenas 0,6%, na deslocação ao médico privado.

9.3. DISTÂNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO

9.3.1. *Cuidados de Saúde Primários*

A análise sobre a qual incidirá o ponto 9.3.1. tem como objecto conhecer a utilização dos serviços de saúde relacionando-a com a distância.

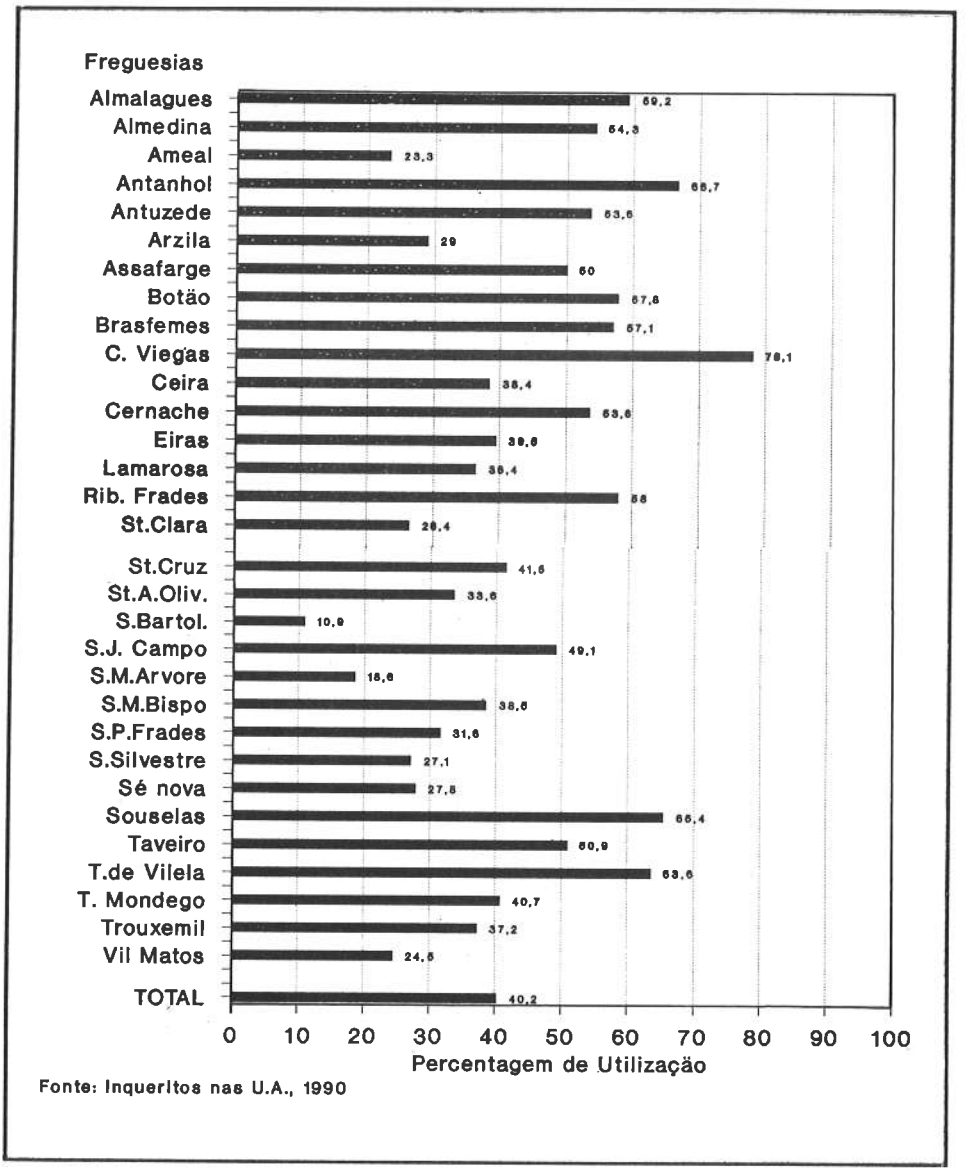


Fig. 9.10. Utilização dos Cuidados de Saúde Primários Públicos. Freguesias do Concelho de Coimbra. (Percentagem dos Inquiridos, por freguesia, que utilizaram)

Assim, relativamente ao total da população entrevistada, verificou-se que o factor distância tinha influência diferente na utilização dos cuidados de saúde primários públicos (centros de saúde e extensões) e ainda que o comportamento desta variável apresenta, para os mesmos serviços, padrões diferentes, consoante se considere a área do concelho de Coimbra ou de Góis.

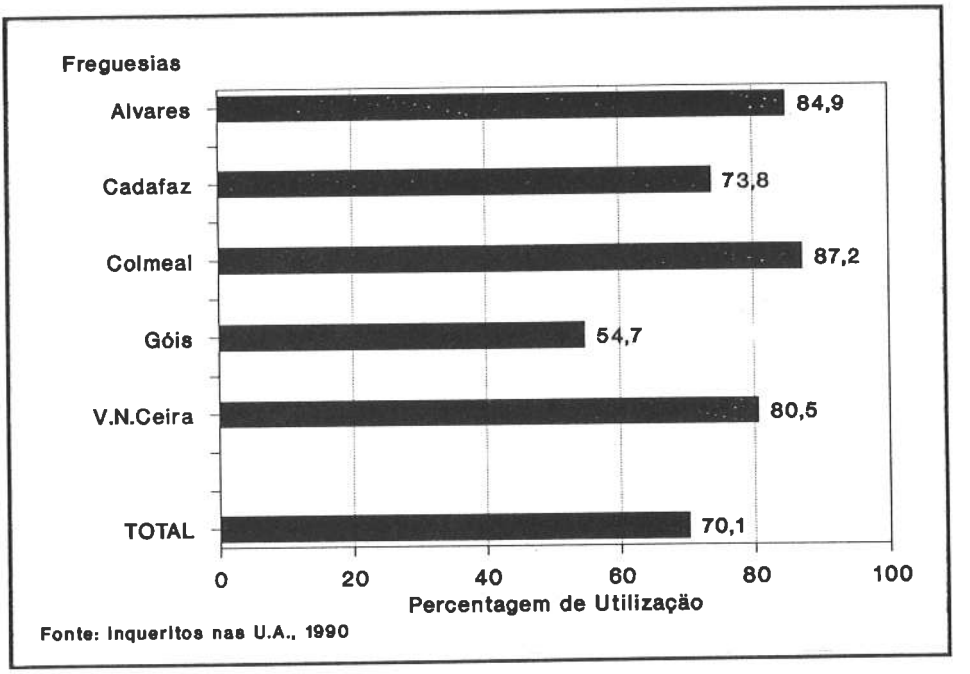


Fig 9.11. Utilização dos Cuidados de Saúde Primários Públicos. Freguesias do Concelho de Góis. (Percentagem dos Inquiridos, por freguesia, que utilizaram)

Inicialmente pretendeu-se ter uma imagem da utilização dos C.S.P.P., tendo para isso sido estudada em termos de freguesias de residência (figuras 9.10 e 9.11). Verificou-se que com valores superiores ao valor global estão as freguesias do concelho de Coimbra que correspondem a áreas periurbanas dormitório e rural, à excepção de Almedina, da área urbana consolidada. No concelho de Góis, com valores percentuais de utilização superiores aos do concelho de Coimbra, destacam-se também as freguesias rurais, com percentagem de utilização superior do valor global do concelho.

As figuras 9.12 e 9.13 correspondem à utilização do centro de saúde. Por elas se verifica que os valores de utilização observados, relativamente ao total da população inquirida, diminuem com a distância à unidade de saúde, sendo os dados ajustados a uma recta.

No concelho de Coimbra a análise foi feita em 29 freguesias, tendo sido excluídas duas – Brasfemes e Castelo Viegas – correspondendo a valores percentuais elevados e que se afastam do padrão apresentado pelo conjunto das restantes freguesias do concelho. Poder-se-à adiantar que as características da população, nestas duas áreas, têm maior impacte sobre a utilização do que a distância. Contudo, saliente-se o facto dos valores percentuais encontrados nestas duas freguesias corresponderem apenas a 50 utentes. Assim, a população que utilizou os serviços teve de percorrer distâncias que oscilam entre 13 e 40 minutos, correspondendo à mínima e máxima distância entre o local de residência e o local prestador.

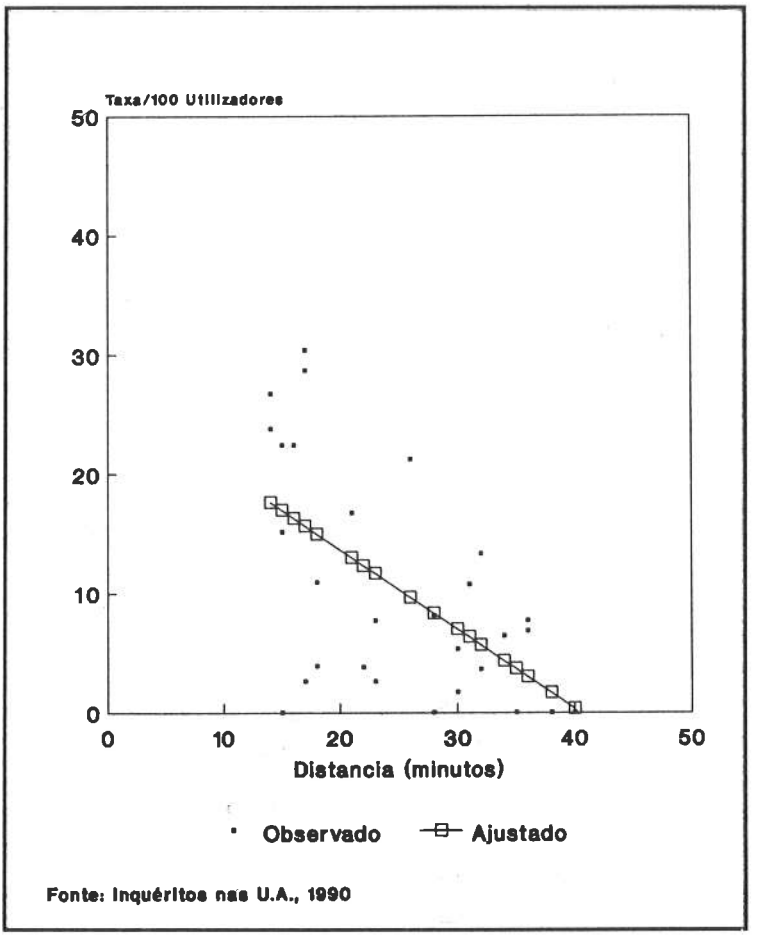


Fig. 9.12. Concelho de Coimbra.
Utilização do Centro de Saúde em Função da Distância.

Variável	Coeficiente	Erro Padrão do Coeficiente
Distância	-0,66462	0,18067
(Const.)	26,95486	4,73164

Análise da Variância	gl	Soma dos Quadrados	Média dos Quadrados
Regressão	1	868,17682	868,17682
Resíduo	27	1732,1652	64,15427

F = 13,53264 Signif. F = 0,0010
R^2 = 0,34

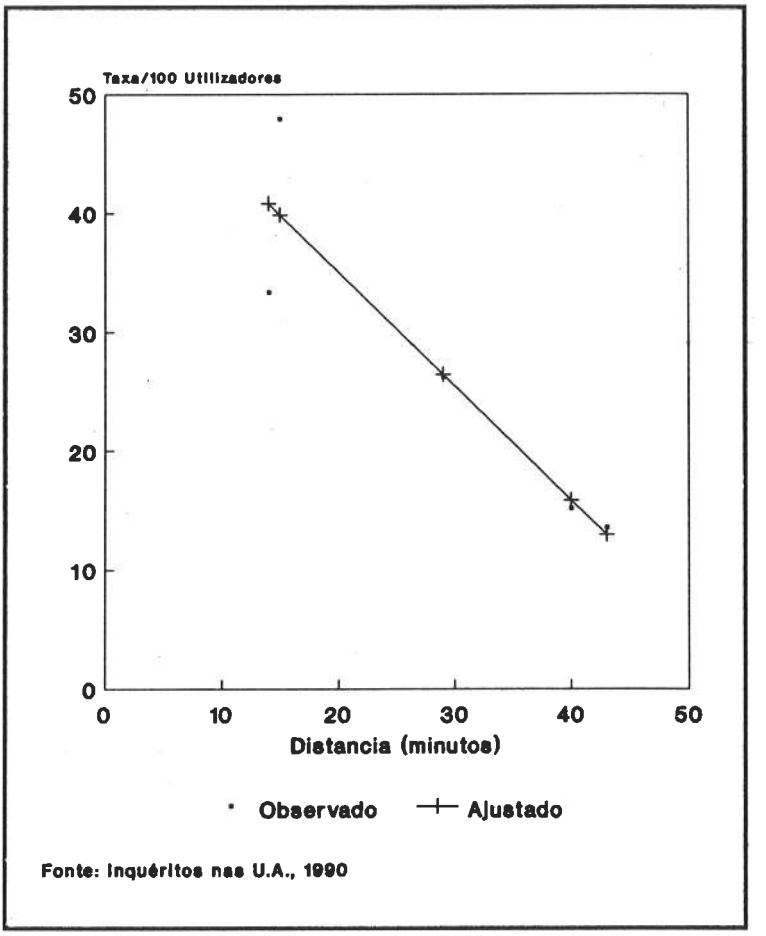


Fig. 9.13. Concelho de Góis.
Utilização do Centro de Saúde em Função da Distância.

$R^2 = 0,98$

No concelho de Góis as distâncias são mais longas e, por isso, encontrámos utilizadores com residência a 42 minutos do Centro de Saúde. Em ambos os casos foi possível ajustar os valores esperados a uma recta.

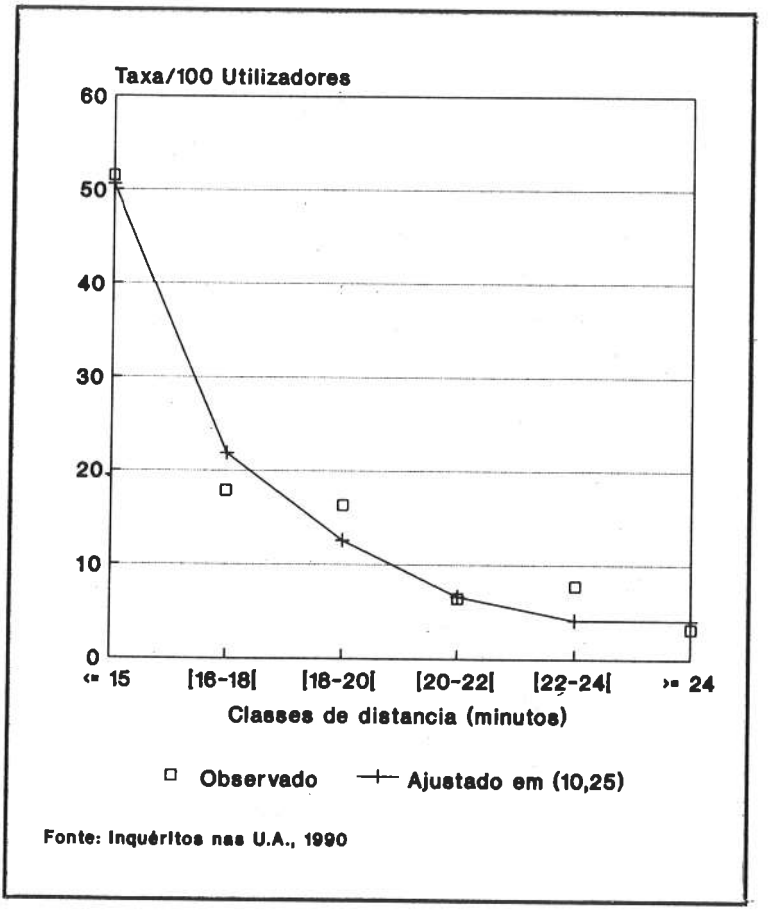


Fig. 9.14. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários Públicos.
Freguesias do Concelho de Coimbra.
(Percentagem de Utilização em Função da Distância ao C.S.P.P.)

Perc. Utilização = constante + b x distância + c x distância^2

	(coeficiente)	(Erro Padrão do Coeficiente)
b =	-19,77628	3,91954
c =	0,42148	0,10519
(constante) =	236,00291	35,36298

Análise da Variância	gl	Soma dos Quadrados	Média dos Quadrados
Regressão	2	1607,89248	803,94624
Resíduo	3	31,97001	10,65687

R^2 = 0,98

Por facilidade de tratamento e para melhor poder comparar os valores observados nas duas áreas de estudo com os valores esperados foram organizadas classes de distância, tendo em conta a utilização dos Centros de Saúde e Extensões, à semelhança do apresentado por GARROCHO (1992).

Se considerarmos só a população que utilizou os serviços no concelho de Coimbra e organizarmos classes de distância, verificamos que cerca de 52% que recorreu aos cuidados de saúde primários públicos teve um tempo de deslocação entre 10 e 16 minutos. Na figura 9.14 estão representados os valores observados e o ajuste a uma curva (polinómio de grau 2). A variável dependente representa a percentagem de utilização e a variável independente a distância em minutos.

9.3.2. *Cuidados Hospitalares*

No acesso aos cuidados hospitalares, a distância é um factor relevante porque influencia a utilização. Os residentes mais próximos do hospital apresentam valores percentuais de utilização mais elevados, diminuindo estes com o aumento da distância.

Na figura 9.15 são apresentados os valores de utilização do hospital (total) e dos serviços de urgência e consulta externa. Verifica-se ainda que a utilização decresce com o aumento da distância, no que se refere ao total do hospital e urgência. Nota-se também que a utilização da consulta externa não é influenciada pela distância (F = 1,72, Signi. F > 0.005).

Nos concelhos de Coimbra e Góis 65,3% e 80,5% da população entrevistada, respectivamente, não utilizou os serviços do hospital. O quadro 9.8 apresenta diferenças de utilização, segundo a distância da residência ao hospital – quem utiliza menos é a população que reside mais afastada do hospital.

QUADRO Nº 9.8 CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização do Hospital Segundo a Distância.
Distribuição Percentual

(quilómetros)

POR LINHA POR COLUNA	CONCELHO DE COIMBRA					CONCELHO DE GÓIS		
NÃO UTIL./UTIL.	1-5	6-10	11-20	21-30	TOTAL	70-90	=>91	TOTAL
NÃO FOI	47 61,5	15,2 68,9	31,1 68,2	6,6 74,2	65,3	67,3 80,2	32,7 81,1	80,5
FOI	55,3 38,5	12,9 31,1	27,4 31,8	4,4 25,8	34,7	68,5 19,8	31,5 18,9	19,5
TOTAL	49,9	14,4	29,8	5,8	100	67,5	32,5	100

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Entre 31 e 70 quilómetros não existem casos referidos

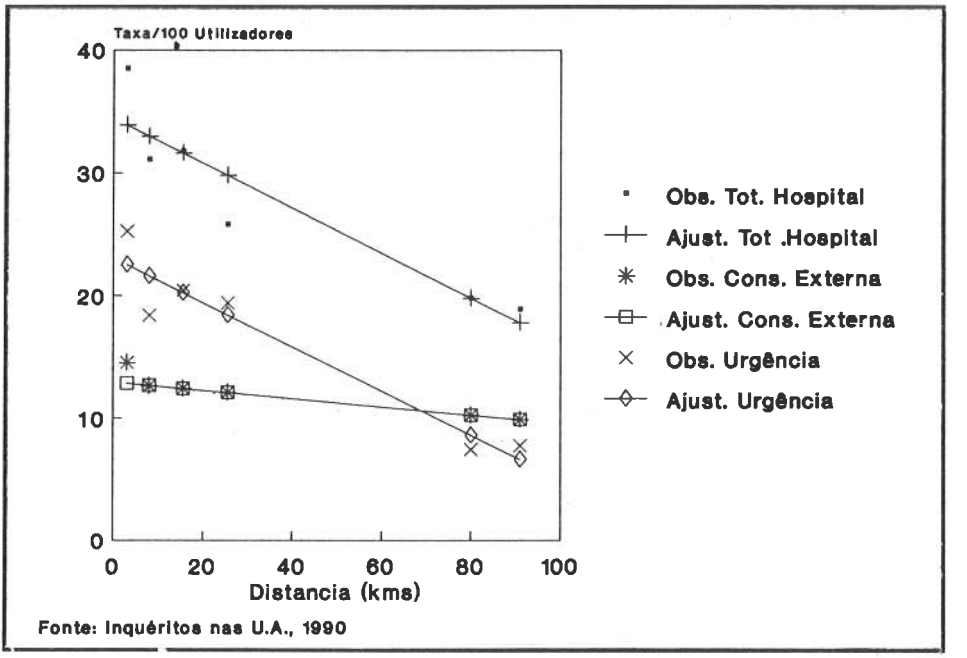


Fig. 9.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do Hospital em Função da Distância

Para o Hospital

Variável	Coeficiente	Erro Padrão do Coeficiente
Distância	-0,1831	0,0377
(Const.)	34,45524	1,9252

Análise da Variância	gl	Soma dos Quadrados	Média dos Quadrados
Regressão	1	246,62753	246,62753
Resíduo	4	41,82747	10,45687

F = 23,58522 Signif. F = 0,0003

R^2 = 0,85

Para a Urgência

Análise da Variância	gl	Soma dos Quadrados	Média dos Quadrados
Regressão	1	240,40523	240,40523
Resíduo	4	20,46977	5,11744

F = 46,97762 Signif. F = 0,0024

R^2 = 0,92

Dos que referiram ter utilizado os serviços do hospital, 38,5% e 19,8% estão mais próximos deste serviço: 1 a 5 e 70 a 90 quilómetros, respectivamente nos concelhos de Coimbra e Góis. Existe uma associação entre a distância e a utilização, correspondendo o uso maior dos serviços do hospital à população que reside mais próximo dessa instituição de saúde. O valor diminui à medida que a distância ao hospital aumenta, embora o decréscimo não seja proporcional ao aumento da distância. Existem patamares, por exemplo entre os onze e os vinte quilómetros e entre os setenta e os noventa, onde a utilização é superior ao imediatamente anterior. No primeiro caso devem ser procurados os factores que se vão contrapor ao da distância como, por exemplo, a idade, o grupo social ou padrão de morbilidade, os quais funcionam como geradores de procura e utilização. No segundo caso, está em causa o concelho de Góis que tem uma localização desvantajosa, porque mais distante do hospital, mas que no entanto apresenta uma utilização superior quando comparada com as áreas limítrofes do concelho de Coimbra (entre os 21 e 30 quilómetros).

Os quadros 9.10, 9.11, 9.12 e 9.13 ilustram a influência da distância na utilização (foi/não foi) dos serviços oferecidos pelo hospital e sua desagregação em quatro tipos de serviços: consultas externas, urgências, internamentos e tratamentos (total da população). O valor percentual dos que foram ao hospital varia de acordo com a tipologia de serviço; as consultas externas foram utilizadas por 12,9%, as urgências por 18,6%, o internamento por 4% e o tratamento por 1,3% da população total entrevistada. Verificamos que é na utilização da urgência (quadro 9.11) que a proximidade ao hospital é mais relevante. Pela observação do quadro 9.10, reconhece-se que, dos que recorrem às consultas externas, 14,5% reside a uma distância até cinco quilómetros. O recurso ao hospital para internamento e tratamento apresenta diferenças menos discrepantes. Os valores percentuais, nas distâncias de um a cinco quilómetros, são sempre superiores aos valores esperados em todos os serviços considerados.

QUADRO Nº 9.9. CONCELHO DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização do Hospital (Nº de Vezes que Utilizou os Serviços). Segundo a Distância à Residência
Distribuição Percentual

	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS						
UTILIZAÇÃO	ÁREA URBANA				ÁREA RURAL		
Nº VEZES	1-5	6-10	11-20	21-30	70-90	=>91	TOTAL
1	49,4	11	20,8	3,6	10,3	4,9	55,5
2 a 3	42,8	10,5	24	4	12,1	6,6	26,4
4 a 9	41,2	11,1	29,8	3,1	11,1	3,8	13,3
>10	44,2	10,6	23,1	3,8	15,4	2,9	4,8
TOTAL GERAL	46,3	11	22,9	3,6	11,1	5,1	100

Nº CASOS = 2167
DESCONHECIDOS = 0
QUI QUADRADO = 22,37; GL= 15; p > 0,05
entre 31 e 70 qilómetros não existem casos referidos

ÁREA URBANA = CONCELHO DE COIMBRA
ÁREA RURAL = CONCELHO DE GÓIS

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 9.10. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização da Consulta Externa do Hospital – Distribuição Percentual

POR LINHA POR COLUNA	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS						
NÃO UTIL./UTIL.	1-5	6-10	11-20	21-30	70-90	=> 91	TOTAL
NÃO FOI	33	10,7	21,6	4,7	20,1	9,8	87,1
	85,5	87,4	86,2	91,8	89,1	89,9	
FOI	46,3	10,8	22,9	3,6	11,1	5,1	12,9
	14,5	12,6	13,8	8,2	10,9	10,1	
TOTAL	37,1	10,7	22,2	4,3	17,3	8,3	100

QUI QUADRADO = 21.76; GL= 5; p < 0,001 CASOS = 7038

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Entre 31 e 70 quilómetros não existem casos referidos

QUADRO Nº 9.11. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização das Urgências do Hospital Segundo a Distância à Residência
Distribuição Percentual

POR LINHA POR COLUNA	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS						
NÃO UTIL./ UTIL	1-5	6-10	11-20	21-30	70-90	≥ 91	TOTAL
NÃO FOI	34,1	10,8	21,7	4,3	19,7	9,4	81,4
	74,8	81,6	79,6	81	92,6	92,3	
FOI	50,3	10,6	24,3	4,4	6,9	3,4	18,6
	25,2	18,4	20,4	19	7,4	7,7	
TOTAL	37,1	10,7	22,2	4,3	17,3	8,3	100

QUI-QUADRADO = 225,09; GL = 5; p < 0,0001 CASOS = 7038

FONTE:Inquéritos nas U.A.,1990 Entre os 31 e os 90 quilómetros não existem casos referidos

QUADRO Nº 9.12. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização do Internamento do Hospital Segundo a Distância à Residência
Distribuição Percentual

POR LINHA POR COLUNA	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS						
NÃO UTIL./ UTIL.	1-5	6-10	11-20	21-30	70-90	≥ 91	TOTAL
NÃO FOI	37	10,7	22,1	4,3	17,5	8,5	96
	95,7	95,2	95,5	95,1	97,3	97,6	
FOI	39,8	12,9	25,1	5,4	11,8	5	4
	4,3	4,8	4,5	4,9	2,7	2,4	
TOTAL	37,1	10,7	22,2	4,3	17,3	8,3	100

QUI-QUADRADO = 12,50, GL= 5; p < 0,05 Nº CASOS = 7.038

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Entre os 31 e os 70 quilómetros não existem casos referidos.

QUADRO Nº 9.13. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização dos Tratamentos do Hospital Segundo a Distância à Residência.
Distribuição Percentual

POR LINHA POR COLUNA	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS						
UTILIZAÇÃO	1-5	6-10	11-20	21-30	70-90	≥ 91	TOTAL
NÃO FOI	36,9	10,7	22,3	4,3	17,3	9,3	98,7
	98,2	98,4	99,3	98,4	98,8	99,3	
FOI	1,8	1,6	0,7	1,6	1,2	0,7	1,3
	1,8	1,6	0,7	1,6	1,2	0,7	
TOTAL	37,1	10,7	22,2	4,3	17,3	8,3	100

QUI-QUADRADO = 11,55; GL = 5; p < 0,05
Nº DE CASOS = 7.038
DESCONHECIDOS = 0

Entre os 31 e os 70 quilómetros não existem casos referidos.

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Importa considerar, além da utilização (foi/não foi), o número de vezes que a população recorreu àqueles serviços. Por isso, construímos os quadros 9.9. e 9.14. Dos 2167 que responderam ter utilizado o hospital, 55,5% utilizaram-no uma vez, 26,4% duas e três vezes, 13,3% de quatro a nove vezes e 4,8% dez e mais vezes. Considerámos seis áreas de residência, quatro do concelho de Coimbra e duas do concelho de Góis. O grupo populacional que reside na área periurbana recente é o que apresenta um padrão que se destaca dos restantes – o hospital foi mais utilizado pela população residente na área periurbana de crescimento recente (37,1%) e menos pelos residentes na área urbana de Góis (4,1%). Verificou-se que existiam diferenças significativas no número de vezes que a população utilizou o hospital, nas seis áreas referidas anteriormente ($p < 0,0001$). Deve ser notado o facto de nas áreas urbanas e periurbana rural de Coimbra e urbana e rural de Góis (com características bem diversas), os valores percentuais de dez e mais utilizações, num ano, serem superiores ao valor global e, por isso, corresponderem às áreas de maior utilização do hospital. Talvez este facto esteja relacionado com as características da população, fundamentalmente idade e sexo, e com as patologias mais frequentes. Refira-se que a idade determina o aparecimento de patologias crónicas que exigem intensa e repetida utilização dos serviços ou o cumprimento de protocolos clínicos de seguimento em serviços de saúde, como nos casos de Saúde Materna (mulheres grávidas) Saúde Infantil, etc. Note-se ainda que na utilização dos serviços de saúde existe, por vezes, um fenómeno de multiplicação de actos médicos determinados pelo primeiro contacto. É o caso, por exemplo, do envio, pelo centro de saúde ou extensão, de um doente ao hospital, por detecção de um problema de saúde a necessitar de intervenção hospitalar. Normalmente, a primeira consulta hospitalar desencadeia a realização de exames auxiliares de diagnóstico, de uma outra consulta para estabelecimento do diagnóstico e de terapêutica e, no mínimo, de uma terceira consulta para avaliação. Ressalte-se que este percurso traduz o "agenciamento", em que os médicos se constituem como principais determinadores da utilização dos serviços de saúde, substituindo-se aos doentes, incompetentes para determinarem o seu quadro clínico e as terapêuticas e actos médicos necessários.

QUADRO Nº 9.14. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização (nº de vezes) do Hospital (um ano) – Distribuição Percentual

POR LINHA POR COLUNA	ÁREA DE RESIDÊNCIA						
Nº VEZES	URB.	PERI. RECEN.	PERI. DORM.	PERI. RURAL	URB. GÓIS	RUR. GÓIS	TOTAL
1	11,6	44,4	13,8	15	3,5	11,7	55,5
	44,8	66,5	49,6	49	47,7	53,4	
2 e 3	16,6	29,7	16,6	18,4	5,1	13,6	26,4
	30,6	21,2	28,4	28,6	33	29,5	
4 a 9	18	26	20,4	20,8	3,8	11,1	13,3
	16,8	9,3	17,6	16,3	12,5	12,1	
> 10	23,1	23,1	14,4	21,2	5,8	12,5	4,8
	7,7	3	4,5	6	6,8	4,9	
TOTAL	14,3	37,1	15,5	16,9	4,1	12,2	100

QUI-QUADRADO = 76,74, GL = 15; p < 0,0001 CASOS Nº = 2167
FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 DESCONHECIDOS = 0

Se fôr considerada a comparação entre o concelho de Coimbra (área urbana) e o concelho de Góis (área rural), verificamos, a partir da leitura do quadro 9.15, que quem utiliza mais o hospital são os residentes mais próximos da oferta, pois 55,3% da população utente de Coimbra reside a menos de seis quilómetros; em Góis 68,5% reside entre setenta e noventa quilómetros, sendo esta distância a mais curta entre o concelho e o hospital da Coimbra. A associação entre o número de vezes de utilização e a distância da residência ao hospital não é significativamente diferente na população do concelho de Coimbra (p > 0,05) enquanto no de Góis se verificam algumas discrepâncias (p < 0,05).

No concelho de Coimbra os valores percentuais mais altos são os referentes à população que utilizou o hospital uma só vez e que reside entre 1 e 5 quilómetros (59,2%) (quadro 9.15). Verifica-se ainda que não existe um decréscimo proporcional da utilização do hospital com o aumento da distância à residência. No quadro 9.15 verificamos que, entre os 11 e 20 quilómetros, a percentagem de população que utilizou os serviços do hospital é 27,4% superior ao valor percentual encontrado para os que distam entre os 6 e 10 quilómetros (12,9%). Verifica-se ainda que 17,3% da população que reside entre 11 e 20 quilómetros foi ao hospital entre 4 e 9 vezes e 4,8%, 10 e mais vezes. Dos que habitam a mais de 20 e menos de 30 quilómetros do hospital, 4,4% da população utilizou-o, 5,1% da qual com 10 e mais contactos. Como pode verificar-se no mesmo quadro, os valores superiores ao valor global, considerando o número de utilizações, se exceptuarmos o grupo de 1 utilização, encontram-se entre os 11 e 20 quilómetros de distância entre a residência e o hospital, ou seja, a população que reside mais afastada do hospital, e também de outras estruturas de saúde como, por exemplo, o centro de saúde. Estará este facto relacionado com a inexistência de centros de saúde e extensões em alguns destes espaços ou com a circunstância de não existir serviço de atendimento permanente (S.A.P.) no concelho de Coimbra, funcionando o hospital como única oferta em determinados períodos, por exemplo das 8 horas da noite às 8 horas da manhã?

QUADRO Nº 9.15. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Utilização do Hospital (Nº de Vezes que utilizou os serviços) Segundo a Distância à Residência.
Distribuição Percentual

	DISTÂNCIA EM QUILÓMETROS							
POR LINHA POR COLUNA	CONCELHO DE COIMBRA 1					CONCELHO DE GOIS 2		
Nº VEZES	1-5	6-10	11-20	21-30	TOTAL	70-90	≥ 91	TOTAL
	58,3	13,0	24,5	4,2		67,8	32,2	
1	59,2	56,2	50,3	54,4	56,1	51,5	53,2	52,0
	57,2	12,9	29,5	4,9		64,5	35,5	
2 e 3	24,4	25,5	27,6	29,1	25,6	28,6	34,2	30,4
	48,4	13,0	35,0	3,7		74,4	25,6	
4 a 9	11,9	13,6	17,3	11,4	13,6	13,3	9,9	12,2
	54,1	12,9	28,7	4,7		84,2	15,8	
≥ 10	4,6	4,7	4,8	5,1	4,7	6,6	2,7	5,4
TOT. GERAL	55,3	12,9	27,4	4,4	100,0	68,5	31,5	100

1 QUI-QUADRADO = 14.2;GL = 9; p > 0,05 Nº CASOS = 1815 DESCONHECIDOS = 0

2 QUI-QUADRADO = 3.71; GL = 3; p > 0,05 Nº CASOS = 352 DESCONHECIDOS = 0

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990 Entre 31 e 90 quilómetros não existem casos referidos

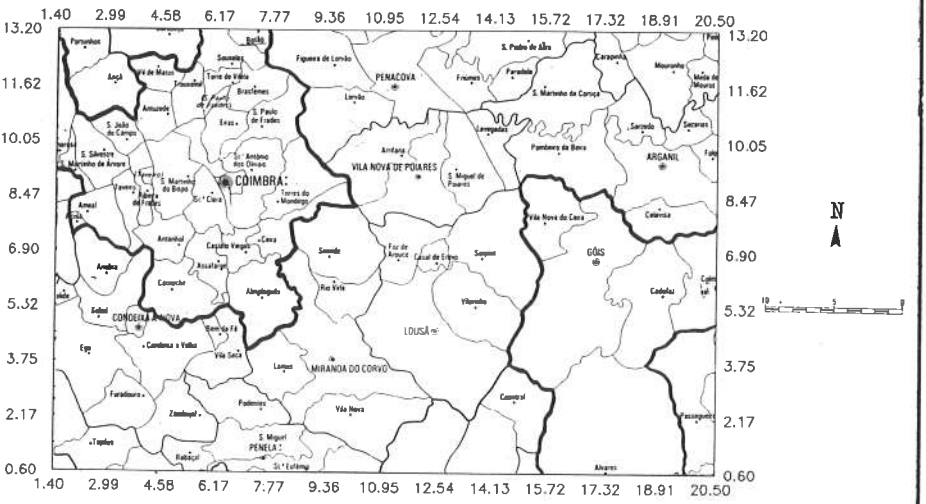
Em Góis, a subpopulação que reside entre os 70 e os 90 quilómetros (a que tem uma maior acessibilidade no contexto do concelho) recorreu mais frequentemente ao hospital. Assim, das 352 pessoas que utilizaram o hospital, 68,5% residia até 90 quilómetros. Observando os quadros 9.14 e 9.15, verifica-se que o número de vezes de utilização é influenciado pela distância – quem utiliza mais frequentemente (4 e mais vezes) é a população que reside mais próximo do hospital .

Pode verificar-se que, no entanto, não existe associação entre o número de utilizações e a distância ao hospital; as diferenças de utilização não são significativas (p > 0,05). Tendo agora em conta os dois concelhos, podemos observar que o valor percentual mais elevado continua a ser o dos que utilizaram uma vez (55,5%) e o mais baixo o dos que o fizeram 10, no ano que antecedeu os questionários. Comparativamente, a população residente na área rural de Góis (distância superior a 91 quilómetros) apresenta um valor percentual mais elevado de utilização (5,1%) do que a população rural (entre 21 e 30 quilómetros) do concelho de Coimbra (3,6%). As características da população são, talvez a explicação para este padrão de utilização

Embora o número de consultas não siga um padrão de distribuição normal fomos tentados a encontrar o valor da média de consultas nos cuidados oferecidos pelos centros de saúde, extensão, médico privado, médico convencionado e hospital segundo as características que considerámos relevantes na utilização (sexo, idade, grupos sociais e áreas de residência) nos dois concelhos e considerando dois níveis – total da população e população que utilizou (quadros LI a LXXV). Os quadros ilustram a média de consultas que apresenta valores mais altos, em todos os serviços de saúde nos grupos de idade dos 65 aos 74 e 75 e mais anos, no grupo social Reformados e nas áreas urbana consolidada, periurbana recente do concelho de Coimbra e rural

de Góis, à excepção do médico privado que é mais frequentemente utilizado pela população infantil – 0 aos 4 anos – , pelo grupo social Médio/Elevado e pela que reside nas áreas urbanas de Góis e Coimbra. Não será feita uma análise exaustiva destes resultados, eles apenas são elementos de comparação entre o que se passa nos dois concelhos. Por exemplo o grupo que teve, em média, maior número de consultas hospitalares (num ano) e de cuidados de primeiro contacto (centro de saúde, extensão, médico privado e convencionado, em seis meses) foi a subpopulação dos 25 aos 44 do sexo feminino, que reside no concelho de Góis e em locais com extensão. Verifica-se ainda que em todos os serviços considerados a população de Góis tem média de consultas mais elevada do que a de Coimbra, exceptuando a utilização do hospital e do médico privado.

As figuras 9.16, 9.17, 9.18, 9.19, 9.20, 9.21, 9.22 e 9.23 (quadro LXXVI e LXXVII) ilustram as diferenças entre os concelhos de Coimbra e Góis na média de consultas nos serviços de saúde, relacionando-as com a localização da oferta. A figura 9.16 representa a localização das freguesias dos dois concelhos. As figuras correspondem à utilização – média de consultas. Verifica-se que o valor é mais alto no concelho de Góis nas figuras 9.17 e 9.18, – correspondendo aos valores médios de consultas no Centro de Saúde e Extensão – e mais baixa no médico convencionado, privado e total do Hospital, consulta externa e urgência (figuras 9.19, 9.20, 9.21, 9.22 e 9.23). De uma forma geral, verifica-se que o valor da média de consultas é mais elevado próximo da freguesia onde estão localizados os serviços de saúde, à excepção da consulta externa no Hospital (figura 9.21).



Fonte: Carta Administrativa 1:250000

Fig. 9.16. Localização das Freguesias em Estudo.

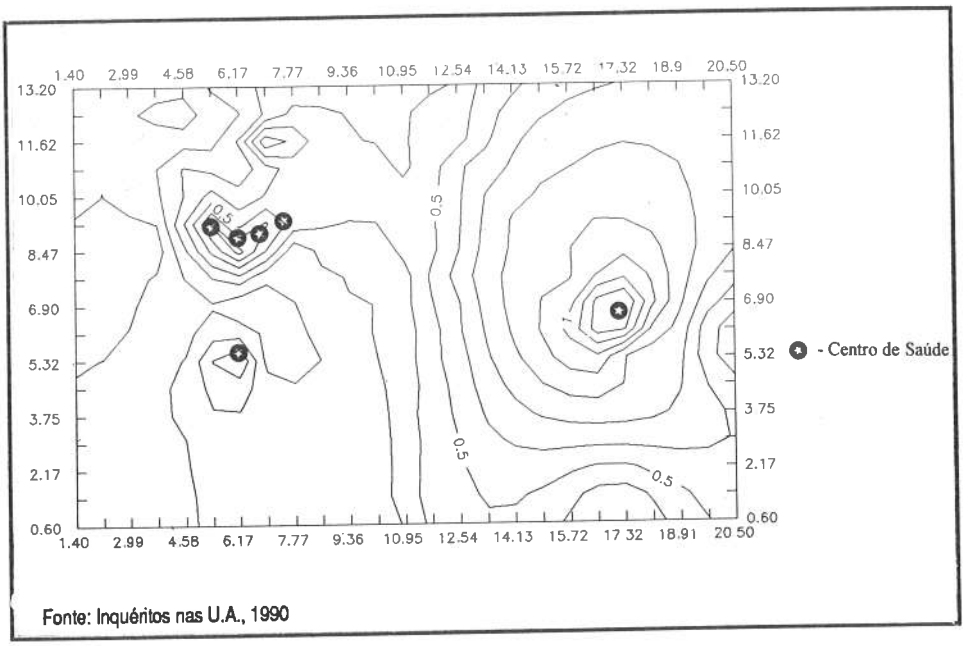


Fig. 9.17. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Centro de Saúde Segundo Freguesia Sede de Serviço.

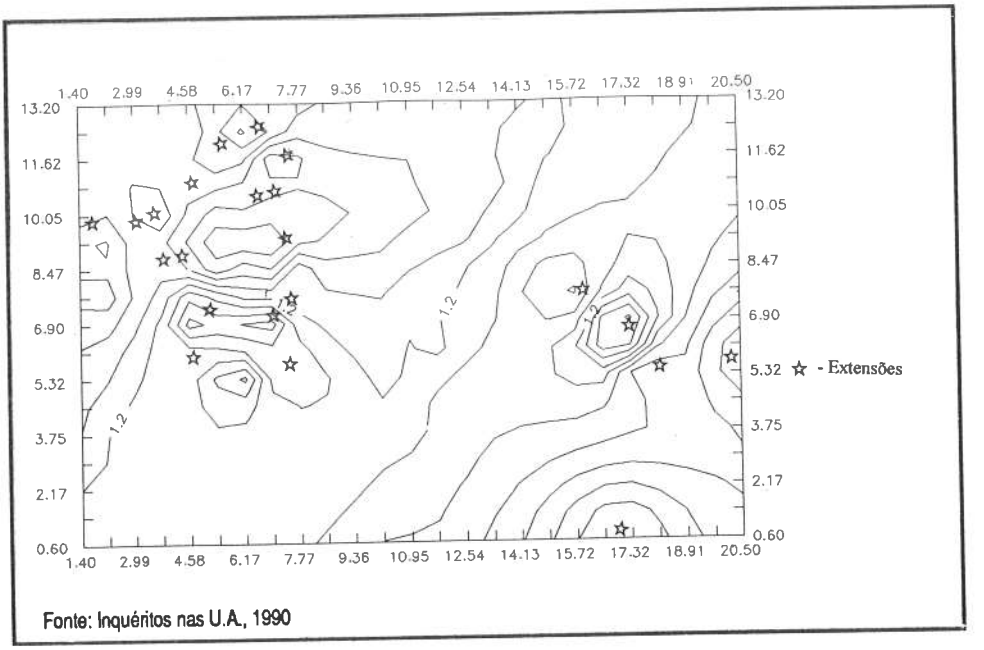


Fig. 9.18. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Extensão do Centro de Saúde Segundo Freguesia Sede de Serviço

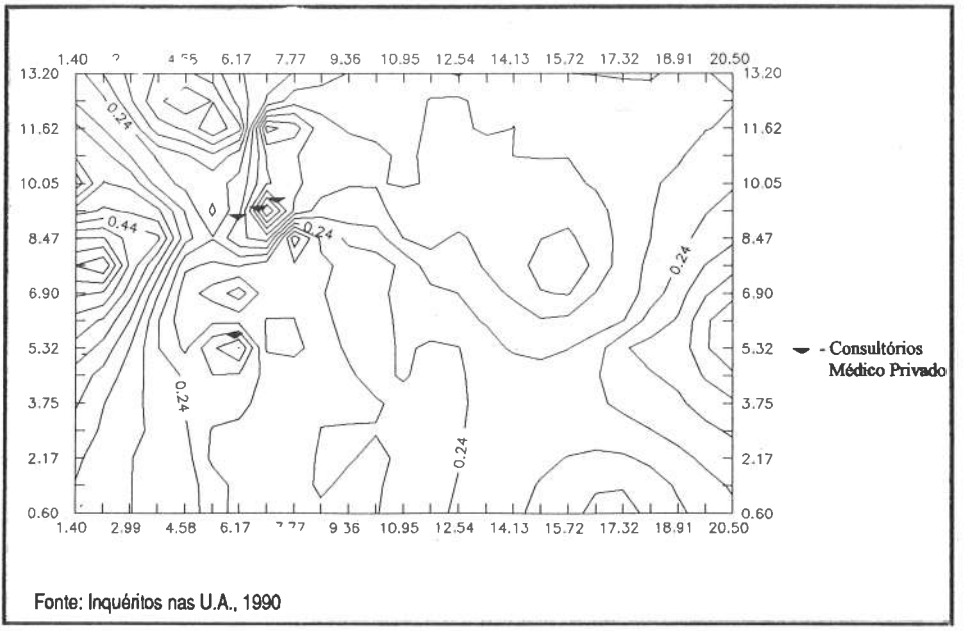


Fig. 9.19. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Médico Privado Segundo Freguesia Sede de Serviço.

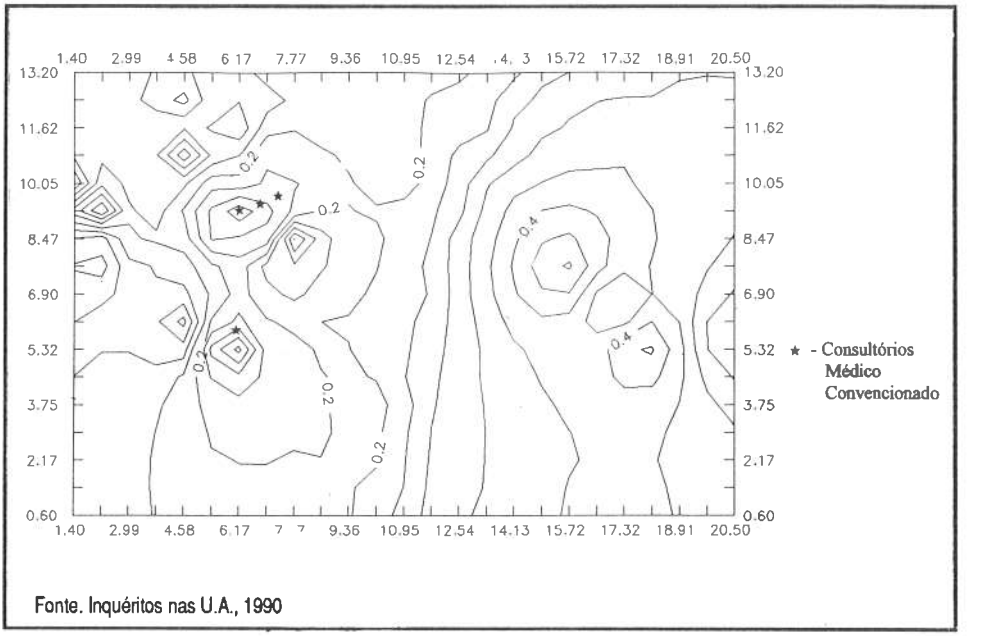
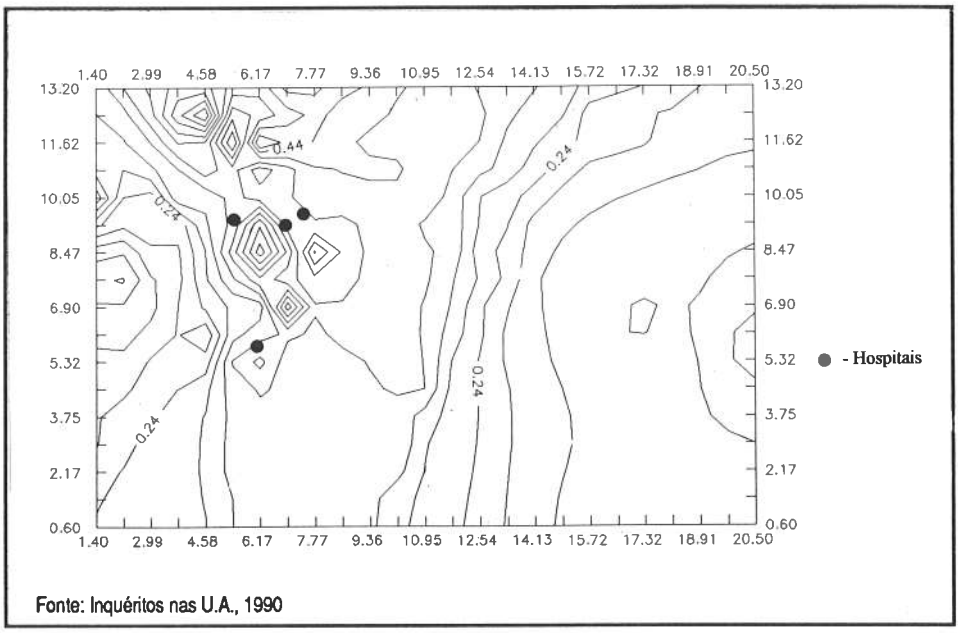
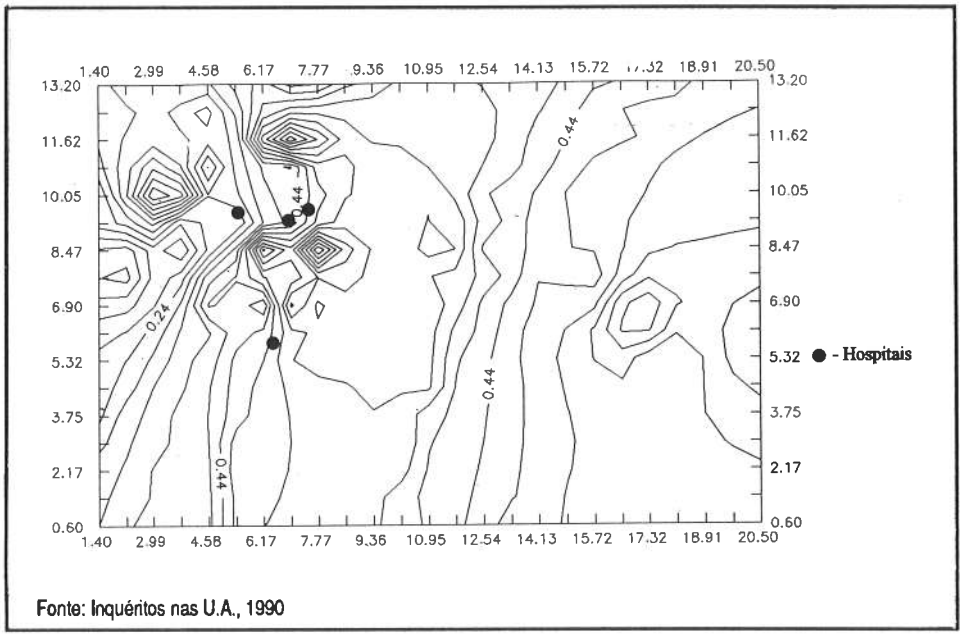


Fig. 9.20. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Médico Convencionado Segundo Freguesia Sede de Serviço.



Fonte: Inquéritos nas U.A., 1990

Fig. 9.21. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Consulta Externa do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço.



Fonte: Inquéritos nas U.A., 1990

Fig. 9.22. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Urgência do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço.

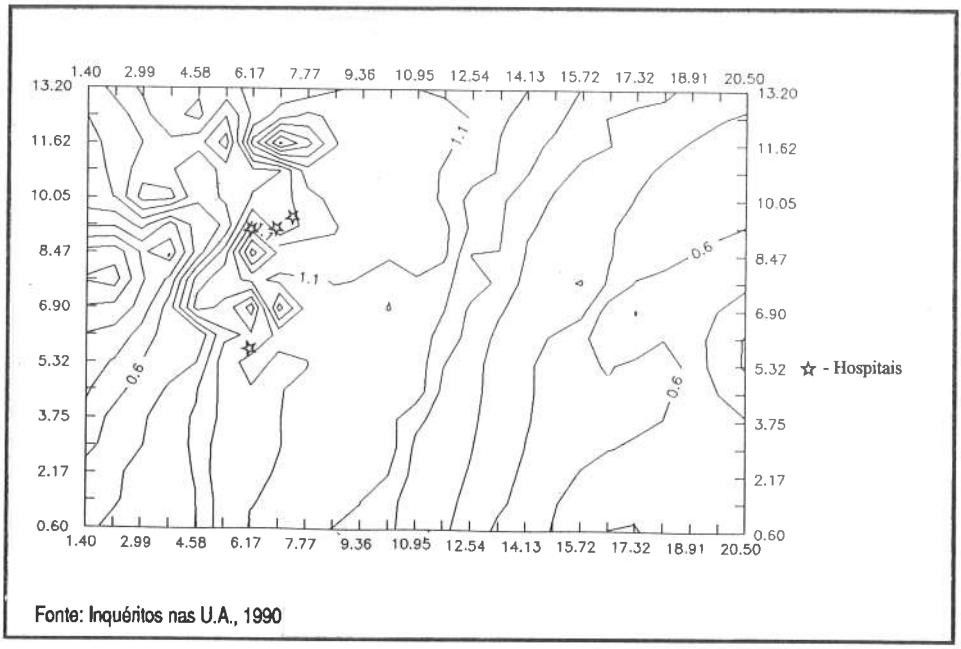


Fig. 9.23. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Total do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço.

9.4. PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

9.4.1. *Procura e Utilização em Áreas Urbanas e Rurais*

A utilização faz parte de um conjunto mais vasto de categorias de comportamentos relativos aos serviços de saúde, como foi referido por STOCK (1987, p. 279). Assim, segundo o autor, o comportamento perante os serviços de saúde pode ser definido como um processo através do qual cada pessoa que percebeu em si próprio estar doente escolhe e implementa estratégias para facilitar a recuperação da saúde.

Talvez não seja de todo certo afirmar que, actualmente, a utilização dos serviços de saúde é regular e previsível, embora sejamos tentados a enveredar por essa via quando trabalhamos com dados estatísticos que nos oferecem fiabilidade. Ela pode ser previsível em função de variáveis que a influenciam e por vezes determinam e que têm sido amplamente estudadas: ligadas às características da oferta, designadamente os problemas da dimensão e da tecnologia (DUTTON, 1986; GISH, 1990) e outras às características da população como o sexo, a idade, o rendimento, grupos sociais, a cultura, escolaridade, percepção da qualidade dos serviços e do que é saúde e doença.

É vasta a bibliografia nesta área. Por exemplo, ANDERSON e NEWMAN (1973) acentuam a importância das características dos serviços de saúde e as "determinantes individuais": demográficas, estrutura social, valores e atitudes perante a saúde e doença, rendimento e seguro de saúde ou capacidade para enfrentar economicamente um problema de saúde. Utilizando uma base semelhante de factores preditores de utilização dos serviços de saúde, outros autores desenvolvem a análise desta temática (WILLIAMS, 1980), mas põem em relevo o rendimento e a pobreza, a educação (CHERNICHOVSKY e MEESOOK, 1986) ou o sexo (HIBBARD e POPE, 1983), idade (NEWACHECK, 1992), modalidade de contacto e patologia (MATERNAL & CHILD HEALTH SERVICES, 1991; DELGADO, 1989).

A acessibilidade aos serviços de saúde – o acesso físico que se relaciona com a distância a vencer para conseguir o contacto com a estrutura – é também uma condicionante da utilização. MASSAM e BOUCHARD (1977) sugerem que a oferta de serviços de saúde localizada mais próxima da residência é a que é mais frequentemente utilizada, mas os atributos individuais e as alternativas na oferta merecem ser pormenorizados para que seja possível examinar as mudanças na utilização, quando um serviço de saúde é alterado ou a rede de transportes é modificada. Outros autores como GESLER (1979), BAILEY e PHILLIPS (1990), ANNIS (1981), KLOOS (1990) e GARROCHO (1992) investigaram a utilização dos serviços de saúde em países pobres, onde a distância e o modo de deslocação são factores que a influenciam fortemente. A dispersão da população e as características rurais são, pois, apresentadas pelos autores como inibidoras desse acesso. A acrescentar a todos os factores acabados de referir, a ligação a práticas de cura não tradicionais, em algumas áreas menos desenvolvidos, determina formas de utilização dos serviços de saúde diversas (HIELSCHER e SOMMERFIELD, 1985) daquelas que correntemente aparecem como resultado de trabalho de investigação (STOCK, 1987).

A nossa intenção é saber se existe associação entre a utilização dos diversos serviços de saúde (públicos e privados, de primeiro contacto – em consultório – e hospitalares), a área de residência e o sexo, idade, estatuto sócio-económico, rendimento e o tempo de "doença" das populações utilizadoras, com a noção clara, contudo, de que diferentes associações poderão apresentar novos resultados. Cremos que estas variáveis, reconhecidas por outros autores (HAYNES e BENTHAN, 1979; PHILLIPS, 1980, 1986; MENDONÇA, 1986; SILVA, 1988 e GARROCHO, 1992), são da maior relevância, principalmente no acesso e utilização dos cuidados de saúde primário públicos.

Consideramos fundamental comparar os valores de utilização dos diversos serviços (primários e hospitalares) e o seu comportamento em áreas geográficas com características diferentes.

9.4.1.1. Áreas de Residência

No quadro LXXVIII e figura 9.24 observa-se a taxa de utilização em áreas urbanas (concelho de Coimbra) e rurais (concelho de Góis) nos diferentes tipos de serviços. Pretende-se saber se a proporção de utentes em cada tipologia de serviço tem relação significativa com o facto de ser área rural ou área urbana.

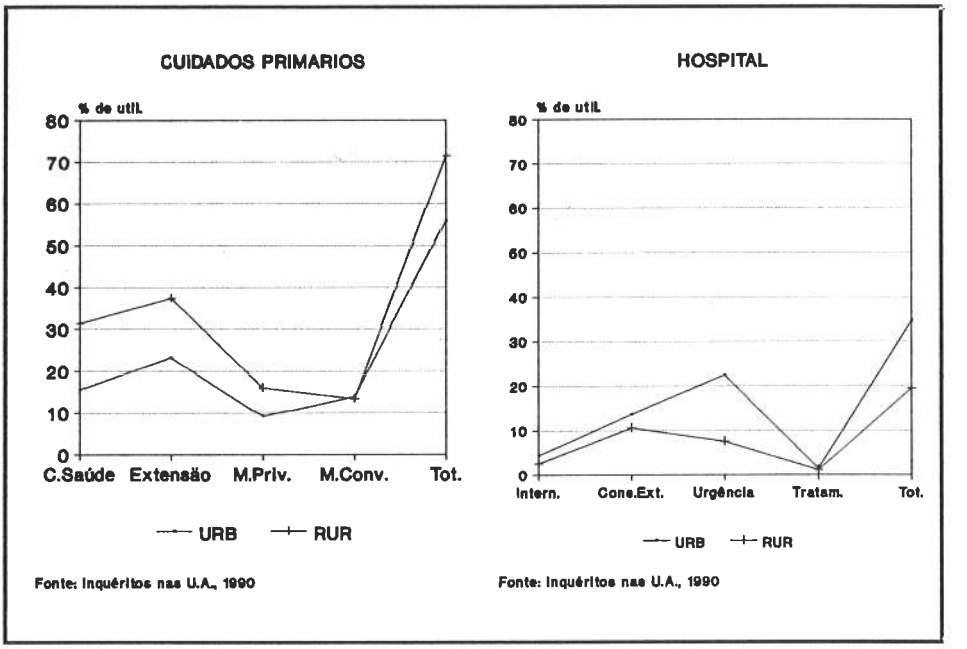


Fig. 9.24. Utilização dos Cuidados de Saúde em Áreas Urbanas e Rurais.

Designou-se por contactos primários os estabelecidos fora do hospital, em consultório, independentemente de serem públicos ou privados (centro de saúde, extensão, médico privado e médico convencionado).

Comparando o valor global (70%) da taxa de utilização dos serviços de saúde em geral (primários e hospitalares), reconhecemos que a população rural (73,3%) os procura mais do que a urbana (68,9%), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Observando o total de contactos primários verifica-se que, na área urbana, a taxa de utilização foi inferior (55,9%) ao valor médio (59,9%), ao contrário do que acontece na área rural (71,5%), e que se manifesta uma associação entre o uso dos serviços de saúde de primeiro contacto e as diferenças nas áreas de residência ($p < 0,0001$).

Existe uma heterogeneidade na utilização dos cuidados de saúde de primeiro contacto: centro de saúde ($p < 0,0001$), extensão ($p < 0,0001$), médico convencionado ($p < 0,0001$). Os residentes nas áreas rurais são a subpopulação responsável pelos valores mais altos de utilização desses serviços. O recurso ao médico privado é semelhante nas duas áreas consideradas (não existem diferenças significativas $p > 0,05$), embora o valor registado na área urbana seja superior ao valor global (14%). Da análise do quadro LXXVIII, reconhece-se ainda que a taxa de utilização dos serviços hospitalares no conjunto – total de contactos com o hospital (34,7% urbana; 19,5% rural; valor global 30,8%) – ($p < 0,0001$), ou separadamente (internamento, consultas externas, urgências e tratamentos no hospital) é significativamente diferente em áreas

urbanas e rurais; a taxa de utilização do hospital para tratamento é semelhante em ambas as áreas ($p > 0,05$), porque é quase totalmente "agenciada". A análise dos resíduos ajustados ($p < 0,001$) revela, quando comparamos as áreas de residência entre si, que existem valores percentuais consideravelmente mais elevados na área urbana, – com valores sempre superiores ao valor médio – do que na área rural, quer no internamento (4,4% urbana; 2,6% rural; 4% valor global), quer nas consultas externas (13,6% urbana; 10,6% rural; 12,9% valor global), quer ainda nas urgências (22,4% urbana; 7,5% rural; 18,6% valor global).

Foi feita uma análise mais detalhada não só tendo em conta as duas grandes áreas de residência consideradas, mas subdividindo também estas em subáreas segundo as características morfofuncionais: urbana de Coimbra, periurbana dormitório, periurbana rural, urbana de Góis e rural de Góis. Existe uma associação entre a tipologia de áreas de residência e os serviços de saúde, à excepção do tratamento em hospital ($p > 0,05$); as diferenças de utilização são significativas, nas áreas consideradas. Os resíduos ajustados revelam os valores que estão abaixo e acima do valor global, contribuindo para que as diferenças sejam mais significativas. Por exemplo, as taxas de utilização do centro de saúde e do médico privado são mais altas na subpopulação da área urbana de Góis, enquanto a subpopulação rural utiliza mais intensamente a extensão e o médico convencionado. Ao nível dos serviços hospitalares, as diferenças são significativas nas consultas externas ($p < 0,001$) e na urgência ($p < 0,0001$); as diferenças não são tão discrepantes no internamento ($p < 0,05$).

Enquanto os cuidados de primeiro contacto são mais frequentemente procurados pela população do concelho de Góis, com a subpopulação rural a registar uma utilização mais alta (77,4%), nos cuidados de saúde hospitalares a taxa mais elevada foi encontrada na população urbana do concelho de Coimbra (38,3%). Contudo, quando observamos os valores percentuais do total de consultas, verificamos que é a população rural do concelho de Góis quem apresenta maior valor (78,9%).

9.4.1.2. Grupos de Idade

Verifica-se no quadro LXXIX e figuras 9.25 e 9.26 que a idade influencia a utilização dos serviços de saúde, quer no total da população, quer na população urbana. Nos cuidados de primeiro contacto, excluindo a utilização do médico convencionado em que verifica homogeneidade entre os grupos de idade, a taxa depende dos grupos de idade e varia em função destes. As diferenças são significativas para o centro de saúde ($p < 0,0001$), para a extensão ($p < 0,0001$) e para o médico privado ($p < 0,001$), consoante os grupos de idade. Quem recorreu mais ao centro de saúde, à extensão e teve uma taxa mais elevada de consultas de primeiro contacto foi a população com mais de 65 anos. O grupo dos 0 aos 14 anos apresenta um valor percentual superior na procura do médico privado.

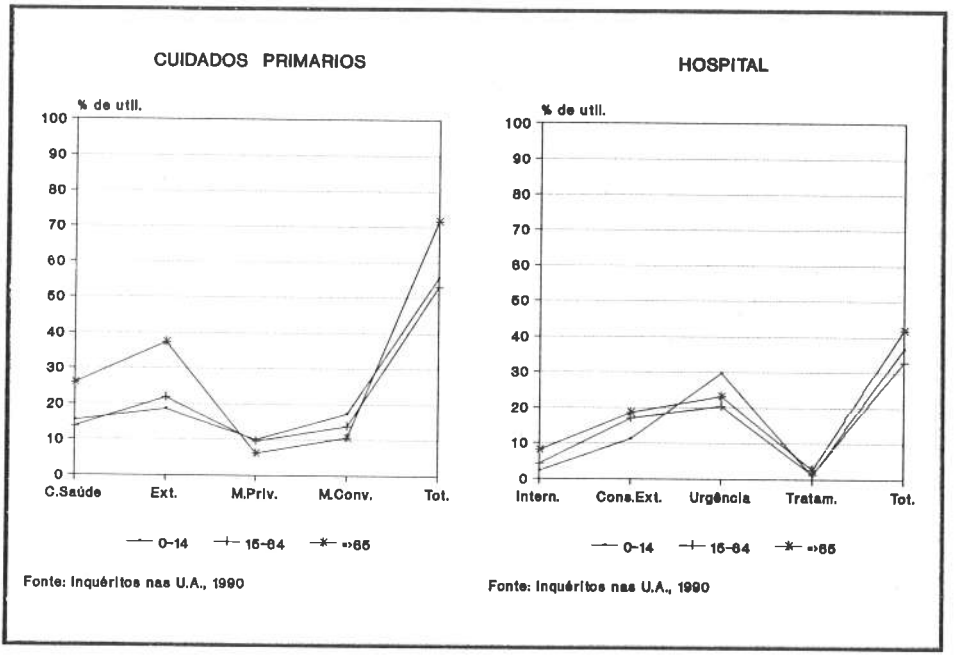


Fig. 9.25. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos de Idade.

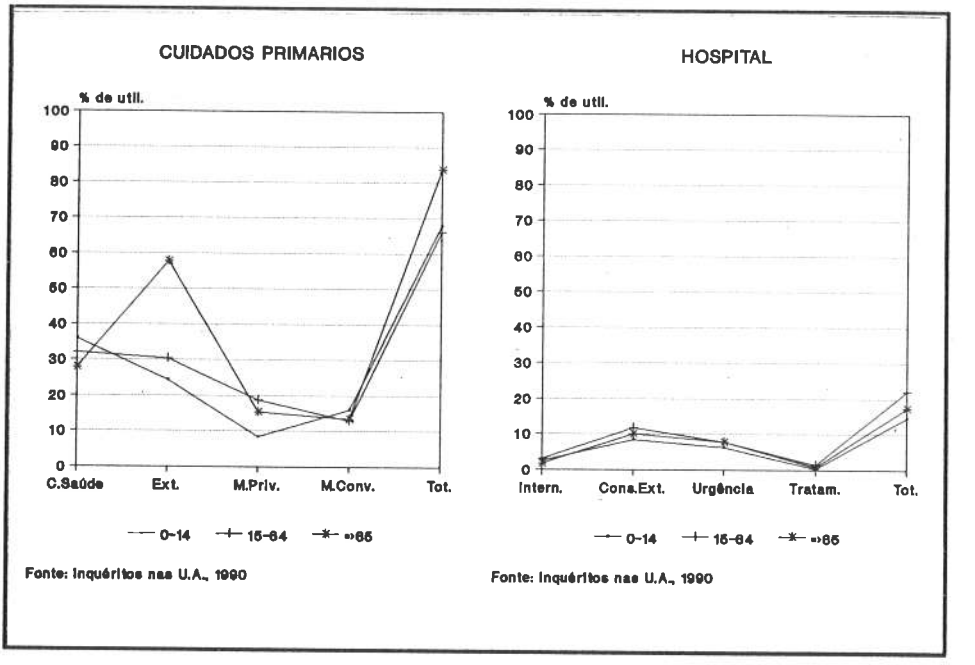


Fig. 9.26. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos de Idade.

Se considerarmos os cuidados hospitalares (total de uso do hospital), a utilização é independente dos grupos de idade ($p > 0,05$), ou seja, a taxa de utilização do hospital é semelhante nos diferentes grupos de idade. No entanto, os serviços de urgência e consulta externa têm taxas significativamente diferentes segundo os grupos de idade ($p < 0,0001$): quem utiliza mais as urgências é a subpopulação dos 0 aos 14 anos (24%) e o grupo com 65 e mais anos recorre mais à consulta externa. Atendendo à taxa de utilização dos serviços de primeiro contacto e hospitalares, em conjunto, verificamos que é o grupo de idade superior a 65 anos que tem o valor percentual mais elevado (83,3%)

Nas áreas rurais, a utilização dos serviços de primeiro contacto (total de consultas), das extensões, do médico convencionado, dos cuidados hospitalares (total de utilização do hospital) e ainda o total de consultas em geral, difere significativamente com os grupos de idade a ponto de se verificarem valores heterogéneos ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,0001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$, respectivamente). Não foram, no entanto, encontradas diferenças significativas nos restantes serviços, de acordo com a idade.

A taxa de utilização na área urbana tem uma relação diferente com os grupos de idade, da que ficou descrita para a área rural. Agora varia entre os grupos de idade no centro de saúde ($p < 0,0001$), na extensão ($p < 0,0001$), no médico privado ($p < 0,001$) e no total de consultas de cuidados de primeiro contacto ($p < 0,0001$), sendo as diferenças significativas; o recurso ao médico convencionado não tem uma associação tão forte com os grupos de idade ($p < 0,05$). Assim, a influência da variável idade é mais forte nas áreas urbanas, verificando-se que a utilização dos serviços nas áreas rurais é talvez mais influenciado por outros factores.

Resumindo alguns dos resultados em termos de maior valor percentual de utilização dos serviço de saúde primários, pode dizer-se que quem utiliza mais o centro de saúde é a população entre os 0 e 14 anos na área rural (35,9%) e, dentro desta, a população entre os 0 e os 4 anos (rrrrquadro 10.4). A extensão é mais utilizada pela população rural com 65 e mais anos (57,6%). O médico convencionado apresenta taxa mais alta na área rural no grupo dos 15 aos 64 anos e o médico privado na infantil (0 aos 4 anos) da área urbana. Se considerarmos a taxa de utilização dos cuidados primários em conjunto (englobando os serviços prestadores referidos anteriormente), a taxa mais elevada é a da população dos 65 e mais anos que reside em áreas rurais.

Observem-se os valores relativos aos cuidados hospitalares: o internamento em hospital é mais elevado, percentualmente, na população dos 15 aos 65 anos da área urbana (4,3%); a taxa de utilização de consultas externas é mais alta na subpopulação dos 65 e mais anos que reside na área urbana; as urgências são mais procuradas pelo grupo dos 0 aos 14 anos, da área urbana, sendo o subgrupo dos 0 aos 4 anos o que se distingue pelos valores percentuais mais elevados. No conjunto, o hospital é mais utilizado pela população urbana com 65 e mais anos.

Se tivermos em conta o total dos serviços de saúde (primários e hospitalares) a subpopulação que reside na área rural e que tem 65 e mais anos é a que mais os utiliza (84%).

9.4.1.3. Sexo

Além da tipologia de áreas de residência, pretende-se também conhecer se existe associação entre os sexos e a utilização dos diferentes serviços de saúde.

Considerando os cuidados primários e hospitalares, as diferenças entre o sexo feminino e o masculino são significativas na utilização do centro de saúde ($p < 0,0001$), extensão ($p < 0,0001$), consultas externas no hospital ($p < 0,001$), total de consultas nos cuidados de saúde primários ($p < 0,0001$) e total de consultas (primárias e secundárias) ($p < 0,0001$) (quadro LXXX). Se a análise fôr feita relativamente à área rural, apenas existem diferenças de utilização entre a população masculina e feminina na utilização da extensão ($p < 0,0001$), no total de consultas nos cuidados primários ($p < 0,0001$) e total de consultas (primárias e secundárias) ($p < 0,0001$). Em todos os outros serviços, embora se registem diferenças de utilização entre a população do sexo masculino e feminino, estas diferenças não são estatisticamente relevantes. Na área urbana, a taxa de utilização segundo o sexo também apresenta diferenças significativas: por exemplo, centro de saúde ($p < 0,0001$), extensão ($p < 0,0001$), médico privado ($p < 0,001$), total de consultas de cuidados primários de saúde ($p < 0,0001$), consultas externas no hospital ($p < 0,001$), e total de consultas em geral (primários e hospitalares) ($p < 0,0001$).

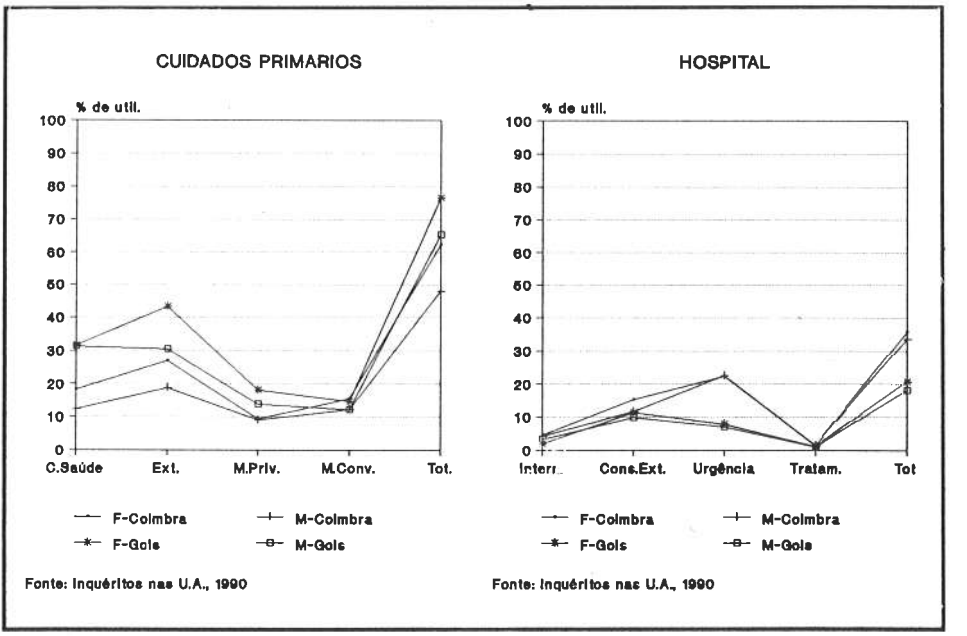


Fig. 9.27. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo o Sexo.

Em virtude de não se verificarem diferenças estatisticamente relevantes em todos os tipos de serviços de saúde, só nos é possível comparar as percentagens naquelas em que elas se revelaram diferentes. Assim, a extensão é mais procurada pela população do sexo feminino na área rural; e o mesmo acontece nas consultas primárias e no total de consultas (primárias e secundárias).

Em conclusão, se não considerarmos a influência da área de residência e observarmos a população em estudo, verificamos que existem diferenças significativas na utilização de alguns

serviços, em função do sexo, e os valores de utilização são sempre mais elevados na subpopulação feminina, o que permite supor uma utilização mais intensa dos serviços de saúde pelas mulheres.

9.4.1.4. Grupos Sociais

Vejamos agora a influência dos seis grupos sócio-económicos, já definidos anteriormente.

O quadro LXXXI e as figuras 9.28 e 9.29 registam os valores e percentagem de utilização por grupos sociais relativamente aos serviços de saúde, em áreas rurais e urbanas. Verificamos que existem diferenças, segundo os referidos grupos, em quase todos os serviços da área urbana: centro de saúde $p < 0,0001$, extensão $p < 0,0001$, médico convencionado, $p < 0,0001$, médico privado $p < 0,0001$, total de consultas primárias $p < 0,001$, internamento no hospital $p < 0,001$, consultas externas no hospital $p < 0,0001$ e total de consultas (primárias e hospitalares $p < 0,0001$). Pelo contrário, na área rural a associação entre a utilização e grupo social apenas é significativamente diferente na extensão ($p < 0,0001$), no médico convencionado ($p < 0,0001$), no total de consultas primárias ($p < 0,0001$) e no total de consultas em geral (primárias e secundárias, $p < 0,0001$).

Assim, a área urbana apresenta diferenças entre os grupos sociais: por exemplo, quem utiliza mais os serviços do centro de saúde é a subpopulação dos Reformados (23,2%, inferior à da área rural); também a extensão é mais procurada pelos Reformados (31,8%), embora o valor encontrado na área rural seja superior (55,2%); o grupo social Médio/Elevado é quem mais recorre ao médico convencionado e ao médico privado.

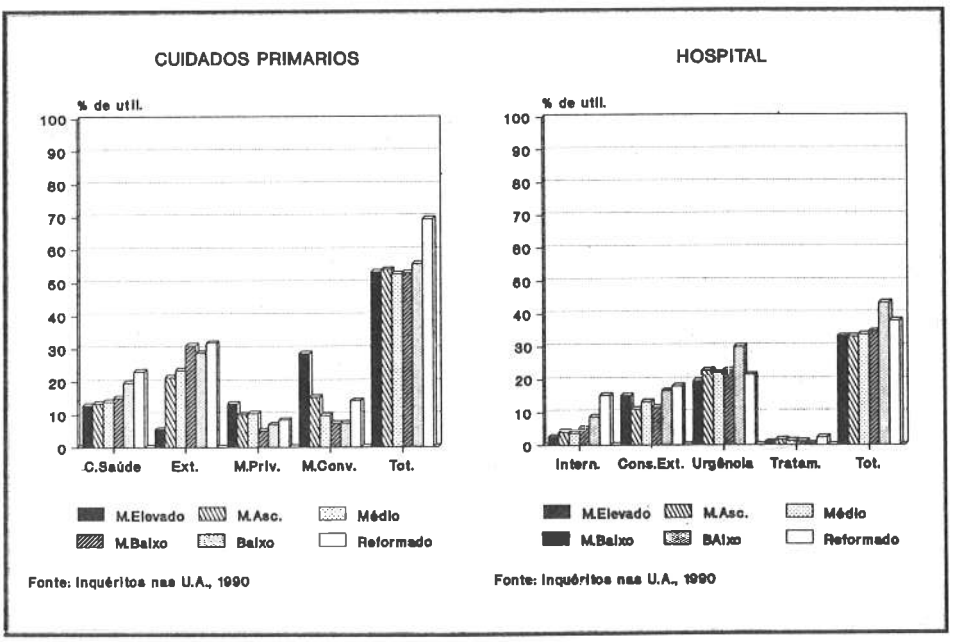


Fig. 9.28. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos Sociais.

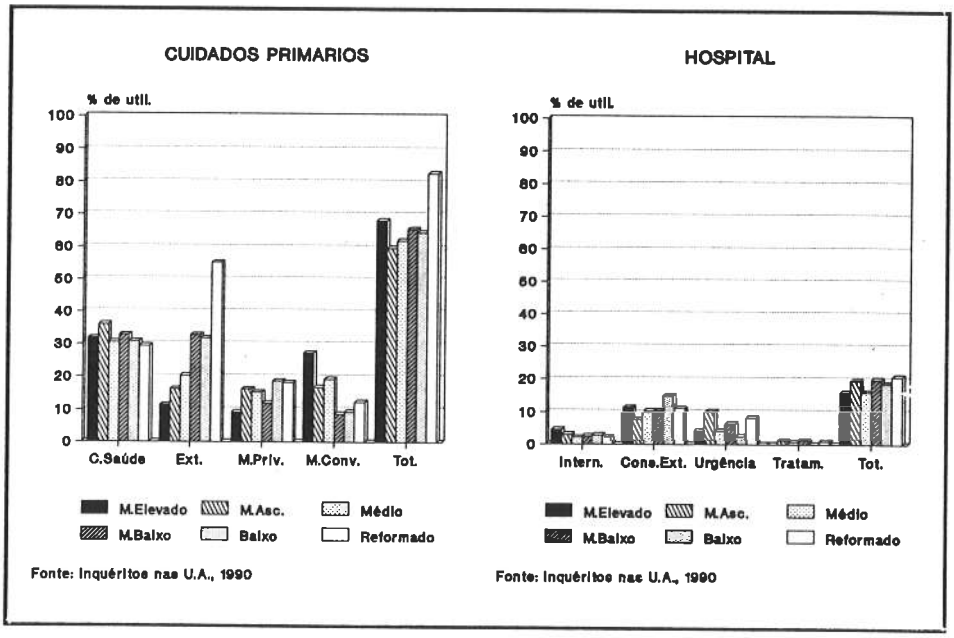


Fig. 9.29. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos Sociais.

A taxa de utilização do hospital, por exemplo nas consultas externas, tem valores percentuais superiores no grupo dos Reformados na área urbana (18,1%), tal como o internamento (15,3%). Assim, quem utiliza mais, em termos de total de consultas (primárias e hospitalares), é o grupo dos Reformados tanto na área urbana (79,5%) como na rural (83,9%).

Interessou-nos conhecer o comportamento da utilização dos serviços de saúde, se a distinção fosse feita apenas entre três grupos:

1) Trabalhadores não Manuais;
2) Trabalhadores Manuais;
3) Reformados.

No primeiro foram incluídos os grupos sociais Médio/Elevado e Médio/Ascensão; no segundo, os grupos Médio, Médio/Baixo e Baixo; no terceiro, os Reformados. Manifestam-se diferenças significativas entre os três grupos no total da população e da população que reside na área urbana relativamente às taxas de utilização dos cuidados de saúde primários: centro de saúde, extensão, médico privado, médico convencionado e total de utilização, em seis meses, quer para o total da população (respectivamente, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$), quer na residente na área urbana (respectivamente, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$), como pode ser reconhecido nas figuras 9.30 e 9.31 (quadro LXXXII).

As taxas de utilização do hospital, no conjunto e apenas na urgência e na consulta externa, estão associadas com o facto de ser ou não trabalhador manual e reformado, As diferenças nos restantes tipos de oferta não têm significância estatística.

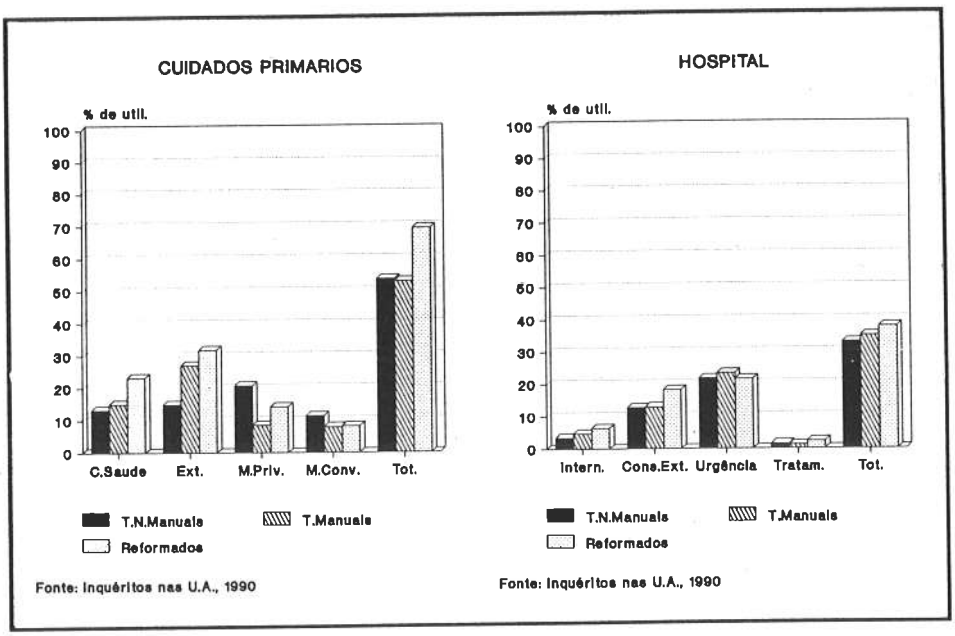


Fig. 9.30. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo a Condição Sócio-Profissional.

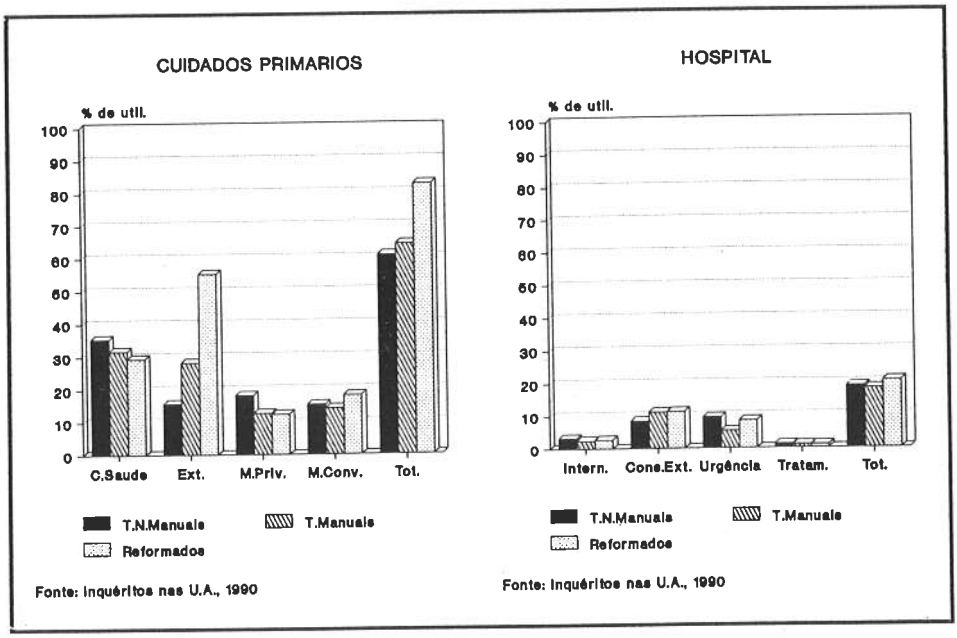


Fig. 9.31. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo a Condição Sócio-Profissional

Reconhece-se assim que, considerado o total da população, a taxa de utilização da urgência é significativamente maior na subpopulação do grupo Trabalhadores Manuais e o valor percentual das consultas externas é mais elevado nos Reformados, embora com menor discrepância.

No quadro LXXXII podem ler-se ainda os valores da taxa de utilização dos serviços na área rural. Damos conta que apenas existem diferenças significativas na utilização da extensão ($p < 0,0001$), no total de consultas de cuidados de primeiro contacto ($p < 0,0001$), no total de utilização de serviços de saúde ($p < 0,0001$) e da urgência, embora este último não apresente diferenças tão discrepantes ($p < 0,05$). Nos outros serviços que se encontram mencionados no quadro, existe uma homogeneidade nas taxas de utilização nos três grupos citados. Por isso, a população que reside na área rural e a dos Reformados é a que apresenta taxa mais elevada na extensão, no total de utilização em seis meses e no somatório dos cuidados de primeiro contacto e hospitalares (55,2%, 82,6% e 83,9%, respectivamente). Verifica-se ainda que, entre os Trabalhadores Manuais e não Manuais utiliza mais o centro de saúde e a extensão o primeiro grupo, principalmente nas áreas urbanas e que o médico privado e convencionado são mais procurados pelo segundo grupo. Para além destes serviços, não foram encontradas diferenças significativas na variação da utilização, segundo os grupos considerados, embora aparentemente os valores percentuais indiciem diferenças.

9.4.1.5. Tempo de Doença

Organizámos quatro grupos de tempo de "doença" atendendo a um período de recordação de quinze dias:

1) sem tempo de "doença" (0);
2) de um a cinco dias de "doença" (1-5);
3) de seis a dez dias (6-10);
4) de onze a quinze dias (11-15).

No total da população (7038), observa-se que a taxa de utilização é influenciada pela tempo de "doença", em virtude de as diferenças serem significativas em todos os serviços de saúde (quadro LXXXIII e figuras 9.32 e 9.33). Existe, assim, uma associação positiva entre tempo de "doença" e utilização dos serviços: ao nível da utilização dos cuidados de primeiro contacto, o valor percentual mais elevado corresponde ao período de um a cinco e de seis a dez dias de "doença"(81,9% e 81,5%, respectivamente; $p < 0,0001$).

O padrão de utilização do hospital está, em geral, associado a tempos de "doença" mais prolongados – onze a quinze dias – , (53,4%; $p < 0,0001$). Quem utiliza mais o centro de saúde ($p < 0,0001$), o médico privado ($p < 0,0001$) e o médico convencionado ($p < 0,0001$) é a subpopulação que esteve "doente" de seis a dez dias (32,5%, 18,5%, 22,5%, respectivamente), enquanto a extensão é mais procurada pelo grupo de onze a quinze dias (41%); o hospital tem taxa de utilização mais elevada na subpopulação que referiu um período de "doença" entre os onze e os quinze dias, em todos os serviços (16,4% no internamento, $p < 0,0001$; 22,6% nas consultas externas, $p < 0,0001$; 32,5% na urgência, $p < 0,0001$; tratamento 3,3%, $p < 0,001$; total de consultas no hospital 53,4%, $p < 0,0001$). Os valores percentuais antes referidos correspondem também aos

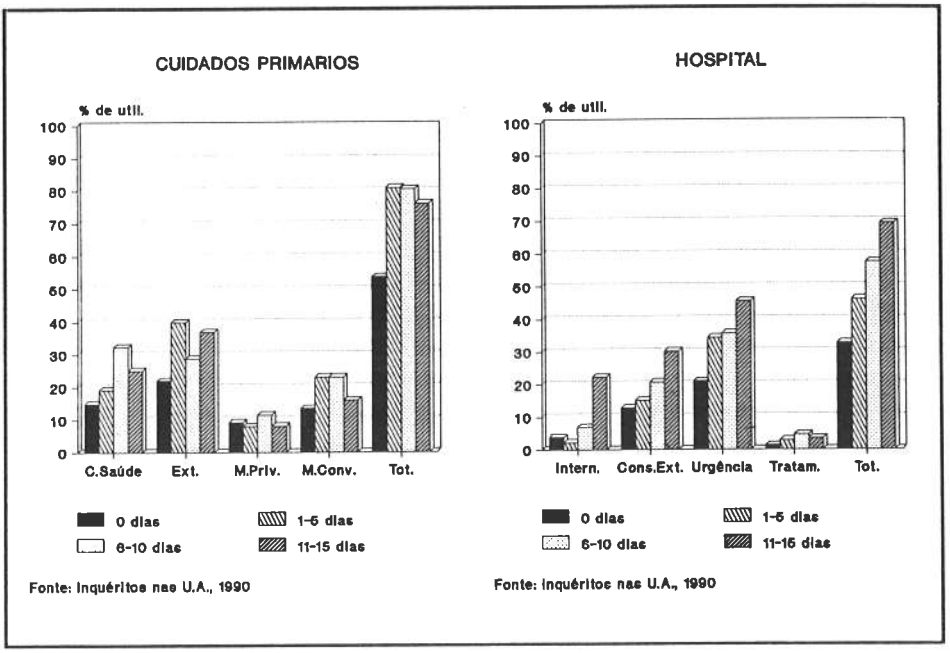


Fig. 9.32. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo "Doença" (15 dias)

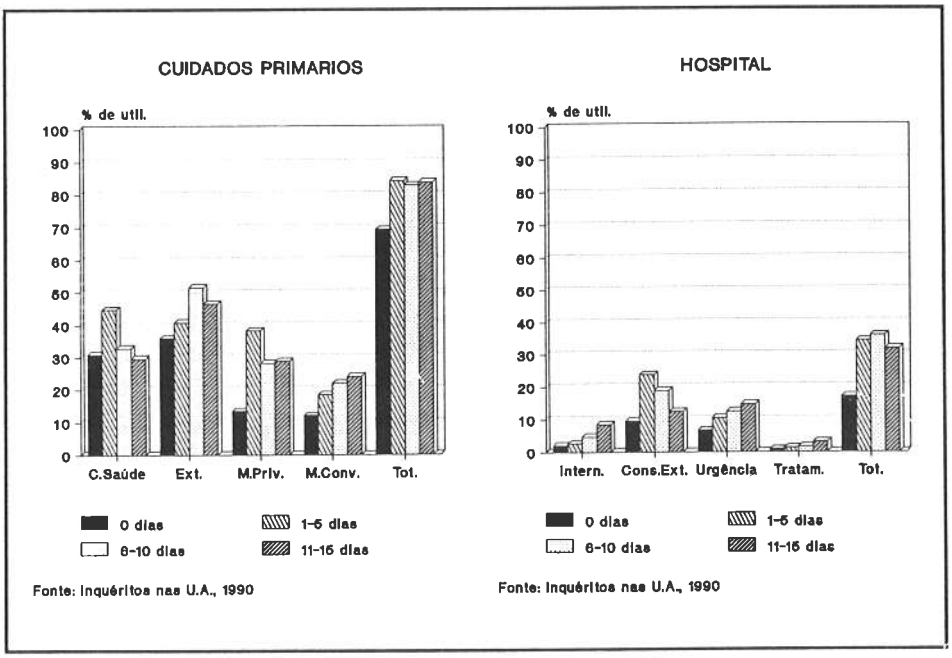


Fig. 9.33. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo "Doença" (15 dias).

resíduos ajustados que contribuem mais para os valores de qui-quadrado, apresentados no quadro LXXXIII. No mesmo quadro, devem ser destacadas as taxas de utilização em áreas rural (concelho de Góis) e urbana (concelho de Coimbra). Já vimos, quando as comparámos no quadro LXXV, que essas taxas são diferentes. Importa conhecer as diferenças, nas duas áreas, relativamente ao tempo de "doença" em quinze dias. Na área rural, não são reconhecidas diferenças estatisticamente significativas na utilização do centro de saúde, ou seja, não existe uma associação entre tempo de "doença" e a utilização deste serviço; portanto o centro de saúde é procurado quer a população tenha ou não período de "doença" ($p > 0,05$). Diferenças estatisticamente significativas já são reconhecidas na utilização da extensão, embora com pouca discrepância, do médico privado e convencionado ($p < 0,05$, $p < 0,0001$, $p < 0,001$, respectivamente). Os resíduos ajustados apontam no sentido de a extensão e o médico privado serem os mais utilizados pela subpopulação dos onze a quinze dias (46,5% e 24%). Poder-se-à relacionar o facto de a utilização dos cuidados de saúde primários públicos (centros de saúde e extensão) não estar tão directamente associada com a "doença" como a utilização dos cuidados de saúde prestados pelos médicos privados e convencionados. No total de consultas de cuidados de primeiro contacto, a subpopulação com percentagem mais alta corresponde à do grupo de um a cinco dias de "doença" (84,2%, $p < 0,0001$).

Considerando as diferenças de utilização dos cuidados hospitalares, importa referir que apenas as consultas externas, urgência e o total de utilização do hospital é influenciado pelo tempo de "doença" ($p < 0,001$, $p < 0,05$, $p < 0,0001$, respectivamente). Embora no quadro LXXXIII se possam observar valores percentuais de utilização diferentes, segundo os grupos de tempo de "doença", quer no internamento quer no tratamento nos serviços do hospital , as diferenças não se apresentam estatisticamente significativas. Nos outros serviços citados os valores percentuais mais elevados de utilização correspondem à consulta externa no grupo de tempo de um a cinco dias, à urgência de onze a quinze dias e ao total de utilização do hospital de seis a dez dias de "doença". Quem utilizou mais os serviços de saúde (total de contactos) foi o subgrupo que referiu ter tido de onze a quinze dias de "doença".

A população urbana apresentou percentagem de utilização com diferenças significativas em todos os serviços, à excepção do médico convencionado ($p > 0,05$). À semelhança do que acontece na área rural, a população com maior percentagem de utilização, considerando o total de consultas em seis meses (centro de saúde, extensão, médico privado e convencionado) é a que corresponde ao grupo de um a cinco dias de "doença" (80,9%, $p < 0,0001$). O centro de saúde apresenta diferenças significativas entre os grupos de tempo de "doença" ($p < 0,0001$): quem mais o procurou foi a população com seis a dez dias de "doença" (32,2%). A taxa de utilização da extensão pela subpopulação com um a cinco dias é a mais elevada (39,9%, $p < 0,0001$). O médico privado foi mais utilizado pela população com seis a dez dias de "doença" (23%, $p < 0,001$), o único serviço de primeiro contacto com valores percentuais superiores aos da área rural.

Relativamente à taxa de utilização do hospital, verifica-se o oposto do que descrevemos nos dois parágrafos anteriores. Ou seja, a população urbana apresenta taxas mais altas em todos os grupos e em todos os serviços, à excepção do internamento e tratamento, por os valores não apresentarem significância estatística e ainda da consulta externa que tem na área rural valores

superiores aos da área urbana (15,2%, $p < 0,0001$; 23,7%, $p < 0,001$, respectivamente). Refira-se, ainda, o caso da utilização da urgência, em que os resíduos ajustados revelam que, na área urbana ($p < 0,0001$), os valores percentuais de taxa de utilização são sempre superiores aos esperados, enquanto na área rural ($p < 0,01$) acontece o inverso.

Para o total da taxa de utilização dos serviços (primários e hospitalares) reconhece-se que na área urbana, à excepção da subpopulação que não referiu tempo de "doença", os valores são superiores aos da população rural. Na área rural a população que não esteve "doente" nos quinze dias que antecederam as entrevistas tem, em geral, uma taxa mais elevada de utilização dos serviços de saúde do que a área urbana.

Talvez o que ficou descrito anteriormente esteja relacionado com a sobre-utilização do hospital pela população urbana, no sentido de se poder considerar, até pelo facto de não existirem S.A.P.s no concelho de Coimbra, alguma "desadequação" na utilização do hospital, principalmente do serviço de urgência, e de alguma facilidade no acesso directo (por conhecimento) às consultas externas. Este fenómeno de sobre-utilização pode, igualmente, traduzir a menor aceitabilidade dos cuidados de saúde primários, nomeadamente quando existe alternativa hospitalar local. De qualquer forma, esta eventual "indisciplina" de utilização é também potenciada pela falta de integração dos diversos níveis e serviços de saúde, desencadeando encargos mais elevados nas situações em que os cuidados necessários se situam ao nível dos centros de saúde ou extensões mas acabam por ser prestados pelo hospital.

9.4.1.6. Rendimento

Verificou-se que existe uma associação entre o tipo de serviço utilizado e o rendimento, em todos os serviços prestadores, à excepção do tratamento no hospital ($p > 0,05$) (dado o fenómeno de "agenciamento"), embora o total de consultas no hospital apresente uma menor heterogeneidade ($p < 0,05$), como é visível no quadro LXXXIV e figuras 9.34 e 9.35.

Quem utiliza mais o centro de saúde é a subpopulação com rendimento até 20 contos, o mesmo acontecendo com a utilização da extensão, total de contactos com os cuidados primários, internamento em hospital, consultas externas e total de utilização dos serviços de saúde. Ao médico convencionado acorre o grupo que se situa no patamar entre os 51 e os 101 contos e ao médico privado a subpopulação com um rendimento superior a 100 mil escudos mensais. O internamento, a urgência e o total de utilização do hospital têm valores percentuais mais elevados nos que referiram ter tido, no mês anterior à entrevista, um rendimento que se situava entre os 21 e 35 contos, com diferenças relevantes em todos os serviços à excepção do tratamento no hospital.

Na população residente na área urbana o padrão é diferente do anterior, em consequência de todos os serviços que foram considerados não terem sido mais utilizados pela população com rendimento até 20 contos.

No que respeita à população residente no concelho rural, em virtude de as diferenças só se verificarem na utilização da extensão, total de primeiros contactos e tratamento, não é possível proceder a idêntica análise. Observa-se, contudo, que quem utilizou mais os serviços em seis meses foi a população com rendimento mensal inferior a 20 mil escudos.

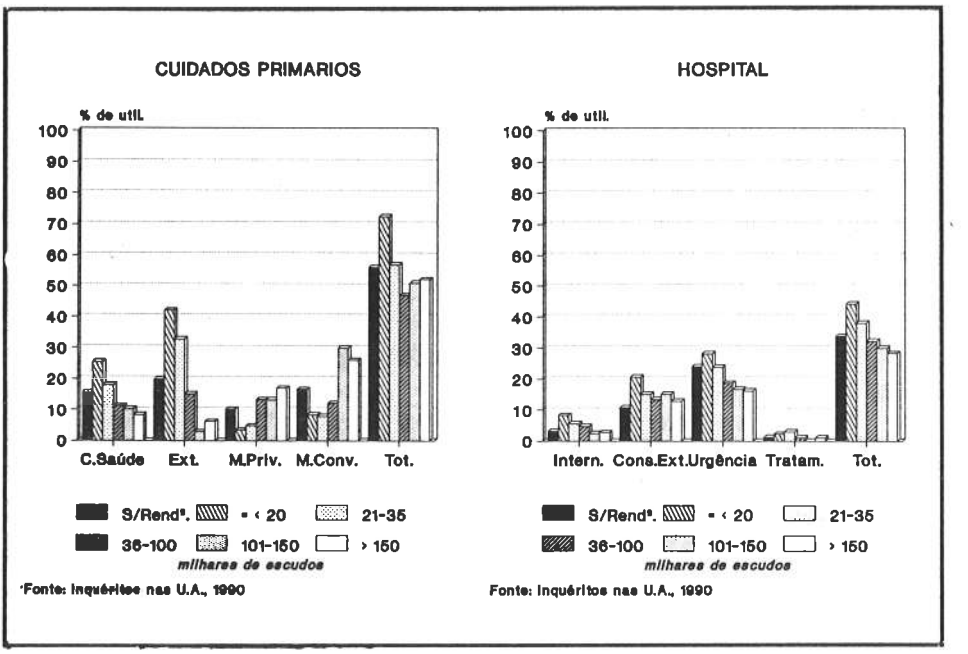


Fig. 9.34. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saude Segundo Rendimento.

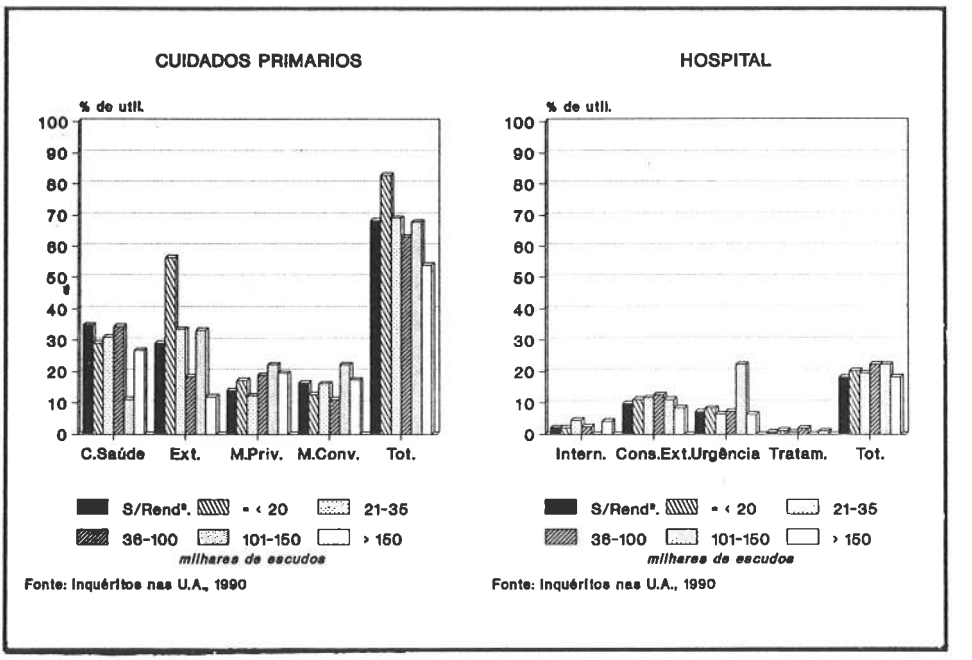


Fig. 9.35. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Rendimento.

9.5. SÍNTESE

Os resultados demonstram que existem diferenças significativas na acessibilidade geográfica, de acordo com o tipo de serviço utilizado segundo a área de residência. Foram considerados dois factores geográficos:

1) local de residência (rural e urbana)
2) distância ao hospital (medida no mapa) e tempo de percurso aos cuidados de saúde em consultório – centros de saúde, extensões e médicos privados ou convencionados – respondido pelos entrevistados).

As variáveis apresentaram correlações altas e estatisticamente significativas com a utilização. Este facto vem confirmar a importância dos factores geográficos no planeamento e utilização dos serviços de saúde.

Verificam-se diferenças assinaláveis entre os concelhos de Coimbra e Góis no tempo de deslocação ao médico privado, convencionado e hospital, sendo o tempo de deslocação sempre mais alto no concelho de Góis. Nesta área geográfica a má acessibilidade a este tipo de serviços resulta da não existência destes serviços dentro do concelho.

Ainda no concelho de Góis uma percentagem alta de utilizadores das extensões apresentam um tempo de deslocação superior a 40 minutos. Este factor associado ao valor percentual elevado de utilizadores que apresentam custos superiores a 1.000$00, revela a má acessibilidade a estes serviços. A baixa densidade populacional, associada a uma área vasta a ser abrangida pelos serviços, e a fraca rede de transportes são as principais razões destes resultados. Programas alternativos, por exemplo de colaboração com transportes locais, deveriam ser estudados para tentar melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde. Refira-se, como exemplo, a possibilidade de uma equipa móvel tentar resolver alguns dos problemas da desigualdade do acesso nesta região.

Além do tempo de deslocação, o tempo de espera no dia da consulta é um factor importante em termos de acesso, por ser particularmente elevado nos centros e extensões.

Uma percentagem alta de população entrevistada que não utiliza os serviços justifica-o pelo tempo de espera ser alto. Por outro lado foi reconhecido que os utilizadores dos serviços do médico privado e convencionado têm tempo de espera mais baixo, preferindo por isso utiliza-los. O sistema de marcação da consulta nos C.S.P.P., baseado no "primeiro a chegar primeiro a ser atendido", reflecte-se no tempo de espera. Este sistema induz os utilizadores a chegarem aos serviços algumas horas antes da consulta. Provavelmente se a hora fosse especificada quando fosse feita a marcação de consulta, tendo em atenção o acesso geográfico dos serviços (o modo de transporte usado, por exemplo) este tempo poderia ser reduzido.

Os resultados sugerem que a acessibilidade geográfica é um factor que afecta o uso dos serviços. A má acessibilidade nas áreas rurais é particularmente notável nos serviços de saúde mais especializados.

Estes resultados implicam que as adversidades, tais como falta de transportes, podem ser um impeditivo do uso dos serviços não locais (por exemplo, hospital para os residentes em Góis).

Pode concluir-se que, da análise dos factores relacionados com a acessibilidade aos serviços, os incentivos para trazer os utilizadores aos cuidados de saúde primários públicos podem implicar o estabelecimento de locais de oferta mais acessíveis à população e ainda maior facilidade em termos de transportes públicos, bem como a diminuição de tempo de espera.

As desigualdades no acesso e utilização reflectem, por um lado, a irregular distribuição dos recursos de saúde e o acesso geográfico a este e, por outro, as diferenças demográficas, sócio-profissionais e de morbilidade entre os grupos populacionais.

Verificou-se que existe associação entre a utilização dos diversos serviços de saúde (públicos e privados, primários e hospitalares) e a área de residência, sexo, idade, estatuto sócio-económico, rendimento e tempo de "doença" das populações utilizadoras, no total dos entrevistados e nas áreas urbanas e rurais, ou seja na população dos concelhos de Coimbra e Góis. Isto é, as taxas de utilização variam com os factores mencionados: a população rural utiliza mais os serviços de saúde (total de contactos com as estruturas de saúde) do que a urbana, embora se tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas que revelam uma taxa de utilização maior nos contactos fora do hospital pela população rural (71,5%) do que pela urbana (55,9%) e, inversamente, a população residente em áreas urbanas utiliza percentualmente mais o hospital (34,7%) do que a população rural (19,5%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na utilização do médico privado, embora o valor registado na área urbana seja ligeiramente superior ao valor global.

Deve ainda ilustrar-se o caso da área rural (concelho de Góis) que, à semelhança do que foi feito para o concelho de Coimbra, foi subdividido em subáreas (urbana de Góis e rural de Góis) que permitem uma análise mais detalhada: as taxas de utilização do centro e do médico privado são mais altas na subpopulação da área urbana de Góis, enquanto a rural recorre mais intensamente à extensão e ao médico convencionado.

Os grupos de idade influenciam também utilização dos serviços de saúde. Se observarmos os cuidados de primeiro contacto e excluirmos o uso do médico convencionado, em que se verifica homogeneidade entre os grupos de idade, a taxa de utilização dos outros serviços de saúde primários depende dos grupos de idade, variando em função destes. Podemos então concluir dizendo que quem utiliza mais o centro de saúde é a população entre os 0 e 14 anos na área rural. A extensão é mais utilizada pela população rural com 65 e mais anos; o médico convencionado pela da área rural no grupo dos 15 aos 64 anos; e o médico privado, pela população infantil (dos 0 aos 4 anos) da área urbana. Se considerarmos a taxa de utilização dos cuidados primários em conjunto (englobando os serviços prestadores referidos anteriormente), a taxa mais elevada é a da população dos 65 e mais anos que reside em áreas rurais. O hospital, em geral, é mais procurado pela população urbana com 65 e mais anos. O total dos serviços de saúde (primários e hospitalares) apresenta maior valor na subpopulação que reside na área rural e que tem 65 e mais anos.

O sexo é uma variável que pode influenciar a utilização dos serviços. Foi reconhecido que em certos serviços que mostram diferenças na taxa de utilização, estas não se revelaram estatisticamente significativas. Conclui-se, no entanto, que existia uma utilização mais intensa dos serviços de saúde pela população do sexo feminino.

Importa, também, referir os valores de utilização das diferentes subpopulações de grupos sociais relativamente aos serviços de saúde, em áreas rurais e urbanas. Quem utiliza mais, em

termos de total de consultas (primárias e secundárias), é o grupo dos Reformados, tanto na área urbana como na rural. Reconhece-se, contudo, que a utilização do médico privado e do serviço de urgência no hospital são mais utilizados, respectivamente, pelos grupos sociais Médio/Elevado e Baixo.

Se compararmos as taxas de utilização entre Trabalhadores Manuais e não Manuais na área urbana nos serviços que apresentam associação com os três grupos considerados, os Trabalhadores Manuais apresentam valores superiores no centro de saúde e na extensão e inferiores no médico privado e convencionado; no total de utilização dos serviços em seis meses, o valor mais elevado registam-no os Trabalhadores não Manuais. No internamento, na consulta externa e no total de utilizações do hospital os Trabalhadores Manuais têm também valores mais altos. O padrão é semelhante na área rural. Em outros serviços não foram encontradas diferenças significativas na variação da utilização, segundo os grupos considerados.

Existe ainda uma associação entre o tempo de "doença" e a procura dos serviços, que se verifica quer ao nível da utilização dos cuidados de primeiro contacto (centro de saúde, extensão, médico privado e convencionado) quer na utilização de hospital, principalmente na área urbana. Assim, quem utiliza mais o centro de saúde, o médico privado e o médico convencionado é a subpopulação que esteve "doente" de seis a dez dias, enquanto a extensão é mais procurada pelo grupo que esteve "doente" de onze a quinze dias; o mesmo acontece com a utilização do hospital, em todos os serviços. Na área rural, não são reconhecidas diferenças estatisticamente significativas na utilização do centro de saúde. Poder-se-à relacionar o facto de a utilização dos cuidados de saúde primários públicos (centros de saúde e extensão) não estar tão directamente associada com a "doença" como a utilização dos cuidados de saúde prestados pelos médicos privados e convencionados, na maior parte dos casos de especialidade. Na área rural, a população que não esteve "doente" nos quinze dias que antecederam as entrevistas tem, em geral, uma taxa mais elevada de utilização dos serviços de saúde do que na área urbana.

No que respeita ao rendimento, quem utiliza mais os cuidados de saúde primários públicos é a subpopulação com rendimento até 20 contos. É também este subgrupo que tem maior percentagem de utilização no total de contactos com os cuidados primários, internamento em hospital, consultas externas e total de utilização dos serviços de saúde. Ao médico convencionado acorre o grupo que se situa no patamar entre os 36 e os 100 mil escudos e ao médico privado a subpopulação com maior rendimento – acima dos 100 mil escudos mensais.

Concluindo, pode afirmar-se que se confirmam diversos padrões de utilização dos serviços de saúde, revelando-se iniquidades evidentes, de acordo com as características sócio-demográficas das populações em estudo.

CAPÍTULO 10.
SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. QUALIDADE DOS CUIDADOS E SATISFAÇÃO

Tem-se verificado que a satisfação com os serviços pode ser, simultaneamente, determinada pelos padrões de consumo dos cuidados e sua resultante. Isto é, a utilização repetida do mesmo serviço pode traduzir o reconhecimento da satisfação com os cuidados recebidos além de outros factores, que iremos estudar. Não pode ser esquecido o conceito de qualidade, tão intimamente relacionado com a satisfação e que é hoje considerado um dos aspectos mais importantes na análise dos serviços de saúde, mesmo que se parta do princípio de que o conceito pode variar, dependendo de quem define o termo.

Neste capítulo apresentamos uma análise breve da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde. Partimos do estudo do questionário feito nas unidades de alojamento a uma população de 7038 pessoas e da satisfação dos utentes vista por parte dos profissionais de saúde, com base num questionário a prestadores de cuidados de saúde primários públicos e hospitalares (ver capítulo 4). Assim, a análise que foi feita nas áreas de estudo é relativa à perspectiva dos utilizadores e dos prestadores dos serviços de saúde. Foi reconhecida a importância da comparação dos níveis de satisfação dos dois lados da mesma "moeda", quanto aos serviços de saúde.

Segundo alguns autores, a satisfação é o resultado da avaliação pessoal dos cuidados de saúde e dos prestadores. A satisfação é, necessariamente, de natureza mais subjectiva, pretendendo-se que seja captada a avaliação pessoal sobre características dos cuidados de saúde que não podem ser observados directa e objectivamente (WARE *et al.*, 1983). Os autores que têm estudado esta matéria referem que os factores psicológicos e, particularmente, sociais ou culturais influenciam os utilizadores na avaliação dos serviços (PASCOE, 1984; BRIDGSTCOK, 1979; LINDER-PELZ, 1982; DONABEDIAN, 1988; SUTHERLAND *et al.*, 1989; BRUCE, 1990; HALL e DORNAN, 1990). Por isso, a satisfação não é objectiva nem estática, antes se constitui como um valor cultural colectivo, mas também individual, sujeito a alterações, pelo que é difícil encontrar um método único capaz de a medir (LIKE e ZYZANSKI, 1987). Se, por um lado, importa conhecer a satisfação do ponto de vista dos utilizadores dos serviços de saúde, por outro, há autores, como LUCAS (1984), que têm estudado a satisfação dos prestadores dos cuidados de saúde, enquanto perspectiva importante para o conhecimento da dimensão real do próprio problema: quem poderá oferecer ou proporcionar bons serviços ou serviços de qualidade num ambiente de trabalho que é hostil ou inapropriado ao bom funcionamento (LEEBOV *et al.* 1989)?

A importância da medição tem-se tornado cada vez mais pertinente, porque, nos últimos anos, investigadores preocupados com esta temática sugerem que a satisfação do utente serve como critério para medir a qualidade dos serviços prestados, mesmo que se parta do princípio de que o conceito pode variar, dependendo de quem define o termo (BLANCHETETE *et al.*, 1982; PALMER, 1983; CLEARLY e McNEIL, 1988; LANNING e O'CONNER, 1990; VAZ e SECO, 1990). Muitas vezes encontram-se referências à avaliação da qualidade dos serviços de saúde

pelo impacte que estes têm no estado de saúde da população (*outcomes*) ou por meras medidas de produção (*outputs*) ou produtividade (por exemplo, número de doentes tratados por médico). Mas, para o utilizador dos serviços de saúde, a qualidade está mais associada às características da oferta (tipo, organização, estrutura e dimensão), à acessibilidade (custos e tempo) e, consequentemente, à percepção que tem, atendendo às suas características individuais. A satisfação implica um conjunto de condicionantes, que foram anteriormente referidas, das quais as relações interpessoais são uma parte importante.

A satisfação corresponde a uma avaliação cognitiva e a uma reacção emocional à estrutura (características relativamente estáveis do prestador de cuidados, seus recursos e condições físicas e organizacionais), processo (cadeia de acontecimentos desencadeados para solucionar o problema de saúde e acontecimentos paralelos) e resultado dos cuidados prestados pelo serviço de saúde (impacte no estado de saúde), nos domínios técnico (ou científico), interpessoal (ou de relação) e "amenidades" (ou conforto).

10.2. SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES

10.2.1. *Escolha do médico que habitualmente consulta*

A escolha (ou não) do médico que habitualmente consulta foi considerada relevante na análise da satisfação, atendendo ao facto de que a comunicação (verbal e não verbal) entre o médico e o utilizador dos serviços é de grande relevância e que a compreensão dos problemas de saúde e do que é a saúde e doença envolve uma verdadeira relação de interdependência (empatia, compreensão, capacidade de ouvir, compartilhar algumas informações técnicas) e ainda que o utente tem uma expectativa de "magia" perante o médico, esperando que ele seja capaz de tratar e curar todas as enfermidades. Por isso, foi construído o quadro 10.1, onde os valores percentuais relativos à possibilidade ou liberdade de escolha do médico que habitualmente é consultado variam de acordo com o tipo de serviço considerado. Os valores mais altos foram registados na escolha do médico privado (81,5%) quer no concelho de Coimbra (82,3%) quer no de Gois (78,9%), seguido pelo médico do centro de saúde (58%) (também com valor mais elevado em Coimbra), pelo médico convencionado – 54,1% e, por fim, pelo médico que utilizam na extensão – 52,1%).

Deve ser referido o facto de, que em todos os serviços de saúde, a liberdade de escolha do médico é sempre superior no concelho de Coimbra. Mais de metade da população utente dos serviços do centro de saúde, da extensão e do médico convencionado, no concelho de Góis, não escolheu o médico que consultou. Poderá este facto estar relacionado com os níveis de satisfação com os serviços de saúde ou, antes, com a existência de mais referenciaçãode um para outro serviço?

QUADRO Nº 10.1. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Escolha do Médico Segundo Serviços de Saúde, à Excepção do Hospital.
Distribuição Percentual

SERVIÇOS DE SAÚDE	ESCOLHEU	CONCELHO		
		COIMBRA	GÓIS	TOTAL
CENTRO SAÚDE	SIM	64,5	48,6	58
	NÃO	35,5	51,4	42
EXTENSÃO	SIM	57,4	40	52,1
	NÃO	42,6	59,6	47,9
MÉDICO PRIVADO	SIM	82,3	78,9	81,5
	NÃO	17,7	21,1	18,5
MÉDICO CONVENCIONADO	SIM	67,2	24,7	54,1
	NÃO	32,8	75,3	45,9

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

QUADRO Nº 10.2. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Razões Porque Escolheu o Médico Segundo Serviços de Saúde, à Excepção do Hospital.
Distribuição Percentual

RAZÕES	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉD. CONVENCION.		
	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
PRÓXIMO RESID.	8,8	31,6	16,5	13,6	92,5	32,6	7,2	22,7	10,8	7,4	42,7	12,3
RECOMENDADO	20;4	12	17,5	14,4	0,9	11,1	20,8	30,3	22,9	17,1	26,7	18,5
MÉD. DA FAMÍLIA	34,7	19,5	29,5	22,9	3,7	18,3	24,5	11,6	21,6	31	9,3	28
SER MÉDICA	1,6	2,7	2	7,4	0	5,6	0,9	0,5	0,8	0,9	1,3	0,9
BOM MÉDICO	33,9	33,5	33,8	41,3	2	31,9	45,3	33,3	42,5	43,6	18,7	40,1
OUTROS	0,6	0,7	0,7	0,4	0,9	0,5	1,4	1,5	1,4	0	1,3	0,2

Nº CASOS: CENTRO DE SAÚDE = 1208 MÉDICO PRIVADO = 863
EXTENSÃO = 1462 MÉDICO CONVENCIONADO = 536

FONTE: Inquéritos nas U.A.1990

Além da questão apresentada no parágrafo anterior, procurou saber-se a razão da escolha do médico. O quadro 10.2 apresenta as cinco principais razões que os entrevistados referiram. O facto de ser bom médico ou, simplesmente, ser médico há longo tempo (médico da família) constituem as duas principais razões que estão na origem da preferência por esse clínico, tanto no concelho de Coimbra, como no de Góis. Verificam-se ainda duas razões que sobressaem, principalmente no concelho de Góis – ser o médico localizado mais próximo da residência (centro de saúde 31,6%, extensão 92,5%, médico privado 22,9% e médico convencionado 26,7%) e ter sido recomendado por pessoas de família ou amigos (médico privado 30,3% e médico convencionado 26,7%). Reconhecemos, por isso, que a proximidade é um factor determinante na escolha do médico habitualmente consultado em quase todos os serviços sendo, de quase 100% a razão de escolha do médico na extensão.

10.2.2. *Satisfação com o médico*

Embora tenhamos verificado que, no concelho de Góis, o valor percentual dos que escolheram o médico é mais baixo do que em Coimbra e, por isso, ser previsível esperar percentagens de satisfação mais baixa, este facto não se verifica. Pelo contrário, a satisfação nula com os serviços de saúde é percentualmente superior no concelho de Coimbra em todos os serviços, à excepção do médico convencionado, no qual é maior em Góis, como foi registado no quadro 10.3. No entanto, a satisfação muito boa é encontrada, em valor percentual mais elevado, na população do concelho de Coimbra. Se considerarmos o médico do centro de saúde e da extensão, em conjunto e como prestadores de serviços de saúde primários públicos, reconhecemos que, tanto em Coimbra como em Góis, o somatório dos valores percentuais de satisfação muito boa e boa são mais baixos neste tipo de serviços do que com o médico privado e convencionada. Pelo contrário, percentagem de satisfação aceitável ou nula com o médico que habitualmente consulta é mais alta nos cuidados de saúde primários públicos, sendo mais baixa em Góis do que em Coimbra.

QUADRO Nº 10.3. CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS.
Satisfação Com o Médico Segundo os Serviços de Saúde, à Excepção do Hospital.
Distribuição Percentual

SATISFAÇÃO	SERVIÇOS DE SAÚDE											
	CENTRO DE SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉD. CONVENCION.		
	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
MUITO BOA	15,4	8,9	12,8	14,7	12,6	14,1	40,3	17,4	35,1	21,6	14,5	19,5
BOM	65,1	77,8	70,2	65,7	79,1	69,8	54	77,9	59,4	65,8	79,5	70
ACEITÁVEL	16,3	12,5	14,8	17	8,1	14,3	4,9	4,3	4,8	12,3	5,3	10,2
NULA	3,3	0,7	2,2	2,6	0,2	1,9	0,8	0,4	0,8	0,3	0,7	0,4

Nº. CASOS: CENTRO SAÚDE = 2072 MÉDICO PRIVADO = 1109
EXTENSÃO = 2865 MÉDICO CONVENCIONADO = 1002

FONTE: Inquéritos nas U.A, 1990

Para que se tornasse mais clara a interpretação do quadro 10.3, selecionámos os casos que referiram não ter tido satisfação com o médico, segundo os serviços de saúde. Daí termos construído o quadro 10.4. Verifica-se, mais uma vez, que é com o médico do centro de saúde que a população referiu maior percentagem de insatisfação – 2,2% (em Coimbra 3,3% e Góis 0,7%) e menor com o médico convencionado – 0,4% (no concelho de Coimbra 0,3% e em Góis 0,7%). O mesmo quadro mostra os níveis médios de satisfação nos dois concelhos e nos diferentes serviços. Como é referido em legenda, o valor encontrado é o resultado da média de quatro parâmetros (1 – muito boa, 2 – boa, 3 – aceitável, 4 – nula), podendo o número variar entre 1 e 4 consoante se aproxime mais do nível de satisfação muito boa ou nula, respectivamente. Segundo este critério, a média de satisfação é maior no médico privado no concelho de Coimbra (1,67) e no concelho de Góis (1,89), enquanto o serviço onde a população se sente menos satisfeita é no centro de saúde em Coimbra (2,09) e Góis (2,07).

QUADRO Nº 10.4. CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS.
Percentagem de Satisfação e Níveis de Satisfação com o Médico,
Segundo Serviços de Saúde, à Excepção do Hospital
Distribuição Percentual

SERVIÇOS DE SAÚDE	% DE INSATISFAÇÃO			SATISFAÇÃO MÉDIA (a)		
	COIMB.	GOIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL
CENTRO SAÚDE	3,3	0,7	2,2	2,09 (1234)	2,07 (838)	2,08 (2072)
EXTENSÃO	2,6	0,2	1,9	2,09 (1997)	1,96 (868)	2,05 (2865)
MÉD. PRIVADO	0,8	0,4	0,8	1,67 (856)	1,89 (253)	1,72 (1109)
MÉD. CONVENC.	0,3	0,7	0,4	1,91 (698)	1,92 (304)	1,91 (1002)

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito 3 - pouco
2 - médio 4 - nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho

() Nº de casos FONTE: Inquéritos nas U.A, 1990

10.2.3. *Razões de satisfação/não satisfação com os serviços*

Foi nossa intenção comparar ainda a satisfação dos utilizadores com o pessoal de enfermagem e administrativo, com as condições das instalações e relativamente ao sistema de saúde. O quadro 10.5 mostra que a população utilizadora apresentou mais insatisfação com o pessoal administrativo do que com o médico, quer no centro de saúde (58.8%), quer na extensão (60,9%), quer no médico privado (87,7%). Com o médico convencionado, o valor percentual mais alto de insatisfação regista-se com o sistema de saúde em geral, por não estar garantida a articulação entre os diversos serviços ou não serem satisfeitas as necessidades sentidas, por exemplo, na continuidade dos serviços, a qual muitas vezes não funciona por deficiência do próprio sistema de saúde. Poderá apresentar-se como contraditória a atitude da população relativamente ao nível de satisfação com o médico convencionado que habitualmente consulta, que verificámos ser dos mais elevados, e o facto de uma das razões de insatisfação com valor percentual mais elevado ser exactamente o pessoal médico (22%). Se é certo que com relação ao médico que habitualmente consultam a satisfação é próxima de muito boa, a atitude de outros profissionais poderá ser diferente e, por isso, alvo de insatisfação. Nos cuidados de saúde primários públicos as condições das instalações são apontadas por alguns entrevistados como causa de insatisfação (20,1% no centro de saúde e 13,3% na extensão), com valores sempre superiores no concelho de Góis, como pode ver-se no quadro 10.5.

Em síntese, para analisar as percentagens e os níveis de satisfação, segundo os serviços de saúde, independentemente da razão ou razões de insatisfação, o quadro 10.6 oferece-nos os valores comparativos entre os quatro serviços considerados: o centro de saúde é o que apresenta

uma maior percentagem de insatisfação – 4,5% (Coimbra 6,3%; Góis 1,7%), seguido pela extensão – 2,6% (Coimbra 3,7%; Góis 0,2%). A percentagem de satisfação é quase de 100% nos serviços do médico privado e convencionado. O mesmo quadro permite corroborar os valores acabados de referir, em virtude de ser no centro de saúde e na extensão que se verificaram os níveis mais baixos de satisfação média (centro de saúde 2,04 e extensão 1,92).

QUADRO Nº 10.5. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Insatisfação. Razões Segundo Local Prestador de Serviços de Saúde, à Excepção do Hospital.
Distribuição Percentual

	RAZÕES DE INSATISFAÇÃO														
LOCAL DOS	Pessoal Médico			Pessoal Enfermagem			Pessoal Administ.			Cond. das Instal.			Sistemas de Saúde		
S. DE SAÚDE	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
C. SAÚDE	16,4	33,3	19,7	0,9	3,5	1,4	64,2	36,8	58,8	18,5	26,3	20,1			
EXTENSÃO	21	28,6	21,4	3,1	28,6	4,4	63	21,4	60,9	12,9	21,4	13,3			
MÉD. PRIV.	4,1	6,3	4,4	0	6,3	0,9	87,7	87,5	87,7				8,2		7
MÉD. CONV.	18,2	37,5	22	9,1	0	7,3	15,2	12,5	14,6				57,5	50	56,1

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

É notório que a percentagem e os níveis de satisfação são sempre mais baixos nos cuidados de saúde primários públicos e no concelho de Coimbra. O primeiro facto prende-se talvez com a imagem que os serviços públicos têm tido e ainda com a dificuldade de a sua maioria proporcionar serviços de qualidade e, simultaneamente, atractivos. Tal dificuldade resulta, quer da tradicional postura de serviço público, quer da obrigatória (?) massificação da distribuição dos cuidados de saúde, quer ainda e substancialmente, das condições de trabalho (regimes e horários de trabalho, sistemas retributivos, instalações e equipamentos, falta de formação, principalmente dos trabalhadores menos diferenciados). A segunda razão diz respeito às características dos utilizadores, que são diferentes, como já oportunamente foi referido, no concelho de Coimbra e no concelho de Góis. Vejamos então qual o significado desta última razão aduzida, como determinante nos níveis de percepção de satisfação e, por isso, de qualidade.

QUADRO Nº 10.6. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS. Percentagem de Insatisfação e Níveis de Satisfação Segundo Local Prestador de Serviços de Saúde à Excepção do Hospital
Distribuição Percentual

LOCAL DE	% DE INSATISFAÇÃO			SATISFAÇÃO MÉDIA (a)		
S. SAÚDE	C. COIMB.	C. GÓIS	TOTAL	C. COIMB.	C. GÓIS	TOTAL
CENTRO SAÚDE	6,3	1,7	4,5	2,13 (1264)	1,92 (840)	2,04
EXTENSÃO	3,7	0,2	2,6	2,02 (2048)	1,71 (879)	1,92
MÉDICO PRIV.	0,3	0	0,3	1,40 (883)	1,67 (254)	1,46
MÉDICO CONV.	1,4	1	1,3	1,69 (719)	1,70 (312)	1,7

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito; 2 - médio; 3 - pouco; 4 - nada; para cada serviço de saúde e em cada concelho.

( ) Nº de casos

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

10.2.4. *Características dos Utilizadores e Satisfação*

Importa considerar, em cada uma das áreas geográficas, a localização dos serviços (próximo ou afastados da procura e, por isso, localizados em áreas mais ou menos urbanas) e as características dos utilizadores; e, em função destas, observar os comportamentos relativos á satisfação com os serviços de saúde à semelhança do que outros autores fizeram (por exemplo, SIMÕES, 1989). Pelo quadro 10.7 verifica-se que a população que utilizou os serviços de saúde apresenta níveis de satisfação diferentes, consoante reside no local da oferta ou não. Tanto no concelho de Coimbra como no de Góis, a população tem uma satisfação maior com os serviços de saúde quando não é residente local, ou seja, quando reside afastada dos serviços de saúde, à excepção da extensão. Poder-se-à inferir que esta subpopulação em grande parte dos casos coincide com a população que reside em áreas menos urbanizadas? Vejamos o caso da extensão, onde a satisfação é maior na subpopulação local, correspondente à que reside nas áreas mais afastadas dos centros urbanos de Coimbra e Góis. Nos casos do médico privado e convencionado apenas temos recolhidos dados para os residentes locais e não locais em Coimbra e não locais em Góis, em virtude de neste concelho não existir oferta local destes serviços. Assim, em Coimbra, a população local (urbana) tem satisfação mais baixa do que a residente não local (nas proximidades do centro urbano em áreas periurbanas). Comparando a satisfação dos não locais em Coimbra e Góis verificamos que estes últimos têm níveis mais baixos de satisfação.

QUADRO Nº 10.7. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Níveis de Satisfação com os Serviços de Saúde,
Segundo Residentes Locais e Não Locais, à Excepção do Hospital
Distribuição Percentual

SERVIÇO SAÚDE	RESIDENTE	SATISFAÇÃO MÉDIA (a)		
		COIMBRA	GÓIS	TOTAL
CENTRO SAÚDE	LOCAL	2,17 (941)	2,01 (570)	2,11 (1511)
	NÃO LOCAL	1,98 (197)	1,72 (270)	1,83 (467)
EXTENSÃO	LOCAL	1,99 (1343)	1,68 (799)	1,88 (2142)
	NÃO LOCAL	2,05 (378)	1,95 (080)	2,05 (458)
MÉDICO PRIV.	LOCAL	1,43 (574)		1,43 (574)
	NÃO LOCAL	1,35 (309)	1,63 (158)	1,44 (467)
MÉDICO CONV.	LOCAL	1,71 (541)		1,71 (541)
	NÃO LOCAL	1,65 (178)	1,67 (221)	1,67 (399)

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito; 2 - m édio; 3 - pouco; 4 - nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho. ( ) Nº de casos

FONTE: Inquéritos nas U.A.,1990

Observe-se agora o comportamento relativo às características dos utilizadores. Por exemplo, será que a estrutura sexual da população determina variações na satisfação? Posta esta hipótese, elaborou-se o quadro LXXXV e a figura 10.1. Por ele se vê que a subpopulação do sexo feminino tem, nos serviços do centro de saúde e do médico convencionado, no concelho de Coimbra,

e na extensão, médico privado e convencionado, no concelho de Góis, níveis mais altos de satisfação com os serviços de saúde do que a do sexo masculino.

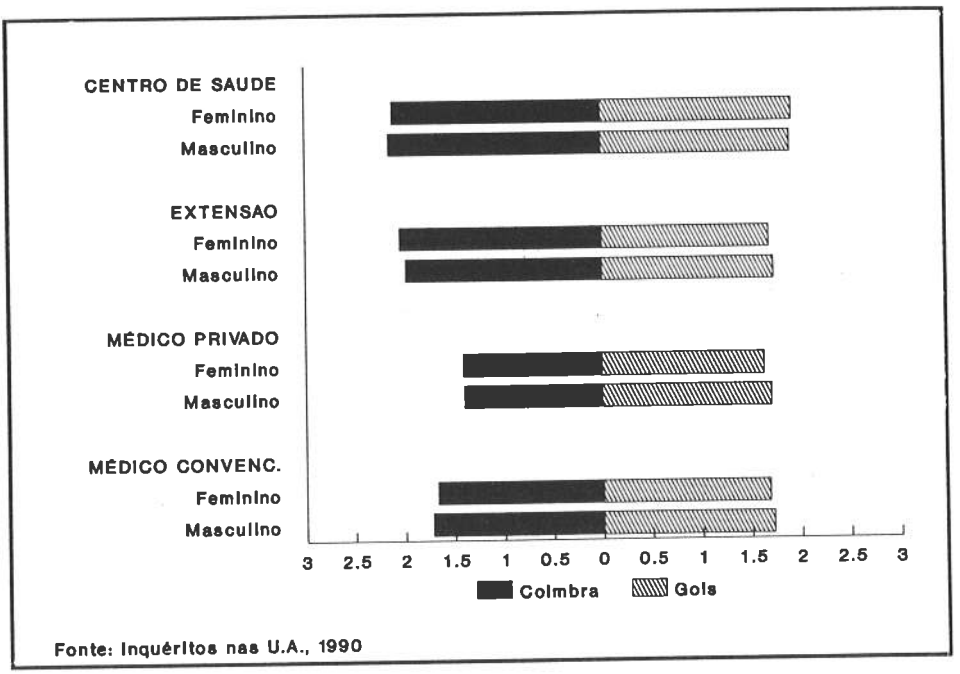


Fig. 10.1. Concelhos de Coimbra e Góis.
Níveis de Satisfação Segundo Sexos e Serviços de Saúde.

Depois de termos verificado as diferenças entre os sexos, construímos o quadro LXXXVI e figura 10.2, onde se registam os grupos de idade segundo nível de satisfação perante os serviços. A sua leitura oferece-nos a informação de que as subpopulações com grupos de idade de 0 a 4, de 5 a 14 (naturalmente expressas pelos pais), de 65 a 74 e 75 e mais anos apresentam níveis mais altos de satisfação no centro de saúde e extensão nos concelhos de Coimbra e Góis, mas com valores sempre mais altos em Góis, em todos os grupos de idade referidos. O comportamento é um pouco diferente nos casos do médico privado e convencionado, onde a satisfação diminui no grupo de idade de 75 e mais anos, no concelho de Coimbra, enquanto no concelho de Góis o padrão é semelhante ao descrito para os cuidados de saúde primários públicos. Verifica-se ainda que os níveis de satisfação são mais altos, em todos os grupos de idade, no médico privado – principalmente no concelho de Coimbra.

O facto de as características da população poderem determinar diferenças de grau de satisfação, relativamente aos serviços oferecidos e prestados, implica ainda uma análise sócio-económica. O quadro LXXXVII e figura 10.3 dão-nos as diferenças de satisfação segundo os seis grupos sociais estabelecidos e oportunamente descritos. Os níveis de satisfação variam segundo os grupos sociais e os serviços de saúde. Por exemplo, a satisfação é mais alta no centro de saúde

em Coimbra e Góis no grupo dos Reformados; a extensão tem níveis mais altos no grupo Médio/Baixo em Coimbra e Médio em Góis; o médico privado, em Coimbra na subpopulação Médio/Elevado e em Góis no grupo dos Reformados. Finalmente o médico convencionado apresenta, igualmente, satisfação alta na subpopulação Médio/Elevado quer em Coimbra quer em Góis.

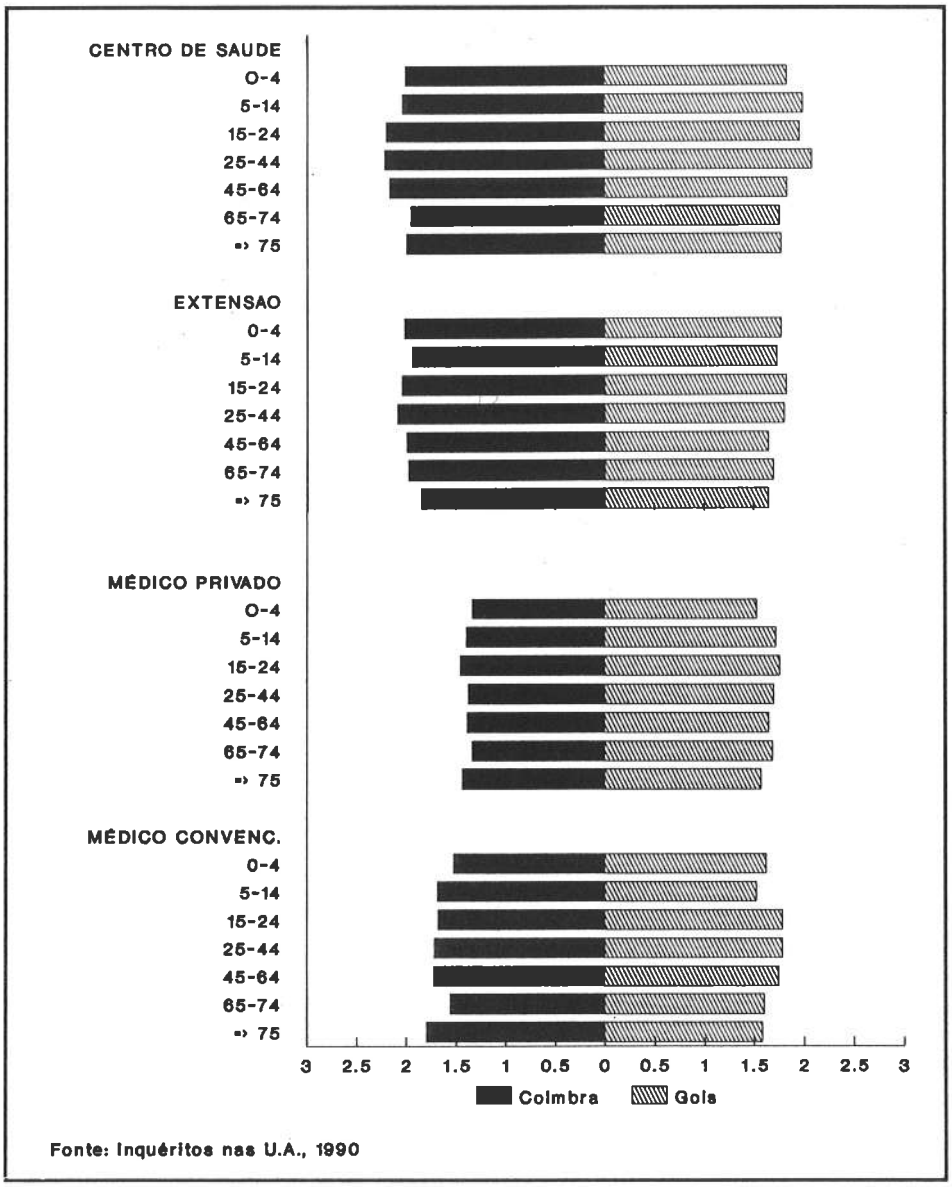


Fig. 10.2. Concelhos de Coimbra e Góis.
Níveis de Satisfação Segundo Grupos de Idade e Local Prestador

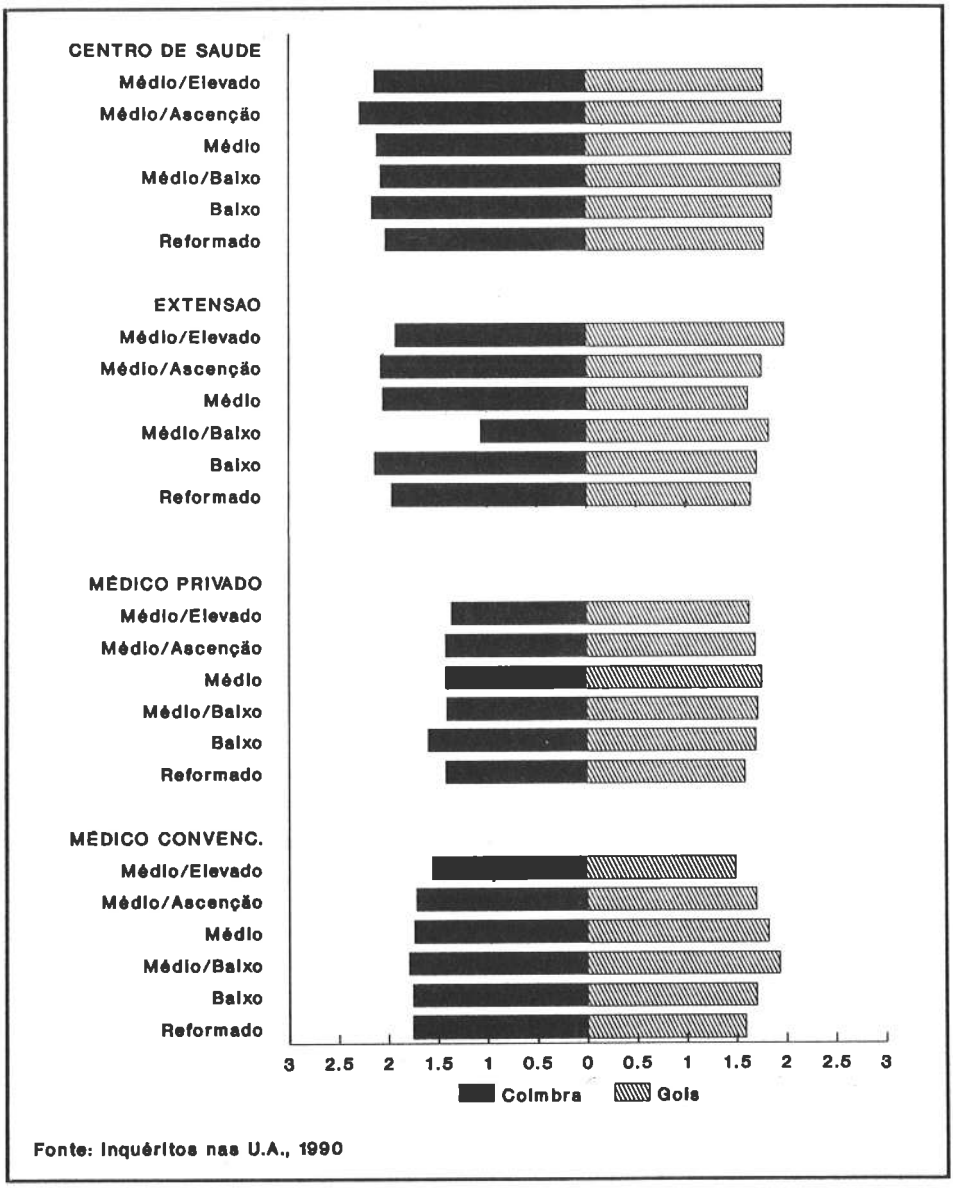


Fig. 10.3. Concelhos de Coimbra e Góis.
Níveis de Satisfação Segundo Grupos Sociais e Local Prestador

Deste modo pode concluir-se que a satisfação está intimamente relacionada com a tipologia da área de residência e até com o padrão de consumo de cuidados, como anteriormente foi afirmado. A população feminina e a que tem menos de 14 e mais de 65 anos e os grupos sociais Médio/Baixo, Baixo e Reformados são os que apresentam níveis mais altos de satisfação. E dentro

destes vectores, os cuidados de saúde primários públicos são os que apresentam níveis de satisfação mais baixos.

Como o instrumento utilizado para avaliação da satisfação dos utilizadores com os serviços de saúde não constituiu o principal objectivo do presente trabalho, é possível que a análise não possua a necessária descriminação e detalhe, pelo que os resultados devem ser considerados com a necessária reserva. De facto, quer a quantidade de questões sobre a satisfação quer a sua formulação quer, ainda, a escala de medida não permitem conhecer, em pormenor e com rigor, o nível de (in)satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde das áreas consideradas no presente estudo. Pretende-se, no entanto e não obstante, fornecer um quadro geral no que se refere à satisfação, por se considerar um parâmetro que intervém, condicionando-o, no acesso aos cuidados de saúde

10.3. SATISFAÇÃO NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR

Foi realizado um questionário, em 1992, nos Centros de Saúde e Extensões de Coimbra e Góis e Centro hospitalar de Coimbra (Hospital Geral e Maternidade Bissaya Barreto) aos prestadores dos cuidados de saúde, no qual se pedia a opinião sobre a satisfação que os utilizadores tinham a respeito dos cuidados de saúde oferecidos naquelas instituições.

As respostas correspondem a 10% dos recursos humanos do C.H.C. e 27% e 62% dos Centros de Saúde de Coimbra e Góis, respectivamente

QUADRO Nº10.8. CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS.
Idade (média) dos Prestadores dos Serviços de Saúde nos Centros de Saúde e Hospital
Distribuição Percentual

SERVIÇOS SAÚDE	PRESTADORES							
	MÉDICOS		ENFERMEIROS		ADMINISTRATIVOS		TOTAL	
	COIMB.	GÓIS	COIMB.	GÓIS	COIMB.	GÓIS	COIMB.	GÓIS
C. SAÚDE	38,2	37,8	45,5	40	38,2	34,8	40,1	37,7
HOSPITAL (a)	38,2		44,9		38			

(a) Não existe informação relativa ao Hospital para Góis por não existir nesse concelho essa instituição.

FONTE: Inquérito nos Centros de Saúde e Extensões de Coimbra e Góis e Centro Hospitalar (Hospital Geral e Maternidade Bissaya Barreto), 1992

Os prestadores (65% do sexo feminino e 45% de masculino) têm em média 40 anos, no concelho de Coimbra (40,1 nos cuidados de saúde primários públicos – C.S.P.P. – e 40,3 no hospital) e 37,7 no de Góis. Os enfermeiros constituem o grupo de prestadores com maior média de idade (45,5 nos C.S.P.P. e 44,9 no hospital em Coimbra; e 40 nos C.S.P.P. em Góis) (quadro 10.8). Reconhecemos a importância desta variável, atendendo a que a idade é relevante na análise profissional, pois segundo alguns autores, depois dos 45 anos, diminui substancialmente a capacidade de inovação e adaptação a situações novas ou complexas.

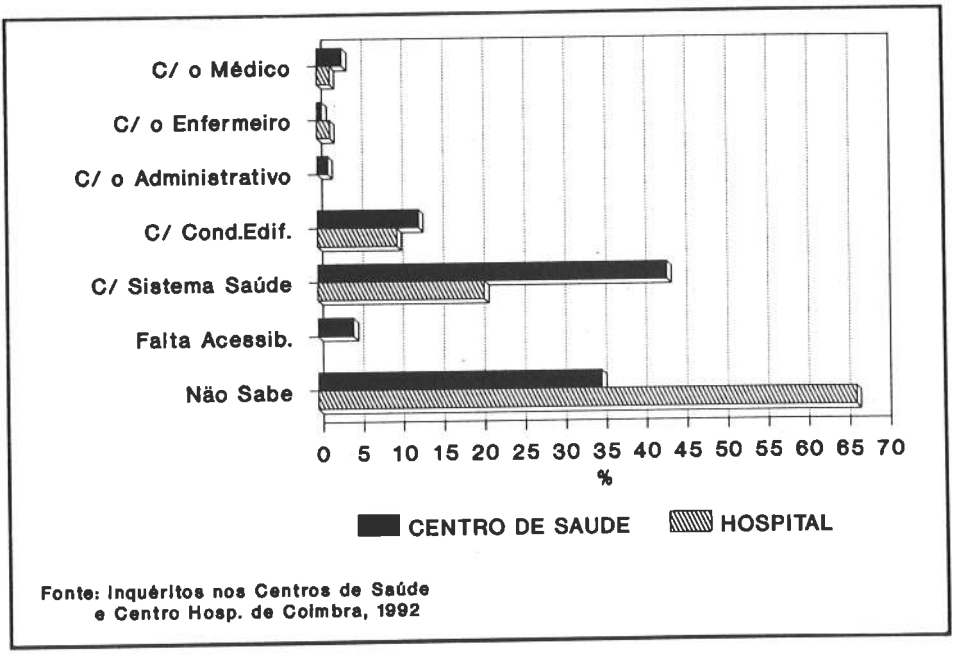


Fig. 10.4. Concelho de Coimbra.
Insatisfação com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador.

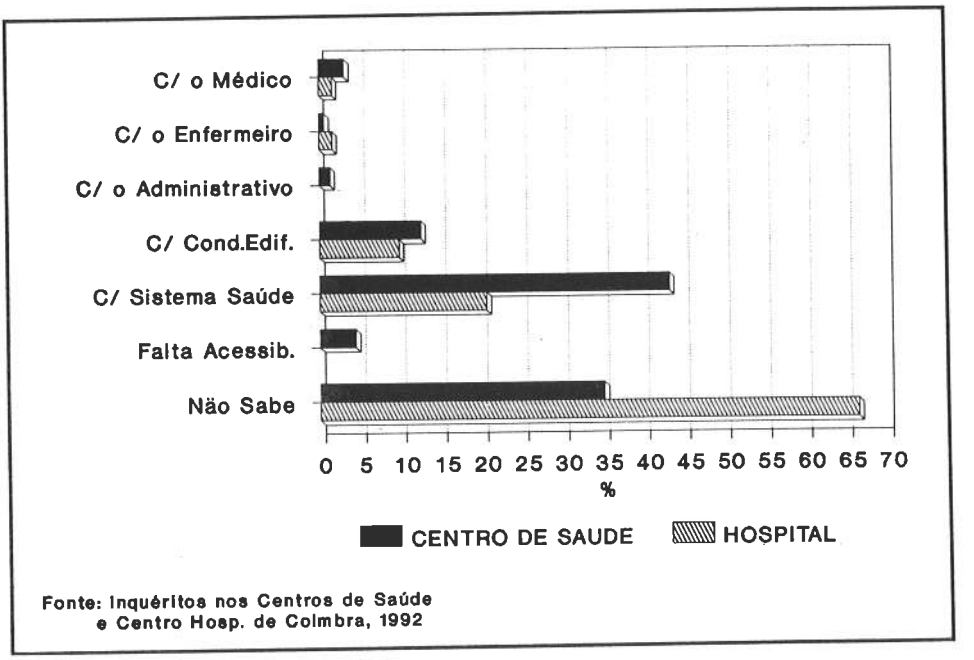


Fig. 10.5. Concelho de Góis. Insatisfação com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador

É interessante verificar que, em todos os grupos profissionais do estudo, a média de idades é inferior a esse patamar, pelo que é considerada uma situação vantajosa e poderá proporcionar melhoria da situação actual, se o sistema organizativo dos serviços for alterado.

As razões de insatisfação, segundo os profissionais de saúde, com os serviços do centro de saúde e extensão e do hospital lêem-se no quadro LXXXVIII e figuras 10.4 e 10.5.

No concelho de Coimbra, 43% dos prestadores referiram que os utilizadores dos C.S.P.P. não se sentem satisfeitos com os serviços, em virtude de o sistema de saúde não funcionar correctamente; 12,5% apontaram as más condições das instalações; e 35% não sabem porque é que os utilizadores estão insatisfeitos. A falta de acessibilidade é apresentada por 4,4% dos prestadores e não constitui, por isso, uma razão com valor percentual elevado. Ainda no concelho de Coimbra, 20,5% da população que presta serviços de saúde no hospital apresenta também o sistema de saúde como a causa da insatisfação com os serviços de saúde e 66,4% não tem qualquer ideia da razão porque os utilizadores se sentem insatisfeitos. O deficiente funcionamento do Serviço Nacional de Saúde é apontado também por 53,9% dos prestadores de C.S.P.P., no concelho de Góis, como causa da insatisfação com os serviços. As más condições das instalações, nas Extensões do Centro de Saúde de Góis, é outra razão apontada (23,1%). Recorde-se que o sistema de saúde nunca foi referido pelos utilizadores como razão de insatisfação com os C.S.P.P. mas com o médico privado e convencionado.

Além da percentagem de insatisfação, procurámos saber a média de satisfação que os utilizadores terão tido com as instalações, a localização e a prestação de serviços de saúde, na opinião do prestadores de C.S.P. e do hospital. No quadro LXXXIX e figura 10.6 pode ver-se que os valores variam, à semelhança da análise apresentada no ponto 10.2.2, entre o 1 e o 4, consoante a satisfação é maior ou menor com os parâmetros considerados. No concelho de Coimbra, na opinião dos médicos, a satisfação média, quer relativamente às instalações, quer à localização e prestação dos serviços, é a mais elevada no conjunto dos C.S.P.P. No concelho de Góis, os médicos têm também uma expectativa maior com a localização dos serviços e com a prestação.

Os enfermeiros consideram que existe uma menor satisfação com os serviços, nomeadamente com as instalações e a prestação de cuidados. O pessoal administrativo refere que a satisfação dos utilizadores é menor por motivos que se ligam com a localização do edifício. Em síntese, poder-se-á referir que a prestação de cuidados foi considerada o factor com satisfação média mais baixa por todos os prestadores, nos dois concelhos. No hospital, os prestadores consideram que a insatisfação está mais ligada com as condições deficientes das instalações do que com a prestação de cuidados. Isto verifica-se, sobretudo, nos médicos, comparativamente aos outros profissionais de saúde. A localização é um factor mais importante para os enfermeiros que o consideram como impeditivo de uma satisfação boa ou muito boa. Assim, os prestadores de cuidados hospitalares valorizam mais, como causa de insatisfação dos utilizadores, as deficiências das instalações e a localização. Por outro lado, é sensivelmente igual, nos dois tipos de serviços, a importância atribuída à prestação de cuidados como factor de insatisfação.

É interessante, desde logo, notar a discrepância verificada entre os utilizadores e os prestadores sobre a (in)satisfação dos primeiros.

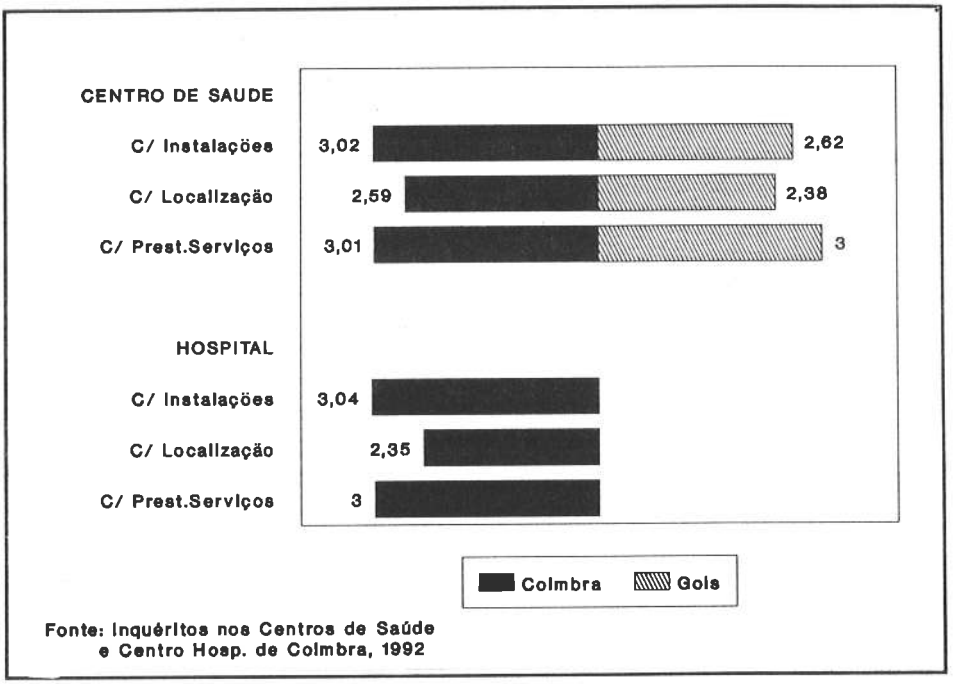


Fig. 10.6. Concelhos de Coimbra e Góis.
Satisfação Media com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador.

Enquanto a qualidade das relações interpessoais (vertente fundamental no processo de fornecimento de cuidados de saúde) é referido como principal causa da insatisfação pelos utilizadores dos serviços, já os prestadores lhe atribuem menor importância, para dar maior relevo às condições de trabalho (através das instalações) ou à localização dos serviços, como principais razões de insatisfação. Esta diferença, esperada, reflecte, no entanto, a dificuldade dos prestadores "perceberem" as necessidades dos seus utilizadores.

Teria sido, certamente, interessante poder colher a opinião dos médicos privados ou convencionados sobre esta matéria. Mas a dificuldade de recolha de tal informação, dada a quantidade, a dispersão e a indisponibilidade dos médicos referidos, a isso obstou.

10.4. SÍNTESE

Consideramos que a satisfação é um parâmetro relevante, porque condiciona o acesso aos cuidados de saúde: determina ou, pelo contrário, obstaculiza (quando se trata de insatisfação) a utilização dos serviços.

Concluiu-se que a possibilidade de escolha do médico proporcionava satisfação com os serviços de saúde. Os valores mais altos foram registados na escolha do médico privado quer no

concelho de Coimbra quer no de Góis; vem a seguir o médico do centro de saúde, com valor mais elevado em Coimbra do que em Góis. Duas razões sobressaem na escolha do médico, principalmente no concelho de Góis: ser o médico localizado mais próximo da residência e ter sido recomendado por pessoas de família ou amigos. Em quase todos os serviços, a proximidade é um factor determinante na escolha do médico habitualmente consultado.

Em Coimbra, a população local (urbana) tem satisfação mais baixa do que a residente não local (nas proximidades do centro urbano em áreas periurbanas). A comparação da satisfação dos não locais em Coimbra e Góis mostra que estes últimos têm níveis mais baixos de satisfação. Verificou-se ainda que é relativamente ao médico do centro de saúde que a população utilizadora revela maior percentagem de insatisfação e que, pelo contrário, é o médico convencionado o que regista menor insatisfação.

A subpopulação do sexo feminino tem, nos serviços do centro de saúde e do médico privado, no concelho de Coimbra, e nos da extensão, médico privado e convencionado, no concelho de Góis, níveis mais altos de satisfação com os serviços de saúde, quando comparada com a do sexo masculino. Até aos catorze anos e a partir dos sessenta e cinco, verificam-se níveis de satisfação mais altos em relação ao centro de saúde e extensão, nos concelhos de Coimbra e Góis, mas sempre mais altos em Góis. O centro de saúde agradou mais em ambos os concelhos, ao grupo dos Reformados; a extensão, ao grupo Médio/Baixo em Coimbra e ao Médio em Góis; o médico privado, em Coimbra, à subpopulação Médio/Elevado e, em Góis, ao grupo dos Reformados.

Conclui-se então que à satisfação se ligam variáveis de localização (distância da residência ao local prestador de cuidados de saúde), aspectos demográfico e características sociais.

A causa de insatisfação referida pelos prestadores é diferente da apresentada pelos utilizadores dos serviços de saúde. Enquanto a qualidade das relações interpessoais é principal causa da insatisfação dos utilizadores dos serviços, os prestadores atribuem-lhe menor importância, para dar relevo às condições de trabalho ou à localização dos serviços, como principais razões de insatisfação. Talvez esta diferença seja reflexo da dificuldade dos prestadores "perceberem" as necessidades dos seus utilizadores.

CAPÍTULO 11
CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. AS ALTERAÇÕES DEMOGRÁFICAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma das principais justificações deste estudo foi o reconhecimento de que a saúde da população passa pela redução das desigualdades a vários níveis e de que só pode ser conseguida com a mobilização de esforços de um conjunto de agentes para além do sector da saúde. Devem ser analisadas as questões da pobreza, más condições de trabalho e de habitação, ou seja, o meio e o ambiente em que os grupos humanos se movimentam e actuam. Devem existir acções coordenadas dos poderes locais, autoridades de saúde e outros agentes com influência na saúde.

O desenvolvimento económico dos últimos anos e a atracção da população pelas áreas urbanas (a taxa de urbanização passou de 29,7% em 1981 para 33,8% em 1991; I.N.E., 1993) potencia desequilíbrios económicos, sociais e demográficos no quadro do país, particularmente evidentes neste estudo. Partindo de dois pressupostos:

1) as alterações demográficas propiciam uma concentração da população mais jovem em áreas urbanas e aumento da importância relativa da população mais envelhecida nas áreas rurais;
2) a cobertura médico-sanitária e de infraestruturas sociais intensifica-se nas áreas urbanas em detrimento das áreas rurais, pelo que se verifica desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde, com tendência para o agravamento das iniquidades relativas locais e regionais.

O envelhecimento da população que se verificou entre 1981 e 1991 é o resultado da evolução da estrutura demográfica portuguesa (a população com 65 e mais anos cresceu de 11,4% para 13,5% e o grupo dos 0 aos 14 anos passou de 25,2% para 20,2% (I.N.E., 1993)) e levanta questões novas no planeamento dos serviços de saúde, a exigir a adopção de medidas que, considerando este cenário, respondam às novas necessidades por ele determinadas, designadamente no que respeita à acessibilidade dos cuidados de saúde, aos diferentes padrões de morbilidade e utilização dos serviços e às exigências de uma população cada vez mais dependente (terceira e quarta idades).

O fenómeno não é ainda tão acentuado como no conjunto dos países que integram a Europa dos Doze, onde a proporção de jovens é bem menor. No entanto, em Portugal, a variação da população entre 1981 e 1991 no grupo etário dos 0 aos 14 anos foi negativa. Ainda mais preocupante é o reforço ou concentração do fenómeno de envelhecimento em concelhos já envelhecidos. Torna-se por isso fundamental analisar as interligações que este fenómeno possa ter com o emprego, a saúde e a segurança social. É necessário repensar e agir de acordo com as novas necessidades, novos padrões de consumo e novos hábitos.

Em consequência das alterações demográficas poderão surgir mais pessoas com deficiências físicas e doenças mentais associadas com a idade. O número de doentes crónicos mentais ou com dependências funcionais completas tem crescido de forma assinalável e as suas necessida-

des de consumo de saúde aumentam em paralelo. Em simultâneo, as condições sociais e familiares de apoio têm vindo a alterar-se profundamente, traduzindo-se na dimininução da capacidade de cuidar dos parentes idosos.

Assim, diminuem os cuidados informais e aumentam as necessidades de cuidados prestados por instituições de apoio social e de saúde. As características da população (predisposição: sexo, idade, percepção de doença), os atributos quer individuais (grupos sócio-económicos, seguro de saúde, rendimento) quer de comunidade (facilidade de utilização de transporte público, distribuição dos recursos) e as necessidades percebidas pelo utente ou avaliadas pelo sistema de cuidados são factores determinantes no acesso e utilização dos serviços de saúde, condicionando o tipo de serviço, o local, o objectivo ou missão, o intervalo de tempo e a continuidade.

Importa compreender que a equidade e acessibilidade dos cuidados de saúde não dependem, em exclusivo, da mera existência de oferta, mas resultam antes, igualmente, das necessidades efectivamente sentidas pelas populações, do seu meio-ambiente, estilos de vida e condições sócio-económicas. Por isso, a saúde (e, *a contrario*, a doença) não deve ser entendida como simples resultado de existência ou não de serviços de saúde. É pelo contrário determinante a visão multisectorial do fenómeno. É que as soluções – os instrumentos para melhoria dos níveis de saúde – não se situam apenas no âmbito da actividade dos serviços de saúde nem dependem exclusivamente da sua localização e acessibilidade geográfica. É importante distinguir as diferenças entre acesso à saúde e ~~a~~acesso aos cuidados de saúde. Este último tem sido feito através da localização dos recursos. Por vezes, o debate político acerca do acesso à saúde tem sido erradamente focado, privilegiando a localização dos serviços (i.é., o acesso aos cuidados de saúde), fundamentalmente os hospitalares. A mudança desta prioridade para uma visão mais integrada do acesso à saúde deve passar também pelo reforço dos cuidados primários e preventivos, com a responsabilização pessoal das autoridades locais autárquicas e sanitárias pelo estado de saúde das comunidades.

A Administração Regional de Saúde do Centro mostrou interesse por este estudo que agora concluímos, porque se preocupa com a saúde da região, ao nível do planeamento regional, tendo reconhecido que a distribuição geográfica da saúde e da doença, as relações entre o meio e a saúde, a distribuição espacial dos cuidados de saúde e o acesso a estes são primordiais.

Até agora, os geógrafos não têm dado grande atenção à localização dos recursos de saúde, principalmente entre nós. Com efeito, são poucos os estudos até agora realizados que foquem os efeitos do meio na saúde. Os planeadores regionais têm-se preocupado com os recursos de saúde principalmente nos centros mais povoados. Assim, o acesso quer à saúde quer aos cuidados de saúde não tem sido objecto de investigação, particularmente dentro da Geografia em Portugal, à excepção de SIMÕES (1986, 1989).

Autores estrangeiros têm referido que a justiça social não tem sido incorporada nas teorias clássicas dos lugares centrais, em parte porque os instrumentos necessários para examinar os problemas da localização confiam demasiado em critérios de eficiência (economicistas) e dão pouca atenção aos problemas de decisão dos efeitos distributivos.

O geógrafo surge com um papel importante. A interdisciplinaridade parece ser a chave da investigação em serviços de saúde.

A inapropriação das fontes de dados (A.R.S.C. e D.E.P.S. e outras já referidas) aos objectivos que nos propusemos, levou a que desenvolvêssemos um instrumento de trabalho baseado em entrevistas à população das unidades de alojamentos (7038 nos concelhos de Coimbra e Góis).

11.2. ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS – CONCLUSÕES DO ESTUDO

Verificou-se que entre as duas áreas geográficas do estudo (concelhos de Coimbra e Góis) os padrões de utilização são determinados pelas diferenças morfofuncionais dos espaços e pelas características da população residente.

O concelho de Góis é marcado pela ruralidade registando-se nos últimos anos um decréscimo populacional acentuado, em consequência da saída dos mais jovens. Desse facto resulta o simultâneo envelhecimento da população e a diminuição da oferta de emprego. Em consequência, uma percentagem alta apresenta como principal fonte de rendimento as pensões sociais, e mais de um terço dos entrevistados referiu ter menos de 20 mil escudos de rendimento por mês.

Verificou-se a existência de diferenças, relativamente aos aspectos demográficos e sócio-económicos, que se traduzem em condições desfavoráveis para a população do concelho de Góis, comparativamente com Coimbra: têm menos anos de escolaridade, existem mais domésticas e reformados (idade e invalidez), trabalhadores activos essencialmente manuais, mais viúvos, maior frequência relativa de baixos rendimentos.

No concelho de Góis as más condições de habitabilidade (sem esgotos, sem retrete, sem banho, sem água no alojamento) reflectem a pobreza da população entrevistada. Apenas cerca de um quarto dos residentes têm automóvel próprio e telefone. Se a este facto associarmos a distância entre o local de residência e os cuidados de saúde e ainda a fraca rede de transportes públicos existentes nesta área administrativa, pode concluir-se que o isolamento em que vive a população das freguesias rurais do concelho é grande. A ligação com os cuidados de saúde é difícil, principalmente quando se pensa nos cuidados hospitalares e consulta de especialistas privados. A cobertura de unidades de saúde é assegurada unicamente ao nível dos cuidados de saúde primários, com funcionamento de um Centro de Saúde na sede do concelho. A concentração da oferta neste local e a desconexão da rede viária e de ligação de transportes públicos dentro e para fora do concelho propiciam as desigualdades no acesso a este nível de cuidados de saúde. Os cuidados hospitalares só são encontrados fora da área administrativa do concelho, sendo os mais utilizados os que se localizam em Coimbra, o que cria situação desvantajosa no acesso geográfico à população do concelho.

No concelho de Coimbra as condições de habitabilidade dos alojamentos e alguns indicadores sócio-económicos estudados (telefone e automóvel na residência) indicam que existe uma grande heterogeneidade nesta área administrativa relativamente a estes indicadores. Nos limites Norte e Noroeste, que correspondem a áreas rurais com fenómenos de periurbanismo e nas freguesias urbanas consolidadas foram encontradas condições de habitabilidade precárias. A acessibilidade geográfica varia, reconhecendo-se que são as áreas periurbanas dormitório e rural,

mais afastadas da concentração da oferta de cuidados de saúde, que têm menor acessibilidade. Nessas áreas a posse de automóvel próprio e de telefone na residência tem valores percentuais baixos, diminuindo por isso a ligação rápida entre a unidade de alojamento e o local de prestação de serviços de saúde.

Embora tenhamos consciência que o desemprego, que existe principalmente no concelho de Góis, possa vir a ter uma importância crescente em função do modelo económico prevalente, não é ainda marcante pelos mecanismos familiares e sociais de apoio que ainda o compensam.

Em termos de justiça social, existem dois grupos na população que têm situação desvantajosa no acesso à saúde e pouca oportunidade para serem saudáveis: pessoas de recursos baixos e/ou residentes em áreas geográficas sem oferta ou com má acessibilidade geográfica aos serviços de saúde.

A desigualdade no acesso (geográfica e económica) aos cuidados entre a população de Coimbra e Góis reflecte-se no tipo, local, motivo e frequência de utilização da oferta dos serviços de saúde.

Aqui se consubstancia um dramático paradoxo – é exactamente nos locais em que as populações (pelas suas características) apresentam maiores necessidades em cuidados de saúde que se verificam maiores carências, decorrentes da própria natureza das comunidades – pouco numerosas, fisicamente dispersas, com fracos rendimentos económicos.

Necessariamente que não faz sentido, em termos dos custos (sociais e económicos) de oportunidade envolvidos, dotar cada concelho da totalidade dos serviços de saúde, de forma a garantir completa igualdade de acesso a toda a população. Mas não pode é ignorar-se o sentido estratégico de uma (necessária) intervenção neste âmbito. Os custos para o país, mais uma vez sociais e económicos, da desertificação do(s) interior(es) e da concentração urbana por falta de condições nos locais de origem das populações deslocadas (com a plétora de perversidades sociais decorrentes) serão certamente bem maiores do que a adopção de uma política social (e de saúde) que vise melhorar as condições de acessibilidade das populações mais carentes aos serviços de saúde e adequar os serviços às reais necessidades das comunidades em mutação.

A restruturação da oferta ao nível do Serviço Nacional de Saúde foi notória no concelho de Coimbra. Nos últimos cinco anos foram criados cinco Centros de Saúde e um Hospital Universitário, em substituição de um já existente. No concelho de Góis, a reconstrução do Centro de Saúde no local do já existente proporciona à população do concelho melhor qualidade da instalação e de prestação de cuidados.

Embora o tipo de oferta ao nível de cuidados de saúde primários seja idêntica nas duas áreas geográficas em foco, a utilização é diferente. No concelho de Coimbra 12% da população entrevistada não estava inscrita no Centro de Saúde enquanto que em Góis este valor é de 5%. A maior parte da população inscrita pertence ao Serviço Nacional de Saúde, em ambos os concelhos, sendo o valor percentual mais elevado no concelho de Góis.

Verificou-se, no entanto, que nos seis meses que antecederam as entrevistas 55,8% e 71,5% utilizaram os serviços de saúde em consultório (à excepção de Hospital), respectivamente nos concelhos de Coimbra e Góis, e em ambas as áreas geográficas foram a Extensão e o Centro de Saúde (cuidados de saúde primários públicos) os serviços mais utilizados. A utilização de mais

de um serviço é mais frequente em Góis do que em Coimbra, sendo neste último concelho a conjugação público/médico privado que apresenta valores percentuais mais altos, enquanto em Góis é a conjugação público/médico convencionado. A razão para este facto deve-se ao tipo de oferta existente nas duas áreas e à capacidade financeira dos agregados familiares. A proximidade é um factor que é determinante na utilização. A população que reside em locais com centro de saúde utiliza preferencialmente este tipo de serviço e o mesmo se observa nas freguesias com extensão. O que acabou de ser descrito é válido em ambas as áreas geográficas. Verificou-se, no entanto, que a utilização do médico privado pela população de Góis é percentualmente mais elevada pelos residentes em locais com extensão. Este facto pode corresponder a uma "alternativa" ao Serviço Nacional de Saúde (com custos elevados para o utente) que não é acessível em termos geográficos ou não apresenta "aceitabilidade" suficiente aos seus utilizadores (i.e. falta de qualidade ou diferenciação técnica).

A percepção de "doença" pode condicionar a utilização. A população de Góis utilizou mais os serviços e teve um maior período de "doença", ou seja a população com "doença" (em quinze dias) é 8,4% em Coimbra e 14,9% em Góis e a utilização é quase três vezes maior nesta última área. Na relação "doentes"/utilização verifica-se que em Góis há uma maior utilização por não "doentes" comparativamente ao que se observa em Coimbra. Em Góis reconhece-se uma atitude mais preventiva. Por outro lado, também se registam valores percentuais mais altos de "doentes" que não utilizaram os serviços de saúde, neste concelho. A população masculina tem valores percentuais mais baixos de "doença", em ambas as áreas geográficas.

A utilização dos serviços de saúde é gerada pela proximidade, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários públicos. Embora o recurso ao médico privado seja percentualmente mais alto na população que reside mais próxima, para a análise desta relação não poderá entrar unicamente esta variável, antes têm que ser considerados factores de ordem sócio-económicos em virtude da natureza do serviço (pago pelo utilizador).

Embora na aquisição de medicamentos a população do concelho de Góis apresente valores percentuais mais altos, bem como relativamente à média de escudos gastos em quinze dias, a compra é dificultada pela quase inexistência de farmácias no concelho. Em ambas as áreas geográficas registam-se valores mais altos na população feminina, nos grupos de 65 e mais anos, no grupo social Reformados, na população com período prolongado de "doença". Os valores mais altos corresponderam aos que referiram ter "doença" prolongada e não ter utilizado os serviços de saúde no mesmo período, na área rural de Góis e na urbana de Coimbra, o que pode traduzir, eventualmente, um fenómeno preocupante de auto-medicação.

Nas condicionantes da utilização foram apresentados diversos factores, de que se destacaram a percepção de "doença", o sexo, a idade, a classe sócio-económica, factores geográficos (proximidade da oferta de serviços de saúde) e áreas de residência. Ficou comprovado que quem utiliza mais os serviços de saúde primários públicos é a população rural; a urbana utiliza mais o Hospital. Em cada 100 pessoas entrevistadas 35 de Coimbra referiram ter tido contacto com o Hospital e, em Góis, apenas 18 o fizeram. Nos cuidados de primeiro contacto, a proporcionalidade é inversa: 55,9% e 71,5% utilizaram os cuidados de saúde, respectivamente nas áreas urbana e rural. Os cuidados de saúde primários públicos são mais utilizados pela população mais jovem e

mais idosa, o médico convencionado é mais utilizado pela população do grupo dos 15 aos 64 anos, residentes na área rural, e o médico privado pela população infantil da área urbana. Os cuidados de primeiro contacto (fora do hospital) têm valores percentuais mais altos na população com mais de 65 anos que reside na área rural. O hospital é também utilizado por este grupo de idade residente na área urbana.

A população feminina utiliza mais os serviços de saúde. Em ambas as áreas geográficas o grupo social que utiliza mais os dois tipos de cuidados (primários e hospitalares) é o dos Reformados. Todavia, o médico privado apresenta valores mais altos na classe Médio/Elevado e a urgência do hospital na classe Baixo.

O padrão de utilização depende ainda do período de "doença" – períodos curtos correspondem a utilização do centro de saúde, médico privado e convencionado, enquanto períodos mais longos correspondem a utilização do hospital.

O rendimento influencia a procura e utilização: quem utiliza mais os cuidados de saúde primários públicos é a população com menores recursos, o médico privado é mais utilizado pela de rendimento mensal superior a 100 mil escudos.

A satisfação pode determinar ou obstaculizar a utilização dos serviços de saúde, pelo menos em termos de continuidade. Verificou-se que o grau de satisfação com os serviços é mais elevado na população rural. No entanto, a que, em Góis, utiliza serviços de saúde não localizados na área de residência tem níveis mais baixos de satisfação, ou seja, a deslocação para fora da freguesia de residência ou até do concelho diminui a satisfação.

Apesar do esforço feito nos últimos anos para oferecer melhores serviços de saúde, pelo menos ao nível de instalações, o grau de satisfação com os serviços públicos é baixo: a razão principal apresentada reside no médico público. A população feminina e os mais idosos tem níveis mais altos de satisfação com os serviços de saúde em geral, confirmando estudos monográficos sobre o assunto. A principal causa de insatisfação referida pelos utilizadores dos serviços de saúde são as relações interpessoais, enquanto do ponto de vista dos prestadores as condições de trabalho ou a localização dos serviços são os motivos que estes pensam constituírem maior razão de insatisfação. A evidente discrepância de opiniões talvez seja a consequência da dificuldade de os prestadores "perceberam" as reais necessidades dos utentes.

11.3. UMA PERSPECTIVA DE MUDANÇA

11.3.1. *Aumentar o Acesso, Diminuir as Iniquidades*

Os factores geográficos são relevantes na análise da utilização. Condicionam-na a distância a percorrer entre os locais de residência e os de prestação de cuidados. Verificaram-se diferenças assinaláveis entre os concelhos de Coimbra e Góis no tempo e custo de deslocação ao médico privado, convencionado e hospital, sempre mais altos no concelho de Góis. Este facto está na origem da taxa de utilização dos serviços hospitalares pela população aí residente. A longa

distância a percorrer, associada à fraca rede de transportes públicos, constituem desincentivos à utilização pelos que necessitam de cuidados de saúde. Cerca de 60% da população que utilizou o centro de saúde deslocou-se em transporte público ou privado, com custos elevados.

O tempo de espera é também um factor de insatisfação com o Serviço Nacional de Saúde, decorrente do tipo de marcação de consulta. Este sistema obriga os utentes a permanecer mais tempo na unidade de saúde.

Em suma, é nas áreas mais carecidas de oferta de serviços de saúde que reside a população com mais necessidades de cuidados, quer pela idade avançada quer pela pobreza em que vive, que é geradora, em princípio, de maus estados de saúde e períodos prolongados de doença.

Seria interessante comparar os estudos ora apresentados com outros resultantes de pesquisas idênticas em Portugal. Todavia esta abordagem é rara no nosso país, pelo que tal comparação é impossível.

Como atrás ficou referido, não foi possível comparar estes resultados com os do Inquérito Nacional de Saúde, por três razões:

1) o Inquérito realizou-se em 1987 e só está previsto repetir-se em 1995;
2) existem dúvidas quanto à representatividade da amostra utilizada;
3) e não estão disponíveis dados desagregados ao nível concelhio.

As insuficiências apontadas desvirtuam um instrumento precioso de análise e conhecimento da realidade, impedindo a sua utilização como referência em algumas linhas de investigação.

Para além da confirmação da validade metodológica dos instrumentos utilizados neste trabalho, resulta comprovada a relevância de factores diversos no acesso à saúde. Tal conclusão permite remeter para múltiplos agentes a responsabilidade pela concretização de medidas – de gestão, sociais, económicas e políticas – com vista ao aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, à melhoria do estado de saúde das populações e à diminuição das iniquidades verificadas neste âmbito. E tais medidas deverão implementar-se considerando a evidente escassez de recursos disponíveis, necessidades de fazer opções estratégicas ao nível dos ambientes humanos, sua preservação e desenvolvimento; neste objectivo é necessário o envolvimento das populações e autarquias, num quadro de planeamento norteado pelo conhecimento profundo das alterações demográficas e do ambiente e sua influência sobre os padrões de necessidades e procura de bens e serviços de saúde.

Assim, é possível apontar um conjunto de conclusões práticas a vários níveis:

Económicas e sociais:

1) Garantia de um conjunto de condições de salubridade, de higiene e conforto que proporcione às pessoas viver de acordo com os padrões mínimos reconhecidos como relevantes para o estado de saúde e bem-estar da população (electricidade, água canalizada, esgotos ligados à rede pública, retrete e banho ou duche dentro do alojamento e telefone na unidade de alojamento);
2) Adopção de políticas de criação de oportunidades de emprego de acordo com as capacidades e vocações locais e individuais e com remuneração compatível, diminuindo as disparidades salariais;

3) Desagravamento do peso de "continuar vivo", proporcionando aos idosos melhores condições de vida. Este grupo tem mais dias de "doença" percepcionada, maior taxa de utilização dos serviços de saúde, é o que consome mais medicamentos e, simultaneamente, é o que tem menos acesso aos serviços de saúde, quer em termos económicos, quer geográficos. Reformas demasiado baixas permitem-lhes "pagar" uma pequena "parte" da saúde. A alimentação saudável, a higiene e o conforto são apanágio apenas de alguns, talvez os que vivem num agregado familiar. A deseestruturação da família ou a modificação dos padrões de convivência familiar vão, talvez, num curto ou médio prazo, tornar estas situações raras e, por isso, aumentar o leque da população que encontra já graves iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Além disso a idade diminui a mobilidade e a capacidade para deslocações a pé, o que se traduz numa perda de acesso geográfico aos serviços. Torna-se, assim, necessário uma reformulação das políticas sociais, de forma a assegurar níveis aceitáveis de autonomia aos mais idosos, simultaneamente com o apoio à sua mobilidade.

Financeiras:

1) Dotação dos serviços de saúde primários de recursos de acordo com as necessidades reais de cuidados de saúde das populações;
2) Desenvolvimento de um esquema de financiamento de hospitais com base em programas de curto e longo prazo para que se torne possível responder com mais eficácia e eficiência à procura, designadamente no que respeita a grupos sociais de risco (idosos, reformados, etc.);
3) Investimento em áreas como o ensino, emprego e segurança social (melhoria significativa de pensões sociais), na construção social, na rede de estradas municipais, nos transportes locais, criação de espaços verdes, de lazer e convívio (cada vez mais importantes pelo aumento de tempo de lazer),
4) Transferência de recursos para os grupos de idade mais avançada quer na criação de infraestruturas de apoio quer no aumento das fontes de rendimento.

Educação para a saúde:

1) Fornecimento aos cidadãos de um conhecimento mais concreto e individual de como viver com estilos de vida mais saudáveis;
2) Informação sobre saúde e doença e utilização de cuidados de saúde;
3) Relevância do papel da família como um dos principais responsáveis pela saúde individual e da comunidade;
4) Apoio e incentivo à estadia do idoso no meio que lhe é mais favorável – sua residência ou comunidade local;

   Os centros de saúde e as extensões localizadas geograficamente mais próximas da população potencialmente utilizadora e ainda por terem também uma vocação preventiva devem desenvolver acções neste campo. Verificou-se que o tempo de espera no dia em que utilizaram os serviços de saúde foi elevado. Independentemente das

causas que estão na origem deste fenómeno, importa salientar que o tempo de espera poderá transformar-se em espaço de aprendizagem na área da saúde, com reflexos importantes nos níveis de saúde e, consequentemente, na utilização dos serviços de forma mais equilibrada e com mais eficácia.

Infra-estruturas:

1) Renovação da rede de transportes ou criação de ligações (com horários compatíveis) sempre que seja necessário entre os locais de menor acessibilidade geográfica e a oferta de cuidados primários e hospitalares. Os cuidados primários podem ainda ser fornecidos, por exemplo, por equipas móveis que com facilidade se possam deslocar a esses locais. A desertificação de alguns espaços no concelho de Góis desincentiva a abertura de novas unidades e criação de redes de transportes públicos. Por isso, para responder às necessidades primárias, a constituição de equipas móveis pode trazer benefícios à acessibilidade e responder com mais eficácia e eficiência às necessidades de saúde da população;
2) Melhoria do estado dos caminhos e estradas municipais que ligam os lugares povoados;
3) Dotação de todos os povoados com, pelo menos, um telefone público.

Alterações à organização da prestação de cuidados de saúde:

1) Modificação no sistema de marcação de consultas. Se fôr especificada a hora de atendimento em vez do sistema em vigor "primeiro a chegar primeiro a ser atendido", coordenado com os horários dos transportes públicos, os tempos de espera podem ser reduzidos. Dar a possibilidade de marcação de consulta pelo telefone;
2) Maior coordenação entre os serviços de saúde públicos, primários e hospitalares, dotando os primeiros de poderes financeiros e de decisão que tornem o médico de família num verdadeiro "gestor" da saúde, responsabilizando-o mais pela saúde da família e da comunidade;
3) Alteração do comportamento dos prestadores relativamente aos utentes dos serviços, aumentando a afabilidade e a cortesia, componentes fundamentais nas interrelações pessoais e que têm reflexos na satisfação dos utilizadores e na utilização continuada dos serviços;
4) Incentivo à utilização dos cuidados de saúde primários, principalmente na área urbana, de forma a diminuir a utilização indevida do hospital. O alargamento do horário de funcionamento do centro de saúde, por exemplo, permitiria a utilização a todas as horas do dia, constituindo uma alternativa aos serviços de urgência dos hospitais, principalmente para a população urbana. Por outro lado, se o período de consultas se estendesse até às vinte horas, permitiria que a população que exerce uma actividade profissional a utilizasse com mais frequência, principalmente a população masculina.
5) Desenvolvimento do serviço domiciliário quer ao nível da consulta de urgência quer no seguimento do doente saído de uma qualquer instituição de saúde;

6) Promoção de acções sociais junto da população em virtude de alguns extractos da população em determinados períodos da vida necessitarem de cuidados que ultrapassam os cuidados médicos. Acompanhamento do doente e levantamento de situações que poderão ser de grande utilidade aos "gestores " da saúde da comunidade;
7) Vigilância da saúde ou doença do indivíduo enquanto integrado na comunidade, alertando-o, por exemplo, para a necessidade de consultas de rotina ou de exames periódicos no caso das crianças e idosos e ainda certos tipos de morbilidade. Esta atitude poderá despistar ou intervir em casos que poderiam culminar em situações complicadas para a população e para os serviços de saúde – caso de internamento ou de necessidade de cuidados médicos na residência;
8) Aumento da capacidade de resposta às necessidades de saúde das populações, diminuindo as listas de espera dos cuidados hospitalares. Listas de espera de vários meses ou anos desencadeiam novas necessidades de cuidados médicos, por vezes aumentando o custo por doente tratado.
9) Aumento do leque de opções de prestação de cuidados de saúde, aumentando a concorrência, preservando a qualidade da prestação e a variedade de oferta, com garantia de condições equitativas de acesso

11.3.2. *Investigação em Cuidados de Saúde*

Pode afirmar-se que o conjunto de factores sociais, económicos, financeiros, políticos e ambientais são, conjuntamente com a oferta de serviços de saúde, determinantes para o estado de saúde da população.

Por isso, não tem sentido pensar apenas em propostas de alteração a abranger exclusivamente a prestação de cuidados de saúde. Como o planeamento dos serviços de saúde tem sido, na maior parte dos casos, um acto político, o debate acerca das questões fundamentais dificilmente terá começado. Mas mesmo onde tem havido intervenção de critérios técnicos é ignorada, muitas vezes, a influência dos factores ambientais e demográficos cuja relevância ressalta do presente trabalho. Importa reconhecer que a promoção da saúde e a prevenção da doença constituem actividades que, sob o ponto de vista económico ou da sua eficiência social, devem assumir-se como estratégicas, determinando obrigatoriamente mudanças, quer no modelo de prestação de cuidados ao nível primário e hospitalar (i.e. aumentando a sua acessibilidade, aceitabilidade e eficiência), quer nas atitudes dos consumidores de bens e serviços de saúde (orientando as suas opções de utilização e adequando-as às suas necessidades específicas), quer no comportamento dos prestadores de cuidados de saúde (aumentando a satisfação dos utilizadores e a eficiência dos serviços), quer, finalmente, nas políticas locais, regionais e nacionais de saúde e sociais (garantindo a equidade do sistema). Estas alterações deverão ocorrer no âmbito de uma profunda reflexão baseada em dados rigorosos e detalhados sobre as populações e a relevância dos factores que as caracterizam e determinam os seus padrões específicos de necessidades de cuidados de saúde e utilização dos serviços que os fornecem.

As questões formuladas neste estudo e que põem em evidência as desigualdades demográficas, sociais, económicas e geográficas no acesso aos serviços de saúde, devem ser levadas mais longe ainda, de forma a obter-se a compreensão de como estas desigualdades influenciam o estado de saúde das populações e de como, intervindo sobre um (ou vários) desses factores, é possível melhorar esse estado de saúde.

O geógrafo assume-se, assim, como um indispensável elemento das equipas multidisciplinares a quem deverá competir tal tarefa.

ANEXO 1

MANUAL DO ENTREVISTADOR

QUESTIONÁRIO ÀS UNIDADES DE ALOJAMENTO

COLABORAÇÃO:

- *Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra*
- *Administração Regional de Saúde de Coimbra*

1990

Desde já, deve escrever o seu nome no Manual e, sobretudo, o do Supervisor que consigo colaborará na resolução de todas as dúvidas.

Área de Supervisão _____

Nome do Supervisor _____

Morada _____

Telefone _____

Nome do Delegado Regional _____

Morada _____

Telefone _____

INSTRUÇÕES GERAIS

O Questionário com que vai trabalhar, está dividido em várias àreas. Cada área engloba um conjunto de perguntas relacionadas com o tema em estudo.

- Em relação a cada uma das áreas do Questionário existe neste Manual um pequeno texto explicativo onde se chama a atenção para os Conceitos e Definições necessárias e se dão as instruções requeridas para as perguntas incluídas. Assim, leia cuidadosamente o Manual respectivo ao estudar cada uma das àreas.

A - SOBRE A ENTREVISTA:

1. Algumas Áreas poderão ser aplicáveis apenas a uma parte da população. Quando tal acontece, vem sempre a indicação necessária na folha do Questionário a ela respeitante. Se nada está assinalado, então a Área é para inquirir a todas as pessoas.

2. Partes do Questionário estão inscritas em letras maiusculas e outras em letra minuscula.

   Tudo o que está escrito em MAIUSCULAS deve ser lido textualmente aos inquiridos.

   As partes escritas em letras Minusculas são apenas indicações para si próprio, pelo que não deverão ser lidas em voz alta, podem contudo servir de orientação ao entrevistado.

3. Em algumas perguntas, encontrará uma Passa seguida do nº de uma pergunta (P...) (Área seguinte), enquanto noutras nada está assinalado.

   a) Quando nada está assinalado à frente do número onde inscreveu a resposta que lhe foi dada, significa que continuará o Questionário com a pergunta imediatamente a seguir.

   b) Se à frente do número correspondente à resposta dada está Passa seguida de "P... ", deverá continuar o Questionário fazendo a pergunta cujo número está assinalado à frente de Passa.

B - SOBRE O PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO

1. Para cada Pergunta, existe um espaço determinado em cada coluna onde se inscrevem as respostas (ou os códigos respeitantes às respostas) dadas por cada Inquirido.

   Cada Pergunta terá que ter sempre assinalada uma resposta para cada Membro. CERTIFIQUE-SE QUE ASSIM ACONTECE.

2. Ao longo do Questionário, nas várias colunas há três maneiras distintas de assinalar as respostas dos Inquiridos. Assim:

   a) Quando a resposta já está inscrita no Questionário, dentro dum quadro de alternativas pré-estabelecidas, deverá assinalar o número que corresponde CIRCULANDO-O a lápis.

   b) Quando se trata de uma quantificação numérica que não está previamente codificada, deverá INSCREVER nas quadrículas respectivas a resposta que lhe foi dada.

      Tome em atenção que não deverão ficar quadrículas em branco pelo que, as que não forem preenchiveis pela resposta dada deverão sê-lo por zeros à esquerda.

   c) Um terceiro processo de inscrição de resposta diz respeito às perguntas em que lhe aparece a instrução de especifique ou indique(ver códigos)

      c) 1. Quando lhe aparece uma instrução de "INDIQUE" ou "ESPECIFIQUE", deverá, nos traços correspondentes que para isso existem, escrever sucintamente a resposta que lhe foi dada e tal como foi referida pela pessoa inquirida

      c) 2. Quando encontra a instrução de "CODIFIQUE", deverá consultar a Tabela de Códigos anexa ao Manual e inscrever nos espaços destinados da Coluna respectiva exactamente o Código que encontrou na Tabela.

      c) 2.1. Está previsto que a codificação destes Campos venha a ser feita não pelo Entrevistador, mas por um Codificador que, assim, Codificará todos os Questionários.

Existem seis Códigos *(por ordem alfabética)*:

Código de lugares	**CLV**
Código de Centros / Extensões de Saúde	**CCS**
Código de Especialidades Médicas	**ESP**
Código de Patologias	**PAT**
Código de Profissões	**PROF**

Cada Código tem a sua lógica.

As folhas de instruções que as acompanham vão ajudá-lo.

No caso de lhe surgirem dúvidas esclareça-as de imediato.

Sem um completo entendimento dos Códigos a informação que irá recolher nas entrevistas pode não ser suficiente (qualitativamente e quantitativamente) para a codificação que terá de fazer.

NOTA: ***O Entrevistador não deve preocupar-se com esta parte por ela ser da responsabilidade do Codificador.***

3. Existem alguns números de Resposta que têm um significado constante no Questionário. A saber:

   a) 9, 99, 999, ..., significam que o Inquirido NÃO SABE responder à pergunta formulada.

   b) Quando uma Pergunta permite uma Resposta de SIM ou NÃO, NÃO é sempre dois (2) e SIM é sempre um (1).

ATENÇÃO

Sobre o atrás referido importa esclarecer a existência de duas excepções:

Ex: *- A aplicação dos Códigos PAT, em que os digitos da esquerda são preenchidos com zeros em substituição dos noves (isto é NÃO SABE é 00009)*

4. Em algumas perguntas ou áreas do Questionário deve utilizar CARTÕES onde estão assinaladas as diversas hipóteses de resposta que o Entrevistado pode dar.

Pretende-se, assim, estimular a participação do Entrevistado no processo de entrevista e focalizar a sua atenção nas respostas previstas.

No entanto, tome em atenção que pode criar uma situação embaraçosa ao dar a ler um cartão a um Entrevistado que anteriormente afirma não saber ler. Actue cautelosamente. Leia as hipóteses de resposta mais pausadamente visto o entrevistado não estar a acompanhar a sua leitura com o respectivo cartão.

Os cartões que se encontram em anexo do presente Manual devem ser mantidos em bom estado de conservação e acompanham-no sempre nas entrevistas. A sua incorrecta utilização é um factor de distorção na comparabilidade dos dados recolhidos.

São os seguintes os cartões a utilizar:

Cartão nº 1: *Calendário (definição do período de referência de duas semanas)*

Cartão nº. 2: *Calendário (definição do período de 12 meses anteriores)*

Cartão nº 3: *Razão da última consulta em cada local (Respostas à pergunta nº 33)*

Cartão nº 4: *Tipos de cuidados para além dos do médico (Respostas à nº. 35)*

Cartão nº 5: *Razões porque não procurou os Serviços de Saúde*

Cartão nº. 6: *Procura de Cuidados de Saúde para além dos Cuidados Médicos*

C - UMA ULTIMA PALAVRA:

Codificar, requer tempo e atenção. Não o faça no decorrer da entrevista pois além de torná-la mais morosa irá quebrar-lhe necessariamente o ritmo.

Assim, no decurso da entrevista limite-se a circular com um lápis a hipótese referida pelo entrevistado e a escrever por extenso a resposta dada e, só depois do Questionário concluído, o entrevistador deve inscrever o código no local próprio, dentro de quadrículas do lado direito do Questionário. O Codificador deve recorrer às Tabelas de Códigos para efectuar a codificação das respostas especificadas por entenso.

ATENÇÃO

O Questionário é composto por duas partes:

- INFORMAÇÃO SOBRE A HABITAÇÃO

- INFORMAÇÃO SOBRE CADA INDIVIDUO QUE RESIDE NA U.A.
. *(Unidade de Alojamento)*

Para cada Unidade de Alojamento deverá ser preenchida uma folha que contem Informação sobre a habitação e tantos questionários individuais quantos o número de elementos que compõem essa U.A..

PÁGINA DE REGISTO DE ENTREVISTA

Objectivos:

Esta página destina-se a registar as seguintes variáveis:

1. *Identificação da Unidade de Alojamento (U.A.) - concelho, lugar, rua, nº de polícia, Telefone*

2. *Data da realização da entrevista*

3. *Resultado final da entrevista e eventual causa da não realização*

4. *Identificação do entrevistador e supervisor* (assine e indique o seu número de entrevistador)

CAUSAS DA NÃO REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Conceitos:

Recusa:

- Quando não for possível obter informação de nenhum membro da família devido a recusa explicita em responder.

Ausência episódica ou desconhecida:

- Impossibilidade de encontrar os residentes na U.A., tendo a informação (pelos vizinhos) de que não estão a residir na U.A. durante os dias em que a entrevista deveria decorrer.

  Também aqui se pode incluir os casos em que os residentes da U.A. foram contactados pessoalmente pelo entrevistador, mas adiem sucessivamente a data da entrevista.

U.A. não habitada:

- Se a U.A. está devoluta, ou só excepcionalmente ocupada por famílias que residem habitualmente noutro local.

U.A. dupla:

- Deverá ser usado para classificar a situação em que a U.A. em causa é ocupada por uma família que também ocupa outra U.A. da amostra.

  Ex: Família que ocupe o lado direito e esquerdo do edifício.

U.A. colectiva:

- Aquartelamento, residência de estudantes, etc.

Não é U.A.

- Caso de unidades seleccionadas para a amostra mas que não servem para alojamento de famílias.

  Ex: *Escritórios, Consultórios, etc.*

RESULTADO DAS ENTREVISTAS

Deve preencher este quadro em relação a todas as U.A.s.

Conceitos:

Entrevista completa

A entrevista à U.A. em que foi possível obter informação sobre todos os membros de todas as famílias mesmo que eventualmente a informação não tenha sido dada pelo próprio.

Entrevista Incompleta

Embora de ocorrência excepcional poderá acontecer que não seja possível obter informação a respeito de um ou vários membros isolados de uma família.

Também ocorrerão situações em que se obterá informação sobre os membros de uma família, mas não sobre os membros da outra, da mesma U.A..

Estas duas situações serão classificadas como Entrevistas Incompletas

Entrevista não realizada

Sempre que não seja possível obter informação sobre nenhum dos residentes de uma U.A. deve a entrevista a essa U.A. ser considerada não realizada.

NÚMERO DE VISITAS

Interessa saber quantas visitas foram realizadas até obter o resultado final da entrevista.

Deve pois indicar à frente do tipo de resultado final (completo, incompleto, etc.) o nº. de visitas que foram efectuadas.

INSTRUÇÃO:

Antes de iniciar a entrevista deve preencher os dados relativos à identificação da Unidade de Alojamento (U.A.)

IDENTIFICAÇÃO DAS U.A.s

A Identificação é feita através da descrição do número de alojamento, morada, (freguesia e concelho) em que se situa.

Para tratamento informático encontra-se no canto superior direito um conjunto de espaços que devem ser previamente codificados , identificando inequivocamente o concelho, a freguesia, o local ou rua e a U.A..

NOTA: O número de alojamento tem que corresponder ao número que lhe foi previamente determinado e que está assinalado no mapa informativo que o deve acompanhar sempre nas entrevistas.

Deve escrever a morada da forma mais completa possível.

NOTA: Os códigos que formulou no espaço do Questionário relativo à INFORMAÇÃO SOBRE A HABITAÇÃO, têm que corresponder aos que se vão encontrar nos QUESTIONARIOS INDIVIDUAIS (Nº. de Alojamento, Nº. da Família)

NO QUESTIONARIO INDIVIDUAL tem ainda de preencher o código do número de indivíduo. O primeiro indivíduo a ser inquirido é o número 01 e o quarto é o 04 e sempre nessa ordem, desde que pertençam à mesma Família (veremos a seguir mais concretamente).

1ª PARTE DO QUESTIONARIO

- INFORMAÇÃO SOBRE A HABITAÇÃO

Objectivos:

Pretende-se com esta informação caracterizar cada Unidade de Alojamento atendendo às condições físicas da mesma.

Os resultados a que chegarmos, quanto ao tipo de habitação e condições da mesma, fornecer-nos-ão elementos de grande importância para definir tipologias de habitat.

Alguns destes elementos informativos devem ainda vir a ser correlacionados com outros que constarão na segunda parte deste Questionário.

Conceitos:

Pergunta 1. - TIPO DE HABITAÇÃO

1. <u>Andar, Moradia com espaço e conforto</u>

Deve entender-se este tipo de habitação, seja ele andar ou moradia, desde que:

- Construção recente ou antiga desde que bem conservada; com divisões amplas, bem iluminadas, com aquecimento; materiais de construção utilizados resistentes e duráveis (boa qualidade)

2. <u>Andar, moradia de categoria média / construção social</u>

Deve entender-se: Um tipo de habitação de renda económica (alugado ou próprio); por ex: casas da Câmara, de Cooperativas de Habitação ou subsidiados pelo Fundo Social de Habitação.

Incluem-se ainda: as construções que não estejam em bom estado de conservação; unidades de alojamento de dimensões pequenas e com pouco conforto.

3. <u>Andar, moradia com escassa ventilação ou iluminação deficiente</u>

Deve incluir-se aqui:

Casa de dimensões muito reduzidas, por vezes com poucas aberturas para o exterior (janelas), construção muito pobre (desde os materiais utilizados).

Ex: *Blocos de granito ou xisto em bruto, sem serem trabalhados; telhados de lousa ou telha vã; divisões interiores em madeira ou contraplacado, etc.*

4. <u>Barraca, casa de madeira, casa móvel.</u>

Deve incluir-se aqui as situações de:

Acampamento de Ciganos ou outros; casas construídas em madeira desde que não se trate de uma construção que deva ser incluída em (1) (casa Pré-Fabricada com acabamentos sofisticados ou de luxo); e ainda a casa móvel entendida como casa assente em quatro rodas podendo ser deslocada. Ex: vendedores ambulantes, trabalhadores de Circo.

NOTA: Deve ter-se em atenção que é relativo à residência habitual - ver Definição de Residência Habitual.

2.- REGIME DE OCUPAÇÃO

1. **Alojamento próprio** - o imóvel foi adquirido por meio de compra.

2. **Alojamento alugado** - o imóvel é utilizado mediante o pagamento de uma renda, na maior parte dos casos, mensal.

3. **Alojamento cedido** - o imóvel foi emprestado por um tempo determinado.

2.1. Tipo de alojamento

1. **Familiar** - quando na U. A. reside uma ou mais famílias tendo a maior parte laços familiares.

2. **Colectivo** - inclui-se aqui os aquartelamentos, residências de estudantes, pensões, etc. *(não fazem parte do Questionário)*

3. **Misto** - quando numa U. A. de tipo familiar residem outros individuos embora sem laços familiares. Exa. casa particular que aluga quartos a estudantes por periodo de 1 a mais anos.

3. - CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

3.1. - Agua canalizada

A existência de água canalizada pode ter diversas origens: em casa, fontanário o que pressupõe um tratamento prévio da água consumida (pode não acontecer. Ex: água canalizada do poço para casa)

Se não tem água canalizada, o abastecimento é feito pelo poço do quintal ou na fonte.

3.2. - Tem esgotos?

Se tem esgotos deve referir se são:

1. **Da rede pública** (Saneamento Básico);

2. **Fossa acéptica** ou seja fossa que tem períodos de desinfecção e por isso é isento de germes patogênicos;

3. **Fossa céptica / céu aberto**

   Quando a fossa não sofre qualquer tipo de desinfecção podendo por isso originar doenças.

3.3. - Tem instalações de banheira ou duche?

Não interessa especificar se é de banheira se de duche.

3.4. - Tem retrete?

Se tem retrete deve especificar se dentro se fora de casa.

3.5. - Tem eléctricidade no alojamento?

Não interessa saber a origem da eléctricidade, mas somente a existência da mesma.

3.6. - Qual o número de divisões?

Devem incluir-se:

Quartos, salas, cozinha, casas de banho, marquises, hall.

Exceptuam-se corredores estreitos e desde que não tenham qualquer função utilitária *(Ex: lugar de dormir, lugar de comer ou lugar de convívio)* as varandas abertas e lugares de arrumos.

4. - TEM TELEFONE NA RESIDÊNCIA?

Se responder sim passa directamente para a pergunta 5 e continua o Questionário; se responder não continua a responder ao Questionário na P. 4.1.

4.1. - Se não possui, quanto tempo tem que percorrer até ter possibilidade de telefonar? deve colocar nos locais de códigos o tempo (em minutos) que foi respondido pelo entrevistado.

Ex: [1][5]

4.2. - Qual é o local do telefone?

Das três hipóteses postas pode escolher uma tendo em atenção que é o local que utiliza com mais frequência e em situação de emergência.

Se o entrevistado não responder a nenhuma destas três hipóteses, deve escrever à frente de: outros, especifique o que foi dito, sendo depois sujeito a um código estabelecido posteriormente e registado pelo codificador.

5. - TEM AUTOMÓVEL

Se o entrevistado responder não circula o zero (0) se responder sim circula o um (1)

5.1. - Quantos automóveis possui o agregado familiar deste alojamento?

Deve referir-se o número de automóveis daquele alojamento que estejam aptos a circular.

No caso de nenhum elemento possuir, com direito de propriedade, qualquer automóvel, mas ter em seu uso um veículo automóvel durante todo o ano, embora pertença de outrem (por exemplo vendedor, com carro da empresa), pode incluir aqui.

6. - TEM MOTOCICLO OU CICLOMOTOR

6.1. - Quantos motociclos ou ciclomotores possui o agregado familiar deste alojamento?

O critério a ter em atenção é o mesmo que foi referido em 5.

7. - NUMERO DE PESSOAS POR FAMÍLIA?

Para saber quantas pessoas possui a U.A. deve saber-se quantas famílias e dentro de cada família o número de pessoas.

Deve entender-se primeiramente o conceito de famílias:

Conceito de Família:

Para agrupar os indivíduos residentes numa determinada U.A. em famílias, considere os seguintes quatro tipos de famílias:

1. - **Família Nuclear completa**

Constituída por:

- *Dois conjuges*
- *Os filhos (verdadeiros o adoptivos) não casados.*

2. - **Família Nuclear incompleta**

Constituída por:

- *Apenas um dos conjuges*
- *Os filhos (verdadeiros ou adoptivos) não casados.*

3.- **Família Nuclear alargada**

Constituída por:

- *Dois conjuges*
- *Os filhos (verdadeiros ou adoptivos) não casados*
- *Outras pessoas ligadas por um laço de parentesco*

4. - **Família Nuclear desagregada ou de isolados**

Constituída por:

- Um dos conjuges (viúvo ou separado) sem filhos ou por
- Apenas um indivíduo (homem ou mulher) solteiro não coabitando com a família nuclear de origem.

Se numa U.A. encontrar várias situações com estas características, considere-as como famílias diferentes e assinale:

Ex: - Família 1 [ ][2]

- Família 2 [ ][3]

inscrevendo no lugar dos códigos o número de pessoas que constituem cada família.

NOTA: Deve considerar sempre a situação "de facto" e não as situações face ao direito.

Ex: 1 : Casal vivendo maritalmente = **Cônjuges**

Ex: 2 : Filho adoptivo = **Filho verdadeiro**

No caso de existir dentro da U.A. indíviduos que não tenham qualquer laço familiar com os restantes residentes deve considerar-se :

Ex: Familia 5 [ ][4]

Podem incluir-se aqui as situações de hospedagem e outras desde que sejam consideradas residência habitual.

Ex: 1: *Estudantes universitários que se encontrem hospedados durante o ano lectivo.*

Ex: 2 : *Empregada doméstica interna que resida há mais de 34 dias e tem intenção de permanecer nessa U.A.*

Ex: 3: *Empregados de escritório, fabris de construção civil ou outros em situação de hospedagem desde que residam na U.A. seis ou mais meses por ano.*

NOTA: *Para saber a familia que põe na 1ª posição ou seja Familia 1, deverá escolher SEMPRE a Familia mais antiga. As restantes seguem-se- lhe por ordem de antiguidade na U.A.*

INSTRUÇÃO:

A segunda parte deste questionário diz respeito aos individuos que residem na U.A.

Objectivos:

1- Caracterização dos membros das familias atendendo: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, mobilidade geográfica, profissão, rendimento.

2- Procurar saber o tipo de cuidados de saúde utilizados, o local, as condições de acesso, a população que procura quando percebe um estado de doença, ou tem necessidade de um acto médico, de enfermagem, curativo ou preventivo.

3- Estudar o consumo de cuidados médicos no que respeita a consultas (externas e urgências), internamentos em (hospital) ou ambulatório,tendo em conta os serviços públicos e privados. Importa estudar como é feito esse consumo, a relação entre a procura e a oferta de cuidados médicos, a distribuição e natureza dos cuidados e o local da sua prestação.

Procura-se ainda saber:

4- Qual o grau de satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde utilizados.

5- Conhecimento por parte da população do Seguro de Saúde e o levantamento do número de segurados.

6- Se Medicina Tradicional é alternativa aos cuidados médicos ou único recurso para um determinado grupo populaciona.

7- Qual o consumo e gastos com medicamentos.

8- A relação entre a incampacidadeperante o trabalho e procura ou não de cuidados médicos (Necessidade convertida ou não em procura).

9- Levantamento das principais patologias num periodo de lembrança de apenas 2 semanas.

10- Para um grupo etário reduzido (inferior aos 6 anos) as condições em que se processou a gravidez dessas crianças, o parto e outros factores que poderão ter influenciado no desenvolvimento da criança. Ex: *Vacinação.*

INSTRUÇÃO:

Definição da População em Estudo

A amostra seleccionada para este Questionário é uma amostra de Unidades de Alojamentos (U.A.s). Por isso as informações que queremos colher referem-se às PESSOAS que habitam essas U.A., tendo tido a preocupação de caracterizar, também, o tipo de alojamento.

O conceito que nos leva a incluir uma determinada pessoa na amostra e sobre ela colher informação, costuma ser designado por RESIDÊNCIA HABITUAL.

COMO SE DEFINE UMA RESIDÊNCIA HABITUAL?

R.H. é uma Unidade de Alojamento em que o entrevistado pernoita maior número de vezes por ano.

Exemplo 1: - *uma pessoa que reside ("pernoita") durante 9 meses numa U.A. e no verão (3 meses) se desloca para outra, deve ser considerado como residente na 1ª U.A.*

Exemplo 2: - *Um indivíduo está a trabalhar em Aveiro e vem visitar a família a Coimbra todos os fins de semana, deve ser considerado como residente em Aveiro e nunca em Coimbra.*

Quem deve ser Inquirido?

1. TODOS os residentes na U.A., incluindo os estrangeiros, com as seguintes excepções:

1.1. - Os que residem na U.A. há menos de 34 dias, desde que aquela U.A. não vá constituir a sua residencia habitual no futuro.

Ex: - passar férias numa casa alugada na praia ou outro lugar; emigrante em férias.

2. Dos residentes AUSENTES APENAS os que:

2.1. - Se encontram ausentes por um período de tempo inferior a 34 dias, residindo habitualmente na U.A. durante 6 ou mais meses por ano.

2.2. - Se encontrem hospitalizados há menos de 6 meses.

2.3. - Não se encontrem na U.A., no acto da entrevista, por razões de trabalho, ensino ou outras.

NOTA: *Se se verificar o ponto 2.3. o Questionário deve ser respondido por outro residente da U.A. (pai, mãe, esposa, etc.*

QUESTIONARIO INDIVIDUAL

INSTRUÇÃO:

Cada elemento da U.A. (antes definido como População em Estudo) deve responder ao QUESTIONARIO INDIVIDUAL.

No final devem ser contados tantos Questionários quantos os Residentes da U.A.

Ex: - *Numa habitação onde reside um casal com 2 filhos, contaremos nessa U.A. um Questionário sobre a habitação e 4 Questionários Individuais*

NOTA: Para identificação da U.A. é-nos fornecido o Nº. do Alojamento (que já consta no Questionário de Habitação) e acrescenta-se-lhe em cada Questionário Individual, o Nº da Família (com 1 dígito) e o Nº. Individual dentro de cada família (com 2 dígitos). Estes dois últimos elementos só aparecem no Questionário Individual e servem para identificar o indivíduo entrevistado dentro da U.A.

Ex: - *NFORMAÇÃO SOBRE HABITAÇÃO (1º Questionário)*

Nº. do Alojamento [0][0][1][7]

- *QUESTIONARIO INDIVIDUAL (2º Questionário)*

Nº. do Alojamento. Nº. de Família e Nº. Individual [0][0][1][7] [1] [ ][2]

significa que no Alojamento previamente definido com o Nº. 17, estamos a inquirir o Nº. 2 da Família 1.

Sabemos antecipadamente (QUESTIONARIO HABITAÇÃO) quantas famílias e quantas pessoas existem em cada família.

- Nº do Processo do Centro de Saúde (Nº. do cartão de Beneficiário)
É um dado importante para validar, à posteriori, algumas das respostas dadas.

IMPORTANTE - *Não se deve forçar esta informação.*
- *No caso do Entrevistado não estar inscrito no Centro de Saúde não deve ter nº. de Cartão.*

Quem responde ao Inquérito?

Interesa saber quem responde ao Inquérito para se poder aferir da fidelidade das respostas. Quanto mais distanciado (em termos de parentesco) estiver o indivíduo que responde, relativamente à pessoa que está a ser alvo das perguntas, maior é a probabilidade de existirem erros.

Por isso, sempre que possível deve ser o próprio a responder ao Questionário e, na sua ausência, a mãe ou o pai de preferência, ou a pessoa que viva durante mais tempo com o pretenso entrevistado.

Ex: 1 - Numa U.A. vivem 3 pessoas: a Avó e duas netas, uma de 5 anos e outra de 15.

No caso da entrevista da criança de 5 anos deve responder a avó (a mãe está ausente) e no caso da de 15 anos poderá responder ela ou na impossibilidadede isso acontecer a avó.

Ex: 2 - Numa U.A. vivem 3 pessoas: a avó, mãe e 1 criança. Quem responde ao Questionário deve ser a mãe. Só em casos de impossibilidade por ausência temporária é que responde a avó se para isso possuir capacidades mentais (memória).

PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO

1. - SEXO

Deve assinalar com cuidado o sexo feminino e o masculino.

Um engano neste ítem pode trazer consequências graves na interpretação dos resultados.

2. - IDADE

Não interessa a data de nascimento. Deve colocar-se os anos ou, no caso de idade inferior a 1 ano, os meses.

Se lhe fôr dado o ano de nascimento e o entrevistado não se lembrar da idade, converterá em anos.

3. ESTADO CIVIL

Refere-se aqui estado civil mas o que na realidade interessa é a situação de facto.

***Ex.** Um casal que vive maritalmente mas não oficiosamente, considera-se casado.*

4. NIVEL DE ENSINO

Tenha em atenção que é o que frequenta ou já completou.

Procure, com cuidado, na classificação.inscrita e assinale o número respectivo.

4.1. Completou o grau de ensino mencionado?

Esta pergunta serve para completar a anterior.

5. FORMA DE OCUPAÇÃO DA HABITAÇÃO

Embora apareçam três hipóteses de escolha a que tem a ver com o tipo de População em Estudo será a assinalada em 1 Residência Habitual.

No caso de responder 2 ou 3 terá de confirmar se se inscrevem nos parâmetros exigidos e pré-estabelecidos. Se forem considerados população em estudo, então Passa para P.9

6. VIVEU SEMPRE NA MESMA RESIDENCIA?

Se responde sim passa directamente para a P. 9 não tendo que responder à 7. ou 8..

Se responde não continua o Questionário na P.7.

7. HÁ ANOS MUDOU DE RESIDENCIA?

Deve ajudar o entrevistado a recordar-se, referindo acontecimentos ou épocas.

Ex: 1 - *Antes/Depois do 25 de Abril*

Ex: 2 - *Antes/Depois do meu filho mais velho se ter casado.*

Deve colocar o número de anos directamente no local dos códigos.

8. ONDE SE LOCALIZAVA A RESIDENCIA ANTERIOR?

Se o entrevistado responder Fora do País - escreve o nome do país e passa para a P.9.

Se fôr dentro do País escreve o distrito, concelho e freguesia.

Só escreve rua ou lugar se a mudança foi realizada dentro dos concelhos da àrea de estudo (Coimbra e Gois)

9. SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO?

Devem responder a esta questão todos os indivíduos.

Se a situação do entrevistado não estiver contemplada no quadro das hipóteses postas no Questionário, escreve à frente de: outro, especifique com o pormenor que lhe fôr referido pela pessoa entrevistada.

NOTA:- *Por baixo de cada hipótese está: Passa para a P..., o que deve ser feito.*

Ex: 1 - Se o entrevistado é reformado a resposta é 07 e passa imediatamente para a P.10.

Ex. 2 - Se o entrevistado é menor que 7 anos a resposta é 01 e passa para P. 12.

9. CONCEITOS

Donas de Casa

Respeita a actividade não profissionalizada de produção doméstica desempenhada no local de habitação.

No caso de a dona de casa ter exercido uma actividade, nas duas últimas semanas, deverá ser tomada como exercendo uma profissão, e como tal deve ser classificada noutro (02)

Considere nestes casos os part-time exercidos dentro de casa mas para vender fora (Boleiras, costureiras, modistas, artesanato, etc.).

A empregada doméstica, "criada" ou "mulher a dias" são profissionais (02).

Considere ainda no grupo donas de casa, as mulheres que têm uma reforma obtida através do marido (pensão) nunca tendo trabalhado.

Reformado por Invalidez e por Velhice, considere os dois grupos (07)

Todos os indivíduos que tenham obtido uma pensão de reforma por invalidez ou velhice e não tenham desempenhado qualquer actividade nas 2 últimas semanas.

Caso contrário classifique-os como profissionais ou trabalhador activo (02)

A cumprir serviço militar

Inclui-se, também nesta categoria, o que tiver já sido chamado para prestar serviço militar e se encontra à espera da data de incorporação.

À Procura do 1º Emprego

Quem nunca esteve empregado

Desempregado

Já esteve empregado, quer em regime de contrato quer em regime de tarefa ou exerceu profissão por conta própria.

Menores de 7 anos.

Criança em idade pré-escolar

Estudantes

Criança-Adolescente (< 18 anos) a estudar ou ainda adultos (> 18 anos) a estudar.

Podem ainda aparecer outras situações que dever ser especificadas detalhadamente.

Ex: 1 - *Vive de rendas e juros ou seja:*
Situação de proprietário que vive de rendas ou rendimentos e que não exerce qualquer actividade profissional. Situação idêntica à do indivíduo que vive de juros.

Ex: 2 - *À espera de Reforma*
Não está a trabalhar de facto, mas ainda não está na situação de reforma.

9. a) - SE TEM INCAPACIDADE PERMANENTE PERANTE O TRABALHO, DIGA HÁ QUANTO TEMPO:

Esta questão deve ser feita para os que responderam na P.9. terem incapacidade permanente perante o trabalho; por isso só a estes deve ser posta esta pergunta.

O tempo de incapacidade deve ser especificado em anos ou meses a assinalado nos lugares de códigos.

10. QUAL A PROFISSÃO.

Deve ser considerada aqui a Profissão actual ou a que desempenhou antes de ter ficado desempregado ou reformado ou, ainda, a cumprir serviço militar.

Conceito:

Considere profissão todo o trabalho que dê lugar ao recebimento dum salário, ordenado, comissão. Considere também como exercício de uma profissão o trabalho executado pelo empresário.

Considere, ainda, como tendo exercido profissão, o trabalhador familiar não remunerado na agricultura, no comércio, etc.

Um membro da U.A. que tendo uma profissão, trabalhou pelo menos um dia no período das duas últimas semanas, deve ser considerado como tendo exercido uma profissão.

11. LOCAL DE TRABALHO / ENSINO

Deve especificar o distrito, concelho, freguesia, local/rua e nome da empresa consoante é trabalhador activo ou estudante.

NOTA: *Só deve especificar rua ou lugar nos concelhos de Coimbra e Gois.*

12. PRINCIPAL FONTE DE RENDIMENTO

Deve ser escolhida uma só das opções propostas, constituindo essa a principal fonte de rendimento; podendo, no entanto, haver outras mas sempre de importância secundária.

NOTA: *Deve vincar bem o facto de ser Principal*

13. ESTÁ INSCRITO NALGUM CENTRO OU EXTENSÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAUDE

Se a resposta fôr sim passe para a P. 13.1..
Se a resposta fôr não passe para a P. 17.

NOTA: *Significa que as respostas 13.1, 14, 15 e 16 são relativos à utilização do Centro ou Entensão, logo, quem não está inscrito não tem que responder a essas questões.*

13.1. É O DA ÁREA DE RESIDÊNCIA?

Pretende-se saber se o Centro ou Extensão é o mais próximo da residência ou se, por outro lado, se desloca para obter cuidados de saúde primários, para fora da àrea administrativa do Centro de Saúde.

14. SE NÃO É O DA ÁREA DE RESIDÊNCIA DIGA ONDE SE LOCALIZA?

Deve ser respondido só por aqueles que referirem não irem ao Centro de Saúde da àrea de residência.

NOTA: *Deve especificar a localização detalhadamente.*

15. HÁ QUANTO TEMPO FEZ A SUA INSCRIÇÃO?

Refere-se ainda ao Centro de Saúde ou Extensão que referiu na P. 13.

NOTA: *O tempo pode ser respondido em anos ou meses (no caso de a inscrição ter sido feita há menos de um ano).*

16. DEFINA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE ESCOLHEU ESSE CENTRO OU EXTENSÃO

Das hipóteses que se apresentam o entrevistado poderá assinalar uma. Se a razão porque escolheu essa localização não se encontrar dentro das assinaladas, o entrevistador deverá escrever a resposta à frente de outro, especifique, sendo posteriormente codificado.

Conceitos:

É o mais acessível - deve entender-se como o Centro de Saúde que o entrevistado refere como sendo aquele a que chega mais facilmente.

Ex: 1 - *Transportes directos para o Centro ou Extensão; ou transportes mais baratos.*

Ex: 2 - *Ser o local mais próximo da residência.*

Condições do Edifício - Quando o entrevistado refere que prefere ese local porque tem aquecimento, construção mais recente, mais confortável, etc..

Horários de Consultas - o facto de estar aberto todo o dia pode ser indicado como um motivo de frequência.

Consultas de Especialidade - Embora os Centros e Extensões sejam vocacionados para consultas de Clínica Geral / Médico de Família, ainda existem Centros de Saúde onde se praticam consultas de especialidade, embora com tendência para desaparecer.

Facilidade em utilizar transporte próprio - A existência junto ao Centro de Saúde ou Extensão de locais de aparcamento pode ser um motivo de preferência.

O bom atendimento - É importante e uma das razões. Em grande parte dos casos referem bom atendimento médico.

17. É BENEFICIÁRIO DE ALGUM(S) SUBSISTEMA(S) DE SAUDE?

Deve entender-se esta questão, partindo do princípio de que existe um Sistema de Saúde Português que se decompõe em vários subsistemas. Um deles é o Serviço Nacional de Saúde que está incluído nas P. 13., 13.1., 14. e 15.

O que se pretende nesta pergunta é saber se dispõem de algum subsistema ou subsistemas de saúde, especificando-os, sendo posteriormente codificados.

INSTRUÇÕES

As Perguntas que se seguem são para ser inquiridas, tendo sempre em atenção um período de lembrança de 6 meses.

Para facilitar este facto (período longo para recordar determinados ítens) deve auxiliar-se o entrevistado com um calendário onde seja marcado esse período.

Todas as perguntas deverão ser feitas para o caso de ter utilizado o CENTRO DE SAUDE, EXTENSÃO, O MÉDICO PARTICULAR E O MÉDICO CONVENCIONADO (ou da empresa onde trabalha, ou de outro subsistema. Ex: SMS).

Ex: P. 21. - *Quantas vezes consultou o médico nos últimos* **6** *meses?*

C.S.	Ext.	M.P.	M.C.
☐	☐	☐	☐

- Se foi uma vez ao Centro de Saúde para consulta
- Se foi duas vezes ao Médico Privado (Estomatologista e Obstectra)
- Se foi uma vez ao Médico Convencionado com credencial do Centro de Saúde (Oftalmologia).

NOTA: *Se só consultou o Médico no Centro de Saúde não preenche os quadrados restantes, devendo estes ficar em branco.*

É importante ajudar o entrevistado nesta parte do Questionário, fazendo-o lembrar das consultas ou outros actos de saúde.

17.1. UTILIZA-O(S)?

Pretende-se saber se tendo o subsistema o utiliza ou não. Em caso afirmativo deve passar para P. 18.. Em caso negativo pretende-se saber qual a razão e passa a P. 17.2.

17.2. PORQUE RAZÃO NÃO UTILIZA?

Esta resposta deve ser especificada e posteriormente codificada.

18. SABE O QUE É O SEGURO DE SAUDE?

Nesta questão pretende-se apenas uma resposta de sim ou não.

18.1. TEM SEGURO DE SAUDE?

Pretende-se apenas fazer uma análise de quem possui seguro de saúde.

Entende-se aqui seguro de saúde qualquer tipo de contrato com uma empresa seguradora que venda esse produto (seguro de saúde) não tendo a preocupação de saber quais as companhias ou os tipos de seguros.

NOTA: *Nestas questões, caso seja necessário, pode prestar-se alguns esclarecimentos relativamente ao que é um seguro de saúde.*

Conceito de Seguro de Saúde

Existem várias modalidades, e o seguro de saúde pode ter características diferentes, conforme os Países.

No caso Português o seguro de saúde começa a ser uma realidade e corresponde ao anseio de uma parte da população que, ou não tem qualquer outro tipo de assistência na saúde, ou não se sentem satisfeitos com o tipo de oferta dos subsistemas a que podem recorrer por direito.

O Seguro de Saúde corresponde à compra de serviços de saúde individuais (um seguro para cada elemento do agregado familiar, na maior parte dos casos). Esses serviços podem variar consoante o montante do prémio a pagar, verificando-se por isso, várias modalidades.

O Seguro de Saúde é feito por empresas de seguros de características normais, sendo por isso, uma oferta privada.

19.QUANTAS VEZES FOI AO SERVIÇO DO: ***Centro de Saúde, Extensão, Médico Privado e Médico Convencionado?***

Entende-se o número de vezes que recorreu aos serviços independentemente de ter ou não consultado o médico.

Ex: - *Recorreu uma vez à Extensão e uma ao Centro de Saúde para um penso e uma vacina, respectivamente, nunca tendo tido contacto com o médico.*

NOTA: *Se nos últimos doze meses não teve nenhum contacto com o Centro de Saúde, Extensão do Centro de Saúde, Médico Privado ou Médico Convencionado (da empresa onde trabalha ou outro); então a entrevista continua na P. 34.*

20. QUANTAS VEZES CONSULTOU O MÉDICO?

Esta pergunta já é restrita a consultas, independentemente do local, e continua a referir-se aos já mencionados.

21. RECORREU A ESTES SERVIÇOS PARA OBTER CONSULTA(S) DE:

NOTA: *Para cada local tem 5 hipóteses de tipo de consulta. Coloca o código correspondente ao tipo de consulta(s) que o entrevistado referiu dentro do quadrado correspondente, segundo o local.*

22. SE O ENTREVISTADO REFERIR OUTRO TIPO DE CONSULTA, escreva detalhadamente, codificando posteriormente.

23. QUANTAS VEZES TEVE VISITA DOMICILIÁRIA?

Pretende-se saber o número de vezes que o médico ou enfermeiro foi a casa do entrevistado (para si), tendo em conta sempre o local de proveniência (Centro de Saúde, Extensão, Médico Privado, Convencionado).

24. DIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE ESCOLHEU ESSE MÉDICO, SEGUNDO O LOCAL REFERIDO.

Mais uma vez não se pretendem várias razões mas somente a mais importante.

24. a) ***Se nenhuma das hipóteses consideradas na P. 24 foi referida pelo entrevistado deve referir-se, especificando, aquela que foi expressa, sendo posteriormente codificado.***

25. COMO SE DÁ COM O MÉDICO QUE HABITUALMENTE CONSULTA NOS SERVIÇOS MENCIONADOS

O tipo de relação que se pretende saber entre o entrevistado e o Médico que habitualmente consulta pode variar segundo o local considerado, por isso se pretende que se refira o tipo (atendendo aos códigos assinalados nas hipóteses). Nos Centros de Saúde, Extensões etc.

NOTA: *É sempre o que habitualmente consulta.*

26. QUAL O MEIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA COM MAIS FREQUÊNCIA PARA SE DESLOCAR A CADA UM DOS LOCAIS QUE PROCUROU NO ULTIMO ANO

Deve ser escolhido apenas um (o mais frequentemente utilizado), podendo contudo variar consoante se desloca ao Centro de Saúde ou à Extensão .

Ex: - *A pé para a Extensão* [5]
- *Motorizada para o Centro de Saúde* [1][0]

27. QUANTO TEMPO (MINUTOS) DISPENDE NUMA VIAGEM ATÉ AO LOCAL MENCIONADO?

Deve têr-se em conta que é só uma viagem (ida) e o tempo é relativo ao transporte que foi mencionado na pergunta anterior.

Ex: - *Demora 10 m (só a pé) Extensão* [2][0]
- *Demora 20 m (motorizada) Centro de Saúde* [1][0]

28. CUSTO DO TRANSPORTE MENCIONADO.

Também aqui, é de uma só viagem (ída) e no transporte referido na P. 26.

NOTA: *Pode não ter custo se a deslocação fôr só a pé.*

29. SENTE-SE SATISFEITO COM OS SERVIÇOS REFERIDOS?

NOTA: *Podem ser apresentados graus diferentes de satisfação, consoante o serviço de saúde que foi utilizado.*

Ex:- Sente-se muito satisfeito com o serviço do Centro de Saúde, mas nada satisfeito com o da Extensão.

[1] C.S. [4] Ext.

29.1. No último ano sentiu alguma alteração no atendimento?

A resposta deve ser dada de forma cruzada.

Ex: - Sentiu um melhor atendimento do pessoal médico, mas um pior atendimento do pessoal administrativo no Centro de Saúde.

- Sentiu um pior atendimento do pessoal administrativo e de enfermagem na Extensão

[1 4] C.S. [2 5] Ext.

30. DIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE FOI À ULTIMA CONSULTA EM CADA LOCAL ?

É novamente a Principal, devendo para isso ser necessário priveligiar razões relativamente a outras.

NOTA: *Nesta questão deve ser mostrado um cartão com várias hipóteses, o que facilitará a lembrança do entrevistado.*

Se perante o cartão apresentado o entrevistador não reconhecer nenhuma daquelas como as razões porque procurou os serviços, deve então especificar-se, no local indicado, o mais detalhadamente possível, codificando-o posteriormente.

31. SE NÃO RECORREU DIGA PORQUÊ?

Deve apresentar o cartão com as hipóteses. Segue as instruções da P. 30.

INSTRUÇÕES

As perguntas que se seguem são para um periodo de lembrança mais curto, especificando apenas a ultima consulta em cada local que foi mencionado na P21.

32. SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS:

- **A última consulta foi marcada por:**

Pretende-se saber qual a origem da última consulta em cada local referido.

Conceitos:

Iniciativa própria - é o entrevistado que decide marcar a consulta sem indicação do Médico.

Referência - Quando o Médico passa uma referência (papel para o entrevistado ser consultado num Médico convencionado, por exemplo.

32.1. Com ou sem marcação antecipada?

Conceitos:

Marcação antecipada - quando a consulta é marcada dias ou meses antes da sua realização.

Se fôr este o caso considerado na entrevista deve ser codificado o número de dias.

Ex: - A consulta no Centro de Saúde foi marcada 15 antes da consulta.
- Aconsulta de oftalmologia foi marcada 39 dias antes.

C.S.	Ext.	M.P.	M.C.
15			39

Sem marcação - A consulta é feita sem marcação antecipada.

Ex 1:- O 1º a chegar é o 1º a ser atendido.

Ex 2:- O médico atende algumas situações consideradas mais urgentes sem ser necessário sistema de marcação antecipada.

33. TIPO DE ATENDIMENTO:

Pretende-se saber como se realizou a ultima consulta.

Conceitos:

Deslocou-se ao consultório - É a situação mais comum. Aconsulta é feita no consultório.

Faz a consulta pelo telefone - situação pouco vulgar, mas pode acontecer em casos de impossibilidade do entrevistado se deslocar ao consultório ou o médico a casa do doente. Nestes casos o doente refere os sintomas pelo telefone e o médico prescreve-lhe a medicação.

NOTA: *Acontece com mais frequência quando se trata de uma situação de doença prolongada ou quando o médico tem particular confiança com o doente e sabe que não haverá maus entendidos que poderão ser prejudiciais .*

Ex: - Um doente que telefone ao médico dizendo que a febre baixou mas continua a ter dores nas costas. Deve continuar a tomar os mesmos medicamentos ou antes modificar.

Interposta Pessoa - Na impossibilidade do doente se deslocar ao consultório, vai uma pessoa de família e refere os sintomas apresentados pelo doente.

É uma situação idêntica à consulta pelo telefone, mas neste caso entra uma terceira pessoa.

NOTA: *Tanto num caso como noutro (os dois últimos referidos) são utilizados em situações de pouca gravidade ou patologias bem conhecidas.*

Ex: Gripe, resfriado.

34. TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO

Deve colocar-se o tempo em minutos que o entrevistado demorar a ser atendido, desde que cheguou ao consultório até que foi atendido.

Ex: - Demorou 20 minutos no Centro de Saúde
- Demorou 30 minutos no Médico Privado



INSTRUÇÕES

As perguntas que se seguem já não devem ser referenciadas ao Centro, Extensão, Médico Privado ou Convencionado, mas somente ao Serviço que fôr mencionado na Pergunta.

35. DURANTE OS ULTIMOS DOZE MESES CONSULTOU

Pretende-se saber quais os contactos que teve nos últimos doze meses com a Medicina Tradicional.

Se o entrevistado referir outro tipo de contacto que não está mencionado como hipótese, deve especificar-se e codificar-se posteriormente.

36. DE QUE É QUE SE QUEIXAVA

Deve especificar-se os sintomas ou a doença, caso seja referido pelo entrevistado e exactamente como foi mencionado por ele.

37. DIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE PROCUROU OS SERVIÇOS DA P.35

Mais uma vez é a principal razão que interessa. Deve levar-se o entrevistado a escolher só uma e não mais razões.

38. SABE SE A EXTENSÃO OU CENTRO DE SAUDE DA SUA ÀREA DE RESIDÊNCIA ESTÁ ABERTO

O que se pretende com esta questão é saber qual o conhecimento que o entrevistado tem sobre o funcionamento do Centro de Saúde e as possibilidades de oferta de serviços durante as diversas horas do dia.

INSTRUÇÕES

As Perguntas que se seguem dizem respeito à utilização dos serviços do Hospital nos últimos doze meses.

39. RECORREU ALGUMA VEZ AOS SERVIÇOS DO HOSPITAL NOS ULTIMOS DOZE MESES?

Pretende-se apenas saber se recorreu; em caso afirmativo passe à P. 43.

39.1. Qual foi o Hospital - É importante especificar

Ex:- Hospital da Universidade de Coimbra

40. INDIQUE QUANTAS VEZES E QUAIS OS MOTIVOS CLINICOS PORQUE RECORREU

Segundo o serviço pretende-se saber o motivo e especificá-lo, sendo posteriormente codificado.

Ex:- Foi internado por Tumor do Rim.

3			
1	8	9	0

41. PROCUROU ESSES SERVIÇOS POR:

Os conceitos são os mesmos que já foram referidos na P. 32.

Se foi por iniciativa própria passa à P. 43

42. SE FOI POR REFERÊNCIA DIGA QUEM O ENVIOU

Deve codificar-se segundo o local de origem da referência.

Ex:- O Centro de Saúde enviou para operação. 2

43. NOS ULTIMOS DOZE MESES FALTOU AO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA?

Pretende-se saber os dias de falta ao trabalho por doença o que será respondido na P. 43 a).

43. a) Durante quanto tempo

Ex:- Duas semanas de falta ao trabalho= [1 5] dias

44. NAS DUAS ULTIMAS SEMANAS QUANTOS DIAS ESTEVE INCAPACITADO DE TRABALHAR?

Deve quantificar o número de dias que não trabalhou, por motivo de doença, quer tenha estado ou não acamado.

45. FOI AO MÉDICO?

Pretende-se saber se perante a percepção de necessidade há ou não recorrência aos cuidados médicos.

46. DIGA QUAL FOI A DOENÇA:

Deve especificar-se a doença tal como é referida pelo entrevistado.

INSTRUÇÕES

A Pergunta que se segue é só para ser respondida no concelho de Gois.

47. RECORREU ALGUMA VEZ AOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE NOS ULTIMOS 12 MESES?

Se respondeu afirmativamente passe à P. 45.

Se respondeu negativamente passe à P. 46.

48. PORQUE RAZÃO?

Pretende saber-se qual a relação entre a procura do SAP e a não resolução dos problemas de saúde no Centro de Saúde, no espaço de tempo que os utentes desejam.

Ex:- Foi ao SAP porque não conseguiu consulta no Centro de Saúde nesse dia ou no dia seguinte.

49. QUANDO O MÉDICO LHE RECEITA MEDICAMENTOS, COMPRA-OS?

Em caso afirmativo passe à P. 47.

Em caso negativo passe à P. 49.

Podem no entanto não ser comprados, então escreve-se em outros, especificando.

Ex. 1 - Foram-me fornecidos pelo Médico.

Ex: 2 - Foram-me fornecidos por um amigo

Pretende-se com esta questão saber qual é a adesão à compra de medicamentos. Sabe-se que em muitos casos os entrevistados compram os medicamentos, sem nunca os chegarem a consumir.

50. TOMA SEMPRE AS DOSES INDICADAS PELO MÉDICO?

Na sequência da pergunta anterior, torna-se fundamental saber se os medicamentos são ou não consumidos.

Se Sim passe à P. 49

Se refere por vezes, passe à P. 48.

51. POR VEZES TOMA PORQUE:

Devem codificar-se as hipóteses que forem mencionadas.

Ex: - Quantidade elevada de medicamentos [1]

- Não tenho muita confiança nos medicamentos [3]

52. QUAL O SEU RENDIMENTO NO ULTIMO MÊS?

Deve quantificar-se em contos o último rendimento, arredondando se fôr necessário.

Ex: - 27.550$00 [0|2|8] contos

- 27.410$00 [0|2|7] contos

INSTRUÇÕES

As perguntas que se seguem são para crianças com idade inferior a 6 anos.

56. DURANTE A GRAVIDEZ A MÃE DESTA CRIANÇA FOI VIGIADA?

Pretende saber-se o nível dos cuidados médicos.

57. POR QUEM?

Deve codificar-se segundo o pessoal que a assistiu durante a gravidez. Se foi vigiada por mais do que um técnico, assinale apenas o mais diferenciado.

58. LOCAL DA CONSULTA

Não se refere ao local geográfico, mas sim o local da oferta de cuidados médicos. Se a grávida ía a vários locais registe o local a que foi com mais frequência.

59. DIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE NÃO RECORREU AOS SERVIÇOS MÉDICOS?

Deve ser escolhida só uma razão.

60. ONDE FOI O PARTO?

Local / Serviço de Saúde onde se realizou o Parto.

61. ONDE FOI VACINAR A CRIANÇA?

No caso de ter sido vacinada, refira os locais, podendo ser mais do que um.

Ex: - Vacinas no Centro de Saúde [2]

- Vacinas no B.C.G. [3]

62. QUANDO FOI VACINADO PELA ULTIMA VEZ?

Deve codificar em meses ou anos

ANEXO 2

CONFIDENCIAL

==QUESTIONÁRIO==

PROCURA / UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

DATA DA ENTREVISTA |_||_|/ |_||_| / |_||_||_||_| Nº U. A. |_||_||_||_|

CONCELHO _____

Nº DE TELEFONE _____

RESULTADO DA ENTREVISTA :

ENTREVISTA COMPLETA |_|
ENTREVISTA INCOMPLETA |_|
ENTREVISTA RECUSADA |_| Nº DE VEZES QUE SE DESLOCOU À U. A. |_|

ENTREVISTADOR _____

Nº do alojamento |_||_||_||_|

Local (rua)_____ |_||_||_||_|

Freguesia_____ |_||_||_|

Concelho _____ |_|

INFORMAÇÃO SOBRE A HABITAÇÃO

1 - TIPO DE HABITAÇÃO:

1 Andar, moradia de luxo **2** Andar, moradia com espaço e conforto

3 Andar, moradia de categoria média **4** Andar, moradia de construção social

5 Andar, moradia com escassa ventilação ou iluminação deficiente

6 Barraca, casa de madeira, casa móvel **8** Outros, especifique _____ |_|

9 Não sabe

2 - CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO:

2.1 - REGIME DE OCUPAÇÃO:

1 Alojamento próprio **2.** Alojamento alugado **3** Alojamento cedido

8 Outros, especifique _____ **9** Não sabe |_|

2.2 - TIPO DE ALOJAMENTO **1.** Familiar **2.** Colectivo **3** Misto **8** Outro |_|

2.3 - TEM ÁGUA CANALIZADA?

.1 Casa **2** Fontanário **3** Poço no quintal **4** Fonte

5 Não **9** Não sabe **8** Outros, especifique _____ |_|

2.4 - TEM ESGOTOS?

1 Da rede pública **2** Fossa asséptica **3** Fossa séptica/ céu aberto **4** Não

9 Não sabe |_|

2.5 - TEM INSTALAÇÕES DE BANHEIRA OU DUCHE?

1 Sim **2** Não |_|

2.6 - TEM RETRETE?

1 Dentro de casa **2** Fora de casa **3** Não |_|

2.7 - TEM ELECTRICIDADE NO ALOJAMENTO?

1 Sim **2** Não |_|

2.8 - QUAL É O NÚMERO DE DIVISÕES? |_||_|

3 - TEM TELEFONE NA RESIDÊNCIA?

1 Sim **2** Não **9** Não sabe |_|

(Passa para P. 4)

3.1 -SE NÃO POSSUI, QUANTO TEMPO TEM DE PERCORRER ATÉ TER POSSIBILIDADE DE TELEFONAR ? minutos |_||_|

3.2. - QUAL É O LOCAL DO TELEFONE?

1 Na casa do vizinho **2** No posto público **3** Cabine telefónica

8 Outro, especifique _____ **9** Não sabe |_|

4 - TEM AUTOMÓVEL?

1 Sim **2** Não |_|

(Passa para P. 4.1). *(Passa para P.5)*

4.1 - QUANTOS AUTOMÓVEIS POSSUI O AGREGADO FAMILIAR DESTE ALOJAMENTO? |_|

5 - TEM MOTOCICLO OU CICLOMOTOR?

1 Sim (*Passa para P. 5.1*) 2 Não (*Passa para P. 6*) |_|

5.1 - QUANTOS MOTOCICLOS OU CICLOMOTORES POSSUI O AGREGADO FAMILIAR DESTE ALOJAMENTO? |_||_|

6 - Nº DE PESSOAS POR FAMÍLIA?

FAMÍLIA 1 |_||_|

FAMÍLIA 2 |_||_|

FAMÍLIA 3 |_||_|

FAMÍLIA 4 |_||_|

FAMÍLIA 5 (para elementos do alojamento sem laços familiares) |_||_|

FAMÍLIA 6 (outros tipos de famílias) especifique_____ |_||_|

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nº do Alojamento, Nº de Família e Nº Individual |_||_||_||_|/|_|/|_||_|
Nº do Processo do C.S. |_||_||_||_|/|_||_||_|

QUEM RESPONDE AO INQUÉRITO:

1 Próprio **2** Mãe **3** Pai **4** Irmão/Irmã
5 Marido/Mulher **6** Avô/Avó **7** Filho/Filha
8 Outros, especifique _____ |_|

1 - SEXO: |_|

1 Feminino **2** Masculino

2 - IDADE (Preencher em meses a idade inferior a um ano) **1** ANOS / **2** MESES |_||_||_|

3 - ESTADO CIVIL:

1 Solteiro **2** Casado **3** Viúvo **4** Separado/Divorciado
8 Outro, especifique _____ **9** Não sabe |_|

4 - NÍVEL DE ENSINO (*que frequenta ou completou*

01 Não sabe ler nem escrever **02** Até à antiga 4ª classe
03 4ª classe + Curso profissional **04** Curso Unificado (6ª classe ou antigo 2º ano)
05 6ª classe + Curso profissional **06** 9º ano ou antigo 5º ano
07 11º ano ou antigo 7º ano **08** Propedêutico ou 12º ano
09 Curso médio **10** Ensino superior
88 Outro, especifique _____ **99** Não sabe |_||_|

4. 1 - COMPLETOU O GRAU DE ENSINO MENCIONADO? |_|

1 Sim **2** Não **9** Não sabe

5 - FORMA DE OCUPAÇÃO DA HABITAÇÃO:

1 Residência Habitual **2** Ocupante temporariamente emigrado *(Passa para P. 9)*
3 Para uso sazonal ou de verancio **8** Outros, especifique _____ **9** Não sabe |_|
(Passa para P. 9)

6 - VIVEU SEMPRE NESTA RESIDÊNCIA? |_|

1 Sim **2** Não **9** Não Sabe
(Passa para P. 9)

7 - HÁ QUANTOS ANOS MUDOU DE RESIDÊNCIA? **1** ANOS / **2** MESES |_||_||_|

8 - ONDE SE LOCALIZAVA A RESIDÊNCIA ANTERIOR? |_||_|

Fora do País, qual ? _____ *(Passa para P. 9)*
Distrito, qual ? _____ |_||_|
Concelho , qual ? _____ |_||_|
Freguesia, qual ? _____ (Se fora do Concelho de Coimbra ou Góis passe a P.9) |_||_|
Rua/Lugar, qual ? _____ |_||_||_|

9 - SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO (TRABALHA?):

01 Menores que 7 anos *(Passa para P. 12)*
02 Trabalhador activo *(Passa para P. 10)*
03 Estudante *(Passa para P. 11)*
04 Dona de casa *(Passa para P. 12)*
05 Procura o 1º emprego *(Passa para P. 12)*
06 Desempregado *(Passa para P. 10)*
07 Reformado por limite de idade *(Passa para P. 10)*
08 A cumprir serviço militar *(Passa para P. 10)*
09 Incapacidade permanente perante o trabalho ou reformado por invalidez *(Passa para a P. 9.1)*
88 Outro, especifique _____ **99** Não sabe |_||_|

9 . 1- SE TEM INCAPACIDADE PERMANENTE PERANTE O TRABALHO

DIGA HÁ QUANTO TEMPO: **1** ANOS / **2** MESES |_||_||_|
(Passa para P. 10)

10 - QUAL A PROFISSÃO (ACTUAL OU ANTERIOR)? _____ |_||_|
(Se reformado ou desempregado ou a cumprir serviço militar passe para P. 12)

10. 1 - DENTRO DA PROFISSÃO A SUA SITUAÇÃO É DE: |_|

1 Patrão **2** Assalariado **3** Por conta própria **9** Não sabe

8 Outra, especifique _____

11 - LOCAL DE TRABALHO/ENSINO:

Distrito de _____ |_||_|
Do Concelho de _____ |_||_|
Na Freguesia de _____ (Se fora do Concelho de Coimbra ou ... ois passe a P.12) |_||_|
Rua/Lugar _____ |_||_||_|
Empresa _____ |_||_||_|

12 - PRINCIPAL FONTE DE RENDIMENTO:

01 Rendimento de bens
02 Rendimento do trabalho (Profissão liberal, Comerciante, etc...)
03 Salário mensal **04** Salário quinzenal, semanal diário
05 Contrato de tarefa **06** Rendimentos irregulares
07 Subsidio de desemprego |_||_|
08 Subsidio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional
09 A cargo da família **10** Pensão de qualquer tipo de assistência
88 Outras situações Especifique_____
99 Não Sabe

13 - ESTÁ INSCRITO NALGUM CENTRO OU EXTENSÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE? |_|

1 Sim *(Passa para P. 13.1)* **2** Não *(Passa para P. 17)*

13. 1. - É O DA ÁREA DA SUA RESIDÊNCIA? |_|

1 Sim *(Passa para P. 15)* **2** Não *(Passa para P.14)*

14 - SE NÃO É O DA SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA DIGA ONDE SE LOCALIZA?

Centro Saúde/ Extensão_____

Concelho _____ Distrito _____ |_||_|/|_||_|/|_||_|
(Só quando o C. Saúde è fora do Concelho ou Distrito) **C/ Ext** **Cos.** **Dis.**

15 - HÁ QUANTO TEMPO FEZ A SUA INSCRIÇÃO? **1** ANOS / **2** MESES |_||_||_|

16 - REFIRA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE SE INSCREVEU NESSE CENTRO OU EXTENSÃO?

01 É o mais acessivel **02** Condições do edificio
Bom atendimento do:
03 Pessoal Administativo
04 Pessoal Médico
05 Pessoal Enfermagem
06 Horários de consulta
07 Tem consultas de especialidades
08 Fica localizado mais próximo do local onde faço compras
09 Fica localizado mais próximo do local onde trabalho
10 Facilidade em utilizar transporte próprio
11 Fui obrigado a inscrever-me nesse Centro/Extensão |_||_|
88 Outros, especifique _____
99 Não sabe

17 - QUAL É O SEU SUBSISTEMA DE SAÚDE ? |_||_|

_____

17 1- UTILIZA-O |_|

1 Sim *(Passa para a P. 18)* **2** Não *(Passa para a P. 17.2)*

17 2 - PORQUE RAZÃO NÃO O UTILIZA _____ |_||_|
(Ver códigos)

18 - SABE O QUE É O SEGURO DE SAÚDE? |_|

1 Sim **2** Não

18. 1 - TEM SEGURO DE SAÚDE? |_|

1 Sim *(Passa para a P. 18.2)* **2** Não *(Passa para a P. 18...3)*

18. 2. SE TEM SEGURO DE SAÚDE DIGA O QUE É QUE O SEGURO COBRE? |_|

_____

18. 3. SE ADQUIRISSE UM SEGURO DE SAÚDE POR QUE MODALIDADE OPTARIA? |_|

Especifique_____ 9 Não sabe

A - VAMOS FALAR SÓ RELATIVAMENTE AO QUE SE PASSOU NOS ÚLTIMOS 6MESES

	Centro Saúde/Extensão/Médico	Privado/Convencionado	CS	EX	MP	CV

19 - QUANTAS VEZES FOI AOS SERVIÇOS PARA UMA CONSULTA DE :
(Se não recorreu passe para P. 20)

Medicina geral			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Planeamento Familiar			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Pediatria			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Ortopedia			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Ginecologia/Obstetrícia			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Saúde oral			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Oftalmologia			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Cardiologia			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Outras, especifique _____			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|
Não sabe			|_||_|	|_||_|	|_||_|	|_||_|

20 - QUANTAS VEZES PROCUROU OS SERVIÇOS POR OUTRAS RAZÕES? |_|_|_|_|

21- QUANTAS VEZES TEVE VISITA DOMICILIÁRIA _____ |_|_|_|_|

22 - ESCOLHEU O MÉDICO QUE HABITUALMENTE CONSULTA?
1 Sim *(Passa para a P. 23)* 2 Não *(Passa para a P. 24)* |_|_|_|_|

23- DIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE ESCOLHEU ESSE MÉDICO

1 É o mais próximo da residência 2 É o mais próximo do trabalho
3 Foi-me recomendado 4 É o meu médico há bastante tempo
5 Porque é uma médica/o 6 Acho- o bom médico
8 Outros, especifique _____ 9 Não sabe |_|_|_|_|

24 - COMO SE DÁ COM O **MÉDICO QUE HABITUALMENTE CONSULTA**:

1 Muito bem 2 Bem 3 Razoavelmente 4 Mal
8 Outros, especifique _____ 9 Não sabe |_|_|_|_|

Só responde às perguntas 25, 26 e 27 se procurou os Serviços

25- QUAL O MEIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA COM **MAIS FREQUÊNCIA** PARA SE DESLOCAR :

1 Só a pé 2 Camioneta 3 Automóvel próprio 4 Automóvel de aluguer/Táxi
5 Ambulância 6 Motorizada/ Bicicleta 7 Boleia com pessoas amigas
8 Outros 9 Não sabe |_|_|_|_|

	CS	EX	MP	CV
26- QUANTO TEMPO (MINUTOS) DISPENDE NUMA VIAGEM (IDA) ATÉ:	|_||_|/	|_||_|/	|_||_|/	|_||_|

27 - CUSTO DE TRANSPORTE MENCIONADO
(numa só viagem) - em escudos -

CS	|_||_||_||_|
EX	|_||_||_||_|
MP	|_||_||_||_|
CV	|_||_||_||_|

28 - SENTE-SE SATISFEITO COM OS SERVIÇOS?
1 Muito *(Passa para a P. 30)* 2 Razoavelmente *(Passa para a P. 30)*
3 Pouco *(Passa para a P. 29)* 4 Nada *(Passa para a P. 29)* 9 Não sabe |_|_|_|_|

29. SE NÃO SE SENTE SATISFEITO COM OS SERVIÇOS DIGA SE É COM:
1 Médico 2 Pessoal Administrativo 3 Pessoal de Enfermagem |_|_|_|_|

30 - SE NÃO RECORREU AO CENTRO OU EXTENSÃO OU AO MÉDICO PARTICULAR DIGA PORQUÊ?
(O Serviço que não foi assinalado na P. 19)

01 Não confio nos serviços **02** Não conhecia a sua existência
03 Muito distante da residência **04** Longo tempo de espera para marcação da consulta
05 Longo tempo de espera para atendimento no dia da consulta
06 Não esteve doente
07 Falta de transporte de acordo com o horário do Centro ou Extensão
08 Falta de pessoal - (especialista)
Queixas sobre o pessoal
09 Pessoal Médico **10** Pessoal Enfer. **11** Pessoal Administrativa
12 Instalações deficientes **13** Falta de higene **14** Dificuldades económicas
15 Não necessitou de consulta de especialista
88 Outros, Especifique_____ **99** Não sabe

|_||_||_||_||_||_||_||_|

B - VAMOS FALAR SÓ RELATIVAMENTE AO QUE SE PASSOU NA ÚLTIMA CONSULTA EM CADA SERVIÇO

31 - ONDE FOI FEITA A ÚLTIMA CONSULTA?
1 Centro de Saúde **2** Extensão
3 Médico Privado **4** Médico Convencionado

|_|

32 - A ÚLTIMA CONSULTA FOI FEITA POR:

1 Iniciativa própria **2** Referência
8 Outros, especifique _____ **9** Não sabe

|_|

33 - TIPO DE ATENDIMENTO:

1 Desloca-se ao consultório **2** Faz consulta pelo telefone
3 O médico veio a casa **4** Interposta pessoa
8 Outros, especifique **9** Não sabe

|_|

34 - TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO: (minutos)

|_||_||_|

35 - QUAL A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE FOI À **ÚLTIMA CONSULT NESTE LOCAL?**
01 Para ter baixa **02** Porque se sentiu doente
03 Porque necessitava de trocar impressões com o médico
04 Renovar receitas médicas
05 Exame de rotina ou vigilância **06** Medicina no trabalho
07 Realização de exames complementares de diagnóstico
08 Realização de tratamentos **09** Controlo de tensão arterial
10 Obtenção de certificado **11** Fazer exames auxiliares de diagnóstico
88 Outra, especifique _____ **99** Não sabe

|_||_|

C - VAMOS FALAR NO QUE SE PASSOU NOS ÚLTIMOS DOZE MESES

36 - DURANTE OS ULTIMOS **DOZE MESES** CONSULTOU ALGUM:

1 Endireita **2** Curandeiro **3** Ervanário **4** Farmacêutico
5 Técnico naturista ou de acunpunctura **6** Enfermeiro **7** Não consultou *(Passa para a P. 38)*
8 Outros , especifique _____ **9** Não Sabe

|_|

36.1 - QUANTAS VEZES _____

|_||_|

36.2 - DE QUE É QUE SE QUEIXAVA?

Especifique _____ **99** Não Sabe

|_||_||_|

37- DIGA A **PRINCIPAL RAZÃO** PORQUE PROCUROU OS SERVIÇOS ASSINALADOS NA PERGUNTA 36:

1 Confio nesses serviços **2** Fica mais perto **3** Sempre fiz assim
4 Centro de Saúde stava fechado **8**Outros, especifique _____ **9** Não sabe

|_|

38- SABE SE A EXTENSÃO OU CENTRO DE SAÚDE DA SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA ESTÁ ABERTA:

1 De manhã **2** De tarde **3** Todo o dia
4 Só alguns dias por semana **9** Não sabe

|_|

39 - RECORREU ALGUMA VEZ AOS SERVIÇOS DO HOSPITAL **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** ?

1 Sim *(Passa para P. 39. 1)*
0 Não *(Passa para P. 43)*
9 Não sabe

|_|

39 1 - QUAL É O HOSPITAL _____
9 Não sabe

40 - INDIQUE QUANTAS VEZES E QUAIS OS MOTIVOS CLÍNICOS PORQUE FOI:

Sector	Nº de ref.	Motivos
|_|	|_||_|	|_||_|
|_|	|_||_|	|_||_|
|_|	|_||_|	|_||_|
|_|	|_||_|	|_||_|
|_|	|_||_|	|_||_|

1 Urgência
Qual o motivo _____
2 Tratamento
Qual o motivo _____
3 Internamento
Qual o motivo _____
4 Consulta externa
Qual o motivo _____
9 Não sabe 8 Outros

41 - A ÚLTIMA VEZ QUE PROCUROU ESSES SERVIÇOS FOI POR:

1 Iniciativa própria *(Passa para P. 43)* 2 Referência *(Passa para P. 42)* 8 Outras, especifique_____
9 Não sabe

\|_\|

42 - SE FOI POR REFERÊNCIA DIGA ENTÃO SE FOI ENVIADO POR:

1 Médico particular 2 Centro/Extensão 3 Outro Hospital 4. Médico Convencionado
8 Outros, especifique _____ 9 Não sabe

\|_\|

43 - NOS ÚLTIMOS 12 MESES FALTOU AO TRABALHO, POR MOTIVOS DE DOENÇA OU NÃO SENDO TRABALHADOR ACTIVO ESTEVE DOENTE?

1 Sim *(Passa para P.43.1)* 2 Não *(Passa para P. 47 se C. Góis ou P. 49 se C. Coimbra)* 9 Não sabe

\|_\|

43.1 - DURANTE QUANTO TEMPO
99 Não sabe

\|_\|\|_\|\|_\| dias

44.- NAS **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS** QUANTOS DIAS FALTOU AO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA, OU NÃO SENDO TRABALHADOR ACTIVO ESTEVE DOENTE?

\|_\|\|_\|\|_\| dias

45 - FOI AO MÉDICO?

1 Sim *(Passa para P. 46* 2 Não 9 Não Sabe

\|_\|

46 - DIGA ENTÃO QUAL FOI A DOENÇA QUE O LEVOU A PROCURAR O MÉDICO?

\|_\|\|_\|\|_\|

_____

(Só para inquiridos no concelho de Góis P47 E P.48)

47 - RECORREU ALGUMA VEZ AOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE DO CENTRO DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1 Sim *(Passa para P. 48)* 2 Não *(Passa para P. 49)* 9 Não sabe

\|_\|

48- QUAL A RAZÃOPOR QUE PROCUROU O S. A. P. ?

1 Não conseguiu marcar uma consulta no Centro ou Extensão 2 Tratamento
3 Urgência 4 Internamento 8 Outros, especifique _____ 9 Não sabe

\|_\|

49- QUANDO O MÉDICO LHE RECEITA MEDICAMENTOS, COMPRA-OS?

1 Sim *(Passa para P. 49. 1)* 2 Não *(Passa para P. 52)*
8 Outros, especifique _____ 9 Não sabe

\|_\|

49.1- QUANTO GASTOU EM MEDICAMENTOS NA ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (ESCUDOS)

\|_\|\|_\|\|_\|\|_\|

50 - TOMA SEMPRE AS DOSES INDICADAS PELO MÉDICO?

1 Sim, sempre *(Passa para P. 52)* 2 Sim, por vezes *(Passa para P. 51)* 3 Não
9 Não sabe

\|_\|

51- SE SÓ TOMA POR VEZESDIGA A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE O FAZ?

1 Quantidade de medicamentos é elevada
2 Incomodidade para tomar medicamentos a alguma hora (durante a noite p.ex.)
3 Não tem confiança nos medicamentos
4 Quando estou melhor paro de tomar
5 Sinto-me mal com alguns medicamentos receitados pelo medico
9 Não Sabe 8 Outras, especifique _____ |_|

52 - QUAL O SEU RENDIMENTO NO ÚLTIMO MES? |_||_||_| Contos
9 Não Sabe

PARA INQUIRIDOS COM IDADE SUPERIOR A 6 ANOS O QUESTIONÁRIO TERMINA AQUI

53 - (*Para Crianças com idade inferior a 6 anos*) - DURANTE A GRAVIDEZ A MÃE DESTA CRIANÇA FOI VIGIADA?

1 Sim (*Passa para P. 54*) 2 Não (*Passa para P. 56*) 9 Não sabe |_|

54 - POR QUEM?
1 Médico obstectra/Ginecologista 2 Médico de Clinica Geral
3 Só enfermeira/parteira 8 Outras, especifique_____
9 Não sabe |_|

55 - LOCAL DA CONSULTA

1 Centro de Saúde/Extensão 2 Médico privado 3 Médico convencionado
8 Outro 9 Não sabe |_|

56 - SE NÃO FOI VIGIADA DIGA A PRINCIPAL RAZÃO

1 Não conhecia a existência dos serviços 2 Era muito distante
8 Outras, especifique_____ 9 Não sabe |_|

57 - ONDE FOI O PARTO?

1 Casa 2 Hospital ou Maternidade 3 Clinica particular
8 Noutro local Qual? Especifique _____ 9 Não sabe |_|

58 - ONDE FOI VACINADA ESTA CRIANÇA PELA ÚLTIMA VEZ?

4 Não foi ainda vacinada |_|
1 Extensão do Centro de Saúde 2 Centro de Saúde 3 B.C.G./SIAT |_|
9 Não sabe 8 Outras, especifique _____ |_|

59 -QUANDO FOI VACINADA PELA ÚLTIMA VEZ? 1 ANOS / 2 MESES |_|/|_||_|

SATISFAÇÃO DOS UTENTES VISTA PELOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE
CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

Nº DE ORDEM ⌊⌊⌊⌋

(P1) LOCAL DO SERVIÇO MÉDICO _____ ⌊⌊⌋
(ex. C. Saúde, Hospital, Consult. Médico)
Deve especificar a localização

(P2) QUEM RESPONDE AO INQUÉRITO?
1 - Médico 2 - Enfermeiro 3 - Administrativo
4 - Aux. Acç. Médica 5 - Técn. Sanitº.

(P3) IDADE _____ ANOS ⌊⌊⌋

(P5) TEMPO DE SERVIÇO NESTE LOCAL

LOCAL DE RESIDÊNCIA:
(P6) DISTRITO _____ ⌊⌊⌋
(P7) CONCELHO _____ ⌊⌊⌋
(P8) FREGUESIA _____ ⌊⌊⌋

(P9) QUAL A RAZÃO PRINCIPAL QUE LEVA OS UTENTES À SUA CONSULTA?
1 - Para ter baixa 2 - Porque estão doentes
3 - Para trocar impressões 4 - Realizar exames de rotina
5 - Fazer exame auxiliar de diagnóstico 8 - Outros _____ ⌊⌋

(P10) QUANTO TEMPO PENSA QUE O UTENTE ESPERA PARA O ATENDIMENTO NO DIA DA CONSULTA?
999 - não sabe ⌊⌊⌊⌋

QUAL A SUA OPINIÃO:

(P11) - relativamente às instalações onde exerce a sua actividade profissional:
1 - Muito boas 2 - Boas 3 - Médias 4 - Más ⌊⌋

(P12) - acerca da localização do edifício relativamente à população potencial utilizadora:
1 - Muito boa 2 - Boa 3 - Média 4 -Má ⌊⌋

(P13) - relativa à duraçãop média das consultas:
1 - deviam ser mais prolongadas 2 - é suficiente
3 - deviam ser mais rápidas 8 - outros _____ ⌊⌋

(P14) - acerca da satisfação dos utentes deste serviço
1 - muita 2 - razoável 3 - pouca 4 - nada ⌊⌋
(passe P16) (passe P16) (passe P15) (passe P15)

(P15) - os utentes não de sentem satisfeitos com:
1 - Médico 2 - Pess. Administ. 3 - Pess. Enfermagem
4 - Instalações 5 - Sistema em geral
8 - Outros _____ ⌊⌋

(P16) qual o principal problema referido pelos utentes no acesso à saúde ⌊⌋

_____

NOTA: As respostas em branco significam falta de informação

UTILIZAÇÃO DAS CONSULTAS EXTERNAS
DOS H.U.C. (1as. consultas)

(P1) SERVIÇO _____ ⌊_⌋⌊_⌋

Quem responde ao Inquérito

(P1) SEXO 1 - Feminino 2 - Masculino _____ ⌊_⌋

(P3) IDADE _____ (Anos) ⌊_⌋⌊_⌋

(P4) PROFISSÃO _____ ⌊_⌋⌊_⌋

(P5) LOCAL DE RESIDÊNCIA _____ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

(P6) PROVENIÊNCIA

1- Centro Médico
2 - Médico Privado
3 - Serviço de urgência
4 - Mesmo serviço
5 - Outro Hospital
6 - Mesmo Hospital (outro serviço) _____ ⌊_⌋

Nota : As respostas em branco significam falta de informação

ANEXO 3

QUADRO Nº I DESPESAS TOTAIS COM A SAÚDE
ALGUNS PAÍSES DA EUROPA

(milhões de contos)

PAÍSES	1974	1987
ALEMANHA	6254	14400
BÉLGICA	417	1660
DINAMARCA	314	948
ESPANHA	350	2800
HOLANDA	52	380
FRANÇA	2129	11709
GRÉCIA	18	263
ITÁLIA	860	8365
P.BAIXOS	1140	2895
PORTUGAL	16	333
R.UNIDO	1120	6316
TOTAL	12670	50069
VALOR DA MÉDIA	1152	4551

FONTE:O.C.D.E.,1990

QUADRO Nº II DESPESAS TOTAIS COM A SAUDE (MILHÕES DE CONTOS)
ALGUNS PAÍSES DA EUROPA. VARIAÇÃO ENTRE 1974/1987

PAISES	ANO DE 1974	ANO DE 1987	VARIAÇÃO 74/87	VAR.RELAT. MÉDIA 1974	VAR.RELAT. MÉDIA 1987
ALEMANHA	6254	14400	8146	5102	9848
BÉLGICA	417	1660	1243	-735	-2891
DINAMARCA	314	948	634	-838	-3603
ESPANHA	350	2800	2450	-802	-1751
HOLANDA	52	380	328	-1100	-4171
FRANÇA	2129	11709	9580	977	7158
GRÉCIA	18	263	245	-1134	-4288
ITÁLIA	860	8365	7505	-292	3814
P.BAIXOS	1140	2895	1755	-12	-1856
PORTUGAL	16	333	317	-1136	-4218
R.UNIDO	1120	6316	5196	-32	1765
TOTAL	12670	50069			
VALOR DA MÉDIA	1152	4551			

FONTE: O.C.D.E., 1990

(*) COTAÇÕES DE NOVEMBRO, 1991

QUADRO Nº III DESPESAS COM A SAÚDE POR PESSOA (ANO DE 1987) ALGUNS PAÍSES DA EUROPA

(em contos)

PAÍSES	POPULAÇÃO	DESP.TOT. P/PESSOA	DESP.PUB. P/PESSOA	VAR. RELAT. A MÉDIA P/ PESS. DESP.TOT.	VAR. RELAT. A MÉDIA P/ PESS. DESP.PÚB.
ALEMANHA	61077000	235,8	185	80,9	63,7
BÉLGICA	9868000	168,2	129,4	13,3	8,1
DINAMARCA	5130000	184,8	157,9	29,9	36,6
ESPANHA	38830000	72,1	55,3	-82,8	-66
HOLANDA	3542000	107,2	87,8	-47,7	-33,5
FRANÇA	55627000	210,5	157,4	55,6	36,1
GRÉCIA	9998000	26,3	20,9	-128,6	-100,4
ITÁLIA	57345000	145,9	115,5	-9	-5,8
P.BAIXOS	14671000	197,3	145,4	42,4	24,1
PORTUGAL	10280000	32,4	19,6	-122,5	-101,7
R.UNIDO	56930000	110,9	95,9	-44	-25,4
TOTAL	323298000				
VALOR DA MÉDIA	29390000	154,9	121,3		

FONTE: O.C.D.E.,1990

(*) COTAÇÃO DE NOVEMBRO, 1991

QUADRO Nº IV DESPESAS TOTAIS E PÚBLICAS NA SAÚDE RELATIVAS AO VALOR DO PIB (ANO DE 1987), EM ALGUNS PAÍSES DA EUROPA

(milhões de contos)

PAÍSES	PIB	DESPESAS TOTAIS	DESPESAS TOT./PIB	DESPESAS PÚBLICAS	DESPESAS PÚB./PIB
ALEMANHA	178809	14400	8	11297	6,3
BÉLGICA	22952	1660	7,2	1277	5,6
DINAMARCA	15852	948	6,0	810	5,1
ESPANHA	49994	2800	5,6	2147	4,3
HOLANDA	4695	380	8,1	311	6,6
FRANÇA	137514	11709	8,5	8756	6,4
GRÉCIA	5112	263	5,1	209	4,1
ITÁLIA	115602	8365	7,2	6621	5,7
P.BAIXOS	34112	2895	8,5	2133	6,3
PORTUGAL	5169	333	6,4	202	3,9
R.UNIDO	104401	6316	6,0	5459	5,2
TOTAL	674212	50069	7,4	39222	5,8
VALOR DA MÉDIA	61292	/4551	7,4	3565	5,8

FONTE:O.C.D.E.,1990

QUADRO Nº V DESPESAS TOTAIS E DESPESAS PÚBLICAS
RELATIVAS AO VALOR DO PIB - 1987 – ALGUNS PAÍSES DA EUROPA

PAÍSES	DESPESAS TOTAIS	DESPESAS PÚBLICAS	DESPESAS PÚBLICAS	VAR.REL. À MÉD.D. PÚB.	%DESPESAS PRIVADAS	VAR.REL MÉDIA D.PÚB.
ALEMANHA	14400	11297	78,45%	0,12%	21,55%	-0,12%
BÉLGICA	1660	1277	76,93%	-1,41%	23,07%	1,41%
DINAMARCA	948	810	85,44%	7,11%	14,56%	-7,11%
ESPANHA	2800	2147	76,68%	-1,66%	23,32%	1,66%
HOLANDA	380	311	81,84%	3,51%	18,16%	-3,51%
FRANÇA	11709	8756	74,78%	-3,55%	25,22%	3,55%
GRÉCIA	263	209	79,47%	1,13%	20,53%	-1,13%
ITÁLIA	8365	6621	79,15%	0,82%	20,85%	-0,82%
P.BAIXOS	2895	2133	73,68%	-4,66%	26,32%	4,66%
PORTUGAL	333	202	60,66%	-17,67%	39,34%	17,67%
R.UNIDO	6316	5459	86,43%	8,10%	13,57%	-8,10%
VALOR DA MÉDIA	4551	3565	78,33%		0,2	
TOTAL	50069	39222				

FONTE:O.C.D.E.,1990

QUADRO Nº VI CONCELHO DE COIMBRA
INFORMAÇÃO SOBRE A POPULAÇÃO E HABITAÇÃO (1970 e 1981)

	POPULAÇ. RESIDENTE		AREA	DENSID. POPULACIONAL		FAM./ RESIDENTE		PESS./FAMÍLIA		ALOJ.		ALOJ..	EDIF.	EDIF.	PES/
	1970	1981	Km 2	1970	1981	1970	1981	1970	1981	1970	1981	P/ ED.	1981	Km2/81	ED.1981
REGIAO CENTRO	1681008	1763119	23672,4	71,0	74,5	a)	539376	a)	3,3	a)	677446	1,1	612212	26	2,9
BAIXO MONDEGO	294621	329957	2062,4	142,9	160,0	a)	103761	a)	3,2	a)	112926	1,2	91662	44	3,6
CONCELHO	110553	138930	316,8	348,9	438,5	30334	42323	3,6	3,3	33578	44475	1,5	29782	94	4,7
ALMALAGUÊS	3287	3552	22,7	144,9	156,6	924	1046	3,6	3,4	977	1120	1,0	1112	49	3,2
ALMEDINA	2960	2112	1,1	2 715,6	1 937,6	850	672	3,5	3,1	916	721	2,0	365	335	5,8
AMEAL	1690	1722	11,3	150,2	153,1	499	509	3,4	3,4	530	530	1,0	514	46	3,4
ANTANHOL	1369	1831	10,5	130,5	174,5	397	574	3,4	3,2	420	586	1,1	535	51	3,4
ANTUZEDE	1737	2256	9,1	190,5	247,4	450	639	3,9	3,5	459	714	1,1	666	73	3,4
ARZILA	706	974	1,4	515,3	710,9	193	282	3,7	3,5	195	284	1,0	276	201	3,5
ASSAFARGE	1498	1714	10,2	146,4	167,5	413	534	3,6	3,2	469	621	1,2	509	50	3,4
BOTÃO	1571	1721	16,5	95,1	104,2	438	484	3,6	3,6	457	562	1,0	542	33	3,2
BRASFEMES	1508	1758	10,3	146,3	170,5	388	481	3,9	3,7	442	545	1,1	518	50	3,4
CASTELO VIEGAS	1096	1577	7,1	154,1	221,8	304	452	3,6	3,5	341	498	1,2	425	60	3,7
CEIRA	2618	4293	12,8	205,0	336,2	837	1237	3,1	3,5	885	1416	1,1	1267	99	3,4
CERNACHE	3101	3496	19,6	158,6	178,8	940	1080	3,3	3,2	1061	1122	1,0	1079	55	3,2
EIRAS	4811	8364	9,0	533,4	927,3	1283	2394	3,7	3,5	1601	2529	2,0	1270	141	6,6
LAMAROSA	1958	1906	16,2	121,2	117,9	527	586	3,7	3,3	639	822	1,0	810	50	2,4
RIBEIRA DE FRADES	1848	2068	6,1	303,0	339,0	517	628	3,6	3,3	541	620	1,1	553	91	3,7
SANTA CLARA	6026	9826	9,8	616,8	1 005,7	1657	2999	3,6	3,3	2187	3133	1,6	1915	196	5,1
SANTA CRUZ	8824	10890	5,5	1 616,1	1 994,5	2555	3590	3,5	3,0	2687	3555	2,3	1562	286	7,0
S.BARTOLOMEU	2484	2172	0,2	11 290,9	9 872,7	787	843	3,2	2,6	820	831	2,1	403	1 832	5,4
S.JOÃO DO CAMPO	1850	2196	7,3	253,1	300,4	506	638	3,7	3,4	546	659	1,1	620	85	3,5
S.MART. DE ÁRVORE	770	922	3,3	236,2	282,8	221	240	3,5	3,8	302	260	1,0	255	78	3,6
S.MARTI.DO BISPO	9581	12318	17,0	564,9	726,3	2486	3761	3,9	3,3	2500	3698	1,2	3206	189	3,8
S.PAULO DE FRADES	3115	3913	14,9	208,5	261,9	812	1074	3,8	3,6	890	1164	1,1	1017	68	3,8
S.SILVESTRE	2141	2541	12,3	174,6	207,3	555	726	3,9	3,5	552	777	1,1	717	58	3,5
SÉ NOVA	9085	10854	1,4	6 353,1	7 590,2	2558	3516	3,6	3,1	2859	3721	2,4	1542	1 078	7,0
SOUSELAS	2412	3058	14,9	161,4	204,7	644	877	3,7	3,5	693	983	1,1	894	60	3,4
S.ANT. DOS OLIVAIS	24416	32268	19,1	1 276,3	1 686,8	6329	9929	3,9	3,2	6892	10416	2,2	4759	249	6,8
TAVEIRO	1818	2152	10,2	177,7	210,4	529	683	3,4	3,2	623	663	1,1	629	61	3,4
TORRE DE VILELA	687	906	4,4	154,7	204,1	188	247	3,7	3,7	206	275	1,1	243	55	3,7
TORRES DO MONDEGO	2636	2976	16,7	157,7	178,1	744	848	3,5	3,5	778	875	1,1	812	49	3,7
TROUXEMIL	2294	1864	7,8	293,7	238,7	598	520	3,8	3,6	857	516	1,0	509	65	3,7
VIL DE MATOS	656	730	8,2	80,0	89,0	205	234	3,2	3,1	253	259	1,0	258	31	2,8

FONTE: I.N.E., RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO, 1970 E 1981

a)sem informação

QUADRO Nº VII POPULAÇÃO RESIDENTE DO CONCELHO DE COIMBRA
GRUPOS ETÁRIOS SEGUNDO SEXOS

Grupos Etários	TOTAL		HOMENS		MULHERES		VAR. ABS.	VAR. %
	HM	(%)	TOTAL	(%)	TOTAL	(%)	MH	MH
0-4	10286	7,4	5287	3,8	4999	3,6	288	0,2
5-9	11407	8,2	5816	4,2	5591	4,0	225	0,2
10-14	11137	8,0	5639	4,1	5498	4,0	141	0,1
15-19	11301	8,1	5575	4,0	5726	4,1	151	0,1
20-24	11284	8,1	5418	3,9	5866	4,2	448	0,3
25-29	10689	7,7	5029	3,6	5660	4,1	631	0,5
30-34	10417	7,5	4954	3,6	5463	3,9	509	0,4
35-39	8593	6,2	4061	2,9	4532	3,3	471	0,3
40-44	8463	6,1	3961	2,9	4502	3,2	541	0,4
45-49	8531	6,1	3927	2,8	4604	3,3	677	0,5
50-54	8319	6,0	3775	2,7	4544	3,3	769	0,6
55-59	7505	5,4	3431	2,5	4074	2,9	643	0,5
60-64	5705	4,1	2506	1,8	3199	2,3	693	0,5
65-69	5267	3,8	2240	1,6	3027	2,2	787	0,6
70-74	4517	3,3	1802	1,3	2715	2,0	913	0,7
75-79	3029	2,2	1080	0,8	1949	1,4	869	0,6
80-84	1586	1,1	512	0,4	1074	0,8	562	0,4
85 e mais	894	0,6	253	0,2	641	0,5	388	0,3
TOTAL	138930		65266	47,0	73664	53,0	9 706	7,0

ÍNDICE ENVELHEC.	47,6	37,6	57,8
RELAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO	1,4		

FONTE: I.N.E., RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO, 1981

QUADRO Nº VIII POPULAÇÃO RESIDENTE DO DISTRITO DE COIMBRA
GRUPOS ETÁRIOS SEGUNDO SEXOS

Grupos Etários	TOTAL		HOMENS		MULHERES		VAR. ABS.	VAR. %
	HM	(%)	TOTAL	(%)	TOTAL	(%)	M/H	M/H
0-4	31955	7,3	16225	3,7	15730	3,6	-495	-0,1
5-9	34220	7,8	17461	4,0	16759	3,8	-702	-0,2
10-14	34645	7,9	17599	4,0	17046	3,9	-553	-0,1
15-19	34954	8,0	17425	4,0	17529	4,0	104	0,0
20-24	32530	7,5	16314	3,7	16216	3,7	-98	0,0
25-29	28722	6,6	14095	3,2	14627	3,4	532	0,1
30-34	26714	6,1	12857	2,9	13857	3,2	1000	0,2
35-39	24209	5,5	11259	2,6	12950	3,0	1691	0,4
40-44	25635	5,9	11872	2,7	13763	3,2	1891	0,4
45-49	26388	6,0	12249	2,8	14139	3,2	1890	0,4
50-54	26774	6,1	12242	2,8	14532	3,3	2290	0,5
55-59	25897	5,9	11795	2,7	14102	3,2	2307	0,5
60-64	21863	5,0	9932	2,3	11931	2,7	1999	0,5
65-69	21161	4,8	9276	2,1	11885	2,7	2609	0,6
70-74	18359	4,2	7654	1,8	10705	2,5	3051	0,7
75-79	12406	2,8	4619	1,1	7787	1,8	3168	0,7
80-84	6351	1,5	2177	0,5	4174	1,0	1997	0,5
85 e mais	3541	0,8	1034	0,2	2507	0,6	1473	0,3
TOTAL	436324		206085	47,2	230239	52,8	24154	5,5

ÍNDICE ENVELHEC.	61,6	50,5	73,0
RELAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO	1,2		

FONTE: I.N.E., RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO, 1981

QUADRO Nº IX CONCELHO DE COIMBRA – POPULAÇÃO, FAMÍLIA, EDIFÍCIOS E ALOJAMENTOS (1981 e 1991)

REGIÃO CENTRO E CONCELHO DE COIMBRA	1981						1991					
	POP. PRES.		POPUL.				POP. PRES.		POP.			
	TOTAL	HOMENS	RESIDEN.	FAMÍLIAS	ALOJ.	EDIFÍC.	TOTAL	HOMENS	RESIDENT.	FAMÍLIAS	ALOJAM.	EDIFÍC.
REGIÃO CENTRO	1762226	840079	1763119	543742	688199	622385	1705227	816196	1720787	585231	813274	701278
BAIXO MONDEGO	335219	157998	329957	103761	117603	96196	332626	156395	328907	117870	143788	107240
CONCELHO	144471	68211	138930	42323	44475	29782	146635	68363	138961	53466	56145	32929
ALMALAGUÉS	3526	1731	3552	1046	1120	1112	3438	1581	3497	1295	1397	1368
ALMEDINA	2562	1163	2112	672	721	365	2375	1021	1927	937	812	424
AMEAL	1697	824	1722	509	530	514	1717	824	1733	533	518	499
ANTANHOL	1796	855	1831	574	586	535	2074	1016	2117	690	786	655
ANTUZEDE	2376	1209	2256	639	714	666	1960	960	1997	616	701	648
ARZILA	966	476	974	282	284	276	701	343	708	233	274	241
ASSAFRAGE	1688	804	1714	534	621	509	1810	869	1861	602	667	613
BOTÃO	1700	812	1721	484	562	542	1550	728	1622	497	703	662
BRASFEMES	1744	868	1758	481	545	518	1664	832	1693	497	570	535
CASTELO VIEGAS	1851	939	1577	452	498	425	1849	924	1833	512	551	479
CEIRA	4218	2059	4293	1237	1416	1267	4454	2182	4514	1477	1624	1387
CERNACHE	3525	1685	3496	1080	1122	1079	3563	1710	3589	1314	1448	1372
EIRAS	8271	3907	8364	2394	2529	1270	9499	4370	9580	3053	3500	1354
LAMAROSA	1996	975	1906	586	822	810	1896	891	1988	675	847	821
RIBEIRA DE FRADES	2057	1005	2068	628	620	553	1929	945	1954	654	752	718
SANTA CLARA	9672	4544	9826	2999	3133	1915	8689	4084	8708	3481	3950	2201
SANTA CRUZ	11495	5426	10890	3590	3555	1562	8769	3946	8222	3564	3402	1461
S.BARTOLOMEU	2411	1112	2172	843	831	403	1541	693	1380	649	682	330
S.JOÃO DO CAMPO	2187	1091	2196	638	659	620	2237	1096	2275	693	689	634
S.MART. DE ÁRVORE	896	423	922	240	260	255	975	487	970	313	312	295
S.MART. DO BISPO	12616	6099	12318	3761	3698	3206	12547	6023	12454	4166	4622	3462
S.PAULO DE FRADES	3863	1866	3913	1074	1164	1017	4713	2309	4770	1505	1679	1217
S.SILVESTRE	2532	1265	2541	726	777	717	2513	1282	2544	808	906	842
SÉ NOVA	14025	6127	10854	3516	3721	1542	12191	5242	8487	5853	4524	1461
SOUSELAS	3039	1487	3058	877	983	894	3080	1509	3132	899	1101	973
S.ANTÓNIO DOS OLIVAIS	33218	15309	32268	9929	10416	4759	39525	18008	35883	14886	15670	5067
TAVEIRO	2132	1028	2152	683	663	629	1884	923	1910	673	813	738
TORRE DE VILELA	896	446	906	247	275	243	1071	514	1084	323	350	304
TORRES DO MONDEGO	2932	1417	2976	848	875	812	2650	1294	2712	865	1001	931
TROUXEMIL	1853	897	1864	520	516	509	3045	1401	3084	949	1013	957
VIL DE MATOS	731	362	730	234	259	258	726	356	733	254	281	280

FONTE: I.N.E., CENSOS 91. RESULTADOS PRELIMINARES; REGIÃO CENTRO; DIRECÇÃO REGIONAL DO CENTRO

QUADRO Nº X CONCELHO DE GÓIS
INFORMAÇÃO SOBRE A POPULAÇÃO E HABITAÇÃO (1970 e 1981)

	POP. RESID.		ÁREA	DENS. POPUL.		FAM. RESID.		PESS/FAM		ALOJ.		ALOJ.	EDIF.	EDIF.	PESS.
	1970	1 981	Km 2	1970	1981	1970	1981	1970	1981	1970	1981	P/EDIF.	1981	KM2/81	ED. 1981
CONCELHO	6955	6434	263,74	26,4	24,4	2340	2404	3,0	2,7	3902	4332	1,01	4294	16,3	1,5
ALVARES	2227	1626	98,7	22,6	16,5	739	656	3,0	2,5	1367	1346	1	1345	13,6	1,2
CADAFAZ	619	493	34,2	18,1	14,4	224	208	2,8	2,4	445	578	1,01	568	16,6	0,9
COLMEAL	426	492	36,6	11,6	13,4	166	210	2,6	2,3	321	443	1	442	12,1	1,1
GOIS	2456	2615	73,4	33,5	35,6	807	886	3,0	3,0	1152	1332	1,03	1288	17,6	2
VILA N. CEIRA	1227	1208	20,9	58,6	57,7	404	444	3,0	2,7	617	633	1,01	651	31,1	1,8

FONTE: I.N.E., RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO, 1970 E 1981

QUADRO Nº XI POPULAÇÃO RESIDENTE DO CONCELHO DE GÓIS
GRUPOS ETÁRIOS SEGUNDO SEXOS

Grupos Etários	TOTAL		HOMENS		MULHERES		VAR. ABS.	VAR. %
	HM	(%)	TOTAL	(%)	TOTAL	(%)	MH	MH
0-4	392	6,1	198	3,1	194	3,0	- 4	-0,1
5-9	429	6,7	207	3,2	222	3,5	15	0,2
10-14	419	6,5	235	3,7	184	2,9	-51	-0,8
15-19	443	6,9	212	3,3	231	3,6	19	0,3
20-24	355	5,5	185	2,9	170	2,6	-15	-0,2
25-29	290	4,5	141	2,2	149	2,3	8	0,1
30-34	251	3,9	128	2,0	123	1,9	-5	-0,1
35-39	272	4,2	122	1,9	150	2,3	28	0,4
40-44	310	4,8	146	2,3	164	2,5	18	0,3
45-49	323	5,0	151	2,3	172	2,7	21	0,3
50-54	447	6,9	190	3,0	257	4,0	67	1,0
55-59	508	7,9	205	3,2	303	4,7	98	1,5
60-64	463	7,2	209	3,2	254	3,9	45	0,7
65-69	505	7,8	219	3,4	286	4,4	67	1,0
70-74	488	7,6	216	3,4	272	4,2	56	0,9
75-79	294	4,6	115	1,8	179	2,8	64	1,0
80-84	152	2,4	70	1,1	82	1,3	12	0,2
85 e mais	93	1,4	26	0,4	67	1,0	41	0,6
TOTAL	6434		2975	46,2	3459	53,8	484	7,5

INDICE ENVELHEC.	118,5	100,4	137,2
RELAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO	0,8		

FONTE: I.N.E., RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO, 1981

QUADRO Nº XII CONCELHO DE GÓIS
POPULAÇÃO, FAMÍLIAS, ALOJAMENTOS E EDIFÍCIOS EM 1981 E 1991

REGIÃO CENTRO E CONCELHO DE GÓIS	1981						1991					
	POPUL. PRESEN.		POPUL.				POP. PRESENTE		POPUL.			
	TOTAL	HOMENS	RESIDEN.	FAMIL.	ALOJ.	EDIFÍCIOS	TOTAL	HOMENS	RESIDEN.	FAMIL.	ALOJ.	EDIFÍCI.
REGIÃO CENTRO	1762226	840079	1763119	543742	688199	622385	1705227	816196	1720787	585231	813274	701278
PINHAL INTER. NORTE	150690	70542	152056	50515	70122	67844	137041	65192	139011	48968	74685	70856
CONCELHO	6425	2973	6434	2404	4362	4294	5372	2476	5345	2092	4169	4100
ALVARES	1628	731	1626	656	1346	1345	1282	577	1275	563	1546	1540
CADAFAZ	494	228	493	208	578	568	363	174	363	150	413	411
COLMEAL	485	183	492	210	443	442	317	133	317	151	237	237
GÓIS	2602	1254	2615	886	1332	1288	2331	1096	2323	817	1332	1295
VIL. NOVA DO CEIRA	1216	577	1208	444	663	651	1079	496	1067	411	641	617

FONTE: I.N.E., CENSOS 91. RESULTADOS PRELIMINARES; REGIÃO CENTRO; DIRECÇÃO REGIONAL DO CENTRO

QUADRO Nº XIII DISTRITO DE COIMBRA E CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS INDICADORES RELATIVOS À POPULAÇÃO RESIDENTE EM IDADE ACTIVA

POPULAÇÃO/EMPREGO	DISTRITO COIMBRA	CONCELHO COIMBRA	CONCELHO GÓIS
População activa	164086	55069	2196
Sector I (%)	25,3	3,9	45,7
Sector II (%)	33,6	33,1	32,2
Sector III (%)	41,2	63,0	22,1
Desempregados	8772	3004	50
(%) de desemp. rel. à Pop.resid.(1991)	2,0	2,1	0,8
Emigrantes	357	36	2

ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL - DISTRITO DE COIMBRA

QUADRO Nº XIV ESTRUTURA EMPRESARIAL DO DISTRITO DE COIMBRA

ESTRUTURA EMPRESARIAL	Estabelecimentos	Pessoal ao serviço		Dimensão média/estab.
		TOTAL	%	
Agric./Sil./Pescas	87	1422	2	16,3
Indústria Extractiva	29	305	0	10,5
Indústria Transformadora	935	27267	44	29,2
Electric./Água /Gás	32	1590	3	49,7
Constr./Obras Públicas	469	6120	10	13,0
Comércio/Restaurantes	2026	12507	20	6,2
Transp./Comunicações	165	4945	8	30,0
Banca/Seguros	199	2452	4	12,3
Serviços	729	5876	9	8,1
Totais	4 671	62 484	100	13,4
Remuneração Média Mensal: (escudos)	23 096			

FONTE : SELGEC, 1989. INDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL - DISTRITO DE COIMBRA

QUADRO Nº XV ESTRUTURA EMPRESARIAL DO CONCELHO DE COIMBRA

ESTRUTURA EMPRESARIAL	Estabelecimentos	Pessoal ao serviço		Dimensão média/estab.
		TOTAL	%	
Agric./Sil./Pescas	13	207	0,6	15,9
Indústria Extractiva	6	42	0,1	7,0
Indústria Transformadora	336	12818	39,3	38,1
Electric./Água /Gás	12	751	2,3	62,6
Constr./Obras Públicas	178	2564	7,9	14,4
Comércio/Restaurantes	1179	8086	24,8	6,9
Transp./Comunicações	65	2720	8,3	41,8
Banca/Seguros	110	1674	5,1	15,2
Serviços	404	3775	11,6	9,3
Totais	2303	32637	100,0	14,2

FONTE : SELGEC, 1989. ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL - DISTRITO DE COIMBRA

QUADRO Nº XVI DADOS GERAIS AGRICOLAS - ANO DE 1989

DADOS GERAIS (*)	Região Agric. B. Litoral	R.A.-B.Litoral Zona Agrária B. Serra	R.A.-B.Litoral Z.A.-B.Serra Conc. Góis	R.A.-B.Litoral Z.A.-Coimbra Coimbra	R.A.-B.Litoral Z.A.-Coimbra Conc. Coimbra
Nº. EXPLORAÇÕES	125,307	7,224	473	7,171	3,843
SUP.AGR.UTILIZ.(SAU)	231,458	14,112	512	12,598	6,869
(SAU) C/TERRAS ARÁVEIS	153,148	10,311	376	7,609	4,035
(SAU) C/CULT.PERMENTES	56,46	3,032	78	4,035	2,369
(SAU) C/PRADOS E PAST.PERMAN.	15,345	254	38	284	200
(SAU) C/HORTA FAMILIAR	6,505	515	20	396	265
Nº.MÉDIO BLOCOS C/(SAU)/EXPLOR.	6	4	6	7	6
(SAU) EM CONTA PRÓPRIA	184,873	10,354	10,634	10,634	5,396
CULTURAS TEMPORÁRIAS (*)					
CEREAIS PARA GRÃO	82,59	4,645	176	5,269	2,935
LEGUMINOSAS PARA GRÃO	18,789	1,322	34	469	228
BATATA	26,106	2,974	61	802	270
CULTURAS FORRAGEIRAS	96,883	3,002	88	2,91	1,652
CULTURAS PERMANENTES(*)					
FRUTOS FRESCOS	4,457	147	5	231	177
CITRINOS	851	3	0	135	117
FRUTOS SECOS	876	132	8	47	24
VINHA	33,558	634	13	2,227	1,374
OLIVAL	15,439	2,112	52	1,59	599
EFECTIVOS ANIMAIS					
BOVINOS	220,371	2,274	192	7,422	4,505
VACAS LEITEIRAS	77,941	278	1	1,801	1,102
OVINOS	195,943	26,5	1,682	11,697	3,782
OVELHAS	153,562	22,681	1,202	8,882	2,775
CAPRINOS	110,994	13,485	2,704	7,732	3,077
CABRAS	87,405	11,311	2,078	5,738	1,988
SUÍNOS	503,875	11,757	2,4	17,608	9,875
PORCAS REPRODUTORAS	106,756	1688	266	4,844	3,133
MÁQUINAS AGRÍCOLAS					
TRACTORES	26,208	832	44	1,761	1,02
MOTOCULTIVADORES	7,94	313	39	926	559
CEIFEIRAS DEBULHADORAS	215	0	0	18	16
ENFARDADEIRAS	487	4	0	34	22
TRABALHADORES ASSALARIADOS					
TRABALHADORES PERMANENTES (Nº)	8,357	332	25	435	362
A TEMPO COMPLETO	2,763	198	21	139	110
TRABALHADORES EVENTUAIS (NºDIAS)	2 134,848	166,7	7,297	109,854	67,284
HOMENS	899,043	78,208	(a) 89.71%	54,212	(a) 48.50%

a) % de homens na agricultura relativamente ao total de homens no Concelho (dados de 1981) (*) áreas em ha.

FONTE: I.N.E.; RECENSEAMENTO GERAL AGRÍCOLA, 1989

QUADRO Nº XVII INFRAESTRUTURAS NO DISTRITO DE COIMBRA E CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

INFRAESTRUTURAS	DISTRITO COIMBRA	CONCELHO COIMBRA	CONCELHO GÓIS
População Residente 1991	446600	142200	6600
Total de alojamamentos	167674	44475	4362
Alojam. c/ Água (%)	51,2	73,9	29,3
Alojam. c/ Electric. (%)	72,6	87,2	45,7
Fundo Eq. Financ. (M. Contos)	5137	1060	166
Invest. Municipal (M. Contos)	2001	374	69
Consumo de Energia (Mw)	205315	104741	1372
Consumo de Energia por Pessoa (Mwt)	0,5	0,7	0,2

FONTE: SELGEC,1989. ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL.

QUADRO Nº XVIII COMUNICAÇÕES NO DISTRITO DE COIMBRA CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

COMUNICAÇÕES	DISTRITO COIMBRA	CONCELHO COIMBRA	CONCELHO GÓIS
Veículos Ligeiros	49321	22137	369
Veículos Ligeiros por Alojamento %	29,41	13,20	0,22
Veículos Ligeiros por População Residente %	11,04	4,96	0,08
Telefones	40393	21943	349
Telefone por Alojamento (%)	24,09	13,09	0,21
Rede viária municipal (Km)	1766	194	63
Turistas	183036	93102	0

FONTE: SELGEC,1989.ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL

QUADRO Nº XIX EDUCAÇÃO NO DISTRITO DE COIMBRA E CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

EDUCAÇÃO	DISTRITO COIMBRA	CONCELHO COIMBRA	CONCELHO GÓIS
Taxa de analfabetismo (%)	20,5	12,9	30,5
Instrução > = Primária (%)	56,20	72,80	41,10
Alunos na Primária (%)	33685	9854	8
Professores Primários	1714	453	28
Alunos Prim./ Professores Prim.	19,7	21,8	14,6
Professores Pre. + Secund.	37609	18483	227
Alunos Prep. Secund.+ Sec. / Professor	3190	1448	25
Alunos Prep. Sec./ Professor	11,8	12,8	9,1
Bibliotecas	9	2	0

FONTE:SELGEC,1989. ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL

QUADRO Nº XX ESTRUTURA EMPRESARIAL DO CONCELHO DE GÓIS

ESTRUTURA EMPRESARIAL	Estabelecimentos	Pessoal ao serviço		Dimensão média/estab.
		TOTAL	%	
Agric./Sil./Pescas	2	4	1	2,0
Indústria Extractiva	1	3	0	3,0
Indústria Transformadora	14	432	68	30,9
Electric./Água /Gás	1	8	1	8,0
Constr./Obras Públicas	5	46	7	9,2
Comércio/Restaurantes	8	80	13	10,0
Transp./Comunicações	2	18	3	9,0
Banca/Seguros.	1	9	1	9,0
Serviços.	8	39	6	4,9
Totais	42	639	100	15,2

FONTE: SELGEC,1989. ÍNDICE DO PODER DE COMPRA REGIONAL - GÓIS

QUADRO Nº XXI CONCELHO DE GOIS.TEMPO DE PERCURSO EM TRANSPORTE PÚBLICO E A PÉ AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

NOME DA LOCALIDADE	C. SAÚDE OU EXTENSÃO MAIS PRÓXIMA	TEMPO DE PERCURSO AO C. SAÚDE OU EXTENSÃO MAIS PRÓXIMO			TEMPO DE PERCURSO AO C. SAÚDE DE GÓIS			TEMPO DE PERCURSO AO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA		
		T. PUB.	A PÉ	TOTAL	T. PUB.	A PÉ	TOTAL	T. PUB.	A PÉ	TOTAL
AÇOR	COLMEAL		55	55	60	55	115	140	55	195
ADELA	COLMEAL		68	68	60	68	128	155	68	208
AGRA VELHA	PONTE SOTÃO		62	62	15	62	77	95	80	157
AIGRA NOVA	PONTE SOTÃO		40	40	15	40	55	95	40	135
ALGARES	ALVARES	12	50	62	35	50	85	115	50	165
ALVARES	ALVARES				47		47	127		127
ALVEM	PONTE SOTÃO	5	13	18	10	13	23	90	13	103
AMIEIRO	RODA CIMEIRA		42	42	30	15	45	110	15	140
AMIOSINHO	RODA CIMEIRA		65	65	35	98	133	115	98	213
AMIOSO	RODA CIMEIRA		65	65	47	81	128	127	81	208
AMIOSO FUNDEIRO	ALVARES		32	32	49	8	57	129	8	137
AMIOSO DO SENHOR	ALVARES		62	62	47	62	109	127	62	189
BOIÇA	ALVARES		115	115	47	115	162	127	115	242
BORDEIRO	GOIS	7	7	14	7	7	14	87	7	94
CABREIRA	CABREIRA				21		21	101		101
CADAFAZ	CADAFAZ				35	47	82	115	47	162
CAMPELO	VILA NOVA CEIRA		52	52	10	52	62	70	52	122
CAPELO	COLMEAL	25		25	35		35	115		115
CANDOSA	COLMEAL	15		15	45		45	125		125
CARAPINHAL	VILA NOVA CEIRA		33	33	10	33	45	70	33	103
CARCAVELOS	GÓIS		25	25		25	25	80	25	105
CARRASQUEIRA	ALVARES		38	38	47	38	85	127	38	165
CASAL CIMA	ALVARES	5	8	13	42	8	50	122	8	130
CASAL NOVO	RODA CIMEIRA		22	22	25	30	55	105	30	135
CASALINHO BAIXO	GOIS	7	11	18	7	11	18	87	11	98
CASALINHO CIMA	GOIS	7	17	24	7	17	24	87	17	104
CASELAS	PONTE SOTÃO		28	28	10	17	27	90	17	107
CARVALHAL	CADAFAZ		73	73	35	38	73	115	38	153
CERDEIRA	GOIS	22	7	29	22	7	29	102	7	109
CHÃOS DOS SANTOS	VILA NOVA CEIRA		16	16	10	16	26	70	16	86
CHAPINHEIRA	VILA NOVA CEIRA		63	63	10	63	73	70	63	133
CIMO DO ALVEM	PONTE DE SOTÃO		5	5	15	5	20	95	5	100
CIVADO	GOIS	7	5	12	7	5	12	87	5	92
COELHOSA	ALVARES	5	67	72	35	77	112	115	77	192
COIÇOS	COLMEAL		83	83	60	83	143	140	83	223
COLMEAL	COLMEAL				60		60	140		140
CORTECEGA	GÓIS	11		11	11		11	91		91
CORTERREDOR	CABREIRA		60	60	21	60	81	101	60	161
CORTES	CORTES				62		62	142		142
CUNHAIS	PONTE DE SOTÃO		8	8	15	8	23	95	8	103
ESPORÃO	GÓIS	16	20	36	16	20	36	96	20	116
FAVAQUEIRA	CABREIRA	6	25	31	27	25	52	107	25	132

FONTE: HORÁRIO DE TRANSPORTES PÚBLICOS E TEMPOS DE PERCURSOS A PÉ MEDIDOS SOBRE O MAPA 1/25.000, 1990 (continua)

(continuação do quadro XXI)

NOME DA LOCALIDADE	C. SAÚDE OU EXTENSÃO MAIS PRÓXIMA	TEMPO DE PERCURSO AO C. SAÚDE OU EXTENSÃO MAIS PRÓXIMO			TEMPO DE PERCURSO AO C. SAÚDE DE GÓIS			TEMPO DE PERCURSO AO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA		
		T. PUB.	A PÉ	TOTAL	T. PUB.	A PÉ	TOTAL	T. PUB.	A PÉ	TOTAL
FOLGOSA	CABREIRA		80	80	21	80	101	101	80	181
FONTE LIMPA	ALVARES	5	31	36	35	43	78	115	43	158
FOZ ALVARES	ALVARES	5	48	53	42	48	90	122	48	170
GÓIS	GÓIS							80		80
JUNCAL	VILA NOVA CEIRA		16	16	10	16	26	70	16	86
LIBOREIRO	GÓIS		55	55		55	55	80	55	135
LOMBA	ALVARES		25	25	49		49	129		129
LOURAL	COLMEAL		68	68	60	68	128	140	68	208
MALHADA	COLMEAL		78	78	60	78	138	140	78	218
MEGA CIMEIRA	ALVARES		92	92	49	85	134	129	85	214
MEGA FUNDEIRA	CORTES		33	33	62	33	95	142	33	175
MESTRAS	RODA CIMEIRA		70	70	30	30	60	110	30	140
MINAS OURO CUF	RODA CIMEIRA		30	30	25	40	65	105	40	145
MONTEIRA	VILA NOVA CEIRA		28	28	10	28	38	70	28	98
NOGUEIRA	GÓIS	5		5	5		5	75		75
OBRAIS	ALVARES		85	85	49	72	121	129	72	201
OUTEIRO	GÓIS	7	19	26	7	19	26	87	19	106
PENA	GOIS	22	60	82	22	60	82	102	60	162
PIÃES	GÓIS	7	30	37	7	30	37	87	30	117
PONTE SOTÃO	PONTE SOTÃO				15		15	95		95
PORTELA	PONTE SOTÃO	5	5	10	10	5	15	90	5	95
POVORAIS	RODA CIMEIRA		73	73	22	70	92	102	70	172
POVOA	GOIS	7	32	39	7	32	39	87	32	119
RELVA MÓ	RODA CIMEIRA		27	27	35	32	67	115	32	147
RIBEIRA FUNDEIRA	GÓIS	22	25	47	22	25	47	102	25	127
ROÇAIO	COLMEAL		25	25	60	25	85	140	25	165
RODA CIMEIRA	RODA CIMEIRA				30	55	85	110	55	165
RODA FUNDEIRA	RODA CIMEIRA		16	16	35	43	78	115	43	158
SACÕES	VILA NOVA CEIRA		40	40	10	40	50	70	40	110
SALGADO	COLMEAL	15	80	95	45	80	125	125	80	205
SAMOURA	GÓIS	5	15	20	5	15	20	75	15	90
SANDINHAS	CABREIRA	6		6	27		27	107		107
SIMANTORTA	ALVARES	14	30	44	38	30	68	118	30	148
SOITO	COLMEAL		45	45	60	45	105	140	45	185
TELHADA	VILA NOVA CEIRA		45	45	10	45	55	70	45	115
TELHADA (ALVARES)	ALVARES	5	70	75	31	83	114	111	83	194
TORJAL	CORTES		25	25	52		52	132		132
TULHAS	ALVARES	5	7	12	42	7	49	122	7	129
VALE DE COURO	VILA NOVA CEIRA		48	48	10	48	58	70	48	118
VALE TORTO	GÓIS	22	23	45	22	23	45	102	23	125
VARZEA PEQUENA	VILA NOVA CEIRA		8	8	10	8	18	70	8	78
VILA NOVA CEIRA	VILA NOVA CEIRA				10		10	70		70

FONTE.HORÁRIOS DE TRANSPORTES PUBLICOS E TEMPOS DE PERCURSOS A PÉ, MEDIDAS SOBRE O MAPA 1/25.000,19901990

QUADRO Nº XXII ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA DOS LUGARES DO CONCELHO DE GÓIS

NOME DA LOCALIDADE	ACESSIBILIDADE		
	C. Saúde ou Ext. (a)	C. Saúde Góis	H.U.C. Coimbra
AÇOR	boa	nula	nula
ADELA	nula	nula	nula
AGRA VELHA	nula	nula	nula
AIGRA NOVA	boa	boa	ma
ALGARES	boa	média	nula
ALVARES	optima	boa	média
ALVEM	optima	optima	média
AMIEIRO	boa	boa	média
AMIOSINHO	nula	nula	nula
AMIOSO	nula	nula	nula
AMIOSO FUNDEIRO	boa	nula	nula
AMIOSO DO SENHOR	nula	nula	nula
BOIÇA	nula	nula	nula
BORDEIRO	optima	optima	média
CABREIRA	optima	boa	nula
CADAFAZ	optima	nula	nula
CAMPELO	boa	boa	média
CAPELO	boa	média	nula
CANDOSA	boa	média	nula
CARAPINHAL	boa	boa	média
CARCAVELOS	optima	optima	média
CARRASQUEIRA	boa	média	nula
CASAL CIMA	optima	boa	média
CASAL NOVO	optima	boa	média
CASALINHO BAIXO	optima	optima	média
CASALINHO CIMA	optima	optima	média
CASELAS	optima	optima	média
CARVALHAL	nula	nula	nula
CERDEIRA	optima	optima	média
CHÃOS DOS SANTOS	optima	optima	média
CHAPINHEIRA	nula	nula	nula
CIMO DO ALVEM	optima	optima	média
CIVADO	optima	optima	média
COELHOSA	nula	nula	nula
COIÇOS	nula	nula	nula
COLMEAL	optima	nula	nula
CORTECEGA	boa	boa	média
CORTERREDOR	boa	nula	nula
CORTES	optima	nula	nula
CUNHAIS	optima	optima	média
ESPORÃO	boa	boa	média
FAVAQUEIRA	média	má	nula

NOME DA LOCALIDADE	ACESSIBILIDADE		
	C. Saúde ou Ext. (a)	C. Saúde Góis	H.U.C. Coimbra
FOLGOSA	nula	nula	nula
FONTE LIMPA	boa	média	nula
FOZ ALVARES	boa	média	nula
GÓIS	optima	optima	boa
JUNCAL	optima	optima	média
LIBOREIRO	boa	boa	nula
LOMBA	optima	média	nula
LOURAL	nula	nula	nula
MALHADA	nula	nula	nula
MEGA CIMEIRA	nula	nula	nula
MEGA FUNDEIRA	boa	nula	nula
MESTRAS	nula	boa	média
MINAS OURO CUF	optima	boa	nula
MONTEIRA	optima	optima	média
NOGUEIRA	optima	optima	boa
OBRAIS	nula	nula	nula
OUTEIRO	optima	optima	média
PENA	média	média	nula
PIÃES	boa	boa	média
PONTE SOTÃO	optima	optima	média
PORTELA	optima	optima	média
POVORAIS	nula	nula	nula
POVOA	boa	boa	média
RELVA MÓ	optima	boa	nula
RIBEIRA FUNDEIRA	boa	boa	média
ROÇAIO	boa	nula	nula
RODA CIMEIRA	optima	média	nula
RODA FUNDEIRA	optima	média	nula
SACÕES	boa	boa	média
SALGADO	nula	nula	nula
SAMOURA	optima	optima	média
SANDINHAS	optima	boa	nula
SIMANTORTA	boa	boa	má
SOITO	boa	nula	nula
TELHADA	boa	boa	média
TELHADA (ALVARES)	nula	nula	nula
TORJAL	optima	má	nula
TULHAS	optima	boa	média
VALE DE COURO	boa	boa	má
VALE TORTO	boa	boa	média
VARZEA PEQUENA	optima	optima	média
VILA NOVA CEIRA	optima	optima	boa

FONTE: HORÁRIO E FREQUÊNCIA DOS TRANSPORTES PÚBLICOS (a) MAIS PRÓXIMO

QUADRO Nº XXIII RECURSOS HUMANOS. HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

		CH/DIR/SER.			ASS/GRAD.			INTERNO			TOTAL		
	ESPECIALIDADE	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.
2.1.	ANATOMIA PATOLOGICA	1	1	2		8	8	1	2	3	2	11	13
2.2.	ANESTESIOLOGIA	5		5	19	23	42	3	15	18	27	38	65
2.3.	CARDIOLOGIA	3		3	13	4	17	11	5	16	27	9	36
2.4.	CARDIOLOGIA U.C.I.C.	1		1	1	1	2	1		1	3	1	4
2.5.	CARDIOLOGIA PEDIAT.			0	3		3			0	3	0	3
2.6.	CIRURGIA CARD.-TORAX.	1		1	5		5	2	1	3	8	1	9
2.7.	CIRURGIA GERAL,I,II,III	6		6	20	2	22	13	10	23	39	12	51
2.8.	CIRURGIA PLAST.E RECONST.	2		2	7	1	8	3	1	4	12	2	14
2.9.	CIRURGIA MAXILO-FACIAL	1		1	1	1	2	3	1	4	5	2	7
2.10.	CIRURGIA VASC.(ANGIOL.)	1		1	2		2	3		3	6	0	6
2.11.	CLINICO GERAL			0	2		2			0	2	0	2
2.12.	DERMATOLOGIA	1	2	3	8	3	11	6	3	9	15	8	23
2.13.	ENDOCRINOLOGIA	1		1	2	5	7		5	5	3	10	13
2.14.	ESTOMATOLOGIA	3		3	11	5	16	4	3	7	18	8	26
2.15.	GASTROENTEROLOGIA	3		3	9	6	15	7		7	19	6	25
2.16.	GINECOLOGIA	3		3	10	10	20	4	8	12	17	18	35
2.17.	HEMATOLOGIA (LAB.)			0	6	6	12	5	5	10	11	11	22
2.18.	IMAGIOLOGIA	2		2	7	4	11	8	9	17	17	13	30
2.19.	IMUNO-HEMOTERAPIA		1	1	2	3	5	3		3	5	4	9
2.20.	IMUNOALERGOLOGIA	1		1	2		2	1	4	5	4	4	8
2.21.	INFECCIO-CONTAGIOSAS			0	5	3	8	3	5	8	8	8	16
2.22.	MEDICINA FIS. E REAB.			0	3	3	6	3		3	6	3	9
2.23.	MEDICINA INTERNA,I,II,III	4	1	5	15	2	17	20	22	42	39	25	64
2.24.	MEDICINA NUCLEAR(LAB.)	1		1	3		3	1	3	4	5	3	8
2.25.	NEFROLOGIA	2		2	8	2	10	4	1	5	14	3	17
2.26.	NEONATALOGIA			0	1		1			0	1	0	1
2.27.	NEUROCIRURGIA	3		3	7	1	8	3	1	4	13	2	15
2.28.	NEUROIMAGIOLOGIA	1		1	4	1	5	3	5	8	8	6	14
2.29.	NEUROLOGIA	4	1	5	9	8	17	5	10	15	18	19	37
2.30.	NEUROTRAUMATOLOGIA			0	1		1			0	1	0	1
2.31.	OFTALMOLOGIA	1		1	17	3	20	13	3	16	31	6	37
2.32.	ORTOPEDIA/ORTOTRAU.	6		6	27		27	13	1	14	46	1	47
2.33.	OTORRINOLARINGOLOG.	2		2	11	2	13	3	2	5	16	4	20
2.34.	PATOLOGIA CLINICA	1		1	1	6	7	1	3	4	3	9	12
2.35.	PNEUMOLOGIA	3		3	10	5	15	5	6	11	18	11	29
2.36.	PNEUMOTISIOLOGIA			0		10	10		4	4	0	14	14
2.37.	PSIQUIATRIA	2		2	15		15	5	4	9	22	4	26
2.38.	REANIMAÇÃO	2		2	5		5			0	7	0	7
2.39.	REUMATOLOGIA	2		2	12		12	4		4	18		18
2.40.	UROLOGIA	1		1	4		4	3		3	8		8
	TOTAL	70	6	76	288	128	416	167	142	309	525	276	801

	H	M	TOT.
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES E DIRECTORES	12	5	17
2. PESSOAL MÉDICO	525	276	801
3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAUDE	7	28	35
4. ENFERMEIROS	415	774	1189
5. TÉCNICOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA	66	170	236
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO	108	339	447
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS	90		90
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)	165	529	694
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA	155	332	487
TOTAL GERAL	1546	2453	3999

FONTE: G.P. H.U.C.1992

QUADRO Nº XXIV RECURSOS HUMANOS
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA - HOSPITAL GERAL

	H	M	TOTAL
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES	1	1	2
2. PESSOAL MÉDICO	169	99	268

	SERVIÇOS	CHEF/DIR./SERV.			ASSIS/GRADU.			INTERNO			TOTAL		
		H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.
2.1.	ANATOMIA PATOLOGICA			0		1	1	1	2	3	1	3	4
2.2.	ANESTESIOLOGIA	2	1	3	7	8	15	1	15	16	10	24	34
2.3.	CARDIOLOGIA			0	9	1	10	4	2	6	13	3	16
2.4.	CIRURGIA CARDIO-TORAXICA			0			0		3	3	0	3	3
2.5.	CIRURGIA GERAL	3		3	8		8	8		8	19	0	19
2.6.	ESTOMATOLOGIA		1	1	9	3	12	4	2	6	13	6	19
2.7.	GASTROENTEROLOGIA	1		1	6		6	2		2	9	0	9
2.8.	HEMATOLOGIA CLINICA	1		1	1	6	7	1	3	4	3	9	12
2.9.	IMUNO-HEMOTERAPIA			0		3	3		3	3	0	6	6
2.10.	INFECCIOSAS		1	1	1	1	2	1	2	3	2	4	6
2.11.	INTERNATO MÉDICO			0	1		1			0	1	0	1
2.12.	MEDICINA INTERNA	2	1	3	8	2	10	2	5	7	12	8	20
2.13.	NEFROLOGIA	1		1	1	1	2	1	1	2	3	2	5
2.14.	NEUROCIRURGIA			0	4		4	4	1	5	8	1	9
2.15.	NEUROLOGIA	2		2	7	3	10	1	7	8	10	10	20
2.16.	OFTALMOLOGIA	1		1	5		5	2	2	4	8	2	10
2.17.	ORTOPEDIA	1		1	15		15	6		6	22	0	22
2.18.	ORTOPEDIA			0		1	1		1	1	0	2	2
2.19.	OTORRINOLARINGOLOGIA	2		2	6	1	7	1	1	2	9	2	11
2.20.	PATOLOGIA CLINICA	1		1	1	3	4		3	3	2	6	8
2.21.	PNEUMOLOGIA	1		1	8	2	10	1	2	3	10	4	14
2.22.	RADIOLOGIA	1		1	3	1	4	1	3	4	5	4	9
2.23.	UROLOGIA	2		2	5		5	2		2	9	0	9
	TOTAL	21	4	25	105	37	142	43	58	101	169	99	268

3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAUDE	27	13	40
4. ENFERMEIROS	92	184	276
5. TÉCNICOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA	8	54	62
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO	9	44	53
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS	26		26
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)	27	128	155
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA	26	52	78
TOTAL GERAL	385	575	960

FONTE: G.P. C.H.C.,1992

QUADRO Nº XXV RECURSOS HUMANOS
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA - HOSPITAL PEDIÁTRICO

	TOTAL		
	H	M	TOT.
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES	1		1
2. PESSOAL MÉDICO	42	30	72

	SERVIÇOS	CH/DIR/SERV			ASSIST/GRADUA			INTERNO			TOTAL		
		H	M	TOT.	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT
2.1.	ANESTESIOLOGIA			0	5		5				5	0	5
2.2.	CARDIOLOGIA			0	1		1				1	0	1
2.3.	CIRURGIA PEDIATRICA	1		1	7	1	8				8	1	9
2.4.	ELECTROENCEFALOGRAFIA			0		1	1				0	1	1
2.5.	NEUROCIRURGIA	1		1		1	1				1	1	2
2.6.	NEUROLOGIA	1		1		1	1				1	1	2
2.7.	ORTOPEDIA	1		1	2		2				3	0	3
2.8.	PATOLOGIA CLINICA			0		1	1				0	1	1
2.9.	PEDIATRIA MÉDICA	4	1	5	16	12	28	2	12	14	22	25	47
2.10.	RADIOLOGIA	1		1			0				1	0	1
	TOTAL	9	1	10	31	17	48	2	12	14	42	30	72

3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE	1	4	5
4. ENFERMEIROS	9	125	134
5. TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA	9	18	27
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO	2	27	29
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS	15		15
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)	2	56	58
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA	9	39	48
TOTAL GERAL	90	299	389

FONTE: G. P. C.H.C., 1992

QUADRO Nº XXVI RECURSOS HUMANOS
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA - MATERNIDADE BISSAYA BARRETO

	TOTAL		
	H	M	TOTAL
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES	1		1
2. PESSOAL MÉDICO	33	39	72

	SERVICOS	CHEF/DIREC./SERV.			ASS./GRAD.			INTERNO			TOTAL		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
2.1.	ANESTESIOLOGIA		1	1	2	2	4				2	3	5
2.2.	GINECOLOGIA		1	1	5	2	7				5	3	8
2.3.	GINE./OBSTETRÍCIA				6	6	12	6	19	25	12	25	37
2.4.	NEONATALOGIA	1		1			0				1	0	1
2.5.	OBSTETRICIA	3	1	4	5	3	8				8	4	12
2.6.	PEDIATRIA MÉDICA				5	3	8		1	1	5	4	9
	TOTAL	4	3	7	23	16	39	6	20	26			

3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAUDE		1	1
4. ENFERMEIROS	4	108	112
5. TÉCNICOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA		5	5
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO	1	19	20
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS	13		13
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)	4	42	46
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA	9	41	50
TOTAL GERAL	65	255	320

FONTE: G.P C.H.C., 1992

QUADRO Nº XXVII RECURSOS HUMANOS
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - MATERNIDADE DANIEL DE MATOS

	H	M	TOTAL
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES	1	2	3
2. PESSOAL MÉDICO	26	25	51

	SERVICO	CHEF/DIREC./SER.			ASSIST.GRAD.			INTERNO			TOTAL		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
2.1.	GINECOLOGIA/OBST.				5	2	7				5	2	7
2.2.	NEONATALOGIA				2	1	3				2	1	3
2.3.	OBSTETRICIA	3	1	4	9	7	16	7	14	21	19	22	41
	TOTAL	3	1	4	16	10	26	7	14	21	26	25	51

3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE			0
4. ENFERMEIROS		96	96
5. TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA	1	1	2
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO		3	3
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS			0
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)		31	31
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA		3	3
TOTAL GERAL	28	161	189

FONTE:G.P.H.U.C., 1992

QUADRO Nº XXVIII CENTRO DE ONCOLOGIA DE COIMBRA

	H	M	TOT.
ADMINISTRADORES HOSPITALARES E DIRECTORES	2	2	4
PESSOAL MEDICO	46	30	76

	CHE/DIR.SERVIÇO			ASSIST.GRAD.			INTERNO			TOTAL		
ESPECIALIDADE	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.
ANAT.PATOLOG.		1	1	1		1		2	2	1	3	4
ANESTESIOLOGIA	1	1	2	2	2	4				3	3	6
CARDIOLOGIA				1		1				1		1
CIRURG.GERAL	3		3	5	2	7				8	2	10
DERMATOLOGIA				1	1	2				1	1	2
ENDOCRINOLOGIA					1	1					1	1
ESTOMATOLOGIA	1		1	1		1				2		2
GASTRO				1	1			1	1			
GINECOLOGIA	2		2	4	1	5				6	1	7
HEMATOLOGIA					1	1					1	1
IMAGIOLOGIA	3		3	2	2	4	1		1	6	2	8
IMUNO-HEMOTER.					1	1					1	1
MEDICINA INTERNA	1		1	3		3				4		4
NEUROLOGIA					1	1					1	1
O.R.L.	1		1	1		1				2		2
PATOLOGIA CLINICA				1	1	2				1	1	2
PNEUMOLOGIA				1		1				1		1
PSIQUIATRIA				1		1				1		1
QUIMIOTERAPIA	3		3	1	3	4				4	3	7
RADIOTERAPIA		1	1	1	5	6		3	3	1	9	10
UROLOGIA	1		1	2		2				3		3
CITOPATOLOGIA					1	1					1	1
TOTAL	16	3	19	29	22	51	1	5	6	46	30	76

TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE	4	13	17
ENFERMEIROS	16	97	113
TECNICOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA	10	35	45
PESSOAL ADMINISTRATIVO	13	46	59
TECNICOS DE INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTOS	14		14
AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA	20	96	116
OUTRO PESSOAL	4	5	9
TOTAL GERAL	129	324	453

FONTE: G.P. I.P.O.,1992

QUADRO Nº XXIX - RECURSOS HUMANOS. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SOBRAL CID

	TOTAL		
	H	M	TOTAL
1. ADMINISTRADORES HOSPITALARES	3	1	4
2. PESSOAL MÉDICO	21	15	36

	SERVIÇOS	CHEF/DIREC./SERVIÇO			ASSIST/GRADUAD.			INTERNO			TOTAL		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
2.1.	CITOGENETICA			0	1		1			0	1		1
2.2.	NEUROLOGIA			0	1		1			0	1		1
2.3.	PSIQUIATRIA	2	1	3	12	4	16	5	9	14	19	14	33
2.4.	CLINICA GERAL			0		1	1			0		1	1
	TOTAL	2	1	3	14	5	19	5	9	14	21	15	36

3. TÉCNICOS SUPERIORES DE SAUDE	2	13	15
4. ENFERMEIROS	75	77	152
5. TÉCNICOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA	1	3	4
6. PESSOAL ADMINISTRATIVO	14	24	38
7. TÉCNICOS DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÃO DE SERVIÇOS	27		27
8. ACÇÃO MÉDICA (PESSOAL AUXILIAR)	16	72	88
9. ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE ROUPA	7	29	36
TOT. GERAL	166	234	400

FONTE:G.P. H.S.C.,1992

QUADRO Nº XXX - MOVIMENTO DE INTERNAMENTO DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
ALGUNS INDICADORES POR SERVIÇO

SERVIÇOS	DEMORA MÉDIA	SAÍDOS/ /CAMA	LOTAÇÃO	TAXA OCUP.
CARDIOLOGIA	7,19	36,11	57	73,42
CIRURGIA CARDIO TORACICA	9,27	21,56	34	55,68
CIRURGIA PLASTICA	8,68	39,42	12	91,78
CIRURGIA VASCULAR	11,09	19,00	33	58,02
CIRURGIA I	12,97	20,41	66	72,92
CIRURGIA II	13,13	19,95	66	70,54
CIRURGIA III	12,70	20,58	65	70,31
CIRURGIA MAXILO FACIAL	7,09	55,43	21	107,97
DERMATOLOGIA	15,60	13,74	35	57,85
ENDOCRINOLOGIA	10,06	24,58	33	68,29
GASTRENTEROLOGIA	16,46	18,89	66	85,21
GINECOLOGIA	8,74	29,89	62	71,63
HEMATOLOGIA	13,00	22,36	33	83,75
IMUNO-ALERGOLOGIA	9,91	24,80	10	65,51
IMUNO-SUPRESSAO	16,93	14,00	2	64,38
INFECCIOSAS	14,33	20,09	33	78,85
LITOTRICIA	2,46	130,33	6	93,56
MEDICINA I	13,27	21,64	33	79,40
MEDICINA II	13,61	22,91	33	89,40
MEDICINA III	14,43	20,05	66	79,68
NEFROLOGIA	17,20	13,82	33	66,60
NEONATALOGIA	5,22	54,65	20	77,23

FONTE:H.U.C. 1990 Estatística do Movimento Assistencial, 1990

SERVIÇOS	DEMORA MÉDIA	SAÍDOS/ /CAMA	LOTAÇÃO	TAXA OCUP.
NEUROCIRURGIA	20,73	15,3	33	86,48
NEUROLOGIA	20,75	16,55	99	94,8
NEUROTRAUMATOLOGIA	14,42	21,33	33	85,03
OBSTETRICIA	6,16	51,57	91	88,93
OFTALMOLOGIA	3,8	89,43	40	97,29
ORTOPEDIA - 2	12,38	20,64	33	68,19
ORTOPEDIA - 3	11,37	20,88	40	64,79
ORTOPEDIA - 4	17,54	16,83	60	78,54
ORTOPEDIA - 5	39,76	7,93	14	82,66
ORTOPEDIA - 6	4,38	5,5	32	7,72
ORTOPEDIA - 1H	21,8	11,47	51	66,46
ORTOPEDIA - 1M	15,89	14,34	29	71,93
ORTOTRAUMATOLOGIA	8,00	39,24	33	85,56
OTORRINOLARINGOLOGIA	4,73	52,42	33	67,75
PNEUMOLOGIA	14,17	25	47	96,65
PSIQUIATRIA	31,55	10,94	63	93,89
QUEIMADOS	25,7	8,9	10	64
REANIMAÇÃO	11,73	21,42	12	69,61
SECTOR EST.MEDICINA REPR	4,18	30,75	4	35,27
TRANSPLANTES	18,77	24	4	120,34
U. C. I. C.	6,43	39,93	15	73,02
UNIDADE MATERNA	9,28	15,63	8	38,12
UROLOGIA	15,01	18,34	53	73,9
TOTAL	10,94	25,56	16,56	76,95

QUADRO Nº XXXI MATERNIDADE BISSAYA BARRETO
EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES

INDICADORES	ANO					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Lotação	145	145	153	153	153	198
Doente Trat/cama	47,41	40,69	44,26	48,88	61,34	47,15
Demora Média	6,12	6,04	5,63	5,5	4,92	4,59
% Ocupação	79,55	67,37	68,32	73,58	82,74	58,68
Partos	2 727	2 845	2 790	3 088	3 037	2 762
Urgência	10 013	8 820	8 777	10 734	12 579	12 670
Consulta Externa	26 554	26 853	26 068	26 848	29 391	30 804
Radiologia	3 065	3 177	2 593	3 104	3 745	5135
Análises Clínicas	24 272	29 291	38 494	37 577	57 389	62 048

FONTE: C.H.C., Departamento de Informação para a Gestão, 1990

QUADRO Nº XXXII HOSPITAL PEDIÁTRICO
EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES

INDICADORES	ANO					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Lotação	124	124	134	121	121	121
Doentes Tratados	3329	3595	a) 4844	5366	6309	b) 6234
Dias de Internamento	24486	25320	25328	24991	26583	24699
Demora Média	7,36	7,04	5,23	4,66	4,21	3,96
% Ocupação	54,1	55,94	51,78	56,43	60,19	55,92
Nº de Consultas	24227	24808	24457	23232	23528	25135
Nº de Urgências	49996	46119	49761	48931	47836	46052

FONTE: CHC, DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO, 1990

a) - Incluí 1 512 doentes da Unidade de Cuidados Leves b) - Não incluí 2 352 doentes da U.I.C.D..

QUADRO Nº XXXIII HOSPITAL GERAL - INDICADORES DE PRODUÇÃO – 1987 - 1992

INDICADORES DE PRODUÇÃO	87	88	89	90	91	92
DOENTES TRATADOS	9268	9153	9709	10492	11530	11218
DIAS INTERNAMENTO	152035	126788	124248	183452	130203	127189
DEMORA MÉDIA	16,40	13,85	13,70	12,09	11,59	11,63
TAXA DE OCUPAÇÃO	106,53	87,47	84,67	80,53	84,13	82,15
INTERVENÇÕES CIRURGICAS	4697	4250	3467	3887	5795	5956
URGÊNCIAS	33668	36374	29489	33485	39490	36505
LABORATÓRIO	374711	404629	404163	478150	594369	589277
CONSULTAS EXTERNAS	46327	51515	58892	62095	63957	67912
IMAGIOLOGIA	53738	53459	47820	54689	59008	62130
OUTROS MCDT	68275	63623	60531	63743	75435	61481

FONTE: Relatório e Contas, CHC, 1987 a 1992

QUADRO Nº XXXIII-A HOSPITAL GERAL, Evolução de alguns indicadores

INDICADORES	1988	1989	1990
Lotação	1570	1607	1656
Doente Trat/cama	40607	43521	42331
Demora Média	11,26	10,42	12,3
% Ocupação	77,72	75,61	76,95
Consulta Externa	207133	228217	247609
Urgência (a)	84724	103410	111792
Radiologia	115944	138314	164670
Análises Clínicas	1718499	2235369	2451019

FONTE: H.U.C., 1990

QUADRO Nº XXXIII-B HOSPITAL GERAL, Evolução de alguns indicadores

INDICADORES	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Lotação	408	408	391	396	407	420
Doente Trat/cama	19,82	20,77	23,7	23,11	22,54	24,98
Demora Média	17,61	18,16	16,4	13,85	13,7	12,09
% Ocupação	95,61	103,39	106,53	87,47	84,67	80,53
Urgência (a)	30548	30548	33668	36374	29489	33485
Consulta Externa	38393	39904	46327	51515	58892	62095
Radiologia	46167	45857	49558	50716	44595	50613
Análises Clínicas	298240	318767	348698	384500	314027	394937

FONTE: C.H.C., Departamento de Informação para a Gestão, 1990

(a) Encerramento do Serviço de Urgência Março 89/Maio 90

QUADRO Nº XXXIV MOVIMENTO DE INTERNAMENTO DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SERVIÇOS	Proveniência						TOTAL
	Urgência		Ordinária		Transferência		
	V. Abs	%	V. Abs	%	V. Abs	%	
Cardiologia	728	35,2	1 118	54,0	223	10,8	2 069
Cirurgia Cardio Torácica	22	3,0	152	20,8	558	76,2	732
Cirurgia Plastica	47	10,0	355	75,9	66	14,1	468
Cirurgia Vascular	202	32,3	400	64,0	23	3,7	625
Cirurgia I	678	49,9	514	37,8	168	12,4	1360
Cirurgia II	640	48,8	509	38,8	163	12,4	1 312
Cirurgia III	627	47,6	536	40,7	153	11,6	1 316
Cirurgia Maxilo Facial	400	34,2	701	59,9	69	5,9	1 170
Dermatologia	51	10,6	417	87,1	11	2,3	479
Endocrinologia	146	18,0	603	74,3	63	7,8	812
Gastrenterologia	482	38,8	722	58,2	37	3,0	1 241
Ginecologia	303	16,3	1 529	82,5	22	12	1 854
Hematologia	207	28,1	452	61,3	78	10,6	737
Imuno-Alergologia	72	29,6	152	62,6	19	7,8	243
Imuno-Supressão	0	0,0	1	3,7	26	96,3	27
Infecciosas	453	67,9	169	25,3	45	6,7	667
Litotricia	35	4,5	731	93,5	16	2,0	782
Medicina I	458	64,8	223	31,5	26	3,7	707
Medicina II	430	56,8	285	37,6	42	5,5	757
Medicina III	811	60,7	470	35,2	55	4,1	1 336
Nefrologia	213	45,9	212	45,7	39	8,4	464
Neonatologia	1 097	100,0	0	0,0	0	0,0	1 097
Neurocirurgia	120	23,8	258	51,2	126	25,0	504
Neurologia	711	43,4	883	53,9	45	2,7	1 639
Neurotraumatologia	627	89,2	10	1,4	66	9,4	703
Obstetricia	4 691	99,9	0	0,0	7	0,1	4 698
Oftalmologia	318	8,9	3 261	90,9	7	0,2	3 586
Ortopedia - 2	208	30,8	116	17,2	352	52,1	676
Ortopedia - 3	302	36,5	92	11,1	433	52,4	827
Ortopedia - 4	346	35,0	374	37,8	269	27,2	989
Ortopedia - 5	7	6,5	49	45,4	52	48,1	108
Ortopedia - 6	1	0,5	67	36,4	116	63,0	184
Ortopedia - 1H	119	20,1	359	60,7	113	19,1	591
Ortopedia - 1M	103	24,3	262	61,8	59	13,9	424
Ortotraumatologia	785	60,6	82	6,3	429	33,1	1 296
Otorrinolaringologia	152	8,8	1 569	90,7	9	0,5	1 730
Pneumologia	581	49,4	498	42,4	96	8,2	1 175
Psiquiatria	385	54,9	293	41,8	23	3,3	701
Queimados	80	88,9	6	6,7	4	4,4	90
Reanimação	126	48,8	0	0,0	132	51,2	258
Sector Est. Medicina Repr.	0	0,0	124	100,0	0	0,0	124
Transplantes	27	29,0	64	68,8	2	2,2	93
U.C.I.C.	424	70,4	91	15,1	87	14,5	602
Unidade Materna	50	40,7	0	0,0	73	59,3	123
Urologia	182	18,9	730	75,7	52	5,4	964

FONTE: H.U.C.,1992

QUADRO Nº XXXV - HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - LISTA DE ESPERA/MÊS DE MARÇO/92

SERVIÇOS	DIAS DE ESPERA	CONSULTAS PROG. P/SEMANA	Nº DOENTES EM L. ESPERA	DATA PREVISÍVEL DE MARCAÇÃO
ALERGOLOGIA	30	9	13	13.05.92
ANDROLOGIA	56	2	48	02.11.92
BRADIDISRITMIAS	A	7	8	---
CARDIOLOGIA	A	32	117	---
CARD. CONG. ADULT.	A	2	1	---
CIRURGIA 1	7	12	55	13.05.92
CIRURGIA 2	2	50	23	07.04.92
CIRURGIA 3	10	40	35	13.04.92
CIRURG. CARDÍACA	A	s/limite	4	---
CIR. MAX. FACIAL	A	B	23	---
CIR. PLÁSTICA	7	30	7	09.04.92
CIRURG. VASCULAR	15	16	1706	19.05.92
COLO-PROCTO 1	7	3	4	20.04.92
COLO-PROCTO 3	3	6	1	03.04.92
DERMATOLOGIA	51	56	51	28.05.92
DERMAT. PEDIAT.	16	10	3	21.04.92
DIEBATOLOGIA	10	10	6	16.04.92
DIETETICA	17	6	21	14.05.92
DOENÇAS MAMAS	10	6	4	16.04.92
ENDOCRINOLOGIA	86	10	498	24.06.93
END. PED. ADOLESC.	A	2	1	---
EPILEPSIA	87	3	5	02.07.92
ESTERILIDADE	63	8	17	15.06.92
ESTOMATOLOGIA	A	B	2150	31.08.92
ESTRABOLOGIA	17	8	2	21.04.92
GASTRENTEROLOG.	16	13	42	14.05.92
GINECOLOGIA	91	12	1280	22.07.92
GINEC. ONCOLOG.	--	4	8	15.04.92
HEMATOLOGIA	A	10	18	---
HIPERTENSÃO	A	5	9	---
INFECIOSAS	--	12	1	----
LITIASE	92	2	196	01.07.94
MEDICINA 1	A	7	10	----
MEDICINA 2	--	8	7	08.04.92
MEDICINA 3	--	25	2	----
MED.FIS.REABIL.	30	20	202	30.05.92
NEFROLOGIA	11	10	6	16.04.92
NEUROCIRURGIA	8	18	45	28.04.92
NEUROLOGIA	9	36	61	21.04.92
OFTALM.TRIAGEM	91	170	2744	28.10.92
ORTOP.PEDIATRIA	A	2	13	----
ORTOP.TRIAGEM	70	30	1161	09.03.93
OTORRINO	92	36	765	03.12.92
PACE-MAKER	A	s/limite	1	----
PLANEA.FAMILIAR	91	6	82	08.10.92
PNEUMOLOGIA	23	15	21	06.05.92
PRE-TRANSPLANTE	10	7	1	09.04.92
PSQUIATRIA	38	24	16	20.05.92
REFRACÇÃO	35	172	300	08.06.92
REUMATOLOGIA	84	21	17	29.06.92
SEXOLOGIA	29	3	1	28.04.92
TIROIDE	91	10	237	14.12.92
UROLOGIA	92	12	611	17.06.93
VALVULOPATIAS	A	5	5	----

A- Listas de espera na posse dos serviços

B- Consultas programadas pelos serviços

FONTE: H.U.C., 1992

QUADRO Nº XXXVI MOVIMENTO DE INTERNAMENTO – HOSPITAL GERAL
Alguns Indicadores por Serviço

SERVIÇOS	DEMORA MÉDIA	SAÍDOS/ CAMA	LOTAÇÃO	TAXA OCUP.
ORTO-TRAUMT.	18,72	16,33	69	80,59
MEDICINA	14,47	22,63	44	86,34
CIRURGIA I	11,19	28,31	44	84,95
CIRURGIA II	12,89	24,36	44	83,31
NEUROLOGIA	13,71	23,34	32	81,50
NEUROCIRURGIA	8,35	26,92	25	60,70
CARDIOLOGIA	6,68	41,12	24	74,20
UROLOGIA	14,58	22,37	24	87,73
GASTROENTEROLOG	11,80	26,04	21	81,30
PNEUMOLOGIA	10,16	31,05	20	84,39
INFECCIOSAS	14,30	19,60	23	74,13
NEFROLOGIA	12,61	33,41	12	109,10
OTORRINO	3,87	78,66	6	83,06
HEMATOLOGIA	9,38	30,25	4	77,80
OFTALMOLOGIA	11,73	22,53	15	69,26
REANIMAÇÃO	4,96	49,50	4	66,98
U.C.I.C.	4,96	43,44	9	57,74
TOTAL- GERAL	12,09	24,98	420	80,53

FONTE: C.H.C.,1990

QUADRO Nº XXXVII MOVIMENTO DE INTERNAMENTO – MATERNIDADE BISSAIA BARRETO
Alguns indicadores por Serviço

SERVIÇOS	DEMORA MÉDIA	SAÍDOS/ CAMA	LOTAÇÃO	TAXA OCUP.
OBSTETRICIA	5,17	41,79	82	58,33
GINECOLOGIA	3,82	80,09	36	83,62
NEOMATOLOGIA	4,67	37,89	80	47,83
TOTAL-M.B.B.	4,59	47,15	198	58,68

FONTE: C.H.C.,1990

QUADRO Nº XXXVIII MOVIMENTO DE INTERNAMENTO – HOSPITAL PEDIATRICO
Alguns Indicadores por Serviço

SERVIÇOS	DEMORA MÉDIA	SAÍDOS/ CAMA	LOTAÇÃO	TAXA OCUP.
ORTOPEDIA	9,30	21,79	24	54,61
CIRURGIA	3,87	72,75	16	76,88
U.I.C.D.	0,99	268,20	10	73,09
NEUROCIRURGIA	5,00	43,00	6	58,49
QUEIMADOS	12,79	18,00	6	59,58
MEDICINA	4,97	36,80	45	49,44
U.C.I.	5,12	28,93	14	40,09
TOTAL-PEDIAT.	3,96	51,92	121	55,92

FONTE:C.H.C.,1990

QUADRO Nº XXXVIII-A CENTRO HOSPITALAR
(HOSPITAL GERAL E PEDIÁTRICO)
LISTA DE ESPERA - 1991

	MESES DE ESPERA		
	Consulta Externa	Internamento	M.C.D.T.*
HOSPITAL GERAL			
SERVIÇOS:			
CIRURGIA GERAL		12 a 18	
OFTALMOLOGIA	6	24	
NEUROLOGIA	3		
GASTROENT	2		
ORTOPEDIA	2	36	
OTORRINO	3	24	6
UROLOGIA		24	
IMAGIOLOGIA			2
HOSPITAL PEDIATRICO			
SERVIÇOS:			
CIRURGIA GERAL		5 a 12	
NEUROLOGIA	7		
ORTOPEDIA	1 a 12	5 a 9	

FONTE: C.H.C., 1991

* Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

QUADRO Nº XXXIX ESPECIALIDADES MEDICAS POR RUAS

	ESPECIALIDADES MÉDICAS																				
RUAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
L.M.Bombarda	2	1	1	1	1	1															7
R.F.Borges	7		1	3	4	2	1	1	1	5	1	1									27
R.V. da Luz	1		1		2	1															5
P. 8 de Maio		4				1		1													6
R. da Sofia	1	5	1	1	2	2		1	3		1	2	2	2	5	2	3				33
R.M.Rodrigues		2		1		1			2				1								7
R.João Rulão	1																				1
R.Rosa Falcão															3						3
R.S. de Castro	3	3	1					1		1	1	1		1	1			2	1	1	17
Bota Abaixo	1																				1
R. da Louça	2																				2
R.E.Coelho	1																				1
R. das Padeiras															1						1
R. dos Gatos	2																				2
R. da Sota	1																				1
R.Cidade Santos		1																			1
R.Aveiro	1			1							1										3
Av.Sá Bandeira	4	2	6	12		2	1			2	2	1	1	3	4		1			4	45
R.Brasil		1		1			1	4	1					1	1				2	2	14
R.Combatentes	1	2												1							4
Av.E.Navarro	1	1	2					1	1	1					1						8
Al.C.Gulbenkian	1		1		1					1	1	1									6
R.Ant.José Almeida	1				1								1								3
R.Nicolau Chant.			1	1					1		2		2			1	1			1	10
R.Alexand. Hercul.	1			2	1		4												3		11
Av.Fern. Magalh.	2	1			2					1					1					1	8
Largo de Celas	3	3	14	4	4	2			3		2	5	3	4	2	4	2	4			59
TOTAL	37	26	29	27	18	12	7	9	12	11	11	11	10	12	19	7	7	6	6	9	286

FONTE: Levantamento directo na cidade de Coimbra, 1989

1 - Estomatologia, 2 - Clínica Geral, 3 - Psiquiatria, 4 - Ginecologia Obstétrica, 5 - Oftalmologia, 6 - Otorrino, 7- Endocrinologia, 8- Radiologia, Gastroentrologia, 10- Cardiologia,
11- Urologia, 12- Cirurgua Geral, 13- Medicina Interna, 14- Pediatria, 15- Ortopedia, 16- Pneumotisiologia, 17- Dermatologia, 18- Neurocirurgia,19 - Neurologia, 20- Neuopsiquiatria.

QUADRO Nº XL – LOCAL DE RESIDÊNCIA DOS UTILIZADORES DA CONSULTA EXTERNA (1as. consultas) DO H.U.C., SEGUNDO SERVIÇOS E SEXOS

SERVIÇOS	SEXO	DISTRITOS													
		AVEIRO		COIMBRA		LEIRIA		VISEU		GUARDA		C.BRANCO		TOTAIS	
		V. ABS.	%	V. ABS.	%	V.ABS.	%	V.ABS.	%	V. ABS.	%	V. ABS.	%	V. ABS.	%
CARDIOLOGIA	FEM.	64	6,1	35	4,4	4	6,3	1	1,6	2	4	1	2,6	107	5,2
	MASC.	61	10,3	31	4,2	3	4,6	8	9,6	2	4,1	0	0	105	6,8
	TOTAL	125	7,6	66	4,3	7	5,4	9	6,3	4	4	1	1,7	212	5,9
CIRURGIA	FEM.	89	8,5	102	12,9	14	21,9	7	11,5	9	18	3	7,9	224	10,9
	MASC.	99	16,7	112	15,3	14	21,5	2	2,4	3	6,1	7	33,3	237	15,4
	TOTAL	188	11,5	214	14	28	21,7	9	6,3	12	12,1	10	16,9	461	12,8
DERMATATOL.	FEM.	62	5,9	57	7,2	4	6,3	3	4,9	2	4	0	0	128	6,2
	MASC.	36	6,1	65	8,9	4	6,2	5	6	4	8,2	0	0	114	7,4
	TOTAL	98	6	122	8	8	6,2	8	5,6	6	6,1	0	0	242	6,7
ENDOCRINOL.	FEM.	50	4,8	26	3,3	2	3,1	4	6,6	2	4	6	15,8	90	4,4
	MASC.	12	2	7	1	1	1,5	5	6		0	0	0	25	1,6
	TOTAL	62	3,8	33	2,2	3	2,3	9	6,3	2	2	6	10,2	115	3,2
GASTROENT.	FEM.	10	1	13	1,6	2	3,1	1	1,6	3	6	0	0	29	1,4
	MASC.	11	1,9	17	2,3		0	2	2,4	5	10,2	1	4,8	36	2,3
	TOTAL	21	1,3	30	2	2	1,6	3	2,1	8	8,1	1	1,7	65	1,8
GINECOLOGIA	FEM.	78	7,5	83	10,5	10	15,6	8	13,1	8	16	5	13,2	192	9,4
	MASC.	0	0		0		0		0		0	0	0	0	0
	TOTAL	78	4,8	83	5,4	10	7,8	8	5,6	8	8,1	5	8,5	192	5,3
MEDICINA	FEM.	77	7,4	102	12,9	6	9,4	4	6,6	5	10	4	10,5	198	9,7
INTERNA	MASC.	30	5,1	83	11,3	6	9,2	7	8,4	2	4,1	3	14,3	131	8,5
	TOTAL	107	6,5	185	12,1	12	9,3	11	7,6	7	7,1	7	11,9	329	9,2
NEFROLOGIA	FEM.	12	1,1	2	0,3	1	1,6		0	1	2	1	2,6	17	0,8
	MASC.	5	0,8	2	0,3	1	1,5	2	2,4	1	2	0	0	11	0,7
	TOTAL	17	1	4	0,3	2	1,6	2	1,4	2	2	1	1,7	28	0,8
NEURO-	FEM.	19	1,8	8	1	1	1,6	2	3,3	3	6	3	7,9	36	1,8
CIRURGIA	MASC.	7	1,2	9	1,2	3	4,6	7	8,4	6	12,2	0	0	32	2,1
	TOTAL	26	1,6	17	1,1	4	3,1	9	6,3	9	9,1	3	5,1	68	1,9
OFTALMOL.	FEM.	298	28,5	128	16,2	9	14,1	16	26,2	6	12	4	10,5	461	22,5
	MASC.	138	23,3	130	17,8	10	15,4	15	18,1	6	12,2	5	23,8	304	19,7
	TOTAL	436	26,6	258	16,9	19	14,7	31	21,5	12	12,1	9	15,3	765	21,3
ORTOPEDIA	FEM.	101	9,7	76	9,6	3	4,7	4	6,6	5	10	3	7,9	192	9,4
	MASC.	67	11,3	81	11,1	2	3,1	9	10,8	4	8,2	2	9,5	165	10,7
	TOTAL	168	10,3	157	10,3	5	3,9	13	9	9	9,1	5	8,5	357	9,9
OTORRINO	FEM.	49	4,7	44	5,6	2	3,1	4	6,6	1	2	4	10,5	104	5,1
	MASC.	40	6,7	44	6	4	6,2	3	3,6	1	2	0	0	92	6
	TOTAL	89	5,4	88	5,8	6	4,7	7	4,9	2	2	4	6,8	196	5,5
PNEUMOL.	FEM.	27	2,6	18	2,3		0	2	3,3		0	1	2,6	48	2,3
	MASC.	18	3	33	4,5	3	4,6	4	4,8	2	4,1	1	4,8	61	4
	TOTAL	45	2,7	51	3,3	3	2,3	6	4,2	2	2	2	3,4	109	3
PSIQUIATRIA	FEM.	72	6,9	67	8,5	1	1,6	3	4,9	1	2	3	7,9	147	7,2
	MASC.	30	5,1	43	5,9	4	6,2	5	6	4	8,2	2	9,5	88	5,7
	TOTAL	102	6,2	110	7,2	5	3,9	8	5,6	5	5,1	5	8,5	235	6,5
UROLOGIA	FEM.	14	1,3	9	1,1	3	4,7	1	1,6	1	2	0	0	28	1,4
	MASC.	27	4,6	43	5,9	8	12,3	3	3,6	4	8,2	0	0	85	5,5
	TOTAL	41	2,5	52	3,4	11	8,5	4	2,8	5	5,1	0	0	113	3,1
OUTROS	FEM.	22	2,1	22	2,8	2	3,1	1	1,6	1	2	0	0	48	2,3
	MASC.	12	2	32	4,4	2	3,1	6	7,2	5	10,2	0	0	57	3,7
	TOTAL	34	2,1	54	3,5	4	3,1	7	4,9	6	6,1	0	0	105	2,9
TOTAL	FEM.	1044	100	792	100	64	100	61	100	50	100	38	100	2049	100
	MASC:	593	100	732	100	65	100	83	100	49	100	21	100	1543	100
TOTAL GERAL		1637	100	1524	100	129	100	144	100	99	100	59	100	3592	100
% REL. AO TOTAL (3592)			45,6		42,4		3,6		4		2,8		1,6		100

FONTE: INQUÉRITO AOS UTILIZADORES DA CONSULTA EXTERNA (1as. consultas) do H.U.C., de 1 a 20 de ABRIL de 1992 DESCONHECIDOS= 6

QUADRO Nº XLI – GRUPOS DE IDADE DOS UTILIZADORES DAS CONSULTAS EXTERNAS DO H.U.C., SEGUNDO SERVIÇOS E SEXO

		GRUPOS DE IDADE							
		<15		15-64		=>65		TOTAL	
SERVIÇOS	SEXOS	V. ABS.	%	V. ABS.	%	V.ABS.	%	V.ABS.	%
CARDIOLOGIA	FEM.	2	1,6	77	4,9	28	7,8	107	5,2
	MASC.		0	66	6,3	39	10,7	105	6,8
	TOTAL	2	0,8	143	5,5	67	9,2	212	5,9
CIRURGIA	FEM.	7	5,6	179	11,4	38	10,5	224	11
	MASC.	11	8,7	163	15,5	63	17,2	237	15,3
	TOTAL	18	7,1	342	13	101	13,9	461	12,8
DERMATOLOGIA	FEM.	18	14,3	86	5,5	24	6,6	128	6,3
	MASC.	24	18,9	66	6,3	24	6,6	114	7,4
	TOTAL	42	16,6	152	5,8	48	6,6	242	6,7
ENDOCRINOLOG.	FEM.	5	4	78	5	7	1,9	90	4,4
	MASC.	2	1,6	15	1,4	8	2,2	25	1,6
	TOTAL	7	2,8	93	3,5	15	2,1	115	3,2
GASTROENTROL.	FEM.		0	26	1,7	3	0,8	29	1,4
	MASC.	1	0,8	26	2,5	10	2,7	37	2,4
	TOTAL	1	0,4	52	2	13	1,8	66	1,8
GINECOLOGIA	FEM.	1	0,8	185	11,8	6	1,7	192	9,4
	MASC.		0		0		0		0
	TOTAL	1	0,4	185	7,1	6	0,8	192	5,3
MEDICINA	FEM.	6	4,8	168	10,7	24	6,6	198	9,7
INTERNA	MASC.	5	3,9	108	10,2	18	4,9	131	8,5
	TOTAL	11	4,3	276	10,5	42	5,8	329	9,2
NEFROLOGIA	FEM.		0	12	0,8	6	1,7	17	0,8
	MASC.	1	0,8	5	0,5	5	1,4	11	0,7
	TOTAL	1	0,4	17	0,6	11	1,5	28	0,8
NEUROCIRURGIA	FEM.		0	33	2,1	3	0,8	36	1,8
	MASC.	1	0,8	26	2,5	5	1,4	32	2,1
	TOTAL	1	0,4	59	2,3	8	1,1	68	1,9
OFTALMOLOGIA	FEM.	39	31	283	18,1	140	38,8	462	22,6
	MASC.	28	22	182	17,3	96	26,2	304	19,7
	TOTAL	67	26,5	465	17,7	236	32,5	766	21,3
ORTOPEDIA	FEM.	17	13,5	141	9	34	9,4	192	9,4
	MASC.	15	11,8	134	12,7	16	4,4	165	10,7
	TOTAL	32	12,6	275	10,5	50	6,9	357	9,9
OTORRINO	FEM.	17	13,5	72	4,6	14	3,9	103	5
	MASC.	27	21,3	57	5,4	10	2,7	94	6,1
	TOTAL	44	17,4	129	4,9	24	3,3	197	5,5
PNEUMOLOGIA	FEM.	3	2,4	38	2,4	7	1,9	48	2,3
	MASC.	4	3,1	45	4,3	12	3,3	61	3,9
	TOTAL	7	2,8	83	3,2	19	2,6	109	3
PSIQUIATRIA	FEM.	8	6,3	125	8	14	3,9	147	7,2
	MASC.	3	2,4	64	6,1	21	5,7	88	5,7
	TOTAL	11	4,3	189	7,2	35	4,8	235	6,5
UROLOGIA	FEM.		0	21	1,3	7	1,9	28	1,4
	MASC.	2	1,6	55	5,2	28	7,7	85	5,5
	TOTAL	2	0,8	76	2,9	35	4,8	113	3,1
OUTROS	FEM.	3	2,4	43	2,7	6	1,7	43	2,1
	MASC.	3	2,4	43	4,1	11	3	57	3,7
	TOTAL	6	2,4	86	3,3	17	2,3	100	2,8
TOTAL	FEM.	126	100	1567	100	361	100	2044	100
	MASC.	127	100	1055	100	366	100	1546	100
TOTAL GERAL		253	100	2622	100	727	100	3590	100
% RELAT. AO TOT. (3590)			7		73		20,3		100

DESCONHECIDOS = 8

FONTE: INQUÉRITO AOS UTILIZADORES DA CONSULTA EXTERNA (1as. consultas) DO H.U.C., de 1 a 20 de ABRIL de 1992

QUADRO Nº XLII – PROVENIÊNCIA DOS UTILIZADORES (SERVIÇOS QUE OS ENVIARAM) DAS CONSULTAS EXTERNAS (1as. CONSULTAS) DO H.U.C., SEGUNDO OS SERVIÇOS E SEXOS

SERVIÇOS	SEXO	PROVENIÊNCIA – SERVIÇOS DE SAÚDE QUE OS ENVIARAM											
		C.SAÚDE		M. PRIVADO		OUT. SERV.		S. URGÊNCIA		PRÓPRIO SERV.		TOTAL	
		V. ABS.	%	V. ABS.	%	V.ABS.	%	V.ABS.	%	V. ABS.	%	V. ABS.	%
CARDIOLOG.	FEM.	6	0,9		0	69	16,1	8	6,1	24	3	107	5,2
	MASC.	5	1,3		0	79	24,7	5	3,6	16	2,2	105	6,8
	TOTAL	11	1		0	148	19,8	13	5	40	2,6	212	5,9
CIRURGIA	FEM.	58	8,6	1	8,3	16	3,7	21	15,9	128	15,9	224	10,9
	MASC.	46	12,2	1	14,3	11	3,4	25	18	154	21,5	237	15,4
	TOTAL	104	9,9	2	10,5	27	3,6	46	17,6	282	18,6	461	12,8
DERMATOL.	FEM.	61	9	3	25	7	1,6	2	1,5	55	6,8	128	6,2
	MASC.	46	12,2	2	28,6	7	2,2	3	2,2	56	7,8	114	7,4
	TOTAL	107	10,2	5	26,3	14	1,9	5	1,9	111	7,3	242	6,7
ENDOCRINOL.	FEM.	43	6,4	1	8,3	28	6,5	1	0,8	17	2,1	90	4,4
	MASC.	6	1,6		0	14	4,4		0	5	0,7	25	1,6
	TOTAL	49	4,7	1	5,3	42	5,6	1	0,4	22	1,4	115	3,2
GASTROENTR.	FEM.	10	1,5		0		0	3	2,3	16	2	29	1,4
	MASC.	12	3,2		0	3	0,9		0	22	3,1	37	2,4
	TOTAL	22	2,1		0	3	0,4	3	1,1	38	2,5	66	1,8
GINECOLOGIA	FEM.	37	5,5	2	16,7	50	11,7	4	3	99	12,3	192	9,4
	MASC.		0		0		0		0		0		0
	TOTAL	37	3,5	2	10,5	50	6,7	4	1,5	99	6,5	192	5,3
MEDICINA - INTERNA	FEM.	47	7	1	8,3	27	6,3	22	16,7	101	12,6	198	9,6
	MASC.	14	3,7	0	0	14	4,4	12	8,6	91	12,7	131	8,5
	TOTAL	61	5,8	1	5,3	41	5,5	24	9,2	192	12,6	329	9,2
NEFROLOGIA	FEM.	12	1,8		0		0	1	0,8	4	0,5	17	0,8
	MASC.	5	1,3	1	14,3		0		0	5	0,7	11	0,7
	TOTAL	17	1,6	1	5,3		0	1	0,4	9	0,6	28	0,8
NEUROCIR.	FEM.	10	1,5	1	8,3	8	1,9		0	17	2,1	36	1,8
	MASC.	6	1,6		0	12	3,8	2	1,4	12	1,7	32	2,1
	TOTAL	16	1,5	1	5,3	20	2,7	2	0,8	29	1,9	68	1,9
OFTALMOLGIA	FEM.	217	32,1	3	25	124	29	2	1,5	116	14,4	462	22,5
	MASC.	132	35,1	3	42,9	74	23,1	1	0,7	94	13,1	304	19,8
	TOTAL	349	33,2	6	31,6	198	26,5	3	1,1	210	13,8	766	21,3
ORTOPEDIA	FEM.	40	5,9		0	47	11	38	28,8	67	8,3	192	9,4
	MASC.	24	6,4		0	53	16,6	34	24,5	54	7,6	165	10,7
	TOTAL	64	6,1		0	100	13,4	72	27,6	121	8	357	9,9
OTORRINO	FEM.	43	6,4		0	9	2,1	6	4,5	45	5,6	103	5
	MASC.	43	11,4		0	6	1,9	9	6,5	47	6,6	94	6,1
	TOTAL	86	8,2		0	15	2	15	5,7	92	6,1	197	5,5
PNEUMOL.	FEM.	17	2,5		0	6	1,4	5	3,8	20	2,5	48	2,3
	MASC.	12	3,2		0	9	2,8	9	6,5	31	4,3	61	4
	TOTAL	29	2,8		0	15	2	14	5,4	51	3,4	109	3
PSIQUIATRIA	FEM.	60	8,9		0	24	5,6	13	9,8	50	6,2	147	7,2
	MASC.	10	2,7		0	16	5	18	12,9	44	8,2	88	5,7
	TOTAL	70	6,7		0	40	5,3	31	11,9	94	6,2	235	6,5
UROLOGIA	FEM.	10	1,5		0	3	0,7	3	2,3	12	1,5	28	1,4
	MASC.	12	3,2		0	14	4,4	10	7,2	49	6,9	85	5,5
	TOTAL	22	2,1		0	17	2,3	13	5	61	4	113	3,1
OUTROS	FEM.	5	0,7		0	10	2,3	3	2,3	33	4,1	51	2,5
	MASC.	3	0,8		0	8	2,5	11	7,9	35	4,9	49	3,2
	TOTAL	8	0,8		0	18	2,4	14	5,4	68	4,5	100	2,8
TOTAL	FEM.	676	100	12	100	428	100	132	100	804	100	2052	100
	MASC.	376	100	7	100	320	100	139	100	715	100	1538	100
TOTAL GERAL		1052	100	19	100	748	100	261	100	1519	100	3590	100
% REL. AO TOTAL (3590)			29,3		0,5		20,8		7,3		42,3		100

FONTE: INQUÉRITO AOS UTILIZADORES DA CONSULTA EXTERNA (1as. consultas) do H.U.C., de 1 a 20 de ABRIL de 1992 DESCONHECIDOS = 8

QUADRO Nº XLIII CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MOTIVOS CLÍNICOS DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL - CONSULTA EXTERNA
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

MOTIVOS CLINICOS	CONCELHOS		
	COIMBRA	GOIS	TOTAL
D. SANG. E ORG. HEMATOP.	3,1	3,2	3,1
TR. MENTAIS E PSIQUIÁTRICOS	3	3,2	3
D.S.NERVOSO E ORG. SENTIDOS	18,1	17,1	17,9
D. AP. CIRCULATÓRIO	7,7	12	8,6
D. AP. RESPIRATÓRIO	8,1	8,2	8,1
D. AP. DIGESTIVO	12,8	12	12,7
D. AP. GENITURINÁRIO	8,6	7	8,2
D.PELE TEC. CEL. SUBCUTÂNEO	7,4	3,8	6,7
D.S.OSTEART. T. CONJUNTIVO	8,1	12	8,9
LESOES TRAUMÁTICAS	3,6	3,2	3,5
SINT. EST. MORB. MAL DEFINIDOS	11,7	8,9	11,1
OUTROS	5,5	1,8	4,8

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990 Nº. CASOS = 766

QUADRO Nº XLIV CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MOTIVOS CLÍNICOS DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL - URGÊNCIA
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

MOTIVOS CLINICOS	CONCELHOS		
	COIMBRA	GOIS	TOTAL
D.S.NERVOSO E ORG. SENTIDOS	10,1	11,1	10,2
D. AP. RESPIRATÓRIO	17,3	13,9	16,9
D. AP. DIGESTIVO	10,1	11,7	10,3
D. AP. CIRCULATÓRIO	5,5	5,6	5,5
D. AP. GENITURINÁRIO	4,4	6,7	4,7
D. PELE TEC. CEL. SUBCTÂNEO	4,4	2,2	4,2
D. S. OSTEO ORT. T. CONJUNTIVO	9,9	9,4	9,1
LESÕES TRAUMÁTICAS	16,6	15	16,4
OUTROS ACIDENTES	6,1	2,8	5,7
SINT. EST. MORB. MAL DEFINIDOS	9,6	7,8	9,3
OUTROS	6,9	9	7,7

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A., 1990 Nº. CASOS = 1444

QUADRO Nº XLV CONCELHOS DE COIMBRA E GOIS
MOTIVOS CLINICOS DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL - INTERNAMENTO
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

MOTIVOS CLINICOS	CONCELHOS		
	COIMBRA	GOIS	TOTAL
TUMORES	2,9	5,4	3,2
D.S.NERVOSO E ORG. SENTIDOS	11,1	10,8	11,1
D. AP. CIRCULATÓRIO	4,5	2,7	4,3
D. AP. RESPIRATÓRIO	9,9	13,5	10,4
D. AP. DIGESTIVO	19,8	10,8	18,6
D. AP. GENITURINÁRIO	9,9	2,7	8,9
PARTO PUERP. E GRAVIDÊZ	8,2	8,1	8,2
D. S. OSTEO ORT. T. CONJUNTIVO	4,9	10,8	5,7
LESOES TRAUMÁTICAS	7,4	8,1	7,5
SINT. EST. MORB. MAL DEFINIDOS	12,3	18,9	13,2
OUTROS	9,1	8,1	9

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

Nº. CASOS = 280

QUADRO Nº XLVI CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MOTIVOS CLÍNICOS DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL - TRATAMENTO
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

MOTIVOS CLINICOS	CONCELHOS		
	COIMBRA	GOIS	TOTAL
D. GL. ENDOCRINAS	0,6	5	1
NUTR. METAB. TUMORES	2,8	20	4,6
D.S.NERVOSO E ORG. SENTIDOS	13,1	10	12,8
D. AP. CIRCULATÓRIO	7,4	0	6,6
D. AP. RESPIRATÓRIO	13,1	15	13,3
D. AP. DIGESTIVO	12,5	10	12,2
D. AP. GENITURINÁRIO	6,8	5	6,6
PARTO PUERP. E GRAVIDEZ	0,6	5	1
D.PELE TEC. CEL SUBCUTÂNEO	4	0	3,6
D.S.OST. T. CONJUNTIVO	8,5	10	8,7
LESOES TRAUMÁTICAS	9,1	0	8,2
OUTROS CUID.	6,3	10	6,6
SINT. EST. MORB. MAL DEFINIDOS	10,8	10	10,7
OUTROS	5	0	6,1

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

Nº. CASOS =196

QUADRO Nº XLVI-A CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
RAZÕES DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (última consulta), SEGUNDO LOCAL PRESTADOR
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

RAZÕES DE UTILIZAÇÃO	SEXO	LOCAL PRESTADOR														
		CENTRO DE SAÚDE			EXTENSÃO			MEDICO PRIVADO			MEDICO CONVENCIONADO			HOSPITAL		
		COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL
DOENÇA	FEM.	46,9	66,3	54,2	59,8	48	56,3	46,1	59,8	48,4	45	31,9	42,8	66,2	25	65,7
	MASC.	56,7	77,3	65,4	66,4	59,7	64,8	52,1	66,7	54,4	57,7	39,4	53,9	73,9	100	
	TOT.	51,1	71,6	59,2	62,7	52,6	60	48,7	62,8	51	51,4	36,1	48,5	70	72,7	70
OBTENÇÃO CERTIFICADO	FEM.	4,5	1,6	3,4	1,8	0,7	1,5									
	MASC.	3,9	1,4	2,8	3,1	1,4	2,7									
	TOT.	4,2	1,5	3,1	2,4	1	2									
RENOVAR RECEITA	FEM.	9,1	8	8,7	9	22,2	12,9									
	MASC.	3,7	5,6	4,5	6	13,3	7,8									
	TOT.	6,8	6,9	6,8	7,7	18,7	10,7									
FALAR C/ O MÉDICO	FEM.	3,3	2,8	3,1	2,3	2,6	2,4	5,3	5,2	5,3	6,6	11,1	7,4	2,3	0	2,3
	MASC.	0,8	1,1	0,9	1,6	1,8	1,6	4,4	6,7	4,7	4,8	2,1	4,2	1,7	0	1,7
	TOT.	2,2	2	2,1	2	2,3	2,1	4,9	5,8	5,1	6	5,7	2,4	2	0	2
EXAME VIGILÂNCIA	FEM.	26,9	16,6	23,1	21,1	22,5	21,5	36,2	24,7	34,3	41,3	50	42,8			
	MASC.	24,8	6,7	17,2	17,2	18,7	17,6	29,7	18,7	28	33	53,2	37,2			
	TOT.	26	11,8	20,4	19,3	21	19,8	33,3	22,1	31,5	37,1	51,8	39,9			
EXAME DIAGNOSTICO	FEM.	5,7	2,1	4,4	4	3	3,8							24,4	50	24,8
	MASC.	4,7	3,6	4,3	3,1	2,9	3							16,4	0	16
	TOT.	5,3	2,8	4,3	3,6	3	3,4							20,5	18,2	20,4
VACINAS	FEM.	3,6	2,6	3,2	1,9	0,9	1,6	12,3	10,3	12	7,2	6,9	7,1	7	25	7,3
	MASC.	5,3	4,2	4,9	2,6	2,2	2,5	13,8	8	12,9	4,5	5,3	4,7	8	0	7,8
	TOT.	4,3	3,4	3,9	2,2	1,4	2	13	9,3	12,4	5,8	6	5,9	7,5	9,1	7,5

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº XLVI-B CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

RAZÕES DA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM 6 MESES (à excepção do hospital) SEGUNDO O LOCAL PRESTADOR

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

RAZÕES DE NÃO UTILIZAÇÃO	SEXO	LOCAL PRESTADOR											
		CENTRO DE SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENCIONADO		
		COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL
NÃO ESTEVE DOENTE	FEM.	34,1	33,8	34	41,6	39,5	41,1	24,8	17,8	23	29,4	18,3	26,5
	MASC.	45,5	49	46,2	52,3	48,3	51,4	36,5	27,8	34,3	42,3	28,8	38,9
	TOTAL	39,5	40,7	39,8	46,7	43,8	46,1	30,2	22,3	28,1	35,3	23	32,2
NÃO CONFIA NOS SERVIÇOS	FEM.	5,6	1,3	4,6	11,4	29,6	15,3	17,3	17,4	17,3	17	29,5	20,2
	MASC.				9,4	22,1	12,2	13,3	13,7	13,4	15,1	23	17,1
	TOTAL	5,3	1	4,4	10,4	15,9	13,8	15,5	15,7	15,5	16,1	26,6	18,8
NÃO CONHECIA A EXISTÊNCIA	FEM.	3,3	1,9	3	6,9	6,1	6,7				12,2	0,7	9,2
	MASC.				5,2	7	5,6				9,9	0,4	7,5
	TOTAL	2,9	1,2	2,5	6,1	6,6	6,2				11,1	0,6	8,4
MUITO DISTANTE DA RESIDÊNCIA	FEM.	32,4	36,9	33,4	7,3	4,8	6,8	0,7	1,5	0,9	5,3	0,2	4,2
	MASC.	26,4	27	26,5	5	5	5	6,5	6,8	6,5	4,2	0,1	3,1
	TOTAL	29,5	32,5	30,2	6,2	4,9	5,9	6,4	7,2	6,7	4,9	0,2	3,7
ATRASOS NAS MARCAÇÕES	FEM.	4,7	4,2	4,6	5,4	4,5	5,2				5,9	0,9	4,6
	MASC.	3,9	3,3	3,8	5,5	4,1	5,2				4,4	1,8	3,8
	TOTAL	4,4	3,8	4,2	5,5	4,3	5,2				5,2	1,3	4,2
FALTA DE PESSOAL	FEM.	2,6	5,7	3,3	3,5	5,2	3,9						
	MASC.	2,1	6	2,9	2,6	5,2	3,2						
	TOTAL	2,3	5,8	3,1	3,1	5,2	3,6						
PREFERÊNCIA DO HOSPITAL	FEM.	2,8		2,1	3,1		2,4	2,2	0	1,6	2,3		1,7
	MASC.	2,6		2,1	2,9		2,2	2,3	0,1	1,7	2,6		1,9
	TOTAL	2,7		2,1	3		2,3	2,2	0,1	1,7	2,4		1,8
NÃO TEM DIREITO	FEM.	11,8	15,2	12,6	17,6	9,3	15,9				9,5	4,8	1,3
	MASC.	8,9	13,4	9,8	13,3	7,7	12,1				7,7	3,6	6,7
	TOTAL	10,4	14,4	11,3	15,5	8,5	14				8,7	4,3	7,5
MAU FUNCIONAM.	FEM.	2,7	0,9	2,3	3,2	0,9	2,7						
	MASC.	3,2	0,4	2,6	3,8	0,5	3,1						
	TOTAL	3	0,7	2,5	3,5	0,7	2,9						
DIFICULDADES ECONÓMICAS	FEM.							34,1	37,9	35,1	5,6	6,3	5,8
	MASC.							29,1	32,1	29,8	4,3	4,4	4,4
	TOTAL							31,8	35,3	32,7	5	5,4	5,1
NÃO PRECISA DE ESPECIALISTA	FEM.							15,1	19,5	19,3	11,2	36,7	18,3
	MASC.							12,5	19,4	14,3	9,5	37,9	16,7
	TOTAL							13,9	19,5	15,3	11,2	38,7	18,3

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº XLVII CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TEMPO DISPENDIDO NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
TEMPO DE DESLOCAÇÃO
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

	CENTRO SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENC.			HOSPITAL		
Minutos	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
1-5	15,7	20,5	17.6	23,8	16,8	21.3	5,7	3,3	5.1	8,7	1,7	6.1			
6-10	23,9	23,9	23.9	24,4	27,0	25.2	15,3	2,9	12.2	12,5	1,7	8.5			
11-15	25,8	20,6	23.7	18,1	16,2	17.4	19,5	2,1	15.1	19,0	1,0	12.4			
16-20	12,1	6,3	9.8	13,7	6,1	11.0	20,7	4,5	16.6	23,0	2,0	15.2	49,9		37,1
21-30	16,6	15,4	16.1	17,3	15,0	16.4	30,7	28,8	30.2	27,9	9,8	21.2	14,4		10,7
31-40	1,5	1,0	1.3	0,5	1,3	0.8	2,9	3,7	3.1	1,8	0,7	1.4	29,9		22,1
41-60	4,5	11,7	7.3	2,0	13,6	6.1	4,7	35,0	12.4	6,9	43,2	20.3	5,8		4,3
=>61	0,1	0,7	0.4	0,2	4,0	1.7	0,4	19,8	5.3	0,2	39,9	14.9	0,0	100	25,8

MANN WITNEY - WICOXN RANK TEST

1- Z (corrected for ties) = -0,31; p < 0,5 SOS= 1484
2- Z (corrected for ties) = -5,63; p < 0,0001 CASOS= 1909
3- Z (corrected for ties) = -0,15; p < 0,0001 CASOS= 962
4- Z (corrected for ties) = -20,09; p < 0,0001 CASOS= 801
5- Z (corrected for ties) = -31,21; p < 0,001 CASOS= 2156

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº XLVIII CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MEIO DE DESLOCAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO ÁREAS URBANAS E RURAIS
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREA RESID.	MEIO DESL.	C. SAUDE 1	EXT. 2	M.PRIV. 3	M. CONV. 4
URBANA (C. COIMBRA)	A PÉ	36,7	57,4	12,1	21,4
	T. PUB.	46,7	27,5	43,3	46,7
	T. PRIV.	16,6	15,1	44,6	31,9
RURAL (C. GÓIS)	A PÉ	39,4	70,2	7,4	3,7
	T. PUB.	27,7	17,1	44	65,2
	T. PRIV.	32,8	12,8	48,6	31,1
TOTAL	A PÉ	37,8	61,9	10,9	14,9
	T.PUB.	39,2	23,8	43,5	53,6
	T. PRIV.	23	14,2	45,6	31,6

1 QUI-QUADRADO = 74.05; GL = 2; p < 0,0001
2 QUI-QUADRADO = 33.14; GL = 2; p < 0,0001
3 QUI-QUADRADO = 4.29; GL = 2; p > 0,05
4 QUI-QUADRADO = 51.14; GL = 2; p < 0,0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U. A.,1990

QUADRO Nº XLIX CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TEMPO DISPENDIDO NA UTILIZAÇAO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
TEMPO DE ESPERA
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

	CENTRO DE SAÚDE			EXTENSÃO			MÉDICO PRIVADO			MÉDICO CONVENCIONADO			HOSPITAL			TOTAL	
MINUTOS	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS	TOTAL	COIMB.	GÓIS
0	1,5	3,6	2,3	1	1,3	1,1	10,8	11,3	10,6	6,4	3,7	5,9	5,6	0,0	5,4	4,0	3,4
1-5	3,2	2,9	3	1,9	0,7	1,5	10,7	7,7	9,9	9,7	2,5	8,3	7,9	0,0	7,5	5,4	2,4
6-10	5,4	5,1	5,1	5,3	0,7	4	16,,2	16,1	15,7	16,3	6,8	14,4	8,1	27,3	8,2	9,0	4,7
11-15	4,7	6,8	5,4	3,7	4	3,7	12,6	9,5	11,8	9,3	6,2	8,6	3,7	0,0	3,5	6,2	5,8
16-20	4,6	2,6	3,7	4,1	1,3	3,3	9,3	6	8,5	7,4	5	6,9	4,4	0,0	4,2	5,6	2,7
21-30	22,5	15,3	19,1	15,7	18,6	16,4	21,9	17,3	20,6	23,1	18,6	22	20,3	36,4	19,9	19,8	17,3
31-40	0,9	0,6	0,7	1,1	0,6	1	1,3	0	1	1,9	1,2	1,7	7,9	0,0	7,5	2,0	0,6
41-60	25,7	28,6	26,1	26,7	33,5	28,3	11,8	16,1	12,2	16,8	21,1	17,4	27,7	27,3	26,8	22,7	28,6
61-90	5,1	3	4,2	6,6	3,7	5,7	1,3	3	1,5	2,4	7,5	3,3	2,1	9,1	2,2	4,3	3,7
91-150	15,8	17	15,8	20,9	20,3	20,5	2,1	8,9	3,1	5,3	9,9	6,1	5,6	0,0	5,4	12,8	16,8
151-200	5,5	9,7	7	8,8	10,9	9,3	1,9	4,2	2,2	0,9	11,8	2,9	4,6	0,0	4,4	5,4	9,7
=>200	5	5	7,5	4,2	4,3	5,2	0,2	0	2,7	0,4	5,6	2,6	1,9	0,0	5	2,9	4,2

KRUSKAL- WALLIS 1- WAY ANOVA TESTE
QUI-QUADRADO = 1150,26; p < 0,0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº L - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
CUSTO DA DESLOCAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

	CENTRO DE SAUDE 1			EXTENSAO 2			MÉDICO PRIVADO 3			MÉDICO CONVENC. 4		
ESCUDOS	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total	Coimb.	Góis	Total
0	39,9	48,2	43,2	63,2	75,8	67,7	21,1	20,6		29,5	19,3	25,7
1-30	20,2	1,7	12,8	6,5		4,2	13,1		9,8	18,6		11,7
31-50	9,9	1,4	6,5	5,5	1,3	4	4,5		3,3	5,7	0,3	3,7
51-70	6,2	7,1	6,5	9,8	2,7	7,3	4	0,4	3,1	3	0,7	2,1
71-90	1,5	3	2,1	3,5	0,6	2,5	0,8	0,4	0,7	1,8		1,1
91-150	11,8	13,4	12,4	7,3	2,7	5,7	18,8	2,1	14,6	14,7	2,7	10,2
151-300	7,8	10,3	8,8	2,9	2,8	2,9	28,8	9,5	23,9	20,8	4,7	14,9
301-500	2,2	5,2	3,4	0,7	4,7	2,1	7,4	24,7	11,7	4,2	23	11,1
501-100	0,4	5,1	2,3	0,3	6,8	2,6	1	19,8	5,7	1,6	22,6	9,4
1001-2000	0,2	2,7	1,2		2,1	0,7	0,6	12,3	3,5		6,1	2,2
2001-3000		1,4	0,5					4,9	1,2	0,2	2,7	1,1
>3000		0,5	0,2		0,4	0,3		5,3	1,4		17,9	6,6
TOTAL	60,2	39,8	100	64,7	35,3	100	74,7	25,3	100	63	37	100

MANN WITNEY - WILCOXN RANK TEST — FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

1- Z (corrected for ties) = - 2,88; p < 0,05 CASOS = 1484
2- Z (corrected for ties) = - 2,65; p < 0,01 CASOS = 1909
3- Z (corrected for ties) = 12,51; p < 0,0001 CASOS =962
4- Z (corrected for ties) = - 14,45; p < 0,0001 CASOS = 801

QUADRO Nº LI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS – POPULAÇÃO DA AMOSTRA
POPULAÇÃO FEMININA POR CONCELHO, IDADE, GRUPO SOCIAL E ÁREA DE RESIDÊNCIA

	CONCELHO DE COIMBRA				CONCELHO DE GOIS		
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	LOCAIS C/EXTENSÃO	LOCAIS S/C.OU EXTEN.	TOTAL	LOCAIS C/C.SAÚDE	LOCAIS C/EXTENSÃO	TOTAL
0-4	44	51	14	109	24	11	35
5-14	166	149	48	363	47	56	103
15-24	299	210	64	573	55	46	101
25-44	323	279	95	697	97	72	169
45-64	340	270	92	702	99	172	271
65-74	125	84	29	238	41	117	158
=>75	82	59	13	154	36	118	154
TOTAL	1379	1102	355	2836	399	592	991
GRUPOS SOCIAIS							
MÉDIO/ ELEVADO	326	98	12	436	18	6	24
MÉDIO/ASC.	344	205	67	616	92	61	153
MÉDIO	237	309	95	641	68	48	116
MÉDIO BAIXO	153	237	110	500	81	77	158
BAIXO	55	66	19	140	19	39	58
REFORMADOS	264	187	52	503	121	361	482
TOTAL	1379	1102	355	2836	399	592	991
AREAS RESIDENC.							
URB.CONSOLID.	375	58		433			0
PERIURB. RECEN.	1001	166		1167			0
PERIURB. DORMI.	3	574	68	645			0
PERIURB. RURAL		304	287	591			0
URBANA GOIS				0	290		290
RURAL GOIS				0	109	592	701
TOTAL	1379	1102	355	2836	399	592	991
TOTAL GERAL	1379	1102	355	2836	399	592	991

FONTE: INQUÉRITOS NAS U. A.,1990

QUADRO Nº LII CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
POPULAÇÃO MASCULINA POR CONCELHO, IDADE, GRUPO SOCIAL E ÁREA DE RESIDÊNCIA

	CONCELHO DE COIMBRA				CONCELHO DE GÓIS		
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUDE	LOCAIS C/EXTENSAO	LOCAIS S/C.OU EXTEN.	TOTAL	LOCAIS C/C.SAUDE	LOCAIS C/EXTENSAO	TOTAL
0-4	51	39	19	109	24	19	43
5-14	143	136	40	319	48	58	106
15-24	262	172	51	485	45	52	97
25-44	271	251	83	605	102	59	161
45-64	273	240	88	601	83	104	187
65-74	87	65	29	181	36	91	127
=>75	52	37	9	98	13	79	92
TOTAL	1139	940	319	2398	351	462	813
GRUPOS SOCIAIS							
MÉDIO/ELEVADO	286	82	11	379	15	5	20
MEDIO/ASC.	287	179	76	542	83	67	150
MEDIO	212	304	76	592	76	51	127
MÉDIO BAIXO	154	209	103	466	86	82	168
BAIXO	36	49	8	93	17	32	49
REFORMADOS	164	117	45	326	74	225	299
TOTAL	1139	940	319	2398	351	462	813
ÁREAS RESIDÊNCIA							
URB.CONSOLID.	317	36		353			0
PERIURB. RECEN.	818	132		950			0
PERIURB. DORMI.	4	512	58	574			0
PERIURB. RURAL		260	261	521			0
URBANA GOIS				0	251		251
RURAL GOIS				0	100	462	562
TOTAL	1139	940	319	2398	351	462	813
TOTAL GERAL	1139	940	319	2398	351	462	813

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

QUADRO LIII - CONCELHO DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE, EXTENS, MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO (6 meses) E HOSPITAL (12 meses)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,
EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOC. C/CENT. SAÚDE		LOC. C/EXTENS.		LOC. S/CENT. OU EXT.		TOTAL		LOC. C/CENT. SAÚDE		LOCAIS C/EXT.		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	3,05	3,53	3,12	2,82	3,79	3,16	3,17	3,21	2,00	4,29	2,64	3,00	2,20	3,72
5-14	1,80	1,88	2,23	1,54	1,10	1,58	1,88	1,70	1,98	2,27	1,70	1,48	1,86	1,84
15-24	1,91	1,55	1,82	1,79	2,30	1,69	1,92	1,65	1,46	1,69	2,80	2,08	2,07	1,90
25-44	2,26	1,32	2,72	1,43	2,74	1,59	2,51	1,40	2,31	1,47	5,88	2,14	3,83	2,08
45-64	3,50	2,56	3,67	2,19	3,39	2,59	3,55	2,42	3,78	2,88	4,91	4,05	4,50	3,49
65-74	4,02	2,55	5,07	3,89	4,31	3,73	4,42	3,22	4,95	2,89	5,32	3,77	5,22	3,52
=>75	3,55	4,15	3,53	4,62	3,15	4,33	3,51	4,35	3,42	3,77	4,20	4,22	4,02	4,15
TOTAL	2,70	2,06	2,96	2,06	2,79	2,25	2,81	2,09	2,87	2,35	4,46	3,32	3,82	2,90
GRUPOS SOCIAIS														
ELEVADO	2,27	1,70	2,51	1,46	1,42	1,09	2,30	1,63	2,22	2,53	6,83	3,60	3,38	2,80
MEDIO ASC.	2,30	1,82	2,49	1,92	2,93	2,09	2,43	1,89	2,38	2,02	4,16	2,52	3,09	2,25
MEDIO	2,65	2,02	2,79	1,63	2,41	1,99	2,68	1,81	2,56	1,90	3,52	2,78	2,96	2,25
M.BAIXO	2,97	2,26	3,00	1,79	2,72	1,87	2,93	1,96	2,22	1,93	3,81	3,21	3,00	2,55
BAIXO	2,21	2,86	2,86	2,89	3,05	2,63	2,64	2,86	2,26	2,35	4,13	2,25	3,52	2,29
REF./OUTROS	3,74	2,82	3,95	3,97	3,69	4,50	3,81	3,40	4,04	3,61	4,76	3,86	4,58	3,80
TOTAL	2,70	2,06	2,96	2,06	2,79	2,25	2,81	2,09	2,87	3,35	4,46	3,32	3,82	2,90
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,22	2,42	4,55	3,92			3,40	2,57						
PERIURB. RECEN.	2,50	1,91	2,59	2,08			2,51	1,94						
PERIURB. DORMI.	4,33	4,00	2,63	1,74	3,04	2,43	2,68	1,83						
PERIURB. RURAL			3,46	2,42	2,73	2,20	3,11	2,31						
URB.GOIS									2,75	2,28			2,75	2,28
RURAL GOIS									3,19	2,51	4,46	3,32	4,26	3,17
TOTAL	2,70	2,06	2,96	2,06	2,79	2,25	2,81	2,09	2,87	2,35	4,46	3,32	3,82	2,90
TOTAL GERAL	2,70	2,06	2,96	2,06	2,79	2,25	2,81	2,09	2,87	2,35	4,46	3,32	3,82	2,90

FONTE: INQUERITOS NAS U. A.,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LIV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MEDIA DE CONSULTAS NO CENTRO, EXTENSAO, MEDICO PRIVADO E MÉDICO CONVENCIONADO (6 MESES)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOC. C/CENT .SAÚDE		LOCAIS C/ EXT.		LOC. S/ CENT. OU EXT		TOTAL		LOC. C/ CENT. SAÚDE		LOC. C/ EXTENS.		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC.	FEM.	MAS.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC
0-4	2,14	2,47	2,08	1,95	2,29	1,95	2,13	2,19	1,87	3,67	2,09	2,63	1,94	3,21
5-14	0,98	0,93	1,59	1,04	0,79	1,00	1,21	0,98	1,64	1,92	1,46	1,24	1,54	1,55
15-24	1,38	0,93	1,24	1,05	1,20	0,86	1,31	0,91	1,31	1,11	2,44	1,79	1,82	1,47
25-44	1,43	0,75	1,85	0,91	1,67	1,16	1,63	0,87	2,01	1,11	4,83	2,32	3,21	1,55
45-64	2,45	1,54	2,62	1,44	2,51	1,91	2,53	1,55	3,31	2,13	4,45	3,47	4,04	1,47
65-74	2,70	1,94	3,42	2,59	2,66	2,76	2,94	2,30	4,70	2,61	4,69	3,47	4,70	1,55
=>75	2,38	3,23	2,66	3,24	2,23	3,67	2,47	3,28	3,02	3,77	3,93	3,92	3,72	2,88
TOTAL	1,81	1,26	2,06	1,34	1,81	1,56	1,91	1,33	2,56	1,89	3,96	2,90	3,39	2,46
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ELEVADO	1,49	1,09	0,96	1,66	1,09	1,42	1,53	1,07	1,40	2,00	6,67	3,00	3,17	1,80
MÉDIO/ ASC.	1,57	1,06	1,18	1,92	1,37	2,03	1,74	1,14	1,41	1,92	4,93	2,12	2,54	1,73
MÉDIO	1,60	1,06	1,09	1,86	1,50	1,57	1,72	1,13	1,79	2,31	4,09	2,16	2,59	1,94
M.BAIXO	1,92	1,42	1,16	2,08	1,30	1,66	1,94	1,25	1,57	2,01	3,94	2,70	2,68	2,13
BAIXO	1,44	1,22	1,98	1,99	1,75	1,74	1,74	1,67	2,06	2,11	4,93	1,97	3,24	2,00
REFORMADOS	2,72	2,03	2,06	2,75	2,67	2,42	2,70	2,31	2,96	3,69	4,90	3,50	4,12	3,37
TOTAL	1,81	1,26	2,06	1,34	1,81	1,56	1,91	1,33	2,56	1,89	4,72	2,90	3,39	2,46
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	2,09	1,44	2,86	2,06			2,19	1,50						
PERIURB. RECEN.	1,70	1,18	1,90	1,51			1,73	1,23						
PERIURB. DORMI	2,33	3,00	1,86	1,14	1,50	1,52	1,82	1,20						
PERIURB. RURAL		0,00	2,38	1,54	1,90	1,57	2,14	1,56						
URBANA GOIS									2,41	1,85			2,41	1,85
RURAL GOIS									2,93	1,98	3,95	2,90	3,80	2,74
TOTAL	1,81	1,26	2,06	1,34	1,81	1,56	1,91	1,33	2,56	1,89	3,95	2,90	3,39	2,46
TOTAL GERAL	1,81	1,26	2,06	1,34	1,81	1,56	1,91	1,33	2,56	1,89	4,21	2,90	3,39	2,46

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PÚBLICOS - CENTRO DE SAÚDE E EXTENSAO (6 meses)

SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,

EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE	LOC. C/C.SAUDE		LOC. S C/EXT.		LOCAIS S/ CENT. OU EXT.		TOTAL		LOC. C/ CENT. SAÚDE		LOC. C/ EXT.		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	1,07	1,57	1,43	1,56	1,29	1,32	1,27	1,52	1,54	2,29	1,91	2,26	1,66	2,28
5-14	0,37	0,37	1,01	0,57	0,27	0,75	0,62	0,51	0,85	1,15	1,20	0,88	1,04	1,00
15-24	0,62	0,34	0,84	0,72	0,83	0,59	0,72	0,50	0,93	0,76	1,61	1,39	1,24	1,09
25-44	0,68	0,32	1,43	0,59	1,22	0,69	1,05	0,48	1,33	0,69	3,36	1,39	2,20	0,94
45-64	1,49	0,76	2,16	1,08	1,99	1,36	1,82	0,97	2,52	1,69	3,76	2,62	3,30	2,20
65-74	2,18	1,01	3,10	2,45	2,49	2,52	2,54	1,77	3,88	2,25	3,98	2,93	3,96	2,74
=>75	1,71	2,04	2,53	3,19	2,08	3,44	2,05	2,60	2,17	3,62	3,48	3,30	3,18	3,35
TOTAL	1,04	0,62	1,63	1,01	1,36	1,15	1,31	0,84	1,86	1,37	3,26	2,27	2,70	1,88
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	0,49	0,23	0,71	0,33	0,00	0,00	0,53	0,25	1,22	0,93	2,33	1,40	1,50	1,05
MÉDIO ASC.	0,89	0,49	1,28	0,79	1,37	0,74	1,08	0,62	1,05	0,93	2,53	1,51	1,64	1,19
MÉDIO	0,90	0,60	1,60	0,74	1,04	1,04	1,24	0,73	1,56	1,08	2,15	1,24	1,80	1,14
MÉDIO/BAIXO	1,60	0,98	1,83	0,97	1,37	1,06	1,66	0,99	1,56	1,21	2,79	2,18	2,16	1,68
BAIXO	0,98	1,17	1,64	1,75	1,58	1,75	1,37	1,52	1,47	1,06	3,41	1,59	2,78	1,41
REFORMADOS	1,73	1,09	2,32	2,27	2,12	2,40	1,99	1,69	3,01	2,53	3,63	2,88	3,47	2,79
TOTAL	1,04	0,62	1,63	1,01	1,36	1,15	1,31	0,84	1,86	1,37	3,26	2,27	2,70	1,88
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	1,10	0,62	2,07	1,75			1,24	0,73						
PERIURB. RECEN.	1,01	0,62	1,07	0,83			1,02	0,65						
PERIURB. DORM.	2,33	1,50	1,52	0,89	1,33	1,47	1,50	0,95						
PERIURB. RURAL			2,04	1,22	1,37	1,08	1,71	1,15						
URB.GOIS									1,65	1,31			1,65	1,30
RURAL GOIS									2,42	1,54	3,25	2,27	3,13	2,14
TOTAL	1,04	0,62	1,63	1,01	1,36	1,15	1,31	0,84	1,86	1,37	3,25	2,27	2,70	1,88
TOTAL GERAL	1,04	0,62	1,63	1,01	1,36	1,15	1,31	0,84	1,86	1,37	3,26	2,27	2,70	1,88

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A. ,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LVI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE (6 meses)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,
EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOC. C/C. SAUDE		LOC. C/EXTENSÃO		LOC. C/ OU S/EXTENS.		TOTAL		LOC. C/C. SAÚDE		LOC. C/EXTENSÃO		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC	FEM	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC	FEM.	MASC.
0-4	0,84	1,04	0,22	0,33	0,86	0,79	0,55	0,74	1,40	2,30	0,82	0,53	1,20	1,51
5-14	0,34	0,30	0,12	0,15	0,15	0,43	0,22	0,25	0,85	1,08	0,27	0,26	0,53	0,63
15-24	0,46	0,27	0,11	0,11	0,30	0,14	0,31	0,20	0,84	0,49	0,46	0,69	0,66	0,60
25-44	0,54	0,24	0,18	0,06	0,46	0,13	0,39	0,15	1,18	0,63	0,99	0,46	1,10	0,57
45-64	1,11	0,59	0,24	0,16	0,52	0,22	0,70	0,36	1,98	1,45	0,72	0,72	1,17	1,04
65-74	1,42	0,71	0,32	0,20	0,45	0,45	0,92	0,49	3,24	1,86	0,74	0,46	1,39	0,86
=>75	1,25	0,90	19,00	1,08	0,62	2,20	0,79	1,09	2,02	3,00	0,43	0,60	0,80	0,94
TOTAL	0,77	0,52	0,19	0,17	0,43	0,32	0,50	0,32	1,59	1,19	0,64	0,55	1,02	0,83
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	0,41	0,21	0,07	0,01	0,00		0,32	0,16	1,22	0,93	0,00	0,20	0,92	0,75
MEDIO/ ASC.	0,60	0,33	0,13	0,03	0,31	0,24	0,41	0,22	0,96	0,78	1,03	0,66	0,99	0,73
MÉDIO	0,66	0,43	0,19	0,19	0,53	0,34	0,42	0,30	1,29	1,05	0,31	0,28	0,89	0,74
MÉDIO/BAIXO	1,20	0,73	0,17	0,09	0,45	0,24	0,55	0,33	0,99	0,88	0,70	0,90	0,85	0,89
BAIXO	0,82	0,97	0,18	0,47	0,21	0,25	0,44	0,65	0,95	0,88	1,49	0,47	1,31	0,61
REFORMADOS	2,10	0,68	0,32	0,44	0,50	0,69	0,85	0,59	2,80	2,28	0,52	0,46	1,09	0,91
TOTAL	0,77	0,52	0,19	0,17	0,43	0,32	0,50	0,32	1,59	1,19	0,64	0,55	1,02	0,83
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	0,65	0,41	0,76	1,25			0,67	0,49					0,00	
PERIURB. RECEN.	0,82	0,46	0,35	0,31			0,75	0,44					0,00	
PERIURB. DORMI	0,00		0,84	0,10	0,13	0,40	0,09	0,13					0,00	
PERIURB. RURAL			0,19	0,09	0,50	0,30	0,34	0,19					0,00	
URB.GOIS							0,00		1,48	1,16			1,48	1,16
RURAL GOIS							0,00		1,89	1,27	0,64	0,55	0,83	0,67
TOTAL	0,77	0,52	0,19	0,17	0,43	0,32	0,50	0,32	1,59	1,19	0,64	0,55	1,02	0,83
TOTAL GERAL	0,77	0,52	0,19	0,17	0,43	0,32	0,50	0,32	1,59	1,19	0,64	0,55	0,92	0,83

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A. ,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LVII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NA EXTENSÃO DO CENTRO DE SAÚDE (6 meses)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,
EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOC. C/ C. SAUDE		LOC. C/EXTENS.		LOC. C/ OU S/ EXTENS		TOTAL		LOC. C/ C. SAUDE		LOC. S C/EXTENS.		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	0,23	0,53	1,22	1,23	0,43	0,53	0,72	0,78	0,17		1,09	1,74	0,46	0,77
5-14	0,03	0,07	0,89	0,42	0,13	0,33	0,40	0,25	0,00	0,06	0,93	0,62	0,51	0,37
15-24	0,16	0,07	0,73	0,61	0,53	0,45	0,41	0,30	0,10	0,27	1,15	0,69	0,57	0,50
25-44	0,13	0,06	1,24	0,53	0,75	0,55	0,66	0,32	0,16	0,06	2,38	0,93	1,10	0,38
45-64	0,36	0,16	1,92	0,93	1,47	1,15	1,11	0,61	0,54	0,24	3,04	1,89	2,13	1,16
65-74	0,76	0,30	2,77	2,19	2,04	1,90	1,63	1,23	0,63	0,39	3,25	2,47	2,57	1,88
=>75	0,45	1,12	2,34	2,11	1,46	1,22	1,26	1,50	0,14	0,62	3,05	2,71	2,37	2,41
TOTAL	0,26	0,17	1,44	1,23	0,93	0,81	0,80	0,52	0,27	0,18	2,26	1,72	1,68	1,06
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ELEVADO	0,07	0,03	0,64	0,32	0,00		0,20	0,09	0,00		2,33	1,20	0,58	0,30
MEDIO/ ASC.	0,28	0,16	1,15	0,75	1,06	0,50	0,66	0,40	0,10	0,15	1,50	0,85	0,65	0,46
MEDIO	0,22	0,17	1,37	0,55	0,52	0,70	0,82	0,43	0,27	0,03	1,83	0,96	0,91	0,40
MÉDIO/ BAIXO	0,37	0,21	1,66	0,86	0,92	0,77	1,10	0,64	0,59	0,33	2,09	1,27	1,31	0,79
BAIXO	0,16	0,19	1,46	1,27	1,37	1,50	0,94	0,87	0,53	0,18	1,92	1,13	1,47	0,80
REFORMADOS	0,45	0,41	2,00	1,79	1,62	1,71	1,14	1,08	0,21	0,24	3,11	2,42	2,38	1,88
TOTAL	0,26	0,17	1,44	0,83	0,88	0,81	0,80	0,52	0,27	0,18	2,26	1,72	1,68	1,06
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	0,44	0,21	1,32	0,50			0,56	0,24					0,00	
PERIURB. RECEN.	0,19	0,15	0,72	0,49			0,26	0,20					0,00	
PERIURB. DORMI.	2,33	1,50	1,43	0,79	1,20	1,07	1,41	0,83					0,00	
PERIURB. RURAL			1,86	1,14	0,87	0,76	1,38	0,94					0,00	
URB.GOIS							0,00		0,17	0,14			0,17	0,14
RURAL GOIS							0,00		0,53	0,27	2,62	1,72	2,30	1,46
TOTAL	0,26	0,17	1,44	0,83	0,93	1,07	0,80	0,52	0,27	0,18	2,62	1,72	1,68	1,06
TOTAL GERAL	0,26	0,17	1,44	0,96	0,91	0,90	0,86	0,52	0,27	0,18	2,38	1,72	1,68	1,06

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

Nº DE CASOS= 7038

QUADRO Nº LVIII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE UTILIZAÇÃO NO HOSPITAL (12 meses)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,
EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE	LOC. C/ C. SAÚDE		LOC. C/ EXTENS.		LOC.S/ C. OU EXT.		TOTAL		LOCAIS C/ C. SAÚDE		LOCAIS C/ EXTENS.		TOTAL	
IDADE	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	0,91	1,06	1,04	0,87	1,50	1,21	1,05	1,02	0,13	0,63	0,55	0,37	0,26	0,51
5-14	0,81	0,95	0,66	0,52	0,31	0,58	0,68	0,72	0,45	0,35	0,23	0,24	0,33	0,29
15-24	0,55	0,72	0,58	0,74	1,09	0,88	0,62	0,75	0,15	0,60	0,37	0,29	0,25	0,43
25-44	0,86	0,57	0,95	0,52	1,06	0,43	0,92	0,53	0,30	0,38	1,50	0,93	0,82	0,58
45-64	1,12	1,03	1,07	0,80	0,98	0,85	1,08	0,91	0,69	0,80	0,66	0,75	0,67	0,77
65-74	1,45	0,71	1,69	1,30	1,66	1,04	1,56	0,98	0,29	0,28	0,74	0,34	0,62	0,32
=>75	1,32	1,10	0,97	1,38	1,62	0,67	1,21	1,16	0,75	0,23	0,27	0,42	0,38	0,39
TOTAL	0,93	0,82	0,93	0,74	1,03	0,75	0,94	0,78	0,42	0,50	0,64	0,51	0,55	0,50
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	0,78	0,61	0,90	0,74	0,00		0,79	0,57	0,22	1,27	0,17	2,00	0,21	1,45
MÉDIO ASC.	0,76	0,76	0,58	0,50	0,90	0,73	0,71	0,75	0,58	0,64	0,93	0,40	0,72	0,53
MÉDIO	1,10	0,96	0,96	0,74	1,03	0,49	1,02	0,68	0,25	0,16	0,77	0,63	0,47	0,35
MÉDIO/ BAIXO	1,06	0,87	0,98	0,54	1,06	0,60	1,02	0,71	0,41	0,40	0,58	0,61	0,49	0,50
BAIXO	0,78	1,64	0,88	0,65	1,32	0,88	0,90	1,19	0,16	0,29	0,49	0,28	0,38	0,29
REFORMADOS	1,14	0,90	1,25	0,92	1,27	1,71	1,19	1,22	0,48	0,72	0,60	0,47	0,57	0,54
TOTAL	0,93	0,82	0,93	1,49	1,03	0,75	0,94	0,78	0,42	0,50	0,64	0,51	0,55	0,50
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	1,20	1,04	1,72	1,86			1,27	1,13						
PERIURB. RECEN.	0,82	0,74	0,71	0,63			0,81	0,72						
PERIURB. DORMI.	2,00	1,00	0,82	0,61	1,54	0,95	0,90	0,64						
PERIURB. RURAL			1,12	0,89	0,91	0,70	1,02	0,80						
URB.GOIS							0,00		0,48	0,49			0,48	0,49
RURAL GOIS							0,00		0,27	0,54	0,64	0,51	0,58	0,51
TOTAL	0,93	0,82	0,93	0,74	1,03	0,75	0,94	0,78	0,42	0,50	0,64	0,51	0,55	0,50
TOTAL GERAL	0,93	0,82	0,93	0,74	1,03	0,75	0,94	0,78	0,42	0,50	0,64	0,51	0,55	0,50

FONTE: INQUÉRITOS NAS U. A. ,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LIX - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO MEDICO PRIVADO (6 meses)
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

GRUPOS DE IDADE	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
	LOC. C/ C. SAÚDE		LOCAIS C/ EXTENS.		LOC. S/ C. S. OU EXT.		TOTAL		LOCAIS C/ C. SAÚDE		LOCAIS C/ EXTENS.		TOTAL	
	FEM.	MASC.	FEM	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	0,64	0,71	0,49	0,33	1,00	0,21	0,62	0,49	0,25	0,42	0,29	0,16	0,23	0,30
5-14	0,34	0,31	0,34	0,26	0,31	0,23	0,34	0,28	0,49	0,61	0,18	0,21	0,27	0,39
25-44	0,43	0,28	0,23	0,17	0,34	0,28	0,34	0,23	0,29	0,16	0,57	0,32	0,39	0,22
45-64	0,50	0,27	0,35	0,22	0,35	0,24	0,43	0,24	0,30	0,25	0,53	0,25	0,24	0,25
65-74	0,22	0,40	0,13	0,14	0,17	0,17	0,19	0,27	0,46	0,06	0,21	0,31	0,29	0,24
=>75	0,23	0,40	0,14	0,03	0,15	0,22	0,19	0,25	0,47	0,08	0,22	0,38	0,33	0,34
TOTAL	0,42	0,32	0,27	0,21	0,34	0,24	0,36	0,26	0,35	0,24	0,28	0,29	0,31	0,27
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	0,69	0,51	0,76	0,60	0,75	0,82	0,71	0,54	0,56	0,20	4,33	0,16	1,50	0,55
MÉDIO/ ASCENDENTE	0,37	0,33	0,43	0,20	0,43	0,29	0,39	0,28	0,47	0,17	0,51	0,30	0,48	0,23
MÉDIO/ BAIXO	0,23	0,17	0,14	0,18	0,36	0,26	0,21	0,19	0,38	0,47	0,33	0,45	0,36	0,27
M.BAIXO	0,13	0,11	0,13	0,16	0,26	0,14	0,16	0,14	0,07	0,17	0,25	0,26	0,16	0,21
BAIXO	0,20		0,24	0,12	0,16		0,21	0,07	0,47	0,41	0,00	0,03	0,16	0,16
REFORMADOS	0,56	0,41	0,29	0,11	0,31	0,27	0,44	0,28	0,37	0,14	0,21	0,27	0,25	0,23
TOTAL	0,42	0,32	0,27	0,21	0,34	0,24	0,36	0,26	0,35	0,24	0,28	0,29	0,31	0,27
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	0,53	0,38	0,45	0,22			0,52	0,36						
PERIURB. RECEN.	0,39	0,30	0,52	0,34			0,41	0,30						
PERIURB. DORMI.	0,00		0,22	0,19	0,10	0,05	0,21	0,18	0,00					
PERIURB. RURAL			0,22	0,16	0,39	0,28	0,31	0,22	0,00					
URB.GOIS							0,00		0,39	0,27			0,39	0,27
RURAL GOIS							0,00		0,24	0,17	0,28	0,29	0,27	0,27
TOTAL	0,42	0,32	0,28	0,21	0,34	0,24	0,36	0,26	0,35	0,24	0,28	0,29	0,31	0,27
TOTAL GERAL	0,42	0,32	0,28	0,21	0,34	0,24	0,36	0,26	0,35	0,24	0,28	0,29	0,31	0,27

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LX - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO MEDICO CONVENCIONADO (6 meses)

SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO PARA O SEXO FEMININO E MASCULINO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE	LOC. C/C.SAUDE		LOC. C/EXTENS.		LOC. S/ C. OU EXT.		TOTAL		LOC. C/ C. SAÚDE		LOCAIS C/ EXT.		TOTAL	
IDADE	FEM	MASC.	FEM	MASC.	FEM.	MASC.	FEM	MASC	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
0-4	0,43	0,20	0,16	0,05	0,00	0,42	0,25	0,18	0,08	0,96	0,00	0,21	0,06	0,63
5-14	0,28	0,25	0,20	0,19	0,21	0,03	0,24	0,20	0,30	0,17	0,18	0,16	0,23	0,16
15-24	0,28	0,20	0,16	0,09	0,08	0,02	0,21	0,14	0,09	0,22	0,26	0,12	0,17	0,17
25-44	0,31	0,16	0,18	0,16	0,12	0,19	0,23	0,16	0,39	0,27	0,94	0,61	0,63	0,39
45-64	0,45	0,51	0,11	0,14	0,17	0,27	0,29	0,33	0,50	0,21	0,51	0,61	0,50	0,43
65-74	0,27	0,55	0,19		0,00	0,07	0,21	0,28	0,39	0,31	0,47	0,23	0,45	0,25
=>75	0,44	0,64	0,00	0,03	0,00		0,23	0,35	0,39	0,23	0,17	0,28	0,22	0,27
TOTAL	0,34	0,32	0,15	0,13	0,12	0,16	0,24	0,22	0,35	0,28	0,43	0,35	0,39	0,32
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	0,31	0,35	0,19	0,04	0,67	0,27	0,29	0,28	0,22	0,27			0,17	0,20
MÉDIO / ASC.	0,31	0,24	0,20	0,18	0,22	0,30	0,26	0,23	0,40	0,31	0,51	0,31	0,44	0,31
MEDIO	0,46	0,27	0,16	0,17	0,17	0,20	0,27	0,21	0,37	0,25	0,50	0,47	0,42	0,34
MÉDIO/ BAIXO	0,20	0,33	0,12	0,03	0,03	0,11	0,12	0,14	0,38	0,21	0,34	0,27	0,36	0,24
BAIXO	0,26	0,06	0,11	0,12	0,00		0,15	0,09	0,16	0,59	0,39	0,34	0,31	0,43
REFORMADOS	0,42	0,50	0,13	0,18	0,00		0,27	0,32	0,31	0,30	0,43	0,37	0,40	0,36
TOTAL	0,34	0,32	0,15	0,13	0,12	0,16	0,24	0,22	0,35	0,28	0,43	0,35	0,39	0,32
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	0,45	0,43	0,33	0,08			0,43	0,40						
URB.RECENTE	0,30	0,27	0,27	0,32			0,30	0,27						
URB.DORM.		1,50	0,12	0,06	0,06		0,11	0,07						
RURAL PERIURB.			0,11	0,16	0,13	0,20	0,12	0,18						
URB.GOIS							0,00		0,38	0,29			0,38	0,38
RURAL GOIS							0,00		0,26	0,27	0,43	0,35	0,40	0,40
TOTAL	0,34	0,32	0,15	0,13	0,12	0,16	0,24	0,22	0,35	0,28	0,43	0,35	0,39	0,39
TOTAL GERAL	0,34	0,32	0,15	0,13	0,12	0,16	0,24	0,22	0,35	0,28	0,43	0,35	0,39	0,39

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

Nº DE CASOS = 7038

QUADRO Nº LXI CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO,MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO (6 meses) E HOSPITAL (12 meses)

UTILIZACÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA

EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE E EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENSÃO	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	3,53	38	3,79	42	4,08	13	93	3,72	2,67	18	2,90	10	28	2,75
5-14	2,56	117	3,53	94	1,77	30	241	2,84	3,21	29	2,38	40	69	2,79
15-24	2,93	195	2,83	135	3,00	49	379	2,90	2,76	29	3,79	34	63	3,32
25-44	3,37	217	3,97	191	3,66	71	479	3,65	3,93	57	7,29	58	115	5,63
45-64	4,31	276	4,50	220	4,11	76	572	4,36	5,05	74	5,59	151	225	5,41
65-74	4,44	113	5,46	78	5,00	25	216	4,87	5,49	37	5,76	108	145	5,69
=>75	4,34	67	4,33	38	4,56	9	114	4,35	5,35	23	4,64	107	130	4,76
TOTAL	3,64	1023	4,03	808	3,63	273	2104	3,79	4,29	267	5,19	508	775	4,88
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO ELEVADO	3,20	231	3,57	69	1,70	10	310	3,23	2,86	14	6,83	6	20	4,05
MÉDIO/ ASC.	3,31	239	3,36	152	3,77	52	443	3,38	3,65	60	5,64	45	105	4,51
MÉDIO	3,46	181	3,80	227	3,42	57	465	3,62	4,05	43	4,64	36	79	4,34
MÉDIO/BAIXO	3,98	114	4,18	170	3,79	79	363	4,03	4,19	43	4,45	66	109	4,35
BAIXO	3,05	40	4,30	44	3,22	18	102	3,62	3,91	11	5,19	31	42	4,86
REFORMADOS	4,52	218	5,06	146	4,09	47	411	4,66	5,09	96	5,31	324	420	5,26
TOTAL	3,64	1023	4,03	808	3,63	273	2104	3,79	2,29	267	5,19	508	775	4,88
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	4,13	292	5,74	46			338	4,35						
PERIURB. RECEN.	3,43	729	3,36	128			857	3,42						
PERIURB. DORMI	6,50	2	3,83	395	4,29	49	446	3,89						
PERIURB. RURAL			4,40	239	3,50	224	463	3,96						
URB.GOIS									4,20	190			190	4,20
RURAL GOIS									4,52	77	5,19	508	585	5,10
TOTAL	3,64	1023	4,03	808	3,63	273	2104	3,79	4,29	267	5,19	508	775	4,88
TOTAL GERAL	3,64	1023	4,03	808	3,63	273	2104	3,79	3,62	267	5,19	508	775	4,88

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO, MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONCENCIONADO (6 meses) E HOSPITAL (12meses)

UTILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA

EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	TOTAL GERAL		LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	TOTAL GERAL	
IDADE	C/C.SAUD.	CASOS	C/EXT.	CASOS	S/C/EXT.	CASOS	CASOS	MEDIA	C/C.SAUDE	CASOS	C/EXT.	CASOS	CASOS	MÉDIA
0-4	4,29	42	3,55	31	3,53	17	90	3,89	6,05	17	4,07	14	31	5,16
5-14	2,66	101	2,73	77	2,33	27	205	2,64	3,03	36	2,33	37	73	2,68
15-24	2,62	155	3,05	101	2,77	31	287	2,79	3,30	23	2,92	37	60	3,07
25-44	2,59	138	2,75	131	2,75	48	317	2,68	3,33	45	5,00	37	82	4,08
45-64	3,78	185	3,70	142	3,68	62	389	3,73	4,83	48	5,13	82	130	5,02
65-74	3,71	60	5,16	49	4,15	26	135	4,32	4,00	26	5,04	68	94	4,75
=>75	4,80	45	5,70	30	7,80	5	80	5,33	5,44	9	4,90	68	77	4,96
TOTAL	3,24	726	3,45	561	3,32	216	1503	3,33	4,03	204	4,47	343	547	4,31
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,61	186	2,64	45	1,33	9	240	2,57	4,22	9	9,00	2	11	5,09
MÉDIO/ ASC.	3,11	168	2,91	118	2,94	54	340	3,01	3,82	44	3,76	45	89	3,79
MÉDIO	3,29	130	3,01	164	3,43	44	338	3,17	3,51	41	4,18	34	75	3,81
MÉDIO/BAIXO	3,63	96	3,37	111	3,06	63	270	3,39	3,61	46	4,18	63	109	3,94
BAIXO	3,82	27	4,18	34	3,50	6	67	3,97	5,00	8	3,60	20	28	4,00
REFORMADOS	3,88	119	5,23	89	4,50	40	248	4,46	4,77	56	4,86	179	235	4,84
TOTAL	3,24	726	3,45	561	3,32	216	1503	3,33	4,73	204	4,47	343	547	4,57
AREAS RES.														
URB.CONSOLID.	3,78	203	6,13	23			226	4,02						
PERIURB.RECEN.	3,01	520	3,04	90			610	3,01						
PERIURB.DORMI.	5,33	3	3,12	286	4,41	42	331	3,30						
PERIURB. RURAL			3,89	162	3,13	184	346	3,49						
URB.GOIS									4,21	136			136	4,21
RURAL GOIS									3,69	68	4,47	343	411	4,34
TOTAL	3,24	726	3,45	561	3,32	216	1503	3,33	4,03	204	4,47	343	547	4,31
TOTAL GERAL	3,24	726	3,45	561	3,32	216	1503	3,33	4,26	204	4,47	343	547	4,39

FONTE: INQUÉRITOS NAS U. A.,1990

QUADRO Nº LXIII - CONCELHOS DE COIMBRA EGÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO, MÉDICO PRIVADO E CONVENCIONADO (6 MESES)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA

LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENS.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	%	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	%
0-4	3,31	30	2,79	38	2,91	11	79	3,00	2,50	18	2,56	9	27	2,52
5-14	1,84	89	3,03	78	1,46	26	193	2,27	2,66	29	2,22	37	66	2,41
15-24	2,55	162	2,20	118	1,83	42	322	2,33	2,67	27	3,29	34	61	3,02
25-44	2,64	175	3,26	158	2,70	59	392	2,90	3,61	54	6,21	56	110	4,94
45-64	3,62	230	3,69	192	3,40	68	490	3,62	4,49	73	5,18	148	221	4,95
65-74	3,42	98	4,22	68	3,67	21	187	3,74	5,22	37	5,08	108	145	5,12
=>75	3,36	58	3,74	42	4,14	7	107	3,56	4,74	23	4,42	105	128	4,48
TOTAL	2,96	842	3,27	694	2,75	234	1770	3,05	3,90	261	4,72	497	758	4,44
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,55	191	3,02	54	1,70	10	255	2,62	2,57	14	6,67	6	20	3,80
MÉDIO / ASC.	2,76	195	2,96	133	2,96	46	374	2,86	3,05	58	4,93	43	101	3,85
MÉDIO	2,70	140	3,05	188	2,57	58	386	2,85	3,74	42	4,08	35	77	3,90
MÉDIO/BAIXO	3,23	91	3,29	150	2,80	65	306	3,17	3,88	42	3,94	66	108	3,91
BAIXO	2,39	33	3,45	38	3,00	11	82	2,96	3,64	11	4,93	30	41	4,69
REFORMADOS	3,74	192	3,93	131	2,86	46	369	3,70	4,75	94	4,86	317	411	4,84
TOTAL	2,96	842	3,27	694	2,75	234	1770	3,05	3,90	261	4,72	497	758	4,44
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,23	242	4,05	41			283	3,35						
PERIURB. RECEN.	2,85	598	2,92	108			706	2,86						
PERIURB. DORMI.	3,50	2	3,11	342	2,76	37	381	3,08						
PERIURB. RURAL			3,56	203	2,75	197	400	3,16						
URB.GOIS									3,80	184			184	3,80
RURAL GOIS									4,14	77	4,72	497	574	4,64
TOTAL	2,96	842	3,27	694	2,75	234	1770	3,05	3,90	261	4,72	497	758	4,44
TOTAL GERAL	2,96	842	3,27	694	2,75	234	1770	3,05	3,90	261	4,72	497	758	4,44

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXIV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS DE CUIDADOS DE SAÚDE E PRIMÁRIOS PÚBLICOS - CENTRO DE SAÚDE E EXTENSÃO - (6 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA
SEGUNDO LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENS.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	2,94	16	2,43	30	2,57	7	53	2,60	2,47	15	2,63	8	23	2,52
5-14	1,91	32	2,70	56	1,30	10	98	2,30	1,82	22	1,97	34	56	1,91
15-24	2,08	89	1,92	92	1,83	29	210	1,98	2,32	22	2,85	26	48	2,60
25-44	2,41	91	3,13	127	2,64	44	262	2,80	3,23	40	5,04	48	88	4,22
45-64	3,48	146	3,62	161	3,45	53	360	3,54	3,78	66	4,56	142	208	4,31
65-74	3,29	83	4,06	64	3,79	19	166	3,64	4,97	32	4,36	107	139	4,50
=>75	3,11	45	4,03	37	3,89	7	89	3,55	3,90	20	4,15	99	119	4,11
TOTAL	2,86	502	3,16	567	2,85	169	1238	3,00	3,42	217	4,16	464	681	3,92
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,24	71	2,92	24	0,00	0	95	2,41	2,75	8	3,50	4	12	3,00
MÉDIO/ ASC.	2,82	109	2,58	102	2,88	32	243	2,73	2,31	42	4,28	36	78	3,22
MÉDIO	2,59	82	3,07	157	2,48	40	279	2,84	3,31	32	3,55	29	61	3,43
MÉDIO/ BAIXO	3,30	74	3,12	139	2,90	52	265	3,13	3,41	37	3,41	63	100	3,41
BAIXO	2,35	23	3,27	33	3,33	9	65	2,95	3,11	9	4,59	29	38	4,24
REFORMADOS	3,20	143	3,87	112	3,05	36	291	3,44	4,90	89	4,39	303	392	4,27
TOTAL	2,86	502	3,16	567	2,85	169	1238	3,00	3,42	217	4,16	464	681	3,92
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,04	136	3,78	32			168	3,18						
PERIURB. RECEN.	2,78	374	2,51	71			445	2,74						
PERIURB. DORMI.	3,50	2	3,06	285	2,94	31	318	3,05						
PERIURB. RURAL			3,47	179	2,83	138	317	3,19						
URB.GOIS									3,30	145			145	3,30
RURAL GOIS									3,67	72	4,16	464	536	4,09
TOTAL	2,86	502	3,06	567	2,85	169	1238	2,95	3,42	217	4,16	464	681	3,92
TOTAL GERAL	2,86	502	3,13	568	2,85	169	1239	2,98	3,42	217	4,16	464	681	3,92

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS C. S. PRIMÁRIOS PÚBLICOS CENTRO DE SAÚDE E EXTENSÃO - (6 MESES)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE,GRUPOS SOCIAIS, AREAS DE RESIDÊNCIA ,

LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	3,48	23	2,65	23	2,78	9	55	3,02	3,44	16	3,07	14	30	3,27
5-14	1,66	32	1,70	46	2,73	11	89	1,81	2,12	26	1,55	33	59	1,80
15-24	1,77	50	2,12	58	1,88	16	124	1,95	1,89	18	2,18	33	51	2,08
25-44	2,18	40	2,41	61	2,85	20	121	2,41	2,12	33	2,93	28	61	2,49
45-64	3,15	65	3,10	84	3,17	38	187	3,13	3,59	39	3,78	72	111	3,71
65-74	2,51	35	4,08	39	3,84	19	93	3,44	3,39	24	4,11	65	89	3,92
=>75	3,66	29	4,54	26	7,75	4	59	4,33	5,22	9	4,28	61	70	4,40
TOTAL	2,58	274	2,81	337	3,13	117	728	2,77	2,92	165	3,43	306	471	3,25
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	1,72	39	2,25	12			51	1,84	2,80	5	3,50	2	7	3,00
MÉDIO / ASC.	2,39	59	2,20	64	2,00	28	151	2,24	2,41	32	2,46	41	73	2,44
MÉDIO	2,37	54	2,42	93	3,29	24	171	2,53	2,56	32	2,86	22	54	2,68
MÉDIO/ BAIXO	3,02	50	2,54	80	3,03	36	166	2,79	2,67	39	3,07	58	97	2,91
BAIXO	3,23	13	3,54	24	3,50	4	41	3,44	3,00	6	2,68	19	25	2,76
REFORMADOS	3,02	59	4,14	64	4,32	25	148	3,72	3,67	51	3,95	164	215	3,88
TOTAL	2,58	274	2,81	337	3,13	117	728	2,77	2,92	165	3,43	306	471	3,25
AREAS RESIDÊNCIA														
URB.CONSOLID.	2,47	79	5,25	12			91	2,84					0	
PERIRURB.RECEN.	2,62	193	2,68	41			234	2,63					0	
PERIURB. DORMI.	3,00	2	2,56	178	3,70	23	203	2,69					0	
PERIURB. RURAL			2,99	106	2,99	99	205	2,99					0	
URB.GOIS									2,98	110			110	2,98
RURAL GOIS									2,80	55	3,43	306	361	3,33
TOTAL	2,58	274	2,81	337	3,13	117	728	2,77	2,92	165	3,43	306	471	3,25
TOTAL GERAL	2,58	274	2,81	337	3,13	117	728	2,77	2,92	165	3,43	306	471	3,25

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXVI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE (6 MESES)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE,GRUPOS SOCIAIS, AREAS DE RESIDÊNCIA ,

LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUD	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	3,12	17	2,16	6	3,00	5	28	2,89	3,44	16	2,50	4	20	3,25
5-14	1,54	28	1,91	11	2,83	6	45	1,80	2,08	25	1,15	13	38	1,76
15-24	1,78	40	2,38	8	1,80	4	52	1,87	1,83	12	1,71	21	33	1,75
25-44	1,86	35	2,33	6	1,83	6	47	1,92	2,00	32	2,25	12	44	2,07
45-64	3,35	48	4,22	9	3,17	6	63	3,46	3,53	34	2,78	27	61	3,20
65-74	2,48	25	3,25	4	2,60	5	34	2,59	3,35	20	4,67	9	29	3,76
=>75	2,61	18	5,00	8	6,70	3	29	3,69	4,33	9	2,35	20	29	2,96
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,90	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
GRUPOS SOCIAIS														
ELEVADO	1,61	36	1,00	1			37	1,59	2,80	5	1,00	1	6	2,50
MEDIO ASC.	2,19	43	1,40	5	2,25	8	56	2,13	2,17	30	2,10	21	51	2,14
MEDIO	2,14	43	3,17	18	3,71	7	68	2,57	2,67	30	2,33	6	36	2,61
M.BAIXO	2,95	38	2,25	8	2,27	11	57	2,72	2,45	31	2,24	33	64	2,34
BAIXO	3,18	11	3,29	7	1,00	2	20	3,00	3,00	5	1,88	8	13	2,31
REFORMADOS	2,78	40	4,00	13	4,43	7	60	3,24	3,60	47	2,81	37	84	3,25
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
AREAS RES.														
URB.CONSOLID.	2,48	52	5,63	8			60	2,90					0	
URB.RECENTE	2,35	159	2,74	15			174	2,38					0	
URB.DORM.			2,39	21	2,55	9	30	2,44					0	
RURAL PERIURB.			2,75	8	3,04	26	34	2,97					0	
URB.GOIS									2,89	101			101	2,89
RURAL GOIS									2,70	47	2,38	106	153	2,48
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
TOTAL GERAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A., 1990

QUADRO Nº LXVII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO CENTRO DE SAÚDE (6 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE,GRUPOS SOCIAIS, AREAS DE RESIDÊNCIA ,
LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUD	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	3,12	17	2,16	6	3,00	5	28	2,89	3,44	16	2,50	4	20	3,25
5-14	1,54	28	1,91	11	2,83	6	45	1,80	2,08	25	1,15	13	38	1,76
15-24	1,78	40	2,38	8	1,80	4	52	1,87	1,83	12	1,71	21	33	1,75
25-44	1,86	35	2,33	6	1,83	6	47	1,92	2,00	32	2,25	12	44	2,07
45-64	3,35	48	4,22	9	3,17	6	63	3,46	3,53	34	2,78	27	61	3,20
65-74	2,48	25	3,25	4	2,60	5	34	2,59	3,35	20	4,67	9	29	3,76
=>75	2,61	18	5,00	8	6,70	3	29	3,69	4,33	9	2,35	20	29	2,96
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,90	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
GRUPOS SOCIAIS														
ELEVADO	1,61	36	1,00	1	0,00	0	37	1,59	2,80	5	1,00	1	6	2,50
MÉDIO ASC.	2,19	43	1,40	5	2,25	8	56	2,13	2,17	30	2,10	21	51	2,14
MÉDIO	2,14	43	3,17	18	3,71	7	68	2,57	2,67	30	2,33	6	36	2,61
M.BAIXO	2,95	38	2,25	8	2,27	11	57	2,72	2,45	31	2,24	33	64	2,34
BAIXO	3,18	11	3,29	7	1,00	2	20	3,00	3,00	5	1,88	8	13	2,31
REFORMADOS	2,78	40	4,00	13	4,43	7	60	3,24	3,60	47	2,81	37	84	3,25
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
AREAS RES.														
URB.CONSOLID.	2,48	52	5,63	8			60	2,90						
PERIURB. RECEN.	2,35	159	2,74	15			174	2,38						
PERIURB. DORMI.			2,39	21	2,55	9	30	2,97						
PERIURB. RURAL			2,75	8	3,04	26	34	2,97						
URB.GOIS									2,89	101			101	2,89
RURAL GOIS									2,70	47	2,38	106	153	2,48
TOTAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64
TOTAL GERAL	2,38	211	3,04	52	2,91	35	298	2,56	2,83	148	2,38	106	254	2,64

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXVIII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NA EXTENSÃO (6 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, AREAS DE RESIDÊNCIA,
LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTEN.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	2,50	4	2,30	27	2,00	3	34	2,30	1,33	3	2,40	5	8	2,00
5-14	1,25	4	2,71	49	1,20	5	58	2,48	0,00	0	1,86	28	28	1,86
15-24	2,35	20	1,95	79	1,55	22	121	1,94	1,67	3	2,79	19	22	2,64
25-44	2,05	20	3,02	115	2,25	32	167	2,76	3,75	4	4,30	40	44	4,23
45 -64	3,10	40	8,64	142	2,81	48	230	3,37	5,89	9	4,23	124	133	4,34
65-74	3,65	26	4,09	57	3,47	17	100	3,87	5,20	5	4,00	95	100	4,06
=>75	3,08	12	3,94	35	3,16	6	53	3,66	2,50	2	3,96	91	93	3,93
TOTAL	2,85	126	3,14	504	2,49	133	763	2,98	4,15	26	3,86	402	428	3,88
GRUPOS SOCIAIS														
ELEVADO	4,17	6	2,74	23			29	3,04			3,50	4	4	3,50
MEDIO ASC.	2,77	35	2,74	86	2,45	29	150	2,69	4,50	2	4,14	22	24	4,17
MEDIO	2,41	22	3,06	138	1,96	25	185	2,83	4,50	4	3,39	26	30	3,53
M.BAIXO	3,00	19	3,02	130	2,66	38	187	2,94	4,60	10	2,98	54	64	3,23
BAIXO	2,25	4	3,31	29	3,25	8	41	3,19	5,00	2	4,17	18	20	4,25
REFORMADOS	2,95	40	3,82	98	2,55	33	171	3,37	3,13	8	4,04	278	286	4,01
TOTAL	2,85	126	3,14	504	2,49	133	763	2,98	4,15	26	3,86	402	428	3,88
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,02	55	4,28	18	2,93	28	101	3,22						
PERIURB.RECEN.	2,70	69	2,55	47			116	2,64						
PERIURB. DORMI.	3,50	2	3,00	274	2,93	28	304	3,00						
PERIURB. RURAL			3,42	165	2,37	105	270	3,01						
URB.GOIS									5,00	10			10	3,88
RURAL GOIS									3,63	16	3,86	402	418	5,00
TOTAL	2,85	126	3,14	504	2,49	133	763	2,98	4,15	26	3,86	402	428	3,73
TOTAL GERAL	2,85	126	3,14	504	2,49	133	763	2,98	4,15	26	3,86	402	428	3,73

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXIX - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NA EXTENSÃO (6 meses)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENS.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C./EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTEN.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	4,50	6	2,67	18	2,00	5	29	2,93	0,00		3,00	11	11	3,00
5-14	2,50	4	1,58	36	2,17	6	46	1,74	1,50	2	1,71	21	23	1,69
15-24	1,70	10	2,04	51	1,77	13	74	1,95	2,00	6	2,25	16	22	2,18
25-44	3,00	5	2,33	57	2,89	16	78	2,49	6,00	1	2,90	19	20	3,06
45-64	2,59	17	2,92	76	2,89	35	128	2,87	4,00	5	3,72	53	58	3,74
65-74	2,60	10	3,84	37	3,67	15	62	3,60	3,50	4	3,95	57	61	3,92
=>75	4,83	12	4,11	19	5,50	2	33	4,46	8,00	1	4,20	51	52	4,27
TOTAL	3,08	64	2,67	294	2,82	92	450	2,76	3,32	19	3,50	228	247	3,49
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	3,00	3	2,17	12			15	2,34	0,00		6,00	1	1	6,00
MÉDIO/ ASC.	2,88	16	2,23	60	1,73	22	98	2,22	6,00	2	2,48	23	25	2,76
MÉDIO	3,27	11	2,21	76	2,79	19	106	2,42	1,00	2	2,88	17	19	2,68
MÉDIO/ BAIXO	2,67	12	2,53	73	2,93	27	112	2,64	2,80	10	3,15	33	43	3,07
BAIXO	3,50	2	3,10	20	3,00	4	26	3,12	3,00	1	2,77	13	14	2,79
REFORMADOS	3,35	20	3,94	53	3,85	20	93	3,79	4,50	4	3,85	141	145	3,87
TOTAL	3,08	64	2,67	294	2,82	92	450	2,76	3,32	19	3,49	228	247	3,48
AREAS RES.														
URB.CONSOLID.	2,44	27	4,50	4			31	2,71						
PERIURB.RECEN.	3,57	35	2,41	27			62	3,06						
PERIURB. DORMI	3,00	2	2,49	163	3,86	16	181	2,62						
PERIURB. RURAL			2,95	100	2,59	76	176	2,79						
URB.GOIS							0		3,60	10	3,49	228	238	3,49
RURAL GOIS							0		3,00	9	0,00		9	3,00
TOTAL	3,08	64	2,67	294	2,82	92	450	2,76	3,32	19	3,49	228	247	3,48
TOTAL GERAL	3,08	64	2,67	294	2,82	92	450	2,76	3,32	19	3,49	228	247	3,48

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXX CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO MÉDICO PRIVADO (6 MESES)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTEN.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA	LOCAIS C/C.SAÚDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MÉDIA
0-4	3,11	9	2,78	9	2,33	6	24	2,79	1,50	4	2,00	1	5	1,60
5-14	1,68	34	2,32	22	1,36	11	67	1,84	2,10	11	1,67	3	14	2,00
15-24	2,77	52	2,04	25	1,58	12	89	2,40	1,78	9	3,71	7	16	2,63
25-44	2,19	63	2,10	31	2,13	15	109	2,16	1,56	18	2,53	15	33	2,00
45-64	2,85	60	2,71	35	2,00	16	111	2,68	1,77	17	1,90	19	36	1,83
65-74	2,33	12	1,57	7	1,67	3	22	2,00	2,38	8	2,17	12	20	2,25
=>75	2,11	9	1,14	7	2,00	1	17	1,70	2,13	8	2,36	14	22	2,27
TOTAL	2,45	239	2,25	136	1,86	64	439	2,30	1,85	75	2,34	71	146	2,09
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,25	100	2,47	30	1,13	8	138	2,23	2,50	4	6,50	4	8	4,50
MEDIO / ASC.	2,14	59	2,49	35	2,42	12	106	2,29	1,87	23	2,39	13	36	2,06
MEDIO	2,20	25	1,87	33	2,27	15	73	2,07	1,44	18	2,67	6	24	1,75
MÉDIO/ BAIXO	1,88	11	1,82	17	1,75	16	44	1,81	1,50	4	2,11	9	13	1,92
BAIXO	2,75	4	2,29	7	1,00	3	14	2,15	1,50	6	0,00	0	6	1,50
REFORMADOS	3,70	40	2,29	24	1,60	10	74	2,96	2,25	20	1,90	39	59	2,02
TOTAL	2,45	239	2,25	136	1,86	64	439	2,30	1,85	75	2,34	71	146	2,09
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	2,54	78	2,60	10			88	2,55						
PERIURB. RECEN.	2,40	161	2,69	32			193	2,45						
PERIURB. DORMI.			2,03	62	1,75	4	66	2,01						
PERIURB. RURAL			2,13	32	1,87	60	92	1,96						
URB.GOIS									1,98	57			57	1,98
RURAL GOIS									1,44	18	2,34	71	89	2,16
TOTAL	2,45	239	2,25	136	1,86	64	439	2,30	1,85	75	2,34	71	146	2,09
TOTAL GERAL	2,45	239	2,25	136	1,86	64	439	2,30	1,85	75	2,34	71	146	2,09

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO MÉDICO PRIVADO (6 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE,
EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUD	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	3,00	12	1,86	7	1,00	4	23	2,31	2,50	4	1,50	7	11	1,86
5-14	1,76	25	4,18	11	1,50	6	42	2,36	2,07	14	1,71	7	21	1,95
15-24	2,27	34	2,56	16	2,17	6	56	2,34	1,50	4	3,75	4	8	2,63
25-44	2,08	36	1,75	24	2,10	11	71	1,97	2,29	7	2,71	7	14	2,50
45-64	2,36	31	2,48	21	1,24	17	69	2,12	2,63	8	2,17	12	20	2,35
65-74	3,18	11	1,29	7	1,25	4	22	2,23	1,00	2	2,00	14	16	1,88
=>75	2,63	8	1,00	1	2,00	1	10	2,40	1,00	1	2,50	12	13	2,38
TOTAL	2,30	157	2,22	87	1,57	49	293	2,15	2,13	40	2,29	58	98	2,22
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,10	70	2,88	17	1,29	7	94	2,18	1,00	3	8,00	1	4	2,75
MEDIO / ASC.	2,41	39	1,64	22	2,20	10	71	2,14	2,33	6	2,22	9	15	2,26
MEDIO	1,90	19	2,15	26	2,00	10	55	2,04	2,77	13	2,30	10	23	2,57
MÉDIO/ BAIXO	2,83	6	3,30	10	1,27	11	27	2,37	2,50	6	2,33	9	15	2,40
BAIXO	2,91	23	2,00	3		0	26	2,81	2,33	3	1,00	1	4	2,00
REFORMADOS	2,24	70	1,44	9	1,09	11	90	2,02	1,11	9	2,14	28	37	1,89
TOTAL	2,30	157	2,22	87	1,57	49	293	2,15	2,13	40	2,29	58	98	2,22
AREAS RESIDENCIA														
URB.CONSOLID.	2,48	48	8,00	1			49	2,59						
PERIURB. RECEN.	2,22	109	2,50	18			127	2,26						
PERIURB. DORMI.	0,00		1,85	53	1,50	2	55	1,84						
PERIURB. RURAL			2,80	15	1,58	47	62	1,88						
URB.GOIS									2,35	29			29	2,35
RURAL GOIS									1,55	11	2,29	58	69	2,17
TOTAL	2,30	157	2,22	87	1,57	49	293	2,15	2,13	40	2,29	58	98	2,22
TOTAL GERAL	2,30	157	2,22	87	1,57	49	293	2,15	2,13	40	2,29	58	98	2,22

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO MEDICO CONVENCIONADO (6 meses)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA

SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENS.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	2,71	7	4,00	2			9	3,00	2,00	1			1	2,00
5-14	1,59	29	3,33	9	1,43	7	45	1,91	3,50	4	3,33	3	7	3,43
15-24	2,15	39	2,54	13	1,67	3	55	2,22	1,67	3	1,50	8	11	1,55
25-44	2,50	40	2,63	19	1,83	6	65	2,48	2,24	17	1,96	23	40	2,65
45-64	2,98	51	2,14	14	3,20	5	70	2,83	2,13	23	2,12	41	64	2,13
65-74	3,78	9	5,33	3			12	4,17	1,46	11	1,96	28	39	1,82
=>75	4,50	8					8	4,50	2,80	5	1,67	12	17	2,00
TOTAL	2,57	183	2,78	60	2,00	21	264	2,57	2,16	64	2,19	115	179	2,18
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	1,98	51	2,57	7	4,00	2	60	2,12	1,33	3			3	1,33
MEDIO / ASC.	2,33	45	3,15	13	2,14	7	65	2,47	2,64	14	2,39	13	27	2,52
MEDIO	2,66	41	2,33	21	1,60	10	72	2,42	2,08	12	3,00	8	20	2,45
MÉDIO/ BAIXO	2,73	11	3,38	8	1,50	2	21	2,86	2,82	11	2,36	11	22	2,59
BAIXO	2,00	7	2,33	3			10	2,10	1,50	2	1,88	8	10	1,80
REFORMADOS	4,00	28	3,13	8			36	3,81	1,73	22	2,08	75	97	2,00
TOTAL	2,57	183	2,78	60	2,00	21	264	2,57	2,16	64	2,19	115	179	2,18
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,00	56	2,75	14			70	2,95						
PERIURB. RECEN.	2,39	129	3,07	15			144	2,46						
PERIURB. DORMI.			2,43	28	1,33	3	31	2,32						
PERIURB. RURAL			2,62	13	2,11	18	31	2,32						
URB.GOIS									2,55	43			43	2,54
RURAL GOIS									1,38	21	2,19	115	136	2,07
TOTAL	2,57	183	2,78	60	2,00	21	264	2,57	2,16	64	2,19	115	179	2,18
TOTAL GERAL	2,57	183	2,78	60	2,00	21	264	2,57	2,16	64	2,19	115	179	2,18

FONTE: INQUERITOS NAS U.A., 1990

QUADRO Nº LXXIII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

MÉDIA DE CONSULTAS NO MÉDICO CONVENCIONADO (6 MESES)

UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA

SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREA DE RESIDÊNCIA EM LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO OU EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE	LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	TOTAL GERAL		LOCAIS	TOTAL	LOCAIS	TOTAL	TOTAL GERAL	
IDADE	C/C.SAUD	CASOS	C/EXT.	CASOS	S/C/EXT.	CASOS	CASOS	%	C/C.SAU.	CASOS	C/EXT.	CASOS	CASOS	%
0-4	3,33	3	2,00	1	8,00	1	5	4,00	4,60	5	2,00	2	7	3,86
5-14	1,64	22	3,25	8	1,00	1	31	2,03	2,00	4	1,80	5	9	1,89
15-24	1,94	27	1,78	9	1,00	1	37	1,88	2,00	5	1,50	4	9	1,78
25-44	1,83	23	2,11	19	1,60	10	52	1,89	1,93	14	4,50	8	22	2,86
45-64	2,90	48	2,20	15	3,00	8	71	2,76	1,55	11	2,25	28	39	2,05
65-74	3,43	14	0,00		2,00	1	15	3,33	2,20	5	1,75	12	17	1,88
=>75	3,50	6	1,00	1	0,00		7	3,14	3,00	1	2,75	8	9	2,78
TOTAL	2,52	143	2,23	53	2,36	22	218	2,43	2,20	45	2,40	67	112	2,32
GRUPOS SOCIAIS														
ELEVADO	2,30	43	1,00	3	1,50	2	48	2,19	4,00	1	0,00		1	4,00
MEDIO ASC.	2,23	31	2,67	12	3,29	7	50	2,48	2,17	12	2,10	10	22	2,14
MEDIO	2,23	26	2,27	22	2,14	7	55	2,23	1,90	10	3,43	7	17	2,53
M.BAIXO	3,13	16	1,20	5	1,83	6	27	2,48	2,00	9	2,75	8	17	2,35
BAIXO	1,00	2	1,50	4	0,00		6	1,33	3,33	3	1,57	7	10	2,10
REFORMADOS	3,28	25	3,00	7	0,00		32	3,22	2,20	10	2,37	35	45	2,33
TOTAL	2,52	143	2,23	53	2,36	22	218	2,43	2,20	45	2,40	67	112	2,32
AREAS RESIDÊNCIA														
URB.CONSOLID.	2,92	47	1,50	2			49	2,86						
PERIURB. RECEN.	2,28	95	2,80	15			110	2,35						
PERIURB.DORMI	6,00	1	1,68	19			20	1,90						
PERIRURB .RURAL			2,41	17	2,36	22	39	2,38						
URB.GOIS									2,48	29			29	2,48
RURAL GOIS									1,69	16	2,40	67	83	2,26
TOTAL	2,52	143	2,23	53	2,36	22	218	2,43	2,20	45	2,40	67	112	2,32
TOTAL GERAL	2,52	143	2,23	53	2,36	22	218	2,43	2,20	45	2,40	67	112	2,32

FONTE: INQUÉRITOS NAS,U.A.,1990

QUADRO Nº LXXIV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO HOSPITAL (12 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO FEMININA SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA
LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GÓIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXTENSAO	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	2,11	19	2,52	21	3,50	6	46	2,48	1,50	2	1,50	4	6	1,50
5-14	1,99	68	2,45	40	1,88	8	116	2,14	4,20	5	2,17	6	11	3,09
15-24	1,94	84	2,49	49	2,92	24	157	2,26	1,33	6	1,55	11	17	1,47
25-44	2,46	112	2,82	94	2,66	38	244	2,63	1,71	17	3,38	32	49	2,80
45-64	2,54	149	3,02	96	3,21	28	273	2,78	3,24	21	2,92	39	60	3,03
65-74	2,87	63	3,16	45	3,20	15	123	3,02	1,33	9	2,61	33	42	2,33
=>75	3,38	32	3,35	17	5,25	4	53	3,51	4,50	6	2,29	14	20	2,95
TOTAL	2,43	527	2,84	362	2,98	123	1012	2,64	2,55	66	2,71	139	205	2,65
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	2,20	116	3,14	28	0,00	0	144	2,38	1,33	3	1,00	1	4	1,25
MÉDIO / ASC.	2,19	119	1,82	65	3,00	20	204	2,15	3,79	14	3,56	16	30	3,67
MEDIO	2,66	98	2,70	110	3,38	29	237	2,77	1,55	11	3,36	11	22	2,46
MÉDIO/ BAIXO	2,49	65	3,14	74	2,66	44	183	2,79	3,00	11	2,05	22	33	2,36
BAIXO	1,72	25	2,76	21	2,27	11	57	2,21	1,00	3	2,38	8	11	2,00
REFORMADOS	2,89	104	3,66	64	3,47	19	187	3,21	2,42	24	2,68	81	105	2,62
TOTAL	2,43	527	2,84	362	2,98	123	1012	2,64	2,55	66	2,71	139	205	2,65
AREAS RESIDENC.														
URB.CONSOLID.	3,03	149	3,57	28			177	3,12						
PERIURB. RECEN.	2,19	377	1,89	62			439	2,15						
PERIURB. DORMI.	6,00	1	2,95	159	3,28	32	192	3,02						
PERIURB. RURAL			3,02	113	2,87	91	204	2,95						
URB.GOIS									2,78	50			50	2,78
RURAL GOIS									1,81	16	2,71	139	155	2,61
TOTAL	2,43	527	2,84	362	2,98	123	1012	2,64	2,55	66	2,71	139	205	2,65
TOTAL GERAL	2,43	527	2,84	362	2,98	123	1012	2,64	2,55	66	2,71	139	205	2,65

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
MÉDIA DE CONSULTAS NO HOSPITAL (12 MESES)
UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, GRUPOS SOCIAIS, ÁREAS DE RESIDÊNCIA
LOCAIS COM CENTRO DE SAÚDE, EXTENSÃO E SEM CENTRO E EXTENSÃO

	CONCELHO DE COIMBRA								CONCELHO DE GOIS					
GRUPOS DE IDADE	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	LOCAIS S/C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA	LOCAIS C/C.SAUDE	TOTAL CASOS	LOCAIS C/EXT.	TOTAL CASOS	TOTAL GERAL CASOS	TOTAL GERAL MEDIA
0-4	1,93	28	2,83	12	2,30	10	50	2,22	3,00	5	1,40	5	10	2,20
5-14	2,06	66	1,89	37	1,53	15	118	1,94	2,13	8	2,00	7	15	2,07
15-24	3,91	99	2,42	53	3,00	15	167	3,36	3,86	7	1,88	8	15	2,80
25-44	1,87	83	2,15	61	1,71	21	165	1,95	2,11	18	3,73	15	33	2,85
45-64	2,71	104	2,74	70	3,13	24	198	2,77	4,13	16	2,79	28	44	3,28
65-74	2,21	28	2,86	22	2,73	11	61	2,54	2,00	5	2,58	12	17	2,41
=>75	2,48	23	2,83	18	2,00	3	44	2,59	3,00	1	2,75	12	13	2,77
TOTAL	2,17	431	2,53	273	2,40	99	803	2,32	2,93	60	2,69	87	147	2,79
GRUPOS SOCIAIS														
MÉDIO/ ELEVADO	1,75	99	1,52	27			126	1,70	9,50	2	10,00	1	3	9,67
MÉ/DIO ASC.	2,33	93	2,24	59	2,12	26	178	2,27	2,94	18	2,45	11	29	2,75
MEDIO	2,40	85	2,22	74	1,95	19	178	2,28	2,00	6	2,91	11	17	2,59
MÉDIO/BAIXO	1,94	69	2,70	50	1,94	32	151	2,19	2,27	15	2,94	17	32	2,63
BAIXO	2,36	25	3,00	15	1,75	4	44	2,52	1,67	3	1,50	6	9	1,56
REFORMADOS	2,47	60	3,63	48	4,28	18	126	3,17	3,31	16	2,59	41	57	2,79
TOTAL	2,17	431	2,53	273	2,40	99	803	2,32	2,93	60	2,69	87	147	2,79
AREAS RES.														
URB.CONSOLID.	2,82	117	4,19	16			133	2,98						
PERIURB.RECEN.	1,92	331	1,63	51			382	1,88						
PERIURB.DORMI.	4,00	1	2,63	118	2,29	24	143	2,58						
PERIURB. RURAL			2,63	88	2,44	75	163	2,54						
URB.GOIS									3,21	38			38	3,21
RURAL GOIS									2,45	22	2,69	87	109	2,64
TOTAL	2,17	431	2,53	273	2,40	99	803	2,32	2,93	60	2,69	87	147	2,79
TOTAL GERAL	2,17	431	2,53	273	2,40	99	803	2,32	2,93	60	2,69	87	147	2,79

FONTE: INQUERITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXVI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO AREAS DE RESIDÊNCIA
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

AREAS RESIDÊNCIA	CENTRO SAÚDE 1	EXTENSÃO 2	MÉDICO CONV.3	MÉDICO PRIV. 4	TOTAL CONS. 5	HOSPITAL INT. 6	HOSPITAL CONS. 7	HOSPITAL URG.8	HOSPITAL TRAT. 9	HOSPITAL TOTAL 10
URBANO	15.6	23.2	9.2	14.0	55.9	4.4	13.6	22.4	1.4	34.7
RURAL	31.4	37.4	16.1	13.5	71.5	2.6	10.6	7.5	1.1	19.5
TOTAL	19.7	26.8	11.0	13.9	59.9	4.0	12.9	18.6	1.3	30.8

URBANO: CONCELHO DE COIMBRA
RURAL: CONCELHO DE GÓIS
* CONSULTAS NO CENTRO DE C. SAÚDE, EXT. MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
AS COLUNAS 6,7,8,9 E 10 SÃO RELATIVAS A 12 MESES (HOSPITAL)
O TOTAL GERAL (COLUNA 11) REFERE-SE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DE SAÚDE FORA DO HOSPITAL, NUM PERÍODO DE 6 MESES, E DO HOSPITAL EM 12 MESES

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

1- Qui Quadrado = 212,18 GL= 1 ; P< 0,0001
2- Qui Quadrado = 137,89 GL= 1 ; P< 0,0001
3- Qui Quadrado = 65,03 GL= 1 ; P< 0,0001
4- Qui Quadrado = 0,20 GL= 1 ; P> 0,05
5- Qui Quadrado = 135,98 GL= 1 ; P< 0,0001
6- Qui Quadrado =11,29 GL= 1 ; P< 0,001
7- Qui Quadrado = 10,48 GL= 1 ; P< 0,001
8- Qui Quadrado = 196,20 GL= 1 ; P< 0,0001
9- Qui Quadrado = 1,19 GL= 1 ; P> 0,05
10- Qui Quadrado = 144,07GL= 1 ; P< 0,0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A. , 1990

QUADRO Nº LXXVII - CONCELHO DE COIMBRA – MÉDIA DE CONSULTAS SEGUNDO FREGUESIAS

	MÉDIA DE CONSULTAS					
	LOCAL PRESTADOR					
FREGUESIA	C. S. (a)	EXT. (a)	M. PRIV. (a)	M. CONV. (a)	HOSP. (b)	T. CONS.
ALMALAGUES	0,09	1,58	0,12	0,21	0,96	2,98
ALMEDINA	0,94	1,01	0,36	0,23	1,77	4,3
AMEAL	0	0,65	0,51	0	0,13	1,3
ANTANHOL	0,1	2,26	0,14	0,08	1,24	3,82
ANTUZEDE	0,3	0,86	0,2	0,01	0,71	2,1
ARZILA	0	0,35	0,74	0	0,06	1,16
ASSAFARGE	0,75	1,92	0,06	0,22	0,56	2,92
BOTÃO	0,33	1,13	0,23	0,18	0,98	2,76
BRASFEMES	0,84	0,2	0,6	0,22	1,82	4,42
CASTELO VIEGAS	0,14	2,1	0,2	0,18	1,46	3,92
CEIRA	0,07	1	0,09	0,05	0,89	2,08
CERNACHE	0,16	1,28	0,16	0	0,56	2,18
EIRAS	0,34	0,62	0,44	0,29	0,67	2,38
LAMAROSA	0,17	0,9	0,24	0,02	0,67	2,02
RIBEIRA DE FRADES	0	0,75	0,32	0,01	0,17	1,26
SANTA CLARA	0,53	0,1	0,16	0,31	0,78	1,88
SANTA CRUZ	0,59	0,52	0,37	0,43	1,06	2,92
STO. ANTONIO DOS OLIVAIS	0,63	0,16	0,53	0,29	0,86	2,47
S. BARTOLOMEU	0,25	0,03	0,12	0,41	1,12	1,96
S. JOÃO DO CAMPO	0,18	1,41	0,22	0,14	1,1	3,07
S. MARTINHO DE ÁRVORE	0,01	0,42	0,4	0,44	0,49	1,83
S. MARTINHO DO BISPO	0,79	0,25	0,17	0,28	0,63	2,13
S. PAULO DE FRADES	0,08	0,8	0,1	0,09	0,8	1,88
S. SILVESTRE	0,08	0,9	0,38	0,14	0,96	2,47
SÉ NOVA	0,54	0,13	0,63	0,4	1,26	2,92
SOUSELAS	0,11	1,71	0,2	0,12	0,94	3,03
TAVEIRO	0,03	1,06	0,54	0,25	0,35	2,25
TORRE VILELA	0,33	1,09	0	0,03	1,51	2,96
TORRES DO MONDEGO	0,23	1,12	0,08	0,03	1,16	2,61
TROUXEMIL	0,12	1,25	0	0,11	0,52	2,02
VIL DE MATOS	0	0,75	0,03	0,22	1,05	2,01
MÉDIA	0,41	0,67	0,31	0,23	0,86	2,47

(a) Média de consulta em 6 meses (b) A média de consulta no Hospital é relativa a 12 meses Fonte: Inquéritos nas U.A., 1990

QUADRO Nº LXXVIII - CONCELHO DE GÓIS – MÉDIA DE CONSULTAS SEGUNDO FREGUESIAS

	MÉDIA DE CONSULTAS					
	LOCAL PRESTADOR					
FREGUESIA	C. S. (a)	EXT. (a)	M. PRIV. (a)	M. CONV. (a)	HOSP. (b)	T. CONS.
ALVARES	0,3	2,61	0,33	0,37	0,49	4,01
CADAFAZ	0,72	2,02	0,18	0,45	0,65	3,93
COLMEAL	0,41	2,36	0,07	0,23	0,37	3,43
GÓIS	1,43	0,25	0,31	0,31	0,45	2,68
V.N. DO CEIRA	0,88	1,83	0,4	0,48	0,8	4,19
MÉDIA	0,93	1,39	0,28	0,36	0,52	3,4

(a) Média de consulta em 6 meses

(b) A média de consulta no Hospital é relativa a 12 meses Fonte: Inquéritos nas U.A., 1990

QUADRO Nº LXXIX - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO GRUPOS DE IDADE (0-14; 15-64; => 65)

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREAS RESID.	GRUPOS IDADE	CENTRO SAÚDE 1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MÉD. PRIV.4	TOTAL CONS.*5	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL 11
ÁREA URBANA	0-14	15,4	18,6	10	17,3	55,7	2,3	11,3	29,7	1	36,7	69,9
	15-64	13,7	21,8	9,6	13,8	53	4,3	70	20,4	1,3	32,9	86,1
	=>65	25,9	37	6,3	10,6	71,7	8	18,6	23,2	2,7	41,9	82,7
ÁREA URBANA	0-14	35,9	24,4	8,4	16	67,9	2,4	8,4	6,3	0,3	14,6	70
	15-64	32	30,3	18,8	12,9	66	3,1	11,7	7,7	1,4	22,1	68,5
	=>65	27,9	57,6	15,4	13,4	83,6	1,7	10	7,7	0,8	17,3	84
TOTAL GERAL	0-14	20,4	20	9,6	17	58,6	2,4	8	24	0,8	31,3	69,9
	15-64	17,8	23,6	11,5	13,6	55,8	4	13,2	17,7	1,3	30,6	66,6
	=>65	26,8	46,1	10,3	11,8	77	5,2	15,5	16,4	1,8	31	83,3

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)

RURAL:CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)

*CONSULTAS NO C. SAÚDE, EXTENSÃO, MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES

as colunas 6,7,8,9 e 10 são relativas a 12 meses (Hospital)

total geral (coluna) refere-se à utilização dos serviços, de saúde fora do Hospital, num período de 6 meses e do Hospital em 12 meses.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Área Urbana:

1 Qui-Quadrado =64,15 ;GL = 2 ; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 134,59 ;GL = 2 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 8.18 ;GL = 2 ; p < 0,05
4 Qui-Quadrado = 14,97 ;GL = 2 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 8016 ;GL = 2 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 30,24 ;GL = 2 ; p < 0,0001
7 Qui-Quadrado = 38,20 ;GL = 2 ; p < 0,0001
8 Qui Quadrado = 35,65 ;GL = 2 ; p < 0,0001
9 Qui-Quadrado = 9,0 ;GL = 2; p < 0,05
10 Qui-Quadrado = 22,21 ;GL = 2 ; p < 0,0001
11 Qui-Quadrado = 73,11 ;GL = 2 ; p < 0,0001

Área Rural:

1 Qui-Quadrado = 5,94 ;GL = 2 ; p > 0,05
2 Qui Quadrado = 134,59 ;GL = 2 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 18,03 ;GL = 2 ; p < 0,001
4 Qui-Quadrado = 1,89 ;GL = 2 ; p > 0,05
5 Qui-Quadrado = 54,54 ;GL = 2 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 2,89 ;GL = 2 ; p > 0,05
7 Qui- Quadrado= 2.89 ;GL = 2 ; p > 0,05
8 Qui-Quadrado = 0,72 ;GL = 2 ; p > 0,05
9 Qui-Quadrado = 3,09 ;GL2 = ; p > 0,05
10 Qui-Quadrado = 10,20 ;GL = 2 ; p < 0,01
11 Qui-Quadrado = 44,37 ;GL = 2 ; p < 0,0001

Total Geral:

1 Qui- Quadrado = 51,37 ;GL = 2 ; p< 0,0001
2 Qui- Quadrado = 280,39 ;GL= 2 ; p<0,0001
3 Qui- Quadrado = 4,16 ;GL=2 ; p< 0,05
4 Qui- Quadrado = 14,39 ;GL= 2 ; p< 0,001
5 Qui- Quadrado = 54,54 ;GL = 2 ; p< 0,0001
6 Qui- Quadrado = 13,26 ;GL = 2 ; p<0,01
7 Qui- Quadrado = 24,93 ;GL = 2 ; p< 0,0001
8 Qui- Quadrado = 29,09 ;GL = 2 ; p<0,0001
9 Qui- Quadrado = 4,42 ;GL = 2 ; p< 0,05
10 Qui- Quadrado = 0,29 ;GL = 2 ; p< 0,05
11 Qui- Quadrado = 126,01 ;GL = 2 ; p< 0,0001

FONTE:INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXX - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO SEXO
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREAS RESID.	SEXO	CENTRO SAÚDE1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MÉD. PRIV.4	TOTAL CONS.5*	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL11	DISTRIB. AMOSTRA
URBANA	FEM.	18,3	26,9	9,3	15,5	62,4	4,6	15,3	22,3	1,3	35,7	74,2	54,2
	MASC.	12,4	18,8	9,1	12,2	48,1	4,2	11,7	22,5	1,5	33,5	62,7	45,8
RURAL	FEM.	31,6	43,2	18,1	14,7	76,5	2	11,3	7,9	11,1	20,7	78,2	54,9
	MASC.	31,2	30,4	13,8	12,1	65,4	3,3	9,8	7	0,9	18,1	67,3	45,1
TOTAL	FEM.	21,7	31,1	11,6	15,3	66,1	3,9	14,2	18,6	31,8	1,3	75,2	54,4
GERAL	MASC.	17,2	21,7	10,3	12,2	52,5	4	11,2	18,6	29,6	1,4	63,8	45,6

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)
RURAL: CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)
*CONSULTAS NO C. SAÚDE,EXTENSÃO, MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
as colunas 6,7,8,9 e 10 são relativas a 12 meses (Hospital)
total geral (coluna) refere-se à utilização dos serviços, de saúde fora do Hospital, num período de 6 meses e do Hospital em 12 meses.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Área Urbana:
1 Qui-Quadrado = 33,21;GL = 1;p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 47,88;GL = 1; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 0,5;GL = 1; p > 0,5
4 Qui-Quadrado = 11,21;GL = 1 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 107,01; GL = 1; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 0,41;GL = 1; p > 0,5
7 Qui-Quadrado = 13,59;GL = 1 ; p < 0,001
8 Qui-Quadrado = 0,02; GL = 1; p > 0,5
9 Qui-Quadrado = 0,24 ;GL = 1; p > 0,5
10 Qui-Quadrado = 2,67; GL = ; p > 0,05
11 Qui-Quadrado = 79,84; GL = 1; p < 0,0001

Área Rural:
1 Qui-Quadrado = 0,10;GL= 1 ; p > 0,5
2 Qui-Quadrado = 30,73;GL =1 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 5,75; GL= 1 ; p > 0,05
4 Qui-Quadrado = 2, 51;GL = 1; p > 0,05
5 Qui-Quadrado = 26,23;GL = 1 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 2,49;GL =1; p > 0,05
7 Qui-Quadrado = 0,85;GL = 1;p > 0,05
8 Qui-Quadrado = 0,36;GL = ; p > 0,5
9 Qui-Quadrado = 0,24; GL = 1 ;p < 0,5
10 Qui-Quadrado = 1,76;GL = 1 ; p > 0,05
11 Qui-Quadrado = 26,65 ; GL = 1; p <0,0001

Total Geral:
1 Qui-Quadrado = 22,33;GL = 1; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 78,35;GL = 1; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 2,87;GL =1; p > 0,05
4 Qui-Quadrado13,87;GL = 1; p < 0,001
5 Qui-Quadrado =132,87;GL = 1; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 00;GL = 1; p > 0,5
7 Qui-Quadrado = 13,72;GL = 1; p < 0,001
8 Qui-Quadrado = 0,00;GL = 1; p > 0,5
9 Qui-Quadrado = 0,16;GL = 1; p > 0,05
10 Qui-Quadrado = 3,9;GL = 1; p < 0,05
11 Qui-Quadrado = 107,30;GL= 1; p < 0,0001

FONTE:INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO GRUPOS SOCIAIS
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

GRUPOS SOCIAIS	ÁREAS RESID.	C. S. 1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MED. PRIV.4	TOT. CONS.5*	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL11
M./ ELEV.	URBANO	12,8	5,4	13,3	28,5	53,3	2,6	15,1	19,6	0,9	33,1	67,5
	RURAL	31,8	11,4	9,1	27,3	68,2	4,5	11,4	4,5	0	15,9	70,5
M./ASC.	URBANO	13,5	21,4	9,9	15,3	54	4	11	23,1	1,7	33	67,6
	RURAL	36	16,2	16,2	16,8	59,7	3	7,9	10,2	1,3	19,5	64
MÉDIO	URBANO	13,9	23,6	10,3	9,6	52,6	3,6	13,3	22,3	1,3	33,7	65,9
	RURAL	30,5	20,2	15,2	19,3	62,1	2,1	10,3	4,5	0,8	16	63,4
M./ BAIXO	URBANO	15,1	31	5	7,3	52,9	5	11,5	22,9	1,2	34,6	65,5
	RURAL	32,8	32,8	12	8,6	65,6	2,5	10,4	6,7	1,5	19,9	66,9
BAIXO	URBANO	19,7	28,8	6,9	7,3	55,8	8,6	16,7	30	0,4	43,3	72,5
	RURAL	30,8	31,8	18,7	9,3	64,5	2,8	15	2,8	0	18,7	65,4
REFORM.	URBANO	23,2	31,8	8,2	14,2	69,4	15,3	18,1	21,5	2,3	37,8	79,5
	RURAL	29,4	55,2	18,2	12,3	82,6	2,6	11,3	8,5	1	20,7	83,9
TOTAL GERAL	URBANO	15,6	23,2	9,2	14	55,9	4,4	13,6	22,4	1,4	34,7	68,9
	RURAL	31,4	37,4	16,1	13,5	71,5	2,6	10,6	7,5	1,1	19,5	73,3

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)
RURAL: CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)
*CONSULTAS NO C. SAÚDE, EXTENSÃO, MÉDICO PRIVADO , MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
as colunas 6,7,8,9 e 10 são relativas a 12 meses (Hospital)
total geral (coluna) refere-se à utilização dos serviços, de saúde fora do Hospital, num período de 6 meses e do Hospital em 12 meses.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Area Urbana:

1 Qui-Quadrado = 50,75;GL = 5 ; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 218, 68; GL = 5 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 41,71; GL = 5 ; p < 0,0001
4 Qui-Quadrado = 207,71;GL = 5 ; p < 0,0001
5 Qui-Quadrado = 73,84;GL = 5; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 25,74;GL = 5 ; p < 0,001
7 Qui-Quadrado = 28,24 ; GL =5 ; p < 0,0001
8 Qui-Quadrado = 12,33 ; GL = 5; p < 0,05
9 Qui-Quadrado = 9,01; GL = 5 ; p > 0,05
10 Qui-Quadrado = 14,09;GL = 5 ; p < 0,05
11 Qui-Quadrado = 56,69;GL = 5 ; p < 0,0001

Area Rural

1 Qui-Quadrado = 4,74 ; GL = 5; p > 0,05
2 Qui-Quadrado = 211,74; GL = 5; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 8,89; GL = 5; p > 0,05
4 Qui-Quadrado = 26,37 ; GL = 5; p < 0,001
5 Qui-Quadrado =86,45; GL = ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 1,15; GL = 5 ; p > 0,5
7 Qui-Quadrado = 4,84; GL = 5 ; p > 0,05
8 Qui-Quadrado = 11,61;GL = 5 ; p < 0,05
9 Qui-Quadrado = 2,66; GL = 5; p > 0,5
10 Qui-Quadrado = 3,05; GL = 5 ; p <0,5
11 Qui-Quadrado = 80,52; GL = 1; p < 0,0001

FONTE:INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO TRABALHADORES MANUAIS,NÃO MANUAIS E REFORMADOS
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREAS RESID.	GRUPOS SOCIAIS	C. S. 1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MÉD. PRIV.4	TOTAL CONS.*5	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL 11
Área Urbana	T.N.Manuais	13,2	14,8	20,7	11,3	53,7	3,4	12,7	21,7	1,4	33	67,6
	T. Manuais	15	27	8,5	7,9	53	4,6	12,9	23,3	1,2	35	66,4
	Reformados	23,2	31,8	14,1	8,2	69,4	6,3	18,1	21,5	2,3	37,8	79,5
Área Rural	T.N.Manuais	35,4	15,6	18,2	15,3	60,8	3,2	8,4	9,5	1,2	19	64,8
	T. Manuais	31,7	28,1	12,6	14,2	64,2	2,4	11,1	5,3	1	18,3	65,4
	Reformados	29,4	55,2	12,3	18,2	82,6	2,6	11,3	8,5	1	20,7	83,9
Total Geral	T.N.Manuais	16,5	14,9	11,9	20,3	54,7	3,4	12	19,9	1,3	20,9	67,2
	T. Manuais	18,6	27,3	9,2	9,4	55,5	4,2	12,5	19,4	1,2	31,3	66,2
	Reformados	26,2	43,2	13	13,2	75,8	4,5	14,8	15,4	1,7	29,5	81,6

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)

RURAL: CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)

*CONSULTAS NO C. SAÚDE, EXT. MÉDICO PRIVADO , MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES

as colunas 6,7,8,9 e 10 são relativas a 12 meses (Hospital)

total geral (coluna) refere-se à utilização dos serviços, de saúde fora do Hospital, num período de 6 meses e do Hospital em 12 meses.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Área Urbana:

1 Qui-Quadrado = 45, 54;GL = 2 ; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 132,87; GL = 2 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 16,69; GL = 2; p < 0,001
4 Qui-Quadrado = 136,10 ; GL = 2 ; p < 0,0001
5 Qui-Quadrado = 72,93; GL = 2 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 11,89; GL = 2 ; p < 0,01
7 Qui-Quadrado =16,62; GL = 2 ; p < 0,001
8 Qui-Quadrado = 2,04;GL = 2 ; p > 0,05
9 Qui-Quadrado = 5,38; GL = 2 ; p > 0,05
10Qui-Quadrado = 5,86; GL = 2 ; p > 0,05
11 Qui-Quadrado = 52,13; GL = 2 ; p < 0,0001

Área Rural:

1 Qui-Quadrado = 4,03;GL = 2; p > 0,05
2 Qui-Quadrado = 201,10; GL = 2 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 4,47;GL = 2 ; p > 0,05
4 Qui-Quadrado = 7,89;GL = 2 ; p < 0,05
5 Qui-Quadrado = 84,26 ; GL = 2 ; p < 0,0001
6Qui-Quadrado = 0, 59 ; GL = 2 ; p > 0,5
7 Qui-Quadrado = 2,37; GL = 2; p > 0,05
8 Qui-Quadrado = 7,66;GL = 2 ; p < 0,05
9 Qui-Quadrado = 0,04;GL = 2 ; p > 0,5
10 Qui-Quadrado = 1,39; GL = 2 ; p > 0,05
11 Qui-Quadrado = 78,84 ; GL = 2 ; p < 0,0001

Total Geral:

1Qui-Quadrado = 60,57;GL = 2; p < 0,0001
2Qui-Quadrado = 387,03;GL=2; p < 0,0001
3Qui-Quadrado = 18,69;GL= 2; p < 0,0001
4Qui-Quadrado = 134,83;GL = 2; p < 0,0001
5Qui-Quadrado = 220,00;GL = 2; p < 0,0001
6Qui-Quadrado = 3,58;GL = 2; p > 0,05
7Qui-Quadrado = 7,07;GL = 2; p < 0,05
8Qui-Quadrado = 16,32;GL = 2; p < 0,001
9Qui-Quadrado = 2,16;GL = 2; p > 0,05
10Qui-Quadrado = 1,71;GL = 2; p > 0,05
11Qui-Quadrado = 134,00; GL = 2; p < 0,0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXIII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO SEGUNDO SERVIÇOS E TEMPO DE "DOENÇA"(DIAS)
ÁREAS RURAIS E URBANAS
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREAS RESID.	T.DOENC. DIAS	C. S. 1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MÉD. PRIV.4	TOTAL CONS.*5	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL 11
Área Urbana	0	14,8	21,9	9,2	13,4	53,7	3,8	12,8	20,9	1,3	32,6	66,7
	1-5	19,1	39,9	7,9	23	80,9	2,2	15,2	34,3	2,8	46,1	92,1
	6-10	32,2	28,7	11,5	23	80,5	6,9	20,7	35,6	4,6	57,5	93,1
	11-15	25	36,9	8	15,9	76,1	22,2	30,1	45,5	3,4	89,3	94,9
Área Rural	0	30,8	35,9	13,4	12,1	69,3	2	9,5	6,5	0,8	17	71,2
	1-5	44,7	40,8	38,2	18,4	84,2	2,6	23,7	10,5	1,3	34,2	84,2
	6-10	32,8	51,6	28,1	21,9	82,8	4,7	18,8	12,5	1,6	35,9	84,;
	11-15	29,5	46,5	28,7	24	83,7	8,5	12,4	14,7	3,1	31,8	86
Total Geral	0	18,7	25,3	10,3	13,1	57,5	3,4	12	17,4	1,2	28,8	67
	1-5	26,8	40,2	16,9	21,7	81,9	2,4	17,7	27,2	2,4	42,5	99,8
	6-10	32,5	38,4	18,5	22,5	81,5	6	19,9	25,8	3,3	48,3	89,4
	11-15	26,9	41	16,7	19,3	79,3	16,4	22,6	32,5	3,3	53,4	91,1

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)
RURAL:CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)
*CONSULTAS NO C. SAÚDE, EXT., MÉDICO PRIVADO ,MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
as colunas 6,7,8,9 e 10 são relativas a 12 meses (Hospital)
total geral (coluna) refere-se à utilização dos serviços, de saúde fora do Hospital, num periodo de 6 meses e do Hospital em 12 meses.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Área Urbana:
1 Qui-Quadrado = 33,88 ; GL = 3 ; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 52,32 ; GL = 3 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 1,26 ; GL = 3 ; p > 0,5
4 Qui-Quadrado = 19,79; GL = 3 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 104,73 ; GL = 3 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 138,04;GL = 3 ; p < 0,0001
7 Qui-Quadrado= 47,25;GL = 3 ; p < 0,0001
8 Qui-Quadrado = 83,48;GL = 3; p < 0,0001
9 Qui-Quadrado = 132,94;GL = 3; p < 0,0001
10 Qui-Quadrado = 135,41; GL = 3; p < 0,0001

Área Rural:
1 Qui-Quadrado = 6,8 ; GL = 3 ; p < 0,5
2 Qui-Quadrado = 11,81; GL = 3 ; p <0,05
3 Qui-Quadrado = 57,40 ; GL = 3 ; p < 0,0001
4 Qui-Quadrado = 20,31 ; GL = 3 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 22,99 ; GL = 3 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 21,87 ; GL = 3 ; p < 0,001**
7 Qui-Quadrado = 20,43 ; GL = 3 ; p < 0,001
8 Qui-Quadrado = 15,14 ; GL = 3 ; p < 0,05
9 Qui-Quadrado = 6,01 ; GL = 3 ; p > 0,5**
10 Qui-Quadrado = 39,90 ; GL = 3 ; p < 0,0001
11 Qui-Quadrado = 22,87 ; GL = 3 ; p < 0,0001

Total Geral:
1 Qui-Quadrado=37.67;GL=3;p<0.0001
2 Qui-Quadrado=71.691.;GL=3;p<0.0001
3 Qui-Quadrado=31.71;GL=3;p<0.0001
4 Qui-Quadrado=33.18;GL=3;p<0.0001
5 Qui-Quadrado=143.24;GL=3;p<0.0001
6 Qui-Quadrado=133.37;GL=3;p<0.0001
7 Qui-Quadrado=41.76;GL=3;p<0.0001
8 Qui-Quadrado=62.32;GL=3;p<0.0001
9 Qui-Quadrado=16.81;GL=3;p<0.001
10 Qui-Quadrado=123.57;GL=3;p<0.0001
11 Qui-Quadrado=154.62;GL=3;p<0.0001

*** Mais de 20% de celas com valor esperado inferior a 5.*

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXIV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO ESCALÕES DE RENDIMENTO
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

ÁREAS RESID.	ESC. REND. (1000 ESC.)	C. S. 1	EXT. 2	MÉD. CONV 3	MÉD. PRIV. 4	TOT. CONS. 5	HOSP. INT. 6	HOSP. CONS. 7	HOSP. URG. 8	HOSP. TRAT. 9	HOSP. TOTAL 10	HOSP. GERAL 11
URBANA	s/rendi[9]	15,8	19,8	10,2	16,6	56	3,2	10,8	24	1,2	33,7	68,5
	= < 20	25,6	42	3,4	8,4	72,4	8,3	20,7	28,2	2,2	44,2	83,1
	21-35	18,3	32,7	4,8	7,9	56,9	5,6	15,1	23,8	3	37,9	69,4
	36-100	11,5	15,1	13,3	12,1	46,9	4,7	13,4	18,7	1,2	32,2	61,4
	=>101	10,3	2,9	13,2	29,9	51	2,5	15,2	16,7	0	29,9	66,2
	não resp.	8,4	26,2	7	16	52,1	2,7	12,9	16,2	1,1	28,3	67,1
RURAL	s/rendi[9]	34,9	29,1	13,9	16,4	68,2	2,2	9,8	7,1	0,7	18,1	70,2
	= < 20	29,1	56,4	17,2	12,7	82,8	2,1	11,2	8,3	1,2	20,2	83,9
	21-35	31	33,5	12,3	16,1	69	4,5	11,6	6,5	0,6	19,4	89
	36-100	34,5	18,4	18,9	11,2	63,1	2,4	12,6	7,3	1,9	22,3	66
	=>101	11,1	33,3	22,2	22,2	77,8	0	11,1	22,2	0	22,2	77,8
	não resp.	26,7	22	19,4	7,3	53,9	4,2	8,4	6,3	1	18,3	57,6
TOTAL	s/rendi[9]	20	21,9	11	16,5	58,7	3	10,6	20,3	1,1	30,3	68,9
	= < 20	27,2	48,6	9,7	10,4	77,1	5,5	16,3	19,1	1,8	33,2	83,5
	21-35	18,3	23,5	10,2	9,8	52,7	4,7	13,1	18,5	1,5	31,8	64,4
	36-100	9,3	6,7	18,3	23,7	52,6	3,7	16,3	15,7	1,5	30,9	64,4
	=>101	8,3	3,3	11,7	26,7	48,3	1,7	11,7	13,3	0	25	65,9
	não resp.	13,7	25	10,5	13,5	52,3	3,2	11,6	13,4	1,1	25,4	61,7

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)
RURAL:CONCELHO DE GÓIS (casos estudados1.804)
*CONSULTAS NO C. SAÚDE, EXT., MÉDICO PRIVADO, MÉDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
AS COLUNAS 6,7,8,9 E 10 SÃO RELATIVAS A 12 MESES
O TOTAL GERAL (COLUNA 11) REFERE-SE À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DE SAÚDE FORA DO HOSPITAL, NUM PERÍODO DE 6 MESES, E DO HOSPITAL EM 12 MESES.
A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

ÁREA URBANA:
1 QUI-QUADRADO = 99,75; GL = 5 ; p < 0,0001
2 QUI-QUADRADO = 286,02; GL = 5; p < 0 .0001
3 QUI-QUADRADO = 77,02; GL = 5 ; p < 0,0001
4 QUI-QUADRADO = 95,04 ; GL = 5 ; p < 0,0001
5- QUI-QUADRADO = 129,62 ; GL = 5 ; p < 0,0001
6 QUI-QUADRADO = 41,29; GL = 5 ; p < 0,0001
7 QUI-QUADRADO = 47,87; GL = 5 ; p < 0,0001
8 QUI-QUADRADO = 42,09; GL = 5 ; p < 0,0001
9 QUI-QUADRADO = 16,87 ; GL = 5 ; p < 0,01
10 QUI-QUADRADO = 47,99 ; GL = 5 ; p < 0,0001
11 QUI-QUADRADO = 105,56 ; GL = 5 ; p < 0,0001

ÁREA RURAL:
1 QUI-QUADRADO = 9,40; GL = 5; < 0,5
2 QUI-QUADRADO = 170,34; GL = 5 ; p < 0,0001
3 QUI-QUADRADO = 7,39 ; GL = 5 ; p > 0.5
4 QUI-QUADRADO = 13,29; GL = 5 ; p < 0,05
5 QUI-QUADRADO = 80,91; GL = 5 ; p < 0,0001
6 QUI-QUADRADO = 2,67; GL = 5 ; p > 0,5
7 QUI-QUADRADO = 4,19 ; GL = 5 ; p > 0,5
8 QUI-QUADRADO = 2,22 ; GL = 5 ; p > 0,5
9 QUI-QUADRADO = 71,43 ; GL = 5 ; p < 0,0001

TOTAL GERAL:
1=Qui Quadrado = 104.48;GL = 5; p < 0.0001
2=Qui Quadrado = 500.53; GL = 5; p < 0.0001
3=Qui Quadrado = 28.62; GL = 5; p < 0.0001
4=Qui Quadrado = 100.76; GL = 5; p < 0.0001
5=Qui Quadrado = 244.15; GL = 5; p < 0.0001
6=Qui Quadrado= 20.15;GL= 5; p < 0.01
7=Qui Quadrado= 33.38;GL = 5; p < 0.0001
8=Qui Quadrado = 20.75;GL = 5; p < 0.001
9=Qui Quadrado = 5.39;GL = 5; p < 0.5
10=Qui Quadrado = 15.16;GL= 5; p < 0.01
11=Qui Quadrado =166.60;GL= 5; p < 0.0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXV - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
TAXA DE UTILIZAÇÃO SEGUNDO SERVIÇOS E TEMPO DE "DOENÇA"(DIAS)
AREAS RURAIS E URBANAS
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

AREAS RESID.	T.DOENC. DIAS	CENTRO SAUDE 1	EXTEN. 2	MÉD. CONV.3	MED. PRIV.4	TOTAL CONS.*5	HOSP. INT.6	HOSP. CONS.7	HOSP. URG.8	HOSP. TRAT.9	HOSP. TOTAL10	TOTAL GERAL 11
Area Urbana	0	14,8	21,9	9,2	13,4	53,7	3,8	12,8	20,9	1,3	32,6	66,7
	1-5	19,1	39,9	7,9	23	80,9	2,2	15,2	34,3	2,8	46,1	92,1
	6-10	32,2	28,7	11,5	23	80,5	6,9	20,7	35,6	4,6	57,5	93,1
	11-15	25	36,9	8	15,9	76,1	22,2	30,1	45,5	3,4	69,3	94,9
Area Rural	0	30,8	35,9	13,4	12,1	69,3	2	9,5	6,5	0,8	17	71,2
	1-5	44,7	40,8	38,2	18,4	84,2	2,6	23,7	10,5	1,3	34,2	84,2
	6-10	32,8	51,6	28,1	21,9	82,8	4,7	18,8	12,5	1,6	35,9	84,4
	11-15	29,5	46,5	28,7	24	83,7	8,5	12,4	14,7	3,1	31,8	86
Total Geral	0	18,7	25,3	10,3	13,1	57,5	3,4	12	17,4	1,2	28,8	67
	1-5	26,8	40,2	16,9	21,7	81,9	2,4	17,7	27,2	2,4	42,5	89,8
	6-10	32,5	38,4	18,5	22,5	81,5	6	19,9	25,8	3,3	48,3	89,4
	11-15	26,9	41	16,7	19,3	79,3	16,4	22,6	32,5	3,3	53,4	91,1

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)
RURAL:CONCELHO DE GOIS (casos estudados1.804)
*CONSULTAS NO C. SAÚDE,EXT. MEDICO PRIVADO ,MEDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES
AS COLUNAS 6,7,8,9 E 10 SÃO RELATIVAS A 12 MESES
O TOTAL GERAL (COLUNA 11) REFERE-SE À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DE SAÚDE FORA DO HOSPITAL, NUM PERÍODO DE 6 MESES, E DO HOSPITAL EM 12 MESES.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

Area Urbana:
1 Qui-Quadrado = 33,88 ; GL = 3 ; p < 0,0001
2 Qui-Quadrado = 52,32 ; GL = 3 ; p < 0,0001
3 Qui-Quadrado = 1,26 ; GL = 3 ; p > 0,5
4 Qui-Quadrado = 19,79; GL = 3 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 104,73 ; GL = 3 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 138,04;GL = 3 ; p < 0,0001
7 Qui-Quadrado= 47,25;GL = 3 ; p < 0,0001
8 Qui-Quadrado = 83,48;GL = 3; p < 0,0001
9 Qui-Quadrado = 132,94;GL = 3; p < 0,0001
10 Qui-Quadrado = 135,41; GL = 3; p < 0,0001

Area Rural:
1 Qui-Quadrado = 6,8 ; GL = 3 ; p < 0,5
2 Qui-Quadrado = 11,81; GL = 3 ; p <0,05
3 Qui-Quadrado = 57,40 ; GL = 3 ; p < 0,0001
4 Qui-Quadrado = 20,31 ; GL = 3 ; p < 0,001
5 Qui-Quadrado = 22,99 ; GL = 3 ; p < 0,0001
6 Qui-Quadrado = 21,87 ; GL = 3 ; p < 0,001**
7 Qui-Quadrado = 20,43 ; GL = 3 ; p < 0,001
8 Qui-Quadrado = 15,14 ; GL = 3 ; p < 0,05
9 Qui-Quadrado = 6,01 ; GL = 3 ; p > 0,5**
10 Qui-Quadrado = 39,90 ; GL = 3 ; p < 0,0001
11 Qui-Quadrado = 22,87 ; GL = 3 ; p < 0,0001

Total Geral:
1 Qui-Quadrado=37.67;GL=3;p<0.0001
2 Qui-Quadrado=71.691 .;GL=3;p<0.0001
3 Qui-Quadrado=31.71;GL=3;p<0.0001
4 Qui-Quadrado=33.18;GL=3;p<0.0001
5 Qui-Quadrado=143.24;GL=3;p<0.0001
6 Qui-Quadrado=133.37;GL=3;p<0.0001
7 Qui-Quadrado=41.76;GL=3;p<0.0001
8 Qui-Quadrado=62.32;GL=3;p<0.0001
9 Qui-Quadrado=16.81;GL=3;p<0.001
10 Qui-Quadrado=123.57;GL=3;p<0.0001
11 Qui-Quadrado=154.62;GL=3;p<0.0001

*** Mais de 20% de celas com valor esperado inferior a 5.*
FONTE:INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXVI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS

TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO ESCALÕES DE RENDIMENTO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

AREAS RESID.	ESC. REND. (1000 ESC.)	CENTRO SAUDE 1	EXT. 2	MED. CONV 3	MED. PRIV. 4	TOT. CONS. 5	HOSP. INT. 6	HOSP. CONS. 7	HOSP. URG. 8	HOSP. TRAT. 9	HOSP. TOTAL 10	HOSP. GERAL 11
URBANA	S/RENDIT*	15,8	19,8	10,2	16,6	56	3,2	10,8	24	1,2	33,7	68,5
	=< 20	25,6	42	3,4	8,4	72,4	8,3	20,7	28,2	2,2	44,2	83,1
	21-35	18,3	32,7	4,8	7,9	56,9	5,6	15,1	23,8	3	37,9	69,4
	36-100	11,5	15,1	13,3	12,1	46,9	4,7	13,4	18,7	1,2	32,2	61,4
	=>101	10,3	2,9	13,2	29,9	51	2,5	15,2	16,7	0	29,9	66,2
	não resp.	8,4	26,2	7	16	52,1	2,7	12,9	16,2	1,1	28,3	67,1
RURAL	S/RENDIT*	34,9	29,1	13,9	16,4	68,2	2,2	9,8	7,1	0,7	18,1	70,2
	=< 20	29,1	56,4	17,2	12,7	82,8	2,1	11,2	8,3	1,2	20,2	83,9
	21-35	31	33,5	12,3	16,1	69	4,5	11,6	6,5	0,6	19,4	69
	36-100	34,5	18,4	18,9	11,2	63,1	2,4	12,6	7,3	1,9	22,3	86
	=>101	11,1	33,3	22,2	22,2	77,8	0	11,1	22,2	0	22,2	77,8
	não resp.	26,7	22	19,4	7,3	53,9	4,2	8,4	6,3	1	18,3	57,6
TOTAL	S/RENDIT*	20	21,9	11	16,5	58,7	3	10,6	20,3	1,1	30,3	68,9
	=< 20	27,2	48,6	9,7	10,4	77,1	5,5	16,3	19,1	1,8	33,2	83,5
	21-35	18,3	23,5	10,2	9,8	52,7	4,7	13,1	18,5	1,5	31,8	64,4
	36-100	9,3	6,7	18,3	23,7	52,6	3,7	16,3	15,7	1,5	30,9	64,4
	=>101	8,3	3,3	11,7	26,7	48,3	1,7	11,7	13,3	0	25	65,9
	não resp.	13,7	25	10,5	13,5	52,3	3,2	11,6	13,4	1,1	25,4	61,7

URBANA: CONCELHO DE COIMBRA (casos estudados 5.234)

RURAL:CONCELHO DE GOIS (casos estudados1.804)

*CONSULTAS NO C. SAÚDE,EXT. MEDICO PRIVADO ,MEDICO CONVENCIONADO, EM 6 MESES

AS COLUNAS 6,7,8,9 E 10 SÃO RELATIVAS A 12 MESES

O TOTAL GERAL (COLUNA 11) REFERE-SE À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DE SAÚDE FORA DO HOSPITAL, NUM PERÍODO DE 6 MESES, E DO HOSPITAL EM 12 MESES.

A amostra corresponde a 7.038 casos, não existem valores desconhecidos.

AREA URBANA:

1 QUI-QUADRADO = 99,75; GL = 5 ; p < 0,0001
2 QUI-QUADRADO = 286,02; GL = 5; p < 0 .0001
3 QUI-QUADRADO = 77.02; GL = 5 ; p < 0,0001
4 QUI-QUADRADO = 95,04 ; GL = 5 ; p < 0,0001
5- QUI-QUADRADO = 129,62 ; GL = 5 ; p < 0,0001
6 QUI-QUADRADO = 41,29; GL = 5 ; p < 0,0001
7 QUI-QUADRADO = 47,87; GL = 5 ; p < 0,0001
8 QUI-QUADRADO = 42,09; GL = 5 ; p < 0,0001
9 QUI-QUADRADO = 16,87 ; GL = 5 ; p < 0,01
10 QUI-QUADRADO = 47,99 ; GL = 5 ; p < 0,0001
11 QUI-QUADRADO = 105,56 ; GL = 5 ; p < 0,0001

AREA RURAL:

1 QUI-QUADRADO = 9,40; GL = 5; < 0,5
2 QUI-QUADRADO = 170,34; GL = 5 ; p < 0,0001
3 QUI-QUADRADO = 7,39 ; GL = 5 ; p > 0,5
4 QUI-QUADRADO = 13,29; GL = 5 ; p < 0,05
5 QUI-QUADRADO = 80,91; GL = 5 ; p < 0,0001
6 QUI-QUADRADO = 2,67; GL = 5 ; p > 0,5
7 QUI-QUADRADO = 4,19 ; GL = 5 ; p > 0,5
8 QUI-QUADRADO = 2,22 ; GL = 5 ; p > 0,5
9 QUI-QUADRADO = 71,43 ; GL = 5 ; p < 0,0001

TOTAL GERAL:

1=Qui Quadrado=104.48;GL=5;p<0.0001
2=Qui Quadrado=500.53;GL=5;p<0.0001
3=Qui Quadrado= 28.62;GL=5;p<0.0001
4=Qui Quadrado=100.76;GL=5;p<0.0001
5=Qui Quadrado=244.15;GL=5;p<0.0001
6=Qui Quadrado= 20.15;GL=5;p<0.01
7=Qui Quadrado= 33.38;GL=5;p<0.0001
8=Qui Quadrado= 20.75;GL=5;p<0.001
9=Qui Quadrado= 5.39;GL=5;p<0.5
10=Qui Quadrado= 15.16;GL=5;p<0.01
11=Qui Quadrado=166.60;GL=5;p<0.0001

FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990

QUADRO Nº LXXXVII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
NÍVEIS DE SATISFAÇÃO SEGUNDO SEXO E SERVIÇOS DE SAÚDE, À EXCEPÇÃO DO HOSPITAL
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

SERVIÇOS DE SAÚDE	SEXO	SATISFAÇÃO MÉDIA (a) CONCELHOS COIMB.	GÓIS	TOTAL
C.SAÚDE	FEM.	2,11 (1174)	1,93 (729)	2,04 (1174)
	MASC.	2,15 (535)	1,91 (395)	2,05 (930)
EXT.	FEM.	2,04 (1163)	1,69 (518)	1,93 (1681)
	MASC.	1,98 (885)	1,73 (361)	1,91 (1246)
M. PRIV.	FEM.	1,40 (512)	1,64 (153)	1,46 (665)
	MASC.	1,39 (371)	1,71 (101)	1,46 (472)
M. CONV.	FEM.	1,67 (376)	1,68 (181)	1,67 (557)
	MASC.	1,72 (343)	1,72 (131)	1,72 (474)

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito; 2 - médio; 3- pouco; 4- nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho.
FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A. ,1990 ( ) Nº de casos

QUADRO Nº LXXXVIII - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
NÍVEIS DE SATISFAÇÃO SEGUNDO GRUPOS DE IDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE,
À EXCEPÇÃO DO HOSPITAL – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

SERVIÇOS DE SAÚDE	GRUPOS IDADE	SATISFAÇÃO MÉDIA (a) CONCELHOS COIMB.	GÓIS	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE	0-4	2,01 (68)	1,84 (50)	1,94 (118)
	5-14	2,04 (142)	2,00 (99)	2,02 (241)
	15-24	2,20 (264)	1,97 (118)	2,13 (382)
	25-44	2,22 (276)	2,09 (185)	2,17 (461)
	45-64	2,17 (304)	1,84 (206)	2,04 (510)
	65-74	1,95 (129)	1,77 (104)	1,87 (233)
	=>75	2,00 (81)	1,78 (78)	1,89 (159)
EXTENSÃO	0-4	2,02 (83)	1,78 (23)	1,97 (106)
	5-14	1,94 (227)	1,74 (94)	1,88 (321)
	15-24	2,05 (364)	1,83 (65)	2,02 (429)
	25-44	2,09 (490)	1,81 (108)	2,04 (598)
	45-64	2,00 (556)	1,65 (235)	1,90 (791)
	65-74	1,98 (208)	1,70 (188)	1,85 (396)
	=>75	1,85 (120)	1,65 (166)	1,74 (286)
MÉDICO PRIVADO	0-4	1,34 (49)	1,53 (13)	1,38 (62)
	5-14	1,40 (129)	1,72 (33)	1,46 (162)
	15-24	1,46 (183)	1,76 (26)	1,50 (209)
	25-44	1,38 (224)	1,70 (48)	1,44 (272)
	45-64	1,39 (212)	1,65 (58)	1,44 (270)
	65-74	1,34 (52)	1,69 (36)	1,48 (88)
	=>75	1,44 (34)	1,57 (40)	1,51 (74)
MÉDICO CONVENCIONADO	0-4	1,53 (15)	1,62 (8)	1,56 (23)
	5-14	1,69 (113)	1,52 (19)	1,66 (132)
	15-24	1,68 (148)	1,78 (23)	1,69 (171)
	25-44	1,72 (187)	1,78 (69)	1,73 (256)
	45-64	1,72 (199)	1,75 (109)	1,73 (308)
	65-74	1,56 (37)	1,60 (55)	1,58 (92)
	=>75	1,80 (20)	1,58 (29)	1,67 (49)

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito; 2 - médio; 3 - pouco; 4 - nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho.
FONTE:INQUÉRITOS NAS U. A. ,1990 ( ) Nº de casos

QUADRO Nº LXXXIX CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
NÍVEIS DE SATISFAÇÃO SEGUNDO GRUPOS SOCIAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE,
À EXCEPÇÃO DO HOSPITAL – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

SERVIÇOS SAÚDE	GRUPOS SOCIAIS	SATISFAÇÃO MÉDIA (a) CONCELHOS COIMB.	GÓIS	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE	MÉD./ELEV.	2,13 (205)	1,79 (24)	2,09 (229)
	MÉD./ASC.	2,28 (274)	1,98 (185)	2,16 (459)
	MÉDIO	2,11 (264)	2,08 (125)	2,10 (389)
	MÉDIO/BAIXO	2,07 (214)	1,97 (167)	2,03 (381)
	BAIXO	2,16 (66)	1,88 (54)	2,04 (120)
	REFORMADOS	2,02 (241)	1,80 (285)	1,90 (526)
EXTENSÃO	MÉD./ELEV.	1,92 (90)	2,0 (7)	1,92 (97)
	MÉD./ASC.	2,07 (430)	1,77 (81)	2,02 (511)
	MÉDIO	2,05 (580)	1,63 (83)	2,00 (662)
	MÉDIO/BAIXO	1,06 (504)	1,84 (155)	1,93 (659)
	BAIXO	2,13 (96)	1,72 (51)	1,99 (147)
	REFORMADOS	1,96 (348)	1,66 (503)	1,78 (851)
MÉDICO PRIVADO	MÉD./ELEV.	1,36 (293)	1,64 (14)	1,37 (307)
	MÉD./ASC.	1,42 (216)	1,70 (54)	1,47 (270)
	MÉDIO	1,41 (141)	1,77 (49)	1,51 (190)
	MÉDIO/BAIXO	1,41 (78)	1,72 (25)	1,48 (103)
	BAIXO	1,60 (20)	1,70 (10)	1,63 (30)
	REFORMADOS	1,42 (135)	1,59 (102)	1,49 (237)
MÉDICO CONVENCIONADO	MÉD./ELEV.	1,55 (189)	1,50 (4)	1,55 (193)
	MÉD./ASC.	1,72 (176)	1,70 (58)	1,72 (234)
	MÉDIO	1,74 (186)	1,82 (45)	1,76 (231)
	MÉDIO/BAIXO	1,80 (63)	1,93 (43)	1,85 (106)
	BAIXO	1,76 (25)	1,70 (20)	1,73 (45)
	REFORMADOS	1,76 (80)	1,59 (142)	1,65 (222)

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito; 2 - m édio; 3 - pouco; 4 - nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho.
FONTE: INQUÉRITOS NAS U.A.,1990 ( ) Nº de casos

QUADRO Nº XC - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
INSATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE, NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR,
DOS SERVIÇOS DO CENTRO DE SAÚDE E HOSPITAL – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

RAZÕES DE INSATISFAÇÃO	PERCENTAGEM DE INSATISFAÇÃO COIMBRA C. SAÚDE	HOSPITAL	GÓIS (a) C. SAÚDE
C/ O MÉDICO	3,1	1,6	7,7
C/ O ENFERMEIRO	0,6	1,6	
C/ O ADMINISTRATIVO	1,3		
C/ COND. INSTALAÇÕES	12,5	9,8	23,1
C/ SISTEMA SAÚDE	43,1	20,5	53,9
FALTA DE ACESSIBILIDADE	4,4		7,7
NÃO SABE	35	66,4	7,7

(a) Não existe informação relativa ao Hospital para Góis, por não existir nesse concelho essa instituição.

FONTE: INQUÉRITOS NOS CENTROS DE SAÚDE E EXTENSÕES DE COIMBRA E GÓIS E
CENTRO HOSPITALAR (HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE BISSAYA BARRETO), 1992

QUADRO Nº XCI - CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS
SATISFAÇÃO MÉDIA RELATIVA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO PRESTADOR
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

SERVIÇOS SAÚDE	PRESTADOR	SATISFAÇÃO MÉDIA (a)											
		C/ INSTALAÇÃO				C/ LOCALIZAÇÃO				C/ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
		COIMB.	Nº CASOS	GÓIS	Nº CASOS	COIMB.	Nº CASOS	GÓIS	Nº CASOS	COIMB.	Nº CASOS	GÓIS	Nº CASOS
C. SAÚDE	MÉDICO	2,88	57	2,5	4	2,49	53	2	4	3	46	3	4
	ENFERMEIRO	3,04	48	3	5	2,54	46	2,6	5	3,03	38	3	5
	ADMINISTRATIVO	3,04	55	2,25	4	2,59	63	2,5	4	3	53	3	4
	TOTAL	3,02	160	2,62	13	2,59	158	2,38	13	3,01	138	3	13
HOSPITAL (b)	MÉDICO	3,11	46			2,2	46			3	40		
	ENFERMEIRO	3,03	63			2,46	63			3	61		
	ADMINISTRATIVO	2,83	12			2,33	12			3	11		
	TOTAL	3,04	121			2,35	121			3	112		

(a) É o resultado da média de satisfação: 1 - muito;2 - médio; 3 - pouco; 4 - nada, para cada serviço de saúde e em cada concelho.

(b) Não existe informação relativa ao Hospital para Góis por não existir nesse concelho essa instituição.

FONTE: INQUÉRITOS NOS CENTROS DE SAÚDE E EXTENSÕES DE COIMBRA E GÓIS E CENTRO HOSPITALAR (H. GERAL E M. BISSAYA BARRETO), 1992

BIBLIOGRAFIA

(* Referência no texto)

ABERNATHY, W.J. e MOORE, J.R.Jr. (1972) – "Regional Planning of Primary Health Care Services", *Medical Care*, 10, p.380-394.

ABLER, R. ; ADAMS, J.S. e GOULD, P. (1971) – "The Question of the Best Location: The Geographer's Unsolved Problem". In: (ed.), *Spatial Organization: The Geographer's View of the World*, Nova Jersey, Prentice Hall, p.531-550.

ABRANTES, A. (1989) – "Ensino e Aprendizagem em Administração de Saúde (i). Polémicas Acerca do Perfil do Administrador de Saúde e dos Objectivos de um Programa Educativo em Administração de Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.9-17.

ABU-ZEID, H. e DANN, W. (1985) – "Health Services Utilization and Cost in Ismailia, Egypt", *Soc. Sci. Med.*, 21, p.451-461.

ACHABAL, D.D. (1978) – "The Development of Spatial Delivery System for Emergency Medical Services", *Geographical Analyses*, 10, p.47-64.

ACHESON, R.M. (1990) – "The Medicalization of Public Health; The United Kingdom and the United States Contrasted", *Journal of Public Health Medicine*, 12, p.31-38.

*ADAY, L.A. e ANDERSEN, R. (1974) – "A Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Services Research*, 9, p.208-220.

ADEDOYIN, M.A. e WATTS, S.J. (1989) – "Child Health and Child Care in Okelele: An Indigenous Area of the City of Ilorin, Nigeria", *Soc. Sci. Med.*, 29, p.1333-1341.

ADLER, M.W. (1979) – "Evaluation of Length of Stay in Hospital Following Surgery". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.155-166.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE AVEIRO (1987) – "Cuidados de Saúde Primários. Centros de Saúde". In: ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE DE AVEIRO (ed.), *VI Jornadas de Saúde de Aveiro* Out. 1987, Estarreja, Gráfica de Estarreja, p.367.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE AVEIRO (1988) – "Centros de Saúde. Do Conceito a Organização. Qualidade, Satisfação e Organização". Aveiro, ARSA.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LEIRIA (1986) – "Gestão da Saúde/ Gestão de um Centro de Saúde – Alguns Indicadores de Avaliação", Planeamento e Estatística, 1, p.1-76.

*AGBONIFO, P.O. (1983) – "The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.2003-2006.

AITKEN, S.C.; CUTTER, S.L.; FOOTE, K.E. e SELL, J. (1989) – "Environmental Perception and Behavioral Geography". In: GARY L.GAILE;CORT Y. WILLMONT (ed.), *Geography in America*, E.U.A., Merrill Publishing Comp., p.1-465.

*AKIN, J.S.; GRIFFIN, C.C.; GUILKEY, D.K. e POPKIN, B.M. (1985) – "Determinants". In: J.S. AKIN; C.C. GRIFFIN; D.K. GUILKEY; B.M. POPKIN (ed.), *The Demand for Primary Health Services in the Third World*, Totova, Rowman & Allanheld Pub., p.54-101.

ALLEN, D. (1987) – "Does the National Health Service Differ From Private Industry?", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.267-268.

*ANDERSEN, N.A. (1986) – "Primary Care in Australia", *International Journal of Health Services*, 16, p.199-211.

*ANDERSEN, R. e FLEMING, G. (1980) – *Health Care in the U.S.; Equitable for Whom?*. E.U.A., Sage Publications, Inc..

*ANDERSEN, R. e NEWMAN, J.F. (1973) – "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, p.95-124.

ANDERSON, D.O.; BICE, T.W.; KALIMO, E.; KOHN, R. e PUROLA (1976) – "Theoretical Orientation". In: ROBERT KOHN AND K.L. WHITE (ed.), *Health Care: An International Study*, Nova Iorque, Oxford University Press, p.10-21.

*ANDERSON, M. e ROSENBERG, M. (1990) – "Ontarios Underserviced Area Program Revisited:An Indirect Analysis", *Soc. Sci. Med.*, 30, p. 35-44.

ANDERSON, O.W. (1972) – *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England.* Chicago, John Wiley & Sons, Inc..

ANDERSON, R.M. e SMEDBY, B. (1979) – "Changes in Response to Symptoms of Illness in Sweden and the E.U.A.". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health, Copenhaga, WHO Regional Públicatins*, p.167-172.

ANGEL, R. e WOROBEY, J.L. (1988) – "Single Motherhood and Children's Health", *Journal of Health and Social Behavior*, 29, p.38-52.

*ANNIS, S. (1981) – "Physical Access and Utilization of Health Services in Rural Guatemala", *Soc. Sci. Med.*, 15D, p.515-523.

APPLEBY, J. (1990) – "Health Service Finances. Most Health Authorities Are Worse off this Year than Last or the One Before.", *B.M.J*, 30, p.957-958.

*ARHTAS, R. (1982) – *Geography of Health: An Essay and a Bibliography.* Londres.

*ARROZ, M.E. (1977) – *Difusão Espacial da Hepatite Infecciosa.* Lisboa, Cent. Estudos Geográficos.

ASHFORD, J.R. (1978) – "Regional Variatons in Dental Care in England and Wales", *British Dental Journal*, Nov., p.275-283.

*BAILEY, W. e PHILLIPS, D.R. (1990) – "Spatial Patterns of Use of Health Services in the Kingston Metropolitan Area, Jamaica", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.1-12.

BAKKER, D.H. (1990) – "Geographical Variation in Morbidity Presented in General Practice". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth Internatio-*

nal Symposium in Medical Geography Proceedings, Norwish, University of East Anglia, p.127-128.

*BARNOON, S.; CARMEL, S. e ZALCMAN, T. (1987) – "Perceived Health Damages During a Physicians'strike in Israel", *Health Services Research*, 22, p.141-156.

*BARRETT, F.A. (1986) – "Medical Geography: Concept and Definition". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p.1-34.

BARRETT, F.A. (1990) – "'Curvy' Lind's Medical Geography". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwish, University of East Anglia, p.159-167.

BECK, E.J. (1988) – "An Anglo-Dutch Comparison of Health Care Delivery- the Return of the Prodigal Son", *Community Medicine*, 10, p.33-39.

BEECH, R.; CRAIG, M. e BEVAN, R.G. (1987) – "Estimating Catchment Populations: Implications for Target Allocations", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.77-80.

BELAND, F.; PHILIBERT, L.; THOUEZ, J.P. e MAHEUX, B. (1990) – "Socio-Spatial Perspectives on the Utilization of Emergency Hospital Services in Two Urban Territories in Quebec", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.53-66.

BELAND, F.; PHLIBERT, L.; THOUEZ, J.P. e MAHEUX, B. (1990) – "Socio-spatial Perspectives on the Utilization of Emergency Hospital Services in Two Urban Territories in Quebec", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.53-66.

BELAND, F. (1988) – "Utilization of Health Services as Events:An Exploratory Study", *Health Services Research*, 23, p.294-310.

BENNETT, D. (1990) – "Explanation in Medical Geography: Evidence and Epistemology". In: GRAHAM, BENTHAN; HAYNES, ROBIN e LANGFO, IAN (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.168-180.

*BERENTSEN, W.H. (1987) – "German Infant Mortality 1960-1980", *Geographical Review*, 77, p.157-170.

*BERMAN, P. (1989) – "Cost Efficiency in Primary Health Care: Studies of Health Facilities in Indonesia", *Health Policy and Planning*, 4, p.316-322.

BERTALANFFY, L.V. (1973) – "Teoria Geral dos Sistemas". In: LUDWIG VON BERTALALANFFY (ed.), *General System Theory, Petropolis*, Editora Vozer Lda., p.351.

*BERTAUX, D. (1977) – *Destinos Pessoais e Estrutura de Classe*, Paris, Press. Universit. Francaise.

*BESSA, M.A. (1989) – "Formação na Saúde. Realidade e Perspectivas", *Inovar a Gestão – Construir Saúde*, policopiado, p.1-14.

*BISHOP, Y.M.M., FIENGFERG, S.E. e HOLLAND, F.W. (1975) – *Discrete Multivariate Analysis*, Massachusset Institute of Techenology Press.

*BLANCHETE, R.; DUBOYS-FREINET, C.; FOURNET, R.; GAZEL, P. e GUENIN, M. (1981) – "La Qualité des Soins – Participation de L'anfiide Au 17e Congrès Quadriennal Du Conseil International des Infirmières, Los Angeles – E.U.A.", *Association Nationale Fran. Infirmières*, 215, p.321-327.

BLANPAIN, J.E.; CHESTER T.E.; CRICHTON, A.; DEVRIES, R.A.K., F. e MAXWELL, R.J. (1986) – "Member Power?", *Hospital and Health Services Review*, 82, p.148.

BLANPAIN, J.E.; CHESTER, T.E. ; CRICHTON, A.; DEVRIES, R.; KOHLER, F. e MAXWEL, R.J. (1986) – "Family Practitioner Services", *Hospital and Health Services Review*, 82, p.146-147.

BLANPAIN, J.E. (1986) – "Programme for De-privatisation", *Hospital and Health Services Review*, 82, p.149

BLAXTER, M. (1984) – "The Causes of Disease: Women Talking". In: N. BLACK; BOSWELL D.; GRAY A.; MURPHY S. e POPA,J (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.34-43.

*BLOOM, J.R. (1990) – "The Relationship of Social Support and Health", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.635-637.

*BOHLAND, J. (1984) – "Neighborhood Variations in the Use of Hospital Emergency Rooms for Primary Care", *Soc. Sci. Med.*, 19, p.1217-1226.

BOHLAND, J. e OROSZ, E. (1990) – "Health Policy Maxims: A Comparative Analysis of the Hungarian and United States Health Care System". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.48-59.

BOOTS, B.N. e GETIS, A. (1988) – "Point Pattern Analysis". In: GRANT IAN THRALL (ed.), *Scientific Geography Series*, California, Sage Publications, 8.

*BRADSHAW, J. (1972) – "The Concept of Social Need", *New Society*, 19, p.640-643.

BRANCO, P. (1988) – "Política de Saúde para 88", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6-12, p.103-109.

BRIDGMAN, R.F. e STEVENSON, C.R. (1979) – *Hospital Utilization – An International Study. Oxford*, Oxford University Press.

*BRIDGSTOCK, M. (1979) – "Social Theory and Measures of the Quality of Medical Care in General Practice", *Soc. Sci. Med.*, 13A, p.269-275.

BRISCOE, M. (1987) – "Why People Go to the Doctor? Sex Differences in the Correlates of GP Consultation", *Soc. Sci. Med.*, 25, p.

*BROOK, R.H. e DAVIES-AVERY, A. (1977) – *Mechanisms for Assuring Quality of U.S. Medical Care Services: Past, Present, and Future. E.U.A.*, Depart.of Health Educ.

BROWNLEA, A. (1981) – "From Public Health to Political Epidemiology", *Soc. Sci. Med.*, 15, p.57-67.

*BROWNSON , R.C.; JACKSON, THOMPSON, J. WILKERSON, J.C.; DAVIS, J.R.; OWENS, N.W; FISHER, E.S.JR. (1992) – "Demographic and Socio-Economic Differences in Beliefs About the Health Effects of Smoking", *Am j Public Health* 82(1): 99-103.

*BRUCE, J. (1990) – "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Studies in Family Planning*, 21, p.61-91.

*BUCKINGHAM, J.K. (1987) – "Choosing Between Projects the Use of Graphs to Evaluate the Use of Benefit/Cost Ratios in Cost Effectiveness Studies", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.268-271.

*BUCKS, R.S.; WILLIAMS, A.; WHITFIELD, M. e ROUTH, D.A. (1990) – "Towards a Typology of General Practitioners'Attitudes to General Practice", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.537-547.

BUCQUET, D. e CURTIS, S. (1986) – "Socio-demographic Variation in Perceived Illness and the Use of Primary Care: the Value of Community Survey Data for Primary Care Service Planning", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.737-744.

*BURGESS, L. (1985) – "Tuberculosis and Urban Ecological Structure: The Derby Case, 1979-83", *The East Midland Geographer*, 9, p.9-20.

BURNET, M. (1984) – "Biomedical Research: Changes and Opportunities". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.89-94.

BURNS, L.R.; ANDERSEN, R.M. e SHORTELL, S.M. (1990) – "The Effect of Hospital Control Strategies on Physician Satisfaction and Physician-hospital Conflict", *Health Services Research*, 25, p.527-560.

CABANIS, J.N. (1981) – "Systeme Hospitalier et Evaluation des Soins: Quelques Aspects Socio-economiques", *Soc. Sci. Med.*, 20- 4, p.249-255.

CAETANO, E. (1985) – "Variáveis Influentes na Quantificação dos Gabinetes das Consultas Externas", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.25-37.

CALADO, R.; NAVARRO, M.F.; COSTA, M.J.B. (1989) – "Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar: 1ª fase de Execução", Revista Portuguesa de Saúde Pública, 7, p.24-35

CALNAN, M. e PUTTER, DR. (1986) – "Do Health Beliefs Predict Health Behavior? An Analysis of Breast Self-Examination", *Soc. Sci. Med.*, 22, p.673.6.

CAMPBELL, J.D.; MAUKSCH, H.O.; NEIKIRK, H.J. e HOSOKAWAJ.S. (1990) – "Collaborative Practice and Provider Styles of Delivering Health Care", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.1359-1365.

CAMPBELL, M. (1990) – *Local Economic Policy*. Londres, Cossel.

*CAMPOS, A.C. (1983a)) – *Saúde – O Custo de um Valor Sem Preço*. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos.

*CAMPOS, A.C. (1983b)) – "Cuidados Primários e Economia da Saúde: Uma Aliança de Mútuo Interesse", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, p.21-30.

*CAMPOS, A.C. (1985) – "Política de Saúde, Política Económica Conjuntural e Generosidade Orçamental", *Rev. A.P.E.*, 1, p.1155-1178.

CAMPOS, A.C. (1986) – *Eficiência e Ineficiência, Privilégios e Estigmas nas Combinações Público/Privado de Saúde*. Lisboa, Ass. Portuguesa Economia Saúde.

CAMPOS, A.C. (1987) – "Público-Privado em Saúde em Portugal: Articulação Entre Vários, ou Competição em um só Mercado?", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, p.5-14

CAMPOS, A.C. (1988) – "Intersectoral Action as a Component of Health Development. a Portuguese Contribution.", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, p.77-84.

*CAMPOS, A.C. (1989) – "Research for Health for All:What and Why?", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.5-8.

*CAMPOS, A.C. (1990) – "Taxas Moderadoras: Dissuassão e Restrição", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.13-15.

CAMPOS, C. (1991) – "Public Needs, Private Services. the NHS and the Public-private in Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, p.5-8.

*CARDOSO, M. (1990) – "Vigilância e Problemas de Saúde de Criancas Não Inscritas Num Centro de Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.36-48.

CARDOSO, S.M. (1991) – "Stress e Envelhecimento (Alguns Aspectos Epidemiológicos)", *Medice*, 2, p.14-18.

CARLSTEIN, T. (1982) – *Time Resources, Society and Ecology*. Londres, George Allen & Unwin Ltd.

CARREIRA, H.P. e IMPERIOTI, E. (1983) – *Contributo para a Regionalização dos Serviços de Saúde*. Lisboa, GEPS.

CARRILHO, M.J. (1977) – "Mortalidade Infantil em Portugal 1950-1975", *Estudos*, 52, p.16-91.

CARSTAIRS, V. e MORRIS, R. (1989) – "Deprivation and Morality: An Alternative to Social Class?", *Community Medicine*, 11, p.210-219.

CARSWELL, L.A. e E.D.CAVE (1986) – "Development in the NHS; A Model of Intentions", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.118-121.

*CARTER, C.O. e PEEL, J. (1976) – *Equalities and Inequalities in Health*. Londres, Academic Press.

*CARTWRIGHT (1967) – *Patients and Their Doctors*. Londres, Routeled.and Keangan Paul.

CARTWRIGHT, A. e WINDSOR, J. (1989) – "Identification of People Attending Outpatients: Congruity Between Hospital Records and Response to a Postal Screen", *Community Medicine*, 11, p.225-229.

CATER, J. e JONES, T (1989) – *Social Geography: An Introduction to Contemporary Issues. Londres*, Edward Arnold.

CERKOVNIJ, G.; MURNAGHAN, J.H.; SCHMINCKE, W. e SOLOKOV, D. (1979) – "The Organizational or Hierarchical Approach". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.93-104.

Publications, p.135-142.

CHAPLIN, N.W. (1987) – "Waiting Lists Again", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.100.

*CHERNICHOVSKY, D. e MEESOOK, O.A. (1986) – "Utilization of Health Services in Indonesia", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.611-620.

CHERNICK, H.A.; HOLMER, M.R. e WEINBERG, D. (1987) – "Tax Policy Towards Health Insurance and the Demand for Medical Services", *Journal of Health Economics*, 6, p.1-25.

CHOWDHURY, A.R. e CHOWDHURY, K. (1989) – "Community Health Services and Health Care Utilization in Rural Bangladesh", *Soc. Sci. Med.*, 29, p.1343-1349.

CHRISTIAN, B.; RAY, D.; BENYOUSSEF, A. e TANAHASHI, T. (1977) – "Health and Socio-Economic Developement: An Intersectoral Model", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.63-69.

CHRISTIANSON, J.B. (1989) – "Alternative Delivery Systems in Rural Areas", *Health Services Research*, 23, p.849-890.

*CLARK, J.D. (1990) – "Variation in Michigan Hospital Use Rates: Do Physician and Hospital Characteristics Provide the Explanation?", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.67-82.

*CLARKE, M. e WILSON, A.G. (1985) – "A Model-based Approach to Planning in the National Health Service", *Environment and Planning*, 12, p.287-302.

*CLARKE, M. e WILSON, A.G. (1986) – "Developments in Planning Models for Health Care Policy Analysis". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p.248-283.

*CLEARY, P.D. e MCNEIL, B.J. (1988) – "Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care", *Inquiry*, 23, p.25-35.

*COATES, B.E.; JOHNSTON, R.J. e KNOK, P.L. (1977) – *Geography and Inequality. Oxford*, Oxford University Press.

*COCHRANE, A.L. (1984) – "Effectiveness and Efficiency". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.115-121.

*COCKERHAM, W.C. (1978) – *Medical Sociology. Nova Jersey*, Englew. Clifs,Prent.-Hall.

COLLIN, A.J. (1987) – "Managing People in Change: Some Implications of the Transition From Hospital to Community Care", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.162-164.

*COLLINS, J.C.A.L. e WATERS, W.E. (1979) – "An Evaluation of Social Therapy in Chronic Alcoholism". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.209-214.

CONNAH, B. e LANCASTER, S. (1987) – "N.H.S. Structure, Organisation and Management". In: (ed.), *N.H.S. Handbook*, Londres, The Macmillan Press Ltd., p.3-9.

CONTANDRIO, P.A.P.; TESSIER, G. e LAROUCHE, D. (1986) – "The Effects of Quebec Home Aid Services on the Utilization Profile on Socio Sanitory Resources: A Substitution Study", *Soc. Sci. Med.*, 22, p.731.

CORDES, S.M. (1989) – "The Changing Rural Environment and the Relationship Between Health Services and Rural Development", *Health Services Research*, 23, p.758-784.

COSTA, C.; DELGADO, M. e CARVALHO, R. (1989) – "Relação Entre as Características dos Doentes e o Consumo de Recursos num Hospital", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.26-41.

COSTA, C. (1990) – "Financiamento de Serviços de Saúde – a Definição de Preços", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.65-73.

*COUPLAND, V. (1982) – "Gender, Class and Space as Accessibility Constraints for Women With Young Children". In: (ed.), *Contemporary Perspectives on Health and Health Care Occasional*, Londres, Dep.geo. Queen Mary Coll., p.51-69.

COWARD, R.T. e CUTLER, S.J. (1989) – "Informal and Formal Health Care Systems for the Rural Elderly", *Health Services Research*, 23, p.785-806.

CRETIN, S.; DUAN, N.; WILLIAMS, A.; GU, X. e SHI, Y. (1990) – "Modeling the Effect of Insurance on Health Expenditures in the People's Republic of China", *Health Services Research*, 25:4, p.667-685.

CRICHTON, A. (1987) – "Australian Health Service the Last Ten Years", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.61-63.

*CROMWELL, J. e MITCHELL, J.B. (1986) – "Physician-induced Demand for Surgery", *Journal of Health Economics*, 5, p.293-313.

CULLIS, J. e JONES, P. (1985) – "National Health Service Waiting Lists", *Journal of Health Economics*, 4, p.119-135.

*CULYER, A.J. (1976) – *Need and the National Health Service: Economic and Social Choice*. Londres.

*CULYER, A.J. (1982) – "The NHS and the Market – Images and Realities". In: (ed.), *The Public/Private Mix for Health*, Londres, Nuffield Prov.Hosp.Fund, p.23-53.

CUMBERLEGE, J. (1987) – "Public Partnership With the NHS", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.203-205.

CURTIS, S. (1981) – *The Geography of Public Welfare Provision*. Londres, Routledge.

*CURTIS, S. (1985) – *Community Health Survey of Victoria District*. Londres, (policopiado).

*CURTIS, S. (1987) – "Self Reported Morbidity in London and Manchester: Intra-urban and Inter-urban Variations", *Social Indicators Research*, 19, p.255-272.

*CURTIS, S. (1989a)) – *The Geography of Public Welfare Provision*. Londres, Routledge.

*CURTIS, S. (1989b)) – "The Development of Geographical Information Systems for Locality Planning in Health Care", *Area*, 21.4, p.391-399.

D'SOE.U.A., M.F. (1979) – "The Use of the Controlled Trial to Measure New Health Care Systems: Multiphasic Screening as an Adjunct to the United Kingdom National Health Service". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.225-234.

DAHLGREN e DIDERICHSEN, F. (1986) – "Strategies for Equity in Health: Report From Sweden", *International Journal of Health Services*, 16, p.517-537.

DALEY, G. (1987) – "Decentralisation: A New Way of Organising Community Health Services", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.72-74.

DALLOSSO, H.; MORGAN, K.; EBRAHIM, S.; SMITH, C.; BASSEY, J.; FENTEM, P. e ARIE, T. (1986) – "Health and Contact With Medical Services Among the Elderly in Greater Nottingham", *The East Midland Geographer*, 9, p.37-44.

DANIELS, N. (1988a)) – Just Healthcare – Studies in Philosophy and Health Policy. Londres, Cambridge University Pres.

DANIELS, P.W. (1988b)) – "Some Perspectives on the Geography of Services", *Progress in Human Geography*, 12, p.431-441.

*DARDANONI, V. e WAGSTAFF, A. (1987) – "Uncertainty, Inequalities in Health and the Demand for Health", *Journal of Health Economics*, 6, p.283-290.

DAVIDSON, G. e MOSCOVICE, I. (1989) – "Health Insurance and Welfare Reentry", *Health Services Research*, 24:5, p.599-614.

DAVIES, C. (1987) – "Viewpoint: Things to Come: The NHS in the Next Decade", *Sociology of Health & Illness*, 9, p.302-317.

*DEAR, M. (1977) – "Locational Factors in the Demand for Mental Health Care", *Economic Geography*, 53, p.223-240.

DEFRIESE, G.H. e RICKETTS, T.C. (1989) – "Primary Health Care in Rural Areas: An Agenda for Research", *Health Services Research*, 23, p.931-975.

*DELGADO, M. (1989) – "Gestão Hospitalar em Portugal. A Evolução dos Últimos 20 Anos", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.47-54.

*DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (1990) – *Healthy People – National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington DC, Offi.Assist.Secret.Health.

DEPREZ, R.D.; PENNELL, B.E. e LIBBY, M.A. (1987) – "The Substitutability of Outpatient Primary Care in Rural Community Health Centers for Inpatient Hospital Care", *Health Services Research*, 22, p.207-234.

DIAS, A. e VAZ, A.M. (1991) – "Quem o Feio Ama, Bonito Lhe Parece", *Médice 2*, 1991, p. 8-9.

DIAS, J.L. e IMPERATORE, E. (1988) – "Cuidados de Saúde Primários Adequados. Alguns Comentários à Situação Portuguesa", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, p.59-68.

DIEHR, P.; MADDEN, C.W.; CHEADLE, A.; PATRICK D.; FISHMAN, P.; CHAR, P. e SKILLMAN, S. (1991) – "Estimating County Percentages of People Without Health Insurance", *Inquiry*, 28, p.413-419.

DIEHR, P.; PRICE, K.; WILLIAMS, S. e MARTIN, D. (1986) – "Factors Related to the Use of Ambulatory Mental Health Services in Three Provider Plans", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.773-780.

DIESFIELD, H.J. (1979) – "Definition of Hospital Catchment Area Population as Denominater for Morbidity Indicators Derived From Hospital Data in Developing Countries". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.215-224.

*DIONNE, G.; LANGLOIS, A. e LEMIRE, N. (1987) – "More on the Geographical Distribution of Phisicians", *Journal of Health Economics*, 6, p.365-374

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1978) – *Conferência International Sobre Cuidados Primários de Saúde* OMS/FISE. Lisboa, OMS.

DIRECÇÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL (1991) – "Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal", *Edições Especiais – APMCG*, , p.3-31

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1986) – *Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil.* Lisboa, EPNC – Oficinas Gráficas.

DISTRICT HEALTH CARE (1989) – Challenges for Planning, Organization and Evolution in Developing Countries. Londres, DHC.

DOESSEL, D.P. (1987) – "Health Outcome and Higher Medical Qualifications: An Economic Conception and Notes on Implementation", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.897-910.

*DONABEDIAN, A. (1988) – "Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means", *Inquiry*, 25, p.173-192.

*DONALD, P.L. e SCAMBLER (1991) – *Sociology as Applied to Medicine.* Oxford, Adlen Press.

DONALDSON, L.; PUGH, E. e SMYTH, J. (1989) – "A Census of Patients Waiting for Treatment or Consultation in Surgical Specialties in an English Health Region", *Community Medicine*, 11, p.13-20.

DONOVAN, J.L. (1984) – "Ethnicity and Health: A Research Review", Soc. Sci. Med., 19, p.663-670.

*DRURY, P. (1983) – "Some Spatial Aspects of Health Services Developments: The British Experience", *Progress in Human Geography*, 7, p.60-77.

DUBOS, R. (1984) – "Mirage of Health". In: N. BLACK ; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J.POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.4-9.

DUNLOP, D. (1973) – *Medicines in our Time*. Northants, Burgess and Son Ltd..

*DUTTON, D. (1986) – "Financial, Organizational and Professional Factors Affecting Health Care Utilization", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.721-735.

*EARICKSON, R. (1971) – "Access to Essential Public Services", *Antipode*, 3, p.4-7.

EARICKSON, R. (1990) – "Introduction", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.7-9.

*EARTHROWL, B. e STACY, M. (1984) – "Social Class and Children in Hospital". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.293-299.

EBRHIM, G.J. e RANKEN J.P. (1988) – *Primary Health Care*. Londres, Macmillan Publishers.

ELLIOT, S.J.; TAYLOR, S.M. e KEARNS, R.A. (1990) – "Housing Satisfaction,Preference and Need Among the Chronically Mentally Disabled in Hamilton, Ontario", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.95-102.

ENDERS, W.T. (1981) – "Subjective Evaluation and Utilization of Hospitals by Low-Income Urban Residents in Porto Alegre, Brazil", *Soc. Sci. Med.*, 15D, p.525-536.

ENG, E.; BRISCOE, R. e CUNNINGHAM, A. (1990) – "Participation Effect from Water Projects on Epi", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.1349-1358.

ENG, T.S. e PHILLIPS, D.R. (1989) – "Attitudes Towards Service Provision in Public Housing Estates and New Towns in Singapore", *Singapore Journal of Tropical Geography*, 10, p.74-91.

ENGEL, A. (1968) – *Perspectives in Health Planning*. Londres, The Athlone Press.

*ENTHOVEN, A. (1984) – "Reforming us Health Care: The Consumer Choice Health Plan". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.335-340.

*EVERITT, B.S (1980) – *The Analysis of Contingency Tables*. Londres. Chapmen and Hall.

*EXWORTHY, M. (1990) – "Decentralisationi in Community Health Services in Inner London". In: BENTHAM G.; HAYNES, R. e LANGFORD, I. (ed.), Fourth International Symposium In: *Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.116-120.

*EYLES, J. (1987a)) – *The Geography of the National Health*. Kent, Biddles Ltd.

EYLES, J. (1987b)) – "Images of Care, Realities of Provision and Location: Services for the Mentally Ill in Northampton", *The East Midland Geographer*, 9, p.53-73.

EYLES, J. (1989) – "Urban Policy? What Urban Policy? Urban Interventions in the 1980's". In: D. HERBERT (ed.), *Social Problems and the City*, Londres, p.370-385.

*EYLES, J. (1990) – "How Significant Are the Spatial Configurations of Health Care Systems?", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.157-164.

*EYLES, J. e WOODS, K.J. (1983) – *The Social Geography of Medicine and Health*. Nova Iorque, St. Martin's Press.

FARIA, A.L. (1985) – "Papel da Saúde Ambiental e do Saneamento do Ambiente nos Cuidados de Saúde Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.5-12.

*FARLEY, P.J. (1986) – "Theories of the Price and Quantity of Physician Services. A Synthesis and Critique", *Journal of Health Economics*, 5, p.315-333.

*FARROW, S.C.; CHARNY, M.C. e LEWIS, P.A. (1990) – "People's Knowledge of Health and Disease", *Journal of Public Health Medicine*, 12, p.2-8.

FASSIN, D.; JEANNEE, E.; CEBE, D. e REVEILLON, M. (1988) – "WHO Consults and Where? Sociocultural Differentiation in Access to Health Care in Urban Africa", *International Journal of Epidemiology*, 17, p.858-864.

*FERRÃO, J. (1982) – "Evolução e Estrutura Regional das Classes Sociais em Portugal", *Estudos Planeamento Regional e Urbano*, 19, p.1-54.

FERREIRA, C. (1986) – "Primeiros Apontamentos da Regionalização Hospitalar", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, p.114-126.

*FERREIRA, C. (1988) – "Colaboração Intersectorial e Participação da Comunidade na Promoção do Bem-estar", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, p.15-29.

FIK, T. e MULLIGAN, G. (1990) – "Spatial Flows and Competing Central Places: Towards a General Theory of Hierarchical Interaction", Environment and Planning, 22, p.527-549.

FILHO, G.N. (1990) – "O Que Fazer da Literatura Sobre a Satisfação do Utente: Uma Proposta para os Serviços", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.59-63.

FORD, J.C. (1990) – "General Pratice Fundholders. NHS Planning Priorities Will Be Distorted", *B.M.J.*, 300, p.1027-1028.

*FORDER, A. (1974) – *Concepts in Social Administration: A Framework for Analysis*. Londres, Routledge e Kegan Paul.

*FREEMAN, H.; S. LEVINE e L. REEDER,(eds.) (1972) – *Handbook of Medicine Sociology*. Nova Jersey.

*FREIDSON, E. (1970) – *Profession of Medicine*. Nova York, Dood Med.

*FRIED, L.P. e BUSH, T.L. (1988) – "Morbidity as a Focus of Preventive Health Care in the Elderly", *Epidemiologic Reviews*, 10, p.48-64.

FRIEDEN, B.J. e PETERS, J. (1970) – "Urban Planning and Health Services: Opportunities for Cooperation", *Jour of the American Institute of Plann.*, 36, p.82-95.

FRISS, L.; FRIEDMAN, B. e DEMAKIS, J. (1989) – "Geographic Differences in the Use of Veterans Administration Hospitals", *Soc. Sci. Med.*, 28, p.347-354.

FRY, J. (1971) – "Medical Care in Three Societies", *International Journal of Health Services*, 2, p.121-133.

FRY, J. e STEPHEN, J.H. (1986) – "Primary Health Care in the United Kingdom", *International Journal of Health Services*, 16, p.485-495.

*FUCHS, V.R. (1986) – "Physician-Induced Demand: A parable", *Journd of Health Economics*, 5, p. 367.

FULLER, G. (1974) – "On the Spatial Diffusion of Fertility Decline: The Distance-to-Clinic Variable in a Chilean Community", *Economic Geography*, 50, p.325-332.

GAFNI, A. e PELED, D. (1984) – "The Effect of Labelling on Illness Related Absenteeism", *Journal of Health Economics*, 3, p.173-178.

GALE, G.W. (1965) – "Some Factors Affecting the Rural Health Services in Developing Countries", Lancet, 1, p.696-697.

*GARROGHO, C. (1990) – "Servicios de Salud Y Planeacion Regional En El Estado de Mexico", *Estudios Territoriales*, 32, p.55-72.

*GARROCHO, C. (1992) – *The Acessibility and Utilization of Public Paediatric Services in Toluca, Mexico.* (tese de doutoramento, policopiado), Universidade de Exeter.

*GESLER, W.M. (1979) – "Morbidity Measurement in Household Surveys in Developing Areas", *Soc. Sci. Med.*, 13D, p.223-226.

*GESLER, W.M. (1986) – "The Uses of Spatial Analysis in Medical Geography: A Review", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.963-973.

GETIS, A. (1986) – "The Economic Health of Municipalities within a Metropolitan Region: The Case of Chicago", *Economic Geography*, 62, p.52-61.

GIGGS, J.A. (1979) – *Human Health Problems in Urban Areas.* Oxford, Oxford University Press.

GIGGS, J.A. (1986) – "Mental Disorders and Ecological Structure in Nottingham", Soc. Sci. Med., 23, p.945-961.

*GILES, G.G. (1983) – "The Utility of the Relative Risk Ratio in Geographical Epidemiology: Hodgkin's Disease in Tasmania1972-1980, a Case-control Study". In: N.D. McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.361-374.

*GILL, D. e INGMAN, S. (1986) – "Geriatric Care and Distributive Justice: Problems and Prospects", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1205-1215.

*GILSON, L. (1989) – "What Is the Future for Equity Within Health Policy", *Heath Policy and Planning*, 4, p.323-327.

GINN, G.O. (1990) – "Strategic Change in Hospitals: An Examination of the Response of the Acute Care Hospital to the Turbulent Environment of the 1980s", *Health Services Research*, 25, p.565-591.

*GIRALDES, M.R. (1988) – "Equidade e Despesa em Saúde", *Estudos de Economia*, 8, p.365-388.

*GIRALDES, M.R. (1989) – "Análise Crítica da Estrutura da Despesa em Cuidados de Saúde Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.31-41.

GIRALDES, M.R. (1990) – *Equidade e Despesa em Saúde*. Lisboa, Editorial Estampa.

GIRT, J.L. (1971) – "The Location of Medical Services and Disease Ecology- Some Conclusions on Medical Consultations in a Rural Environment", Geographia Medica, 2, p.43-62.

*GISH, O. (1973) – "Resource Allocation, Equality of Access and Health", *World Development*, 1, p.37-44.

GISH, O. (1990) – "Some Links Between Successful Implementation of Primary Health Care Interventions and the Overrall Utilization and Health Services", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.401-405.

GODBER, G. (1975) – *Change in Medicine*. Londres, Nuffield Prov. Hosp.Trust.

GOLD, J.R. e GOODEY, B. (1989) – "Environmental Perception the Relationship with Age", *Progress in Human Geography*, 13, p.101-107.

*GOMES, D. e DIAS, J.L. (1987) – *O Serviço Nacional de Saúde. Descrição Sumária do seu Desenvolvimento*. Lisboa, Heska Portuguesa.

GONZALEZ-BLOCK, M.; LEYVA, R.; ZAPATA, O.; LOEWE, R. e ALAGON, J. (1990) – "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", *Health Policy and Planning*, 4, p.301-315.

GOOD, C.M. (1977) – "Traditional Medicine: An Agenda for Medical Geography", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.705-713.

GOUDIE, A. (1981) – *The Human Impact. Man's Role in Enviromnental Change*. Oxford, Basil Blackwell.

*GRAHAM, C. (1979a)) – "Distribution of Resources and Services". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.73-87.

*GRAHAM, C. (1979b)) – "Proxy Measures Required for Distribution of Health Resources in England". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.235-248.

GRANDE, N.R. (1989) – "Organizações Num Contexto de Mudança", (policopiado), p.1-20.

*GRANDE, N.R. (1991) – "Perspectivas Actuais dos Conceitos de Saúde e Doença". In: JORGE BENTO; ANTONIO MARQUES (ed.), *Desporto. Saúde. Bem-Estar*, Porto, Universidade do Porto, p.27-32.

GROENEWEGEN, P.P. (1990) – "Substitution of Primary Care Specialist Care: A Regional Analysis in Denmark". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD

(ed.), *Fuorth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.128-135.

GUNNING-SCHEPERS, L.J. e HAGEN, J.H. (1987) – "Avoidable Burden of Illness: How Much Can Prevention Contribute to Health?", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.945-951.

*HALL, J.A. e DORNAN, M.C. (1990) – "Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis", Soc.Sci.Med., 30, p.811-818.

HAMMOND, R.; McCULLAGH, P.S. e RODRIGO, G.N. (1974) – *Tecnicas Cuantitativas en Geografia*. Madrid, Artigrafia, S.A..

HANSAGI, H.; ALLEBECK, P.; EDHAG, O. e MAGNUSSON, G. (1990) – "Frequency of Emergency Department Attendances as a Predictor of Mortality: Nine-Year Follow-Up of a Population-Based Cohort", *Journal of Public Health Medicine*, 12, p.39-44.

HARDY, M.A. e PAVALKO, E. (1986) – "The Internal Structure of Self-reported Health Measures Among Older Male Workers and Retirees", *Journal of Health and Social Behavior*, 27, p.346-357.

HARLEY, M. (1988) – "Waiting Times in Trauma and Orthopaedic Surgery", *Community Medicine*, 10, p.57-65.

*HARO, A.S. (1979a)) – "Abortion Surveillance and Policy Liberation". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.253-260.

*HARO, A.S. e TALA, H. (1979b)) – "Modelling and Decision Simulation Applied to Planning an Imformation System for National Oral Health Services". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Públication, p.29-34.

HARO, A.S. (1979c)) – "Strategies for Development of Health Indices". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.17-28.

HARPMAN, T.; LUSTY, T. e VOUGHAN, P. (1988) – *In the Shadow of the City. Community Health and the Urban Poor.* Oxford, Oxford University Press.

HARRISON, P. (1984) – "Inside the Inner City". In: BLACK N.; BOSWELL D.; GRAY A.; MURPHY S.; POPA J. (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.66-70.

*HARVEY, D. (1973) – *Social Justice and the City*, Londres, Edward Arnold Ltd..

HAY, I.M. (1988) – "A State of Mind?- Some Thoughts on the State in Capitalist Society", *Progress in Human Geography*, 12, p.34-46.

HAYNES, K.E. e FOTHERINGHAM, A.S. (1984) – "Gravity and Spatial Interaction Models". In: GRANT IAN THRALL (ed.), *Scientific Geography*, Beverly Hills, Sage Pblications Inc., 2.

HAYNES, R.M. (1984a)) – "Regional Anomalies in Hospital Bed Use in England and Wales", *Regional Studies*, 19, p.19-27.

*HAYNES, R.M. (1984b)) – "The Location of Primary Care". In: ROBIN HAYNES (ed.), *The Geography of Health Services in Britain*, Londres, Croom Helm, p.53-131.

HAYNES, R.M. (1987) – *The Geography of Health Services in Britain*. Londres, Billing & Sons Limited.

HAYNES, R.M. (1990) – "Inequalities in Health and Health Service Use: Evidence From the General Household Survey". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.121-126.

*HAYNES, R.M. e BENTHAM, C.G. (1979) – "Accessibility and the Use of Hospital in Rural Areas", *Area*, 11, p.186-191.

HAYNES, R.M. e BENTHAM, C.G. (1982) – "The Effects of Accesibility on General Practitioner Consultations, Out-Patient Attendences and In-Patients Admissions in Norfolk, England", *Soc. Sci. Med.*, 16, p.561-569.

*HAYNES, R.M.; BENTHAM C.G.; SPRATLEY, J.M. e SPENCER, M.B.. (1979) – *Community Hospitals and Rural Accessibility*. Londres, Teakfield Limited.

*HEALTH RESEARCH GROUP IN GEPGRAPHY (1989) – "The Health Research Group in Geography Within a Multidisciplinary Framework", *Health and Health Care Research Centre*, App 2, p.1-10.

HEGGENHOUGEN, H.K. (1984) – "Will Primary Health Care Efforts Be Allowed to Succeed?", *Soc. Sci. Med.*, 19, p.217-224.

HELLEN, J.A. (1983) – "Primary Health Care and the Epidemiology Transition in Nepal". In: N.D. MCGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.285-318.

*HENRIQUES, J.M.E. (1989) – "A Saúde e o "Homo Economicus"", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.19-28.

*HERBERT, D.T. e SMITH, D.M. (1989) – *Social Problems & the City: New Perspectives*. Nova Iorque, Oxford University Press.

HERSH, A.S. e VAN, H.R.T. (1989) – "A Research Agenda for Rural Health Services", *Health Services Research*, 23, p.1053-1064.

HERTZMAN, C.; PULCINS, I.R.; BARER, M.L.; EVANS, R.G.; ANDERSON, G.M. e LOMAS, J. (1990) – "Flat on Your Back Or Back to Your Flat? Sources of Increased Hospital Services Utilization Among the Elderly in British Columbia", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.819-828.

*HESPANHA, M.J. (1987) – "O Corpo, a Doença e o Médico. Representações e Práticas Sociais numa Aldeia", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, p.195-210.

*HIBBARD, J.H. e POPE, C.R. (1983) – "Gender Roles, Illness Orientation and Use of Medical Services", Soc. Sci. Med., 17, p.129-137.

HICKS, D. (1974) – *Primary Health Care (a Review)*. Londres, Donald Hicks.

*HIELSCHER, S. e SOMMERFELD, J. (1985) – "Concepts of Illness and the Utilization of Health Care Services in a Rural Malian Village", *Soc. Sci. Med.*, 21, p.469-481.

*HILL, M. (1988) – *Understanding Social Policy*. Londres, Besie Blackwell.

HINKLE, L.E. e LORING, W.C. (1979) – *The Effect of the Man-made Environment on Health and Behaviour*. Londres, Castle House Publications.

HOBBS, M.S.T. (1979) – "The Demography of the Elderly Population in Western Australia in Relation to Development of Health Services". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health, Copenhaga*, WHO Regional Publications, p.281-286.

HOLLAND, W.W. (1979) – "Care and Cure". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.127-134.

HOLMER, M. (1984) – "Tax Policy and the Demand for Health Insurance", *Journal of Health Economics*, 3, p.203-221.

*HORROCKS, P. (1987) – "Introducing Quality Assurance in Community Health Care", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.103-104.

*HOWE, G.M. (1970) – *National Atlas of Disease Mortality in the United Kingdom*. Londres, Royal Geographical Soc..

HOWE, G.M. (1986) – "Disease Mapping". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p.35-84.

*HOWE, G.M. e PHILLIPS, D.R. (1983) – "Medical Geography in the United Kingdom, 1945-1982". In: McGLASHAN, N.D.; BLUNDEN, J.R. (ed.), *Geographycal Aspects of Health*, Londres, Academic Press London, p.34-51

*HOWELL, G.P.; RICHARDSON, D.; FORESTER, A.; SIBSON, J.; RYAN, J. e MORGANS, B. (1990) – "Long Distance Travel for Routine Elective Surgery: Questionnaire Survey of Patients' Attitudes", *B.M.J.*, 300, p.1171-1173.

HUANG, L.Y-G. e MCLAUGHLIN, C.P. (1989) – "Relative Efficiency in Rural Primary Health Care: An Application of Data Envelopment Analysis", *Health Services Research*, 24, p.143-159.

*HUNTER, J. (1974) – *The Geography of Health and Disease*. Londres, Academic Press.

*IGUN, U.A. (1979) – "Stages in Health-Seeking: A Descriptive Model", *Soc. Sci. Med.*, 13 A, p.445-456.

IGUN, U.A. (1987) – "Why We Seek Treatment Here: Retail Pharmacy and Clinical Pratice in Maiduguri, Nigeria", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.689-695.

*ILLICH, I. (1976) – *Limits to Medicine*. Harmondsworth, Penguin.

IMPERATORI, E. (1985) – "Ficha Familiar dos Centros de Saúde: Vantagens e Dificuldades", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.51-56.

*IMPERATORI, E. (1989) – "Garantia da Qualidade: Uma Estratégia nos Cuidados de Saúde Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.28-33.

INEZ, F.B. (1990) – "Características da Comunicação Escrita Sobre Saúde Escolar nos Vários Níveis de Administração de Cuidados de Saúde Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.5-15.

INSTITUTE OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT (1987) – "Memorandum to the Social Services Select Committee Inquiry Into NHS Management", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.177-179.

*IPSEN, J. (1979) – "The Service Approach- Introduction". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.105-107.

*JAMIESON, A. e GEEST, S.V.D. (1990) – "Beyond the Anglophone World", *Soc. Sci. Med.*, 31, p.91-94.

*JANICAS, M.G.R. (1988) – "Avaliação do Grau de Realização em Portugal das Metas da Saúde para Todos no Contexto da Região Europeia", *Adm. Regional de Saúde de Aveiro*, 2, p.167-193.

*JENKIN, P. (1984) – "Inequalities in Health: The Black Report and Reactions to It". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.325-334.

*JESSOP, E.G. (1988) – "Equity of Access? Small Area Variations in Surgery", *Community Medicine*, 10, p.1-7.

*JEUATZ, H.J. (1983) – "Geomedicine in Germany. " In: D.McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), Geographical Aspects of Health, Londres, Academic Press, P.52-62.

JOHNSON, R.; MULLOOLY, J. e GREENLICK, M. (1990) – "Morbidity and Medical Care Utilization of Old and Very Old Persons", *Health Services Research*, 25:4, p.640-665.

*JONHSTON, R.J. (1966) – "An Index of Acessibility and its use in the Study of Bus Services and Settlement Paterns", *Tijdschrift, voor economische en Sociale Geografie*, 57, 33 – 38.

*JOHNSTON, R.J. e KNOX, P.L. (1977) – *Geography and Inequality*. Oxford, Oxford University Press.

JONES, K. e MOON, G. (1987a)) – *Health, Medicine & Society*. Londres, Routledge & Kegen Ltd..

JONES, K. e MOON, G. (1987b)) – *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*. Londres, Routledge & Kegan Paul.

JONES, K. e SIMMONS, J. (1987) – *Location-Analyzing the Retail Environment*. Toronto, Methuen.

JONG, G.A. e RUTTEN, F.F.H. (1983) – "Justice and Health for All", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.1085-1095.

JOSEPH, A.E. e CLOUTIER, D.S. (1990) – "A Framework for Modeling the Consumption of Health Services By the Rural Elderly", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.45-52.

*JOSEPH, A.E. e PHILLIPS, D.R. (1984) – *Accessibilty & Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery.* Nova Iorque, Harper & Row.

JOSKOW, P.L. (1985) " The Stochastic Determinants of the Hospital-Bed Supply", *Journal of Health Economics*, 4, p.183-185.

*KALIMO, E. (1979a)) – "Health Service Needs". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.64-72.

*KALIMO, E. (1979b)) – "A Method for Estimating the Need for Medical Care". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.313-320.

KAPLAN, R.M. e ANDERSON, J.P. (1988) – "A General Health Policy Model: Update and Applications", *Health Services Research*, 23, p.203-236.

KARK, S.L. (1974) – *Epidemiology and Community Medicine.* Nova Iorque, Appleton-century-crofts.

*KEMP, F.M. e ACHESON, R.M. (1989) – "Care in the Community-Elderly People Living Alone at Home", *Community Medicine*, 11, p.21-26.

KILLORAN, A.J. (1987) – "Primary Health Care Review", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.246-247.

KILPATRICK, S.J. (1977) – "Consultation Frequencies in General Pratice", *Health Services Research*, 11, p.284-298.

KIRBY, A. (1982) – *The Politics of Location.* Londres, Methuen & Co.Ltd..

KIRKUP, B. e FOSTER, D. (1990) – "How Will Health Needs Be Measured in Districts? Implications of Variations in Hospital Use", *Journal of Public Health Medicine*, 12, p.45-50.

*KIVELL, P.T.; TURTON, B.J. e DAWSON, B.R.J. (1990) – "Neighbourhoods for Health Service Administration", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.701-711.

KLOOS, H.; ETEA, A.; DEGAFA, A.; AGA, H.; SOLOMON, B.; ABEGAZ, A. e BELEMO, G. (1987) – "Illness and Health Behaviour in Addis Abab and Rural Central Ethiopia", *Soc. Sci. Med.*, 25, p.1003-1019.

*KLOOS, H. (1990) – "Utilization of Selected Hospitals, Health Centres and Health Stations in Central, Southern and Western Ethiopia", *Soc. Sci. Med.*, 31, p.101-114.

*KNOX, P.L. (1979) – "Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy", *Soc. Sci. Med.*, 13D, p.111-121.

*KOHN, R. e WHITE, K.R. (1976) – *Health Care: An International Study.* Londres, Oxford University Press.

KOPCZYNSKI, J. (1979) – "Health Spectrum of the Population of Warsaw". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Públications, p.321-326.

KOSTRZEWSKI, J. (1979a)) – "The Interface of Health and Social Sevices". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.35-44.

KOSTRZEWSKI, J. (1979b)) – "The Stategic Approach – Introduction". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.57-58.

KOSTRZEWSKI, J. (1979c)) – "Physician Attendances and Morbidity in Poland, July 1967-June 1968". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.327-340.

KUTTY, R.V. (1989) – "Women's Education and Its Influence on Attitudes to Aspects of Child-Care in a Village in Kerala", *Soc. Sci. Med.*, 29, p.1299-1300.

LAAN, L.V.D. (1986) – "Residential Migrations and Spatial Policies in Mixed Economies, a Case Study of the Dutch Randstad", *Institute of The British Geographers*, 12, p.84-96.

*LANNING, J.A. e O'CONNER, S.J. (1990) – "The Health Care Quality Quagmire: Some Sign-posts", *Hospital & Health Services Adiminstrat.*, 35:1, p.39-54.

LAVE, J.R. (1984) – "Competitive Bidding and Public Insurance Programs", *Journal of Health Economics*, 3, p.195-198.

LE GRAND, J. (1978) – "The Distribution of Public Expenditure", *Economica*, 45, p.125-142.

*LE GRAND, J. (1982) – *The Stratey of Equality. Redistribution and the Social Services,* Londres, George Allen & Unwin.

LE GRAND, J. (1985) – *Inequalities in Health: The Human Capital Approach.* Lisboa, V Jorn. Economia da Saúde.

LE GRAND, J. (1989) – "Equidade, Saúde e Cuidados de Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, p.5-15.

LEAF, P.H. e LIVINGSTON, M. (1987) – "Gender Differences in the Use of Mental Health-Related Services: A Re-Examination", *Jour. of Health and Social Behavior*, 28, p.171-183.

*LEARMONTH, A.T.A. (1969) – "Epidemiology and Medical Geography", *Geographia Medica*, 1, p.5-6.

*LEARMONTH, A.T.A. (1971) – "Medical Geography in Britain in 1970's", *Geographia Medica*, 2, p.5-14.

*LEARMONTH, A.T.A. (1972) – "Medicine and Medical Geography". In: N.D. MCGLASHAN (ed.), *Medical Geography, Technique and Field Studies*, Londres, Methuen & Co., p.17-42.

*LEARMONTH, A.T.A. (1978) – *Patterns of Disease & Hunger (Problems in Modern Geography).* Londres, David & Charles.

*LEARMONTH, A.T.A. (1988) – *Disease Ecology*. Oxford, Basil Blackwell.

LECK, I. (1989) – "The North-South Divide in England: Implications for Health Care Resource Allocation", *Community Medicine*, 11, p.102-107.

LEE, R.H. (1987) – "Corporate Planning Revisited: Some Lessons for the National Health Service", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.67-70.

*LEEBOV, W.; VERGARE, M.; SCOTT. G., (1989) -. "Patient Satisfaction, A Guide to Pratice Enhancemnent." *Medical Economics Company inc. New Jersey*.

*LEEFLANG, R.L.; KLEIN-HESSELINK, D.J.; SPRUIT, I.P. (1992) – "Health Effects of Unemplyment. Long-Term Unemployed Men in a Rural an Urban Setting", *Soc-Sci-Med.*, 34, p. 341-350

*LEGIDO, C.R. (1986) – *La Satisfacion Con La Atencion Medica En Andalucia: Un Metodo para Su Medida*. Andaluzia, Dir. Gen. Ordena. Sanitaria (policopiado).

LEICHTER, H. (1986) – "Lives,Liberty, and Seat Belts in Britain: Lessons for the United States", *International Journal of Health Services*, 16, p.213.

LEVINE, S. (1985) – "Cuidados de Saúde Primários: Slogan ou Estratégia Possível?", *Rev. Portug. de Clínica Geral*, 1, p.13-17.

LEWIS, L. e BOWBLY, S. (1991) – "Women's Inequality in Urban Britain". In: HERBERT, D. (ed.), *Social Problems and the City*, Londres, p.213-231.

LEWIS, N.D. e MAYER, J.D. (1988) – "Disease as Natural Hazard", *Progress in Human Geography*, 12, p.15-33.

*LIBERATOS, P.; LINK, B.G. e KELSEY, J. (1988) – "The Measurement of Social Class in Epidemiology", *Epidemiologic Reviews*, 10, p.87-121.

*LIKE, R. e ZYZANSKI, S. (1987) – "Patient Satisfaction With the Clinical Encounter: Social Psychological Determinants", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.351-357.

*LINDER-PELZ, S. (1982a)) – "Toward a Theory of Patient Satisfaction", *Soc. Sci. Med.*, 16, p.577-583.

*LINDER-PELZ, S. (1982b)) – "Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of Five Hypotheses", *Soc. Sci. Med.*, 16, p.583-589.

LOCKERBIE, L. e LUTZ, W. (1986) – "Como Elaborar Questionários". In: (ed.), *Inquéritos de Saúde na Comunidade*, Edimburgo, Ass.Int. de Epidemiologia (tradução).

LONG, S.; SETTLE, R. e STUART, B. (1986) – "Reimbursement and Access to Physicians` Services Under Medicaid", *Journal of Health Economics*, 5, p.235-251.

LOPES, O.G. (1987) – "O Planeamento em Saúde. Para a História da Evolução das Estruturas da Saúde em Portugal", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, p.99-114.

*LUCAS, J.S. (1984) – "Satisfação Profissional: Problema de Gestão ou Administração de Recursos Humanos? – O Caso da Enfermagem", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, p.31-37.

*LUCAS, J.S. (1989) – "Modernização dos Sistemas de Saúde na Europa", (policopiado).

LUCAS, J.S. (1990) – "Taxas Moderadoras e Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.17-27.

*LUFT, H.S.; HERSHEY, J.C. e MORRELL, J. (1976) – "Factors Affecting the Use of Physician Services in a Rural Community", *American Jornal Public Health*, 66, p.865-871.

*LUTZ, W. (1986a)) – "Como Planear e Organizar". In: (ed.), *Inquéritos de Saúde na Comunidade*, Edimburgo, Ass. Int. de Epidemiologia, 1 (tradução).

*LUTZ, W. (1986b)) – "Como Seleccionar Amostras para Inquéritos". In: (ed.), *Inquéritos de Saúde na Comunidade*, Edimburgo, Ass.Int. de Epidemiologia, 2 (tradução).

*LUTZ, W. (1986c)) – "Como Utilizar a Informação Disponível". In: (ed.), *Inquéritos de Saúde na Comunidade*, Edimburgo, Ass. Int. de Epidemiologia, 3 (tradução)

LUZ, A.L.C. (1991) – "Medicina Caseira. Escolaridade e Auto-Responsabilização – Contributo para a Definição do Papel dos Serviços", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, p.49-72.

MACKEITH, J.S. (1987) – "Neighbourhood Health Care", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.64-66.

*MACKENBACH, J.P. (1992) – "Socio-Economic Health Differencs in The Netherlands : a Review of Recent Empirical Findings", *Soc-Sci-Med.* 34 (3) : p.213-26.

MACKINZIE, W.J.M. (1979) – *Power and Responsibilty in Health Care*. Oxford, Oxford University Press.

MADDOX, G.L. (1979) – "Assessment of Functional Status in a Programme Evaluation and Resource Allocation Model". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.353-364.

*MANDEL, E. (1973) – *An Introduction to Marxist Economy Theory*. Nova York, Pathfinder Press.

*MANSILHA, M.A. (1981) – *Contribuição para o Estudo das Condições de Habitação, Saneamento, Saúde e Alimentação de uma Área do Porto*. Porto, Universidade do Porto.

MANTAS, A.; COSTA, C. e RAMOS, F. (1989) – "Financiamento Hospitalar: Que Contributo para a Equidade? O Caso Português", *Assoc. Portuguesa de Economia da Saúde*, 3, p.1-35.

*MARCOLINO, A.M.C. (1987) – "Conferência Internacional para a Promoção da Saúde – Carta de Otava", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, p.67-72.

MARGARIDO, A.P. (1991a)) – "O Geógrafo e a Investigação em Cuidados de Saúde". In: (ed.), *Portugal: Uma Geografia em Mudança*, Lisboa, A.P.G, p.199-205

MARGARIDO, A.P. (1991b)) – "Investigação em Cuidados de Saúde", *Cadernos de Geografia*, 10, p. 253-271.

MARGARIDO, A.P. (1991c)) – "Padrões de Utilização dos Serviços de Saúde em Áreas Urbanas e Rurais no Centro de Portugal". In: SIMS (ed.), *Forum de Informática na Saúde*, Lisboa, SIMS, p.3-9.

MARKS, L. (1987) – "Care in the Community", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.246-247.

*MARMOT, M.C.; KOGEVINAS, M. e ELSTON, M.A. (1991). "Socioeconomic Status and Disease". In: BERNARD BADURA AND ILONA KICKBHCH (ed.), *Health Promotion. Towards a New Sicial Epidemiology*. WHO Regional Publications European Series, 37, p. 113-146.

MASON, A. (1987) – "Making Medical Records Professional(s)", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.172-177.

*MASSAM, B.H. e BOUCHARD, D. (1977) – "Toward a Framework for Examining the Utilization of a Public Facility: Health-care Centres in Kuala Lumpur, Malaysia", *Geoforum*, 8, p.113-119.

*MAY, J.M. (1950) – "Medical Geography: Its Methods and Objectives", *Geographical Review*, 40, p.10-41.

MAY, J.M. (1977) – "Medical Geography: Its Methods and Objectives", *Soc. Sci. Med.*, 11, p. 715-730.

*MAYER, J.D. (1982) – "Relations Between Two Traditions of Medical Geography: Health Systems Planning and Geographical Epidemiology", *Progress in Human Geography*, 6, p.216-230.

*MAYER, J.D. (1986) – "International Perspectives on the Health Care Crisis in the United States", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1059-1065.

*MAYER, J.D. (1990) – "Canadian and American Health Care Systems". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.47-81.

*MAYHARD, A. (1992) – "The Relevance of Heath Economics to Heath Promotion: to Wards a new Social Epidemolog". In: BERNARD BADURA AND ILONA KICKBUCH (ed.) *Health Promotion Research. Towards e New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications European Séries, 37. p.29 – 54.

*MAYHEW, L. (1986) – *Urban Hospital Location. Hempstead*, George Allen& Unwin Ltd.

MAYS, N. (1989) – "NHS Resource Allocation After the 1989 White Paper: A Critique of the Research for the Rawp Review", *Community Medicine*, 11, p.173-186.

*MBURU, F.M. (1983) – "Health Systems as Defences Against the Consequences of Poverty: Equity in Health as Social Justice", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.1149-1157.

*McCALL, N.; RICE, T.; BOISMIER, J. e WEST, R, (1991) – "Private Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population", *Inquiry*, 28, p.276-287.

McCALL, N.; RICE, T. e SANGL, J. (1986) – "Consumer Knowledge of Medicare and Supplemental Health Insurance Benefits", *Health Services Research*, 2, p.633-658.

McCOMBS, J.; KASPER, J. e RILEY, G. (1990) – "Do HMOS Reduce Health Care Costs? A Multivariate Analysis of Two Medicare HMO Demonstration Projects", *Health Services Research*, 25:4, p.593-613.

*McGLASHAN, N.D. (1965) – "The Scope of Medical Geography", *South African Geographical Journal*, 47, p.362-368.

McGLASHAN, N.D. (1968) – "Distribution of Population and Medical Facilities in Malawi", *Central African Journal of Medicine*, 14, p.249-252.

*McGLASHAN, N.D. (1972) – "Medical Geography". In: N.D. McGLASHAN (ed.), *Medical Geography Techniques and Field Studies*, Londres, Methuen & Co Ltd.

*McGLASHAN, N.D. e BLUNDEN, J.R. (1983) – *Geographical Aspects of Health. Londres*, Academic Press London.

McGUIRE, A. (1987) – "The Measurement of the Hospital Efficiency", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.719-724.

*McKINLAY, J.B. (1972) – "Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services- an Overview", *Journal of Health and Social Behavior*, 13, p.115-152.

McLAFFERTY, S. (1986) – "The Geographical Restructuring of Urban Hospitals: Spatial Dimensions of Corporate Strategy", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1079-1086.

McMANUS, M.A. e NEWACHECK, P.W. (1989) – "Rural Maternal, Child, and Adolescent Health", *Health Services Research*, 23, p.807-848.

*MEADE, M.; FLORIN, J. e GESLER, W. (1988) – *Medical Geography. Nova Iorque, The Guilford Press.*

*MEADE, M.S. (1980) – *Conceptual and Methodological Issues in Medical Geography.* Carolina Norte, Chapel Hill.

*MEARA, J.R. (1989) – "An Investigation of Health and Lifestyle in People WHO Have Private Water Supplies at Home", *Community Medicine*, 11, p.131-139.

*MEININGER, J. (1986) – "Sex Differences in Factors Associated With Use of Medical Care and Alternative Illness Behaviors", *Soc. Sci. Med.*, 22, p.285-292.

*MELO, F.G. (1990) – "Sobre o Uso do Teste Qui Quadrado em Amostras Pequenas. Teste Exacto de Fisher", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.23-30.

*MENDONÇA, D.; SILVA, M.C. e SILVA M.P. (1984) – "Saúde para Todos. Quando?", *Saúde Infantil*, VI-1, p.30-35.

*MENDONÇA, D. (1987) – *A Study of Organization and use of Maternity Services in Viana do Castelo Distrito – Portugal.* Universidade de Exeter, Exeter (Tese de Doutouramento, policopiado).

METCALFE, D. (1988) – "Towards a Rational Health Care System", *The Singapore Family Physician*, XIII, p.160-168.

MIGUEL, J.M. (1977) – "Policies and Politics of the Health Reforms in the Southern European Countries: A Sociological Critique", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.379-393.

*MILLER, D. (1976) – *Social Justice and Rigts. Oxford*, Clarendon Press.

MINISTERIO DE SANIDADE E CONSUMO (1985) – *Guia de Funcionamiento del Equipo de Atencion Primária.* Madrid.

MOHAN, J. (1986) – *Restructuring in the Health Sector: Implications for Health Care Provision and Employment. Londres*, Draft Pres.to an ESCR.

MOHAN, J. (1989) – "Health-care Policy Issues". In: DAVID HERBERT; DAVID M. SMITH (ed.), *Social Problems and the City- New Perspectives, Oxford*, Oxford University Press, p.126-141.

*MOONEY, G. (1983) – "Equity in Health Care; Confronting the Confusion", *Effective Health Care,* 1 (4) p. 179-184.

*MOONEY, G. (1986) – *Economics, Medicine and Health Care. Londres*, Wheatsheaf Books Ltd.

MORGAN, L.M. (1990) – "International Politics and Primary Health Care in Costa Rica", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.211-219.

MORGAN, M.; MAYS, N. e HOLLAND, W.W. (1987) – "Can Hospital Use be a Measure of Need for Health Care?", *J. of Epidemiology and Community Health*, 41, p.269-274.

*MORRILL, R.L. (1958) – "Medical Services in the United States: Location and Utilization of Physicians(abstract)", *Annals of the Assoc.of American Geograph*, 48, p.282.

*MORRILL, R.L. (1968) – "Relationship Between Transportation and Hospital Location and Utilization", *Transportation as a Service*, 5-4, p.40-45.

MORRILL, R.L. (1974) – *The Spatial Organisation of Society.* Belmont, Duxburg Press.

MORRILL, R.L. e EARICKSON, R. (1966) – "Hospital Service Areas: Distance of Hospital From Patient Home", *Chicago Reg. Hosp. Study Working Paper*, Decem, p.150-155.

*MORRILL, R.L. e EARICKSON, R. (1968) – "Influence of Race, Religion and Income on Patient to Hospital Distance", *Chicago Reg. Hosp. Study Working Paper*, Octob, p.160-170.

*MORRILL, R.L.; EARICKSON, R. e REES, P. (1970) – "Factors Influencing Distances Traveled to Hospitals", *Economic Geography*, 46, p.161-171.

MORRILL, R.L.; GAILE, G.L. e THRALL, G.I. (1988) – "Spatial Diffusion". In: GRANT IAN THRALL (ed.), *Scientific Geography*, Londres, Sage Publications Ltd., 10.

*MORRILL, R.L. e SYMONS, J. (1977) – "Efficiency and Equity Aspects of Optimum Location", *Geographical Analysis*, 9, p.215-255.

MOSCOVICE, I.S. (1989) – "Rural Hospitals: a Literature Synthesis and Health Services Research Agenda", *Health Services Research*, 23, p.891-931.

*MOSELEY, M.J. (1979) – *Acessibility: The Rural Challange*. Londres, Methuen.

MOTTA, L.C. (1979) – "A Summary Indicater of Health in Status in the Municipalities and Districts of Portugal for Health Plannig Purposes". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.179-194.

MOTTA, L.C. (1991) – "Temas de Reflexão: Epidemiologia na Década de 90. Perspectivas e Futuro da Epidemiologia", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, p.46-49.

MOULD, R.F.; HANHAM, I.W.F.; WILLIAMS, R.J. e REDMAYNE, G. (1987) – "Bed Occupancy Requirements of the Seriously Ill Or Terminal Cancer Patient in a Nursing Home Environment", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.167-168.

*MOWBRAY, D. (1979) – "Planning, Allocation, and Monitoring". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.45-56.

MULLEN, P.D.; HERSEY, J.C. e IVERSON, D.C. (1987) – "Health Behavior Models Compared", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.973-981.

*MWABU, G.M. (1986) – "Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya", *Soc. Sci. Med.*, 22, p.315-319.

NASSERI,K.; MEHDI, L.; FIROOZ, A.; FOROUGH, S. e ALL-E-AGHA, R. (1990) – "Determinants of Partial Participation in the Immunization Programmes in Iran", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.385-386.

NATIONAL AUDIT OFFICE (1987) – "P & T Manpower Planning", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.101.

*NEVITT, D.A. (1977) – *Foundations of Social Administration. Londres*, Heisler.

*NEWACHECK, P.W. (1988) – "Access to Ambulatory Care for Poor Persons", *Health Services Research*, 23, p.401-420.

*NEWACHECK, P.W. (1992) – *Characteristics of Children With High and Low Usage of Physician Services, Med Care 30(1) p30-42.*

*NEWCOMER, R.; HARRIGTON e FRIEDLOB, A. (1990) – "Social Health Maintenance Organizations: Assessing Their Initial Experience", *Health Services Research*, 25, p.425-454.

NORD, E. (1990) – "Letter to the Editor-a Comment on the Meaning of Numerical Valuations of Health States", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.943-944.

NORTHCOTT, H. e RALL (1983) – "Factors in the Utilization of the Small Non-Metropolitan Hospital in Alberta, Canada", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.1379-1387.

NORTON, C.H. e MCMANUS, M.A. (1989) – "Background Tables on Demographic Characteristics, Health Status, and Health Services Utilization", *N.H.S.*, 23, p.725-756

*NOUGTARA, A. e SAUERBORN, R. (1989) – "Assessment of MCH Services Offered by Professional and Community Health Workers in the Distict of Solenzo, Burkina Faso.i. Utilization of Mch Services", *Journal of Tropical Pediatrics*, 35, p.2-9.

*NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE (1977) – *Contribuição para a formulação da carta sanitária da Região Norte* Vol 1, C.C.R.N, D.E.P.S.

*NUNES, J.F. (1984) – "Eficiência e Justica Social no Sector da Saúde. Eficiência na Distribuição e Sistema de Avaliação", *Rev. Portug. de Saúde Pública*, 2, p.15-20.

NYMAN, J.A. (1985) – "Prospective and "Cost-Plus" Medicaid Reimbursement, Excess Medicaid Demand, and the Quality of Nursing Home Care", *Journal of Health Economics*, 4, p.237-259.

ODLAND, J. (1988) – "Spatial Autocorrelation". In: GRANT IAN THRALL (ed.), *Scientific Geography, Londres*, Sage Publications Ltd., 9.

*OLESEN, V.L. (1989) – "Caregiving, Ethical and Informal: Emerging Challenges in the Sociology of Health and Illness", *Journal of Health and Social Behavior*, 30, p.1-10.

OPENSHAW, S. e WHITEHEAD, P. (1985) – "A Monte Carlo Simulation Approach to Solving Multicriteria Optimisation Problems Related to Planmaking, Evaluation, and Monitoring in Local Planning", *Planning and Design*, 12, p.321-334.

OPPL, H. e KARDORFF, E.V. (1990) – "The National Health Care System in the Welfare State", *Soc. Sci. Med.*, 31, p.43-50.

ORENSTEIN, W.; BERNIER, R. e HINMAN, A. (1988) – "Assessing Vaccine Efficacy in the Field. Further Observations", *Epidemiologic Reviews*, 10, p.212-241.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1975) – *Regulamento e Classificação das Doenças. Lisboa*, OMS.

*ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978) – *Metas da Saúde para Todos no Ano 2000 – Perspectiva Geral.* Lisboa, OMS.

*OROSZ, E. (1990) – "Regional Inequalities in the Hungarian Health System", *Geoforum*, 21, p.245-259.

OWEN, D. (1985) – "The NHS Into the 1990s", *Hospital and Health Services Review*, 81, p.214-217.

OWEN, D.D. (1981) – "Medical Services", *Equity In The City*, 3, p.63-83.

OWENS, P.L. e OWENS, S. (1981) – "Resource Management", *Progress in Human Geography*, 13, p.107-115.

PAC (1987) – "Hospital Building Again", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.102

*PACIONE, M. (1986) – *Medical Geography. Londres*, Croom Helm.

PAIVA, C.; BRANDÃO, O. e SOE.U.A., P. (1991) – "A Saúde e a Lei – Apresentação", *Médice*, 2, p.10-13.

*PALAGIANO, C. (1986) – "How to Measure the Urban Quality of Life". In: PALAGIANO (ed.), *Ambiente Urbano e Qualita' Della Vita*, Perugia, Editrice Rux.

*PALMER, R.H. (1983) – "Components of Health Care Evatuation". In: (ed.), *Ambulatory Health Care Evaluation: Principles and Pratice*, Chicago, American Hospit. Assoc., p.20-344.

PALMER, R.H. e NESSON, H.R. (1982) – "A Review of Methods for Ambulatory Medical Care Evaluations", *Medical Care*, 20, p.758-781.

*PASCOE, G.C. (1984) – "Patient Satisfaction in Health Care – a Literature Review and Analysis", *Soc. Sci. Med.*, 6, p.185-210.

PATTON, L. (1989) – "Setting the Health Services Research Agenda: The Congressional Perspective", *Health Services Research*, 23, p.1005-1054.

PAUL, B.K. (1985) – "Approaches to Medical Geography: An Historical Prespective", *Soc. Sci. Med.*, 20, p.399-409.

PEACH, L. (1986) – "Manpower and Personnel Policies: The National Perspective", *Hospital and Health Services Review*, 82, p.201-217.

*PEARSON, M. (1982) – "Social Factors and Leprosy in Lamjung, West Central Nepal: Implication for Disease Control", *Ecology of Disease*, 1, p.229-236.

PEARSON, M. (1988) – "What Does Distance Matter? Leprosy Control in West Nepal", *Soc. Sci. Med.*, 26, p.25-36.PEARSON, M.; LANSLEY, J. e PICK, K. (1989) – "Preparation for Retirement in Europe: The Preserve of Privileged Few?", *Journal of Educational Gerontology*, 4.2, p.59-69.

PEARSON, M. (1990) – "Gender Issues in the Training and Education of Older People", *Journal of Educational Gerontology*, 5.1, p.6-15.

PEARSON, M. e SPENCER, S. (1989) – *Awareness and Use of Well Woman Services in Liverpool. Liverpool*, Dep. Gen. P.Uni. Liverpool.

PENCHANSKY, R. e THOMAS, J.W. (1981) – "The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, 19, p.127-140.

PEREIRA, J. (1988) – "Social Justice and Equity in Health in Portugal", *Estudos de Economia*, 8, p.345-364.

*PEREIRA, J. (1989) – "The Economic Interpretation of Equity in Health and Health Care", *Rev.Ass. Port. de Economia da Saúde*, 1, p.1-42.

*PEREIRA, J. (1990) – "Egalitarian Objectives in Health Policy: The Case of Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.29-35.

PEREIRA, J.; GIRALDES, M.R. e CAMPOS, A.C. (1991) – *Desigualdade e Saúde em Portugal. Lisboa*, Inst. Est. Desenvolvimento.

PEREIRA, J. e PINTO, C.G. (1990) – "Regressivity in an NHS-Type System. The Financing of Portuguese Health Care.", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.1-16.

PEREIRA, J.A.; CAMPOS, A.C.; CORTEZ, M.F. e COSTA, C. (1985) – *Equidade Geográfica no Sistema de Saúde Português*. Lisboa, ENSP.

PHELPS, C.E. e RICE, T. (1987) – "Induced Demand – Can We Ever Know Its Extent?", *Journal of Health Economics*, 6, p.375-376.

*PHILLIPS, D.R. (1979) – "Public Attitudes to General Practitioner Services: a Reflection of an Inverse Care Law in Intraurban Primary Medical Care?", *Environment and Planning*, 11, p.169-182.

*PHILLIPS, D.R. (1980) – "Spatial Patterns of Surgery Attendance: Some Implications for the Provision of Primary Health Care", *J. of the Royal College of Gen. Practit.*, 30, p.688-695.

*PHILLIPS, D.R. (1981) – *Contemporary Issues in the Geography of Health Care. Norwich, Geo Abstracts Ltd.*

*PHILLIPS, D.R. (1986a)) – "The Demand for and Utilisation of Health Services". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Sidney, Croom Helm, p.200-247.

*PHILLIPS, D.R. (1986b)) – "Primary Health Care in the Philippines: Banking on the Barangays?", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1105-1117

*PHILLIPS, D.R. (1990) – "Researching Epidemiological Transition: Problems and Prospects-Examples From South-east Asia". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.61-68

*PHILLIPS, D.R.; VINCENT, J. e BLACKSELL, S. (1986) – "Spatial concentration of Residential Homes for the Elderly: Planning Responses and Dilemmas", *Institut of British Geographers*, 12, p.73-83.

*PHILLIPS, D.R. e LEARMONTH, A. (1982) – *Access to Primary Health Care. Londres*, Open University.

*PHILLIPS, D.R. e WILLIAMS, A. (1984) – *Rural Britain – a Social Geography. Oxford*, Basil Blackwell.

*PICHERAL, H. (1982) – "Geographie Medicale, Geographie des Maladies, Geographie de la Sante", *L'Espace Geographique*, 11, p.161 a 175.

PIKET, J.J.C. (1980) – "Modern Mapping in the Netherlands", *The Cartographic Journal*, 17, p.40-48.

*PINCH, S.P. (1985) – *Cities and Services: The Geography of Collective Consumption. Londres*, Routledge & Kegan Paul.

PINCH, S.P. (1989) – "The Restructuring Thesis and the Study of Public Services", *Environment and Planning*, 21, p.905-926.

PINTO, C.G. (1988) – "A Incidência da Despesa Pública em Cuidados de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa em 1980-1981 e 1985", *Estudos de Economia*, 8, p.389-409.

PINTO, C.G. (1990) – "Uma Estrategia de Reforma do Sistema de Financiamento dos Cuidados de Saúde nos Países Subdesenvolvidos: A Recuperação de Custos.", *Boletim de Economia da Saúde*, 1-2, p.2-3.

PINTO, J.R. (1989) – *Aspectos Bioeticos Relacionados Com a Fase Terminal da Vida. Porto*,(Policopiado).

POLAND, B.D. ; TAYLOR, M.S. e HAYES, M.V. (1990) – "The Ecology of Health Services Utilization in Grenada, West Indies", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.13-24.

POPE, C. e HIBBARD, J. (1983) – "Gender Roles, Illness Orientation and Use of Medical Services", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.129-137.

*POWELL, M.A. (1986) – "Territorial Justice and Primary Health Care: An Example From London", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1093-1103.

PRICE, D.G. e BLAIR, A.M. (1989) – *The Changing Geography of the Service Sector*. Londres, Belhaven Press.

*PROTHERO, R.M. (1983) – "Medical Geography in Tropical Africa". In: McGILASHEN,N.D.; BLUNDEN,J.R: (ed.), *Geographical Aspects of Health, Londres*, Academic Press, p.136-153.

PUROLA, T. (1979) – "National Surveys of Health and Social Security in Finland". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health, Copenhaga*, WHO Regional Publications, p.381-386.

*PYLE, G.F. (1976) – "Introduction: Foundations to Medical Geography", *Economic Geography*, 52, p.95-102.

PYLE, G.F. (1977) – "International Communication and Medical Geography", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.679-682.

*PYLE, G.F. (1979) – *Applied Medical Geography. Washington,D.C.*, V.H. Winston & Sons.

PYLE, G.F. (1983) – "Three Decades of Medical Geography in the United States". In: N.D. McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health, Londres*, Academic Press, p.81-101.

*PYLE, G.F. (1985) – *The Diffusion of Influenza: Patterns and Paradigms*. Nova Jersey, Rowman and Littlefield.

*RADLEY, A. e GREEN, R. (1987) – "Illness as Adjustment: A Methology and Conceptual Framework", *Sociology of Health & Illness*, 9, p.179-207.

RAFALSKI, H.; BERNACKI, K. e SWITONIAK, T. (1979) – "Measurement of Health Status in Members of a Rural Population Occupationally Exposed to Noise and Vibration". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health, Copenhaga*, WHO Regional Publications, p.387-396.

RAJARATNAM, G.; BLACK, N.A. e DALZIEL, M. (1990) – "Total Hip Replacements in the National Health Service: Is Need Being Met?", *Journal of Public Health Medicine*, 12, p.56-59.

RAMOS, F.; PINTO, C.G.; MAGALHÃES, E.; MIGUEL, J.M.P. e CAMPOS, A.C. (1990) – "Avaliação Económica da Doenca Coronária – Estudo Custo/Efectividade da Intervenção Terapêutica para Redução da Colesterolemia", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.31-42.

*RAMOS, V. (1987) – "O Ressurgimento da Medicina Familiar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, p.157-168.

RAMOS, V. (1988) – "Prever a Medicina das Próximas Décadas. Que Implicações para o Planeamento da Educação Médica?", *Acta Médica Portuguesa*, 2, p.171-179.

*RAMOS, V. (1990) – "Incentivo ao Comportamento Eficiente dos Prestadores de Cuidados de Saúde – o Caso dos Médicos de Clínica Geral",*Boletim de Economia da Saúde*, 1-2, p.15-19

RATHWELL, T. e PHILLIPS, D.R. (1986) – *Health Race & Ethnicity*. Londres, Croom Helm Ltd.

REINER, M.M. (1990) – "Ranking Regression Analysis of Spatiotemporal Variables", *Environment and Planning*, 22, p.507-526.

*REINHARDT, U.E. (1985) – "The Theory of Physician-induced Demand. Reflections After a Decade", *Journal of Health Economics*, 4, p.187-193.

RHIND, D.W.; EVANS, I.S. e VISVALINGAM, M. (1980) – "Making a National Atlas of Population By Computer", *The Cartographic Journal*, 17, p.3-11.

*RICE, M. (1987) – "Inner-City Hospital Closures/Relocations: Race, Income Status, and Legal Issues", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.889-896.

RIFKIN, S.B. (1985) – *Health Planning and Community Participation*. Londres, Croom Helm.

RIGGE, M. (1987) – "Public Partnership With the NHS", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.206-209.

ROBERTS, J.A. (1989) – "The National Health Service in the UK: From Myths to Markets", *Health Policy and Planning*, 4, p.62-71.

ROCHA-TRINDADE, M.B. (1986) – "Do Rural ao Urbano: O Associativismo como Estratégia de Sobrevivência", *Análise Social*, 12, p.313-330.

RODRIGUES, J. (1989) – "What Is Happening to Hospital Utilization in Brazil?", *Health Policy and Planning*, 4, p.354-359.

*ROEMER, M.I. (1977) – *Systems of Health Care*. Nova York, Springer.

*ROGHMANN, K.J. e ZASTOWNY, T.R. (1979) – "Proximity as a Factor in the Selection of Health Care Providers: Emergency Room Visits Compared to Obstetric Admissions and Abortions", *Soc. Sci. Med.*, 13D, p.61-69.

RONA, R.J.; IRWIG, L.M.; FLOREY, C.D.V. e WAINWRIGHT, A.W. (1979) – "Surveillance of Growth as a Measurement of Health in the Community". In: WORLD HEALTH PUBLICA-

TIONS (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.387-396

ROSENBERG, M.W. (1983) – "Accessibility to Health Care: A North American Prespective", *Progress in Human Geography*, 7, p.78-87.

ROSENBERG, M.W. (1986) – "National Systems of Health Care Delivery". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p.126-161.

ROSENBERG, M.W. (1990) – "Health Care for the Elderly: A Comparison of Canada the United Kingdom and the United States". In: GRAHAM BENTHAM, ROBIN HAYNES AND IAN LANGFORD (ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, Norwich, University of East Anglia, p.60-61.

ROSENTHAL, M.M. (1987) – *Health Care in the People's Republic of China*. Colorado, Frederik A. Praeger.

ROUNDY, R.W.; ROUNDY, L.M. e NAWALINSKI, T. (1983) – "Scale in the Relationship Between Behaviour and Disease". In: N.D. McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.257-284.

*ROVIRA, J.; MURILLO, C.; COLL, P. e ANTO, J. (1985) – *Estudio Empirico del Impacto de Factores Sanitarios Y no Sanitarios Sobre el Nivel de Salud*. Barcelona, (policopiado).

*ROWLAND, A.J. e COOPER P. (1983) – *Environment and Health. Bristol*, Edward Arnold.

*SAINSBURY, E. (1977) – *The Personal Social Services*. Londres, Pitman.

SANTOS, B.S. (1984) – "A Crise e a Reconstituição do Estado em Portugal: 1974-84", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 14, p.7-29.

*SANTOS, B.S. (1987) – "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o Caso das Políticas de Saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, p.13-74.

SCARPACI, J.L. (1988) – "Help-Seking Behavior, Use, and Satifaction Among Frequent Primary Care Users in Santiago de Chile", *Journal of Health & Social Behavior*, 29, p.199-213.

SCARPACI, J.L. (1990) – *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Londres.

SCHWARTZ, W.B. e MENDELSON, D.N. (1991) – "Hospital Cost Containment in the 1980's-Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990's", *The New England Journal of Medicine*, 321, p.1037-1042.

*SCHWENK, T. e HUGHES, C. (1983) – "The Family as Patient in Family Medicine. Rhetoric or Reality?", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.1-16.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. ADSS DE COIMBRA (1978) – "Carta Sanitária Distrital", *Núcleo Orgânico de Coimbra*, I, p.1-49.

*SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH, WALES, NOTHERN IRELAND AND SCOTLAND (1989) – Working for Patients -*The Health Services – Caring for the 1990's*. Londres, Her Majesty's Stationarye.

*SENIOR, M.L. (1991) – "Deprivation Payments to GPs: Not What the Doctor Ordered", *Government and Policy*, 9, p.79-94.

SHANNON, G.W.; BASHUR, R. e METZNER, C.H. (1969) – "The Concept of Distance as a Factor in Accessibility and Utilization of Health Care", *Medical Care Review*, 26, p.143-161.

*SHANNON, G.W. (1977) – "Space, Time and Illness Behavior", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.683-689.

SHANNON, G.W. e BASHSHUR, R.L. (1982) – "Accessibility to Medical Care Among Urban American Indians in a Large Metropolitan Area", *Soc. Sci. Med.*, 16, p.571-575.

*SHANNON, G.W. e DEVER, G.E.A. (1974) – *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*. Nova Iorque, Mcgraw-hill Book Comp.

SHANNON, G.W. e SPURLOCK, C.W. (1976) – "Urban Ecological Containers, Environmental Risk Cells, and the Use of Medical Services", *Economic Geography*, 52, p.171-180.

SHORTELL, S.M. (1980) – "Factors Associated With the Utilization of Health Services". In: (ed.), *Introduction to Health Services*, EUA, Wiley and Sons, p.48-86.

SIDEL, V. e SIDEL, R. (1977) – "Primary Health Care in Relation to Socio-Political Structure", *Soc. Sci. Med.*, 11, p.415-419.

SILVA, J.M.C. (1990) – "Acreditar e Investir nas Pessoas, na Educação e na Formação Profissional", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.1-4.

SILVA, J.M.C. e DELGADO, M.S. (1985) – "Cuidados de Saúde Diferenciados, Sua Articulação e Continuidade Com os Cuidados Primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.13-18.

SILVA, M.C.C.T. (1982) – *Provision of Health Care in the District of Viana do Castelo – The Health Centre Services*. Exeter, Universidade de Exeter, (Tese de Mestrado, policopiado).

SILVA, M.C.C.T. (1986) – "Factors Influencing Medical Care Utilization in a Rural Community". In: (ed.), *IX Seminário Luso-Norueguês de Cuidados de Saúde Primários*, Vila Real, Comunicação.

*SILVA, M.C.C.T. (1988) – *Health Service in the Ribeira de Pena Concelho of Portugal*. (Tese de Doutoramento, policopiado),Exeter, University de Exeter.

*SILVA, M.M. (1984) – "Eficiência, Equidade e Participação -Coordenadas de uma Política de Saúde em Contexto de Crise Económica", *Política de Saúde*, 2, p.31-37.

SIMINOFF, L. (1986) – "Competition and Primary Care in the United States: Separating Fact From Fancy", *International Journal of Health Services*, 16, p.57-69.

*SIMÕES, J.M. (1986) – "Alguns Aspectos da Geografia da Saúde em Portugal", *Actas IV Colóquio Ibérico de Geografia*, Coimbra, p.447-462.

*SIMÕES, J.M. (1989) – *Saúde: O Território e as Desigualdades*. Universidade de Lisboa, Lisboa (Tese de Doutoramento, policopiado).

SIMPSON, R. (1978) – *Access to Primary Care*. West Cumbria, National Consumer Council.

SIMPSON, R.J. e McCLOSKEY, B.G. (1987) – "Sub-Regional Revenue Allocations and SMRS: Progress Towards Equity?", *Hospital and Health Services Review*, 83-, p.165-166.

SMALLMAN-RAYNOR, M.R. e CLIFF, A.D. (1989) – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

*SMITH, C.J. (1978) – "Problems and Prospects for a Geography of Mental Health", *Antipode, 10*, p.1-12.

SMITH, C.J. (1986) – "Equity in the Distribution of Health and Welfare Services: Can We Rely on the State to Reverse the 'Inverse Care Law?'", *Soc. Sci. Med.*, 23, p.1067-1078.

SMITH, C.W. (1987) – "Residential Accommodation for the Elderly in the Nottingham Health Authority", *The East Midland Geographers*, 9, p.45-51.

*SMITH, D.M. (1979) – *Where The Grass is Greener: Living in an Unequal World.* Penguim, Harmondsworth.

SMITH, D.M. (1989) – "Conclusion: From Social Problems and the City to the Social Problem of Injustice". In: D. HERBERT (ed.), *Social Problems and the City*, Londres, , p.387-396.

SOBRAL, F. (1989) – "Investigação das Relações Entre Saúde e Desporto: História, Estado Actual e Perspectivas de Evolução". In: JORGE BENTO; ANTÓNIO MARQUES (ed.), *Desporto. Saúde. Bem-estar*, Porto, Universidade do Porto, p.41-52.

*SONIS, A. – "Priorities". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.88-93.

SORRE, M. (1971) – *Les Fondements Biologiques de La Geographie Humaine* (Essai d'une Ecologie de L'Homme). Paris, Armand Colin.

STARFIELD, B. (1986) – "Primary Care in the United States", *International Journal of Health Services*, 16, p.179-199.

STARTWELL, P.; MAXCY, K. e ROSENAU, M. (1979) – *Medicina Preventiva e Saúde Pública. Lisboa*, Fund. Calouste Gulbenkian.

STEVENS, R. (1984) – "The Evolution of the Health-Care Systems in the United States and the United Kingdom: Similarities and Differences". In: N. BLACK; D.BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.187-193.

*STIMSON, R.J. (1981) – "The Provision and Use of General Practitioner Services in Adelaide, Australia: Application of Tools of Locational Analysis and Theories of Provider and User Spatial Behaviour", *Soc. Sci. Med.*, 15, p.27-44.

STIMSON, R.J. (1983) – "Research Design and Methodological Problems in the Geography of Health". In: N.D. MCGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.321-334.

STOCK, R. (1983) – "Distance and the Utilization of Health Facilities in Rural Nigeria", *Soc. Sci. Med.*, 17, p.563-570.

*STOCK, R. (1987) – "Understanding Health Care Bbehaviour: a Model Together With Evidence from Nigéria". In: ALCHTOV R (ed.) *Heath and disease in tropical África*, University G Wales, Cardif, Reino Unido.

SUCHMAN, E.A. (1965) – "Social Patterns of Illness and Medical Care", Journal of Health and Human Behavior, 6, p.114-128

*SUTHERLAND, H.; LOCKWOOD, G.; MINKIN, S.; TRITCHLER, D.; TILL, J. e LLEWELLYN-THOMAS, H. (1989) – "Measuring Satisfaction With Health Care: A Comparison of Single With Paired Rating Strategies", *Soc. Sci. Med.*, 28, p.53-58.

SWANEY, J. e WARD, F. (1985) – "Optimally Locating a National Public Facility: An Empirical Application of Consumer Surplus Theory", *Economic Geography*, 1, p.172-201.

*TANNAHILL, A. (1988) – "Health Promotion and Public Health: A Model in Action", *Community Medicine*, 10, p.48-51.

*TAYLOR, D.R.F. (1981) – *Graphic Communication and Design in Contemporary Cartography: An Introduction.*

*TAYLOR, P. (1975) – "Distance Decay in Spatial interactions", *CATOMOG 2, Geo Abstracts*, University of East Anglia, Norwich, Reino Unido.

TEDESCHI, P.; WOLFE, R. e GRIFFITH, J. (1990) – "Micro-Area Variation in Hospital Use", *Health Services Research*, 24:6, p.729-740.

TEMKIN-GREENER, H. e CLARK, K.T. (1988) – "Ethnicism, Gender, and Utilization of Mental Health Services in a Medicaid Population", *Soc. Sci. Med.*, 26, p.989-996.

THACKER, S. e BERKELMAN, R. (1988) – "Public Health Surveillance in the United States", *Epidemiologic Reviews*, 10, p.164-190.

THE U205 COURSE TEAM (1985) – *The Health of the Nations.* Keynes, The Open University Press.

THE WORLD BANK (1990) – *World Development Report 1990- Poverty.* Washington D.C., Oxford University Press

*THOMAS, C.J. (1976) – "Sociospacial Variation and the Use of Services". In: D.T. HERBERT e R.J. JOHNSTON (ed.), *Social Areas in Cities*, Chichester, Wiley.

THOMAS, C.J. e PHILLIPS, D.R. (1978) – "An Ecological Analysis of Child Medical Emergency Admissions to Hospitals in West Glamorgan", *Soc. Sci. Med.*, 12D, p.183-192.

THOMAS, R.G. e MASSE, L.M.E. (1979) – "Maternity and Infant Services". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.108-112.

THOUEZ, J.P.; FOGGIN, P. e RANNOU, A. (1990) – "Correlates of Health-Care Use: Inuit and Cree of Northern Quebec", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.25-34.

THOUEZ, J.P. (1983) – "The Evolution of Medical Geography in Canada". In: N.D. McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.103-117.

TIVERS, J. (1977) – "Constraints on Spatial Activity Patterns: Women With Young Children", *Dep. of Geography, Univers. of London*, 6, p.1-29.

TIVERS, J. (1988) – "Women With Young Children: Constraints on Activities in the Urban Environment", *New York University Press*, 5, p.84-97.

TOWNSEND, P. (1974) – "Inequality and the Health Services", *Lancet*, 1, p.1179-1190.

*TOWNSEND, P. (1986) – "Why Are the Many Poor?", *International Journal of Health Services*, 16, p.1.

*TOWNSEND, P. e DAVIDSON, N. (1988) – "The Black Report". In: PETER TOWNSEND AND NICK DAVIDSON (ed.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., p.1-216.

TWIGG, L. (1990) – "Health Based Geographical Information Systems: Their Potential Examined in the Light of Existing Data Sources", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.143-155.

URBANO, J. e BENTES, B. (1990) – "Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.49-61.

VALVONA, J. e SLOAN, F. (1988) – "Hospital Profitability and Capital Structure: A Comparative Analysis", *Health Services Research*, 23, p.343-358.

VAN DER GEEST, S.; SPECKMANN, J.D. e STREEFLAND, P.H. (1990) – "Primary Health Care in a Multi-Level Perspective: Towards a Research Agenda", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.1025-1034.

VAN DER GEEST, S. (1987) – "Pharmaceuticals in the Third World: The Local Perspectives", *Soc. Sci. Med.*, 25.

VAN DER STUYFT, P.; DE MUYNCK, A.; SCHILLEMANS, L. e TIMMERMAN, C.H. (1989) – "Migration, Acculturation and Utilization of Primary Health Care", *Soc. Sci. Med.*, 29, p.53-60.

*VAZ, A.M; SECO, O.M. (1990) – "Sistema de Informação dos Utentes Para a Qualidade (SIUQ)", *Feira de Projectos de Gestão de Serviços de Saúde*, Coimbra,. P.P.A.H. (policopiado).

*VAZ, A.M.; SIMÕES, J.A. e PINTO, M.M. (1990) – *Projecto Domus -uma Alternativa à Hospitalização – o Servico Domiciliário Comunitário de Coimbra.* Coimbra, (policopiado).

VEEDER, N.W. (1975) – "Health Services Utilization Models for Human Services Planning", *Jour.of the American Institute of Plann.*, 41, p.101-109.

VERBRUGGE, L.M. (1989) – "The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality", *Journal of Health and Social Behavior*, 30, p.282-304.

*VERHASSELT, Y. (1983) – "The Geography of Health in France and the Benelux Countries". In: N.D. McGLASHAN; J.R. BLUNDEN (ed.), *Geographical Aspects of Health*, Londres, Academic Press, p.63-80.

*VERNON, S.W. e BUFFLER, P.A. (1988) – "The Status of Status Inconsistency", *Epidemiologic Reviews*, 10, p.65-87.

*VICTOR, C.H. e VETTER, N. (1986) – "Poverty, Disability and Use of Services By the Elderly: Analysis of the 1980 General Household Survey", *Soc. Sci. Med.*, 22, p.1087-1091.

*VIDAL, C.A. (1986) – "Equipamentos de Saúde Como Factores de Valorização dos Recursos Humanos, numa Óptica do Desenvolvimento Economico-Social", Policopiado, , p.1-9.

*VUORI, H. (1986) – "Health for All, Primary Health Care and General Practitioners", *J. of the Royal College of Gen. Practit.*, 36, p.398-402.

*WAGSTAFF, A. (1986) – "The Demand for Health. Some New Empirical Evidence", *Journal of Health Economics*, 5, p.195-233.

*WAGSTAFF, A. (1989) – "The Measurement of Hospital Efficiency: A Comment", *Soc. Sci Med.*, 28, p.13-17.

WALDRAM, J. (1990) – "Physician Utilization and Urban Native People in Saskatoon, Canada", *Soc. Sci. Med.*, 30, p.579-589.

WALT, G. (1990) – *Community Health Workers in National Programmes. Just Another Pair of Hands?*. Filadelfia, Open University Press.

WAN, T.H. e BROIDA, J. (1986) – "Socio-Medical Determinants of Hospital Utilization in Quebec, Canada 1970-1975", *International Journal of Health Service*, 16, p.43-55.

*WARE, J.E.; SNYDER, M.K.; WRIGHT, W.R. e DAVIES, A.R. (1983) – "Defining and Measuring Patient Satisfaction With Medical Care", *Soc. Sci. Med.*, 6, p.247-263.

WARNES, A.M. (1989) – "Social Problems of Elderly People in Cities". In: D. HERBERT (ed.), *Social Problems and the City*, Londres, , p.197-211.

*WARNES, A.M. (1990) – "Geographical Questions in Gerontology: Needed Directions for Research", *Association of American Geographers*, 14, p.24-56.

WATERS, W.E e ACHESON, E.D. (1979) – "Variations in Hospital Stay and Sickness Absence Following Inguinal Herniorrhaphy". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.249-252.

WEBB , J.W. (1987) – "Everyone Understands General Medical Practice!", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.169-172.

WEBER, M. (1963) – *Essays in Sociology. Londres*, Oxford University Press.

WEDDELL, J. (1979) – "The Epidemiology of Medical Care for Stroke Patients". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.429-438.

WEIL, C. (1979) – "Morbidity, Mortality and Diet as Indicators of Physical and Economic Adaptation Among Bolivian Migrants", *Soc. Sci. Med.*, 13D, p.215-222.

WELCH, W.P. (1991) – "Defining Geographic Areas to Adjust Payments to Physicians, Hospitals, and HMOs", *Inquiry*, 28, p.151-160.

WERNER, C. (1985) – "Spatial Transportation Modeling". In: GRANT IAN THRALL (ed.), *Scientific Geography Series, Beverly Hills, Sage Publications*, 5.

*WEST, R. (1984) – "Alternative Medicine: Prospects and Speculations". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p.341-347.

WHEELER, J.O. (1968) – "Residential Location by Occupational Status", *Urban Studies*, 5.1, p.58-55.

*WHITE, A.N. (1979a)) – "Accessibility and Public Facility Location", *Economic Geography*, 55, p.18-35.

WHITE, K.L.; ANDERSON, D.O.; INDULSKI, J.; MABRY, J.H. e PUROLA, Y. (1976) – "Health Services Systems and Their Study". In: ROBERT KOHN AND KERR L. WHITE (ed.), *Health Care: an International Study*, Nova Iorque, Oxford University Press, p.1-9.

*WHITE, K.L. (1979b)) – "Equitable Allocation of Resources". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.59-63.

*WHITE, K.L. (1979c)) – "Resource Allocation: Balancing Needs, Resources and Use". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, p.439-446.

*WHITE, K.L. (1985) – "Health Surveys", *World Health Statistics Quarterly*, 38, p.2-35.

*WHITEHEAD, M. (1988) – "The Health Divide". In: MARGARET WHITEHEAD (ed.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., p.217-351.

*WHITELEG, J. (1982) – *Inequalities in Health Care: Problems of Acces and Provision. Retford*, Straw Barnes Press.

*WHITELEGG, J. (1986) – "The Spatial Patterning and Suply of Health Services". In: MICHAEL PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p.162-199.

WIDGERY, D. (1988) – "The National Health. A Radical Perspective". In: DAVID WIDGERY (ed.), *The National Health. a Radical Perspective*, Londres, The Hogarth Press.

WILCOX, A.J. e RUSSELL, I. (1986) – "Birthweight and Perinatal Mortality: Towards a New Method of Analysis", *International Journal of Epidemiology*, 15, p.188-196.

*WILLIAMS, S. e TORRENS, P.R. (1980) – *Evaluation of Health Services and Quality of Care. E.U.A., John Willey and Sons.*

*WILLIAMS, S. e TORRENS, P.R. (1980) – *Introduction to Health Services. E.U.A., John Willey and Sons.*

WILSON, C.R.M. (1987) – "The Nature and Purpose of Quality Assurance", *Hospital-Wide Quality Assurance*, , p.1-81.

WINKLEBY, M.A.; JATULIS, D.E.; FRANK, e.; Fortmann, S.P. (1992) – "Socioeconomic Status Metod. and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disese", *Am. J. Public. Health.* 82 (6): 816-20.

WINN, S. (1987) – "Psychiatric Disorders in Nottingham: A Comparison of Diagnostic and Age Groups", *The East Midland Geographer*, 9, p.21-29.

*WLODARCZKY, C.W.; SIKORSKA, M. e BRYLA, M. (1985) – "Comportamento Economico de Prestadores em Sistemas de Saúde Centralmente Planificados", *Revista Poruguesa de Saúde Pública*, 3, p.57-63.

*WOLFE, B.L. (1984) – "Measuring Disability and Health", *Journal of Health Economics*, 3, p.187-193.

WOLINSKY, F.; MOSELY II, R. e COE, R.M. (1986) – "A Cohort Analysis of the Use of Health Services by Elderly Americans", *Journal Health and Social Behavior*, 27, p.208-219.

WOLINSKY, F.D. (1978) – "Assessing the Effects of Predisposing, Enabling and Illness-Morbidity Characteristics on Health Services Utilization", *Journal of Health & Social* Behavior, 19, p.384-396.

WONG, E.L.; POPKIN, B.M.P.; GUILKEY, D.K. e AKIN,J.S. (1987) – "Accessibility, Quality of Care and Prenatal Care Use in the Philippines", *Soc. Sci. Med.*, 24, p.927-944.

WOODWARD, C.A. e CHAMBERS, L.W. (1986) – *Guide to Questionnaire Construction and Question Writing.* Otava, Canad. Pub. Health Assoc.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1973) – "Inter-Relationships Between Health Programmes and Socio-Economic Development", *Public Health Papers*, 49, WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980) – *Strategies for All By the Year 2000.* Nova Deli, WHO.

WRIGLEY, E.A. (1987) – "People, Cities and Wealth. The Transformation of Traditional Society", *Institute of British Geographers*, 13, p.504-508.

*YACOOB, M.; BRIEGER, W. e WATTS, S. (1989) – "Primary Health Care: Why Has Water Been Neglected?", *Health Policy and Planning*, 4, p.328-333.

YANAGAWA, H.; HARA, N.; HASHIMOTO, T.; YOKOYAMA, H. e TACHIBANA, K. (1981) – "Geographical Pattern of Tuberculosis and Related Factors in Japan", *Soc. Sci. Med.*, 15D, p.141-148.

*YOUNG, B. (1987) – "IHSM Presidential Address 1987", *Hospital and Health Services Review*, 83, p.199-202.

YOUNG, J.C. (1981) – "Non-use of Phisicians: Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models", *Soc. Sci. Med.*, 15B, p.499-507.

"ZIGLIO, E. (1991) – "Indicators of Health Promotion Policy: Directions for Research". In: BERNARD BADURA AND ILONA KICKBUCH (ed.) *Health Promotion Research. Towards e new social epidemiology.* WHO Regional publications European Séries, 37. p.29 – 54.

FONTES ESTATÍSTICAS

CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA (1990) – *Estatística do Movimento Assistencial. Relatório de Actividades.* Coimbra, Depart. Inf. para a Gestão.

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1988) – *Inquérito Nacional de Saúde – 1987. Quadros Referentes À Região Centro.* Lisboa, DEPS.

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1990) – *Estabelecimentos de Saúde por Concelho, 1989.* Lisboa, DEPS.

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1990) – *Portugal. Saúde 1989.* Lisboa, DEPS.

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1991) – *Elementos Estatísticos. Saúde/89.* Lisboa, DEPS.

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEANENTO DA SAÚDE (1989) – *Inquérito Nacional de Saúde – 1987. Quadros Referentes ao Continente e Área Metropolitana de Lisboa.* Lisboa, DEPS.

DIRECÇÃO GERAL DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE (1986) – *Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa.

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (1990) – *Estatística do Movimento Assistencial*, 1990. Coimbra, Serviços de Estatística.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1970) – *Recenseamento Geral da População.* Lisboa, I.N.E.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1981) – *Recenseamento Geral da População.* Lisboa, I.N.E.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1988) – *Estatísticas da Saúde.* Lisboa, I.N.E.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1989) – *Inquérito Aos Orcamentos Familiares – Metedologia.* Lisboa, I.N.E.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1991) – *Estatísticas da Saúde.* Lisboa, I.N.E.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – (1993) – *Alterações Demográficas nas Regiões Portuguesas entre 1981-1991*, Lisboa, I.N.E., Gabinete de Estudos Demográficos.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – DIRECÇÃO REGIONAL DO CENTRO (1991) – *Censos 91. Resultados Preliminares – Região Centro.* Coimbra, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE PORTUGAL (1989) – *Estatística da Saúde 1989.* Lisboa, I.N.E.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA (1985) – A *Administração Local em números.* Lisboa.

ORGANIZATION DE COOPERATION ET DEVELOPEMENT ECONÓMIQUE (1990)- *La Santé en chiffres.* Paris.

SELGEC (1989) – *Índice do Poder de Compra Regional. Base de Dados Distritais.* Lisboa, SELGEC.

SELGEC (1991) – *Índice do Poder de Compra Regional.* Lisboa, SELGEC.

ÍNDICE DE FIGURAS

pág.

Fig. 3.1. Esquema do Acesso aos Serviços de Saúde 52

Fig. 3.2. Despesas totais com a saúde por pessoa em alguns países da Europa, 1987..... 54

Fig. 3.3. Percentagem das Despesas Totais em Saúde no PIB, ano de 1987, em alguns países da Europa..... 55

Fig. 3.4. Percentagem Despesas Públicas no PIB em alguns países da Europa..... 55

Fig. 3.5. Despesas em Saúde, ano de 1987. Percentagem das Despesas Públicas sobre as Despesas Totais, em alguns países da Europa..... 56

Fig. 3.6. Consultas Médicas. Média de consultas por pessoa, em alguns países da Europa... 57

Fig. 3.7. População por Médico, em alguns países da Europa..... 57

Fig. 3.8. Número médio de dias hospitalização por pessoa, em alguns países da Europa..... 58

Fig. 3.9. População por Enfermeiros, em alguns países da Europa..... 58

Fig. 3.10. População por Dentista, em alguns países da Europa 59

Fig. 3.11. População por Farmacêuticos em alguns países da Europa..... 59

Fig. 3.12. Mortalidade Infantil, em alguns países da Europa 60

Fig. 3.13. Mortalidade Perinatal, em alguns países da Europa 60

Fig. 3.14. Esperança de Vida à Nascença, em alguns países da Europa. Sexo Feminino..... 61

Fig. 3.15. Esperança de Vida à Nascença, em alguns países da Europa. Sexo Masculino. 61

Fig. 4.1. Localização da área de estudo..... 69

Fig. 5.1. Concelho de Coimbra. Densidade Populacional, 1981 82

Fig. 5.2. Concelho de Coimbra. Variação da População Residente, 1970/1981..... 83

Fig. 5.3. Concelho de Góis. Densidade Populacional, 1981..... 91

Fig. 5.4. Concelho de Góis. Variação da População Residente 1970,1981 93

Fig. 5.5. Concelho de Coimbra. Caracterização morfo-funcional..... 103

Fig. 5.6. Concelho de Coimbra. Acessibilidade das Sedes de Freguesia. Número de carreiras diárias de transportes públicos..... 104

Fig. 5.7. Concelho de Coimbra. Isócronas - Sedes de Freguesia..... 105

Fig. 5.8. Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1988..... 107

Fig. 5.9. Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1990 108
Fig. 5.10. Concelho de Coimbra. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1992 109
Fig. 5.11. Concelho de Coimbra. Área de Influência dos Centros de Saúde, 1990 112
Fig. 5.12. Concelho de Coimbra. Recursos Humanos dos Centros de Saúde e População Inscrita - 1990 113
Fig. 5.13. Concelho de Coimbra. Área de influênciados Centros de Saúde, 1992 115
Fig. 5.14. Cidade de Coimbra. Localização das Farmácias, Laboratórios de Análises e Radiologia, 1990 122
Fig. 5.15. Cidade de Coimbra. Localização dos Médicos Especialistas em consultório privado, 1990 123
Fig. 5.16. Concelho de Góis. Localização dos Serviços de Saúde Públicos, 1990 124
Fig. 6.1. Pirâmide de idades do Concelho de Coimbra 134
Fig. 6.2. Concelho de Coimbra. Escolaridade segundo as áreas de residência 138
Fig. 6.3. Concelho de Coimbra. Principal fonte de rendimento segundo o sexo 140
Fig. 6.4. Concelho de Coimbra. Ocupação segundo o sexo 141
Fig. 6.5. Concelho de Coimbra. Escalões de rendimento segundo o sexo 142
Fig. 6.6. Concelho de Coimbra. Rendimento num mês segundo o sexo 143
Fig. 6.7. Pirâmide de idades do Concelho de Góis 145
Fig. 6.8. Escolaridade segundo áreas de residência 149
Fig. 6.9. Concelho de Góis. Principal fonte de rendimento segundo sexo 151
Fig. 6.10. Concelho de Góis. Ocupação segundo sexo 152
Fig. 6.11. Concelho de Góis. Escalões de rendimento segundo o sexo 153
Fig. 6.12. Concelho de Góis. Rendimento no mês segundo o sexo 153
Fig. 6.13. Concelho de Góis. Principal fonte de rendimento segundo sexo 155
Fig. 6.14. Concelho de Coimbra. Inscritos no centro de saúde segundo Subsistema do utilizador 155
Fig. 6.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Comparação dos grupos de idade 160
Fig. 6.16. Concelhos de Coimbra e Góis. Característica da População 160
Fig. 6.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Ocupação segundo o sexo 161
Fig. 6.18. Concelhos de Coimbra e Góis. Rendimento num mês segundo o sexo 161

Fig. 7.1. População com "doença" (em 15 dias) nos concelhos de Coimbra e Góis. Distribuição percentual 180

Fig. 7.2. População com "doença" (em 15 dias) nos concelhos de Coimbra e Góis. Média de dias de "doença" 182

Fig. 7.3. População com "doença" (1 ano) nos concelhos de Coimbra e Góis. Distribuição percentual 183

Fig. 7.4. População com "doença" (1 ano) nos concelhos de Coimbra e Góis. Média de dias "doença" 183

Fig. 8.1. Concelho de Coimbra. Taxa de utilização dos serviços de saúde em 6 meses 188

Fig. 8.2. Concelho de Coimbra. Utilização dos serviços de saúde, em 6 meses para os que tiveram consulta 189

Fig. 8.3. Concelho de Coimbra. Utilização dos serviços de saúde, em 6 meses. Distribuição percentua 191

Fig. 8.4. Concelho de Góis. Taxa de utilização dos serviços de saúde, em 6 meses. 193

Fig. 8.5. Concelho de Góis. Utilização dos serviços em 6 meses para os que tiveram consulta 194

Fig. 8.6. Concelho de Góis. Utilização dos serviços de saúde, em 6 meses. Distribuição percentual 195

Fig. 8.7. Utilização das 1as. consultas externas no H.U.C. Segundo os distritos 212

Fig. 8.8. Utilização das 1as. consultas externas no H.U.C. Proveniência segundo o sexo 213

Fig. 8.8.A Utilização das 1as. consultas externas no H.U.C. Serviços segundo o sexo 214

Fig. 8.9. Motivos clínicos da utilização das consultas externas no Hospital 215

Fig. 8.10. Motivos clínicos da utilização da urgência no Hospital 215

Fig. 8.11. Motivos clínicos do internamento no Hospital 216

Fig. 8.12. Motivos clínicos de tratamento no Hospital 216

Fig. 8.13. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos serviços de saúde. Razões segundo o local prestador 221

Fig. 8.14. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos serviços de saúde. Cuidados de Saúde Primários Públicos. Razões na perspectiva do prestador 223

Fig. 8.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Não utilização dos serviços de saúde. Razões segundo o local prestador 224

Fig. 8.16. Concelhos de Coimbra e Góis. Local prestador da última consulta 236

Fig. 8.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Local prestador da última consulta segundo freguesias de residência com Cuidados de Saúde Primários Públicos 236

Fig. 8.18. Concelhos de Coimbra e Góis. Local prestador da última consulta segundo grupos de idade 237

Fig. 8.19. Concelhos de Coimbra e Góis. Local prestador da última consulta segundo grupos sociais 238

Fig. 8.20. Concelhos de Coimbra e Góis. Local prestador da última consulta segundo áreas de residência 239

Fig. 9.1. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo de Deslocação ao Serviço de Saúde 246

Fig. 9.2. Concelhos de Coimbra e Góis. Meio de Deslocação Segundo os Serviços de Saúde 247

Fig. 9.3. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo Médio de Deslocação Segundo o Meio Utilizado 250

Fig. 9.4. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Centro de Saúde Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte 251

Fig. 9.5. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Extensão Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte 251

Fig. 9.6. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Médico Privado Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte 252

Fig. 9.7. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilizadores de Médico Convencionado Segundo Grupos de Idade e Meio de Transporte 252

Fig. 9.8. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo de Espera para Atendimento no Dia da Consulta 253

Fig. 9.9. Concelhos de Coimbra e Góis. Custo da Deslocação aos Serviços de Saúde 256

Fig. 9.10. Utilização dos Cuidados de Saúde Primários Públicos. Freguesias do Concelho de Coimbra 257

Fig 9.11. Utilização dos Cuidados de Saúde Primários Públicos. Freguesias do Concelho de Góis 258

Fig. 9.12. Concelho de Coimbra. Utilização do Centro de Saúde em Função da Distância 259

Fig. 9.13. Concelho de Góis. Utilização do Centro de Saúde em Função da Distância 260

Fig. 9.14. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários Públicos. Freguesias do Concelho de Coimbra 261

Fig. 9.15. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do Hospital em Função da Distância 263

Fig. 9.16. Localização das Freguesias em Estudo 269

Fig. 9.17. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Centro de Saúde Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 270

Fig. 9.18. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Extensão do Centro de Saúde Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 270

Fig. 9.19. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Médico Privado Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 271

Fig. 9.20. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Médico Convencionado Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 271

Fig. 9.21. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Consulta Externa do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 272

Fig. 9.22. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) da Urgência do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 272

Fig. 9.23. Isolinhas de Utilização Média (nº de Consultas) do Total do Hospital Segundo Freguesia Sede de Serviço ... 273

Fig. 9.24. Utilização dos Cuidados de Saúde em Áreas Urbanas e Rurais ... 275

Fig. 9.25. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos de Idade ... 277

Fig. 9.26. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos de Idade ... 277

Fig. 9.27. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo o Sexo 279

Fig. 9.28. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos Sociais ... 280

Fig. 9.29. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Grupos Sociais ... 281

Fig. 9.30. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo a Condição Sócio-Profissional ... 282

Fig. 9.31. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo a Condição Sócio-Profissional ... 282

Fig. 9.32. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo "Doença" (15 dias) ... 284

Fig. 9.33. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo "Doença" (15 dias) ... 284

Fig. 9.34. Concelho de Coimbra. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Rendimento ... 287

Fig. 9.35. Concelho de Góis. Utilização dos Serviços de Saúde Segundo Rendimento ... 287

Fig. 10.1. Concelhos de Coimbra e Góis. Níveis de Satisfação Segundo Sexos e Serviços de Saúde ... 298

Fig. 10.2. Concelhos de Coimbra e Góis. Níveis de Satisfação Segundo Grupos de Idade e Local Prestador 299

Fig. 10.3. Concelhos de Coimbra e Góis. Níveis de Satisfação Segundo Grupos Sociais e Local Prestador 300

Fig. 10.4. Concelho de Coimbra. Insatisfação com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador 302

Fig. 10.5. Concelho de Góis. Insatisfação com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador 302

Fig. 10.6. Concelhos de Coimbra e Góis. Satisfação Media com os Serviços de Saúde na Perspectiva do Prestador 304

ÍNDICE DE QUADROS

pág.

Qd. 4.1. Concelho de Coimbra. Unidades de alojamento e População estudada 70

Qd. 4.2. Concelho de Góis. Unidades de alojamento e População estudada 71

Qd. 5.1. Concelho de Coimbra. População residente, Densidade, Família, Pessoa/Família e Alojamento. Variação entre 1970 e 1981 84

Qd. 5.2. Concelho de Coimbra. Regime de ocupação (1981) 86

Qd. 5.3. Concelho de Coimbra. Tipo de ocupação (1981) 87

Qd. 5.4. Concelho de Coimbra. Condições de habitabilidade-alojamentos familiares 88

Qd. 5.5. Concelho de Coimbra. População, Famílias, Alojamento e Edificios. Variação entre 1981 e 1991 90

Qd. 5.6. Concelho de Góis. Variação da população entre 1970 e 1980 92

Qd. 5.7. Concelho de Góis. Regime de ocupação (1981) 92

Qd. 5.8. Concelho de Góis. Tipo de Ocupação (1981) 94

Qd. 5.9. Concelho de Góis. Condições de habitabilidade. Alojamentos familiares 95

Qd. 5.10. Concelho de Góis. População, Família e Alojamento. Variação entre 1981 e 1991 .. 96

Qd. 5.11. Distrito de Coimbra e Concelhos de Coimbra e Góis. População activa-1981 97

Qd. 5.12. Distrito de Coimbra e Concelhos de Coimbra e Góis. População residente activa segundo grupos de profissões 97

Qd. 5.13. Concelho de Coimbra. Centro de saúde de Celas. Distribuição dos recursos humanos 110

Qd. 5.14. Concelho de Coimbra. Inscritos nos Centros de Saúde por Pessoal Prestador 112

Qd. 5.15. Centro de Saúde Fernão de Magalhães. Distribuição dos recursos humanos 114

Qd. 5.16. Centro de Saúde Santa Clara. Distribuição dos recursos humanos 114

Qd. 5.17. Centro de Saúde S. Martinho do Bispo. Distribuição dos recursos humanos 114

Qd. 5.18. Centro de Saúde de Norton de Matos. Distribuição dos recursos humanos 114

Qd. 5.19. População inscrita e recursos humanos nos centros de saúde dos concelhos de Coimbra e Góis 116

Qd. 5.20. Concelho de Coimbra. Unidades de saúde com internamento. Públicas e privadas 118

Qd. 6.1. Concelho de Coimbra. Condições de Habitabilidade. Distribuição percentual 130

Qd. 6.2. Concelho de Coimbra. Indicadores sócio-económicos. Distribuição percentual..... 131

Qd. 6.3. Concelho de Góis. Condições de Habitabilidade. Distribuição percentual..... 133

Qd. 6.4. Concelho de Góis. Indicadores sócio-económicos. Distribuição percentual..... 133

Qd. 6.5. Concelho de Coimbra. Relação entre a população com 65 e mais anos e a igual ou inferior a 14 anos. Distribuição percentual por freguesia 135

Qd. 6.6. Concelho de Coimbra. Estado civil segundo grupos de idade e sexo. Distribuição percentual 136

Qd. 6.7. Concelho de Coimbra. Escolaridade segundo grupos de idade e sexo. Distribuição percentual 137

Qd. 6.8. Concelho de Coimbra. Situação económica segundo grupos de idade e sexo. Distribuição percentual..... 139

Qd. 6.9. Concelho de Coimbra. Ocupação segundo o sexo. Distribuição percentual 141

Qd. 6.10. Concelho de Coimbra. Grupos sociais segundo áreas de residência. Distribuição percentual 144

Qd. 6.11. Concelho de Góis. Relação entre a população com 65 e mais anos e a igual ou inferior a 14 anos. Distribuição percentual por freguesia..... 146

Qd. 6.12. Concelho de Góis. Estado civil por grupos de idade e sexo. Distribuição percentual..... 147

Qd. 6.13. Concelho de Góis. Escolaridade segundo idade e sexo. Distribuição percentual..... 148

Qd. 6.14. Concelho de Góis. Situação económica segundo grupos de idade e sexo. Distribuição percentual..... 150

Qd. 6.15. Concelho de Góis. Ocupação segundo sexo. Distribuição percentual..... 151

Qd. 6.16. Concelho de Góis. Grupos sociais segundo áreas de residência. Distribuição percentual 154

Qd. 6.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Subsistemas de saúde do utilizador. Distribuição percentual 156

Qd. 6.18. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo de inscrição no centro ou extensão. Distribuição percentual..... 156

Qd. 6.19. Concelhos de Coimbra e Góis. Razão de inscrição no centro de saúde ou extensão. Distribuição percentual..... 156

Qd. 6.20. Concelhos de Coimbra e Góis. Tipo de seguros. Distribuição percentual..... 157

Qd. 7.1. Concelho de Coimbra. População com período de doença (15 dias) segundo sexo. Distribuição percentual e nº de casos 164

Qd. 7.2. Concelho de Coimbra. Percepção de doença. Período de doença (em 15 dias) segundo grupos de idade e sexo 165

Qd. 7.3. Concelho de Coimbra. Percepção de doença. Período de doença (15 dias) segundo grupos sociais e sexo 167

Qd. 7.4. Concelho de Coimbra. Percepção de doença. Período de doença nos últimos 15 dias segundo área de residência e sexo 168

Qd. 7.5. Concelho de Góis. População com período de doença (15 dias) segundo sexo. Distribuição percentual 169

Qd. 7.6. Concelho de Góis. Percepção de doença. Período de doença (15 dias) segundo grupos de idade e sexo 170

Qd. 7.7. Concelho de Góis. Percepção de doença. Período de doença (15 dias) segundo grupos sociais e sexo 171

Qd. 7.8. Concelho de Góis. Percepção de doença. População com período de doença (15 dias) segundo áreas de residência e sexo 172

Qd. 7.9. Concelho de Coimbra. Percepção de doença. População com período de doença (1 ano) segundo grupos de idade e sexo 174

Qd. 7.10. Concelho de de Coimbra. Percepção de doença. População com período de doença, (1 ano) segundo grupos sociais e sexo 175

Qd. 7.11. Concelho de Coimbra. Percepção de doença . População com período de doença (1 ano) segundo áreas de residência 176

Qd. 7.12. Concelho de Góis. Percepção de doença. População com período de doença (1 ano) segundo grupos de idade e sexo 177

Qd. .7.13. Concelho de Góis. Percepção de doença. População com período de doença (1 ano) segundo grupos sociais e sexo 178

Qd. 7.14. Concelho de Góis. Percepção de doença. População com período de doença (1 ano) segundo áreas de residência e sexo 179

Qd. 8.1. Concelho de Coimbra. Utilização dos serviços (15 dias) segundo "doentes" e "não doentes" e sexo. Distribuição percentual 186

Qd. 8.2. Concelho de Góis. Utilização dos serviços (15 dias) segundo "doentes" e "não doentes" e sexos. Distribuição percentual 187

Qd. 8.3. Concelho de Coimbra. Serviços de saúde utilizados (6 meses) relativo ao total da amostra. Distribuição percentual 189

Qd. 8.4. Concelho de Coimbra. Serviços de saúde utilizados para os que tiveram consulta em 6 meses. Distribuição percentual e número de casos 190

Qd. 8.5. Concelho de Coimbra. Serviço de saúde utilizada em 6 meses segundo freguesia de residência. Distribuição percentual e números de casos 190

Qd. 8.6. Concelho de Góis. Serviços de saúde utilizados (6 meses) relativo ao total da amostra. Distribuição percentual 193

Qd. 8.7. Concelho de Góis. Serviços de saúde utilizados para os que tiveram consultas em 6 meses. Distribuição percentual e nº de casos 194

Qd. 8.8. Concelho de Góis. Serviços de saúde utilizados em 6 meses, segundo freguesias de residência. Distribuição percentual e números de casos 195

Qd. 8.9. Concelho de Coimbra. Local da última consulta segundo lugares com cuidados de saúde primários, públicos e sexo. Distribuição percentual e número de casos 196

Qd. 8.10. Concelho de Coimbra. Local da última consulta segundo grupos de idade e sexo. Distribuição percentual e número de casos 198

Qd. 8.11. Concelho de Coimbra. Local da última consulta segundo grupos socias e sexo. Distribuição percentual e número de casos 200

Qd. 8.12. Concelho de Coimbra. Local da última consulta segundo áreas de residência e sexo. Distribuição percentual e número de casos 202

Qd. 8.13. Concelho de Góis. Local da última consulta segundo lugares com cuidados de saúde primários públicos e sexo. Distribuição percentual e número de casos 203

Qd. 8.14. Concelho de Góis. Local da última consulta segundo grupos sociais e sexos. Distribuição percentual e número de casos 204

Qd. 8.15. Concelho de Góis. Local da última consulta segundo grupo social e sexo. Distribuição percentual e número de casos 205

Qd. 8.16. Concelho de Góis. Local da última consulta segundo áreas de residência e sexo. Distribuição percentual e número de casos 206

Qd. 8.17. Concelhos de Coimbra e Góis. Tipo de marcação da última consulta segundo local prestador de serviços de saúde 207

Qd. 8.18. Concelhos de Coimbra e Góis. Tipo de atendimento da última consulta segundo local prestador de serviços de saúde 207

Qd. 8.19. Concelho de Coimbra. Utilização do hospital segundo as freguesias. Distribuição percentual 208

Qd. 8.20. Concelho de Góis. Utilização do hospital segundo as freguesias. Distribuição percentual 209

Qd. 8.21. Concelhos de Coimbra e Góis. Tipologia de aquisição dos serviços do hospital (iniciativa própria e referência), segundo os serviços. Distribuição percentual.... 210

Qd. 8.22. Concelhos de Coimbra e Góis. Aquisição de serviço no hospital por referência, segundo a proveniência. Distribuição percentual 211

Qd. 8.23. Concelhos de Coimbra e Góis. Profissões dos utilizadores da consulta externa (1as. consultas) do H.U.C., segundo sexo. Distribuição percentual 211

Qd. 8.24. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos serviços de endireita, ervanário, farmácia. Distribuição percentual e nº de utilizações num ano 217

Qd. 8.25. Concelho de Coimbra e Góis. Razões de utilização do endireita, ervário e farmacêutico 218

Qd. 8.26. Concelho de Coimbra e Góis. Local de consulta das mães de crianças com idade inferior a 6 anos. Distribuição percentual 219

Qd. 8.27. Concelhos de Coimbra e Góis. Vigilância das mães de crianças com idade inferior a 6 anos, segundo prestador de cuidados de saúde. Distribuição percentual 219

Qd. 8.28. Concelhos de Coimbra. Local do parto (crianças com idade inferior a 6 anos). Distribuição percentual 220

Qd. 8.29. Concelhos de Coimbra. Local da última vacina (crianças com idade inferior a 6 anos). Distribuição percentual 220

Qd. 8.30. Concelho de Coimbra. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo grupos de idade e sexo 225

Qd. 8.31. Concelho de Coimbra. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo grupos sociais e sexo 226

Qd. 8.32. Concelho de Coimbra. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo área de residência e sexo 227

Qd. 8.33. Concelho de Coimbra. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo período de doença e sexo 228

Qd. 8.34. Concelho de Coimbra. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo período de doença e utilização de serviços e sexo 228

Qd. 8.35. Concelho de Góis. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo grupos de idade e sexo 230

Qd. 8.36. Concelho de Góis. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo grupos sociais e sexo 230

Qd. 8.37. Concelho de Góis. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo área de residência e sexo 231

Qd. 8.38. Concelho de Góis. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo período de doença e sexo 231

Qd. 8.39. Concelho de Góis. Gastos em medicamentos (15 dias), segundo período de doença e utilização de serviços e sexo 232

Qd. 8.40. Concelhos de Coimbra e Góis. Toma de medicamentos segundo prescrição médica. Distribuição percentual 233

Qd. 8.41. Concelhos de Coimbra e Góis. Principal razão porque não segue a prescrição médica 233

Qd. 9.1. Concelhos de Coimbra e Góis. Tempo médio de deslocação aos serviços de saúde, segundo utilizadores com serviços próximo (locais) ou afastados (não locais) da área de residência 245

Qd. 9.2. Concelhos de Coimbra e Góis. Meio de deslocação dos serviços de saúde segundo áreas de residência. Distribuição percentual 248

Qd. 9.3. Concelhos de Coimbra e Góis. Meios de deslocação aos serviços de saúde, segundo locais com centro e extensão e sem centro e extensão (s/c.s.p.). Distribuição percentual 249

Qd. 9.4. Tempo médio de deslocação aos serviços de saúde segundo meios de deslocação. 249

Qd. 9.5. Tempo total dispendido na utilização dos serviços de saúde. Tempo de deslocação e tempo de espera. Distribuição percentual 254

Qd. 9.6. Concelhos de Coimbra e Góis.Custo médio de deslocação aos serviços de saúde segundo utilizadores com serviços próximos (locais) ou afastados (não locais) da área de residência 255

Qd. 9.7. Concelhos de Coimbra e Góis. Custo médio do transporte aos serviços de saúde, segundo áreas de residência 255

Qd. 9.8. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do hospital segundo a distância. Distribuição percentual 262

Qd. 9.9. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do hospital (nº de vezes que utilizou os serviços) segundo a distância à residência. Distribuição percentual 264

Qd. 9.10. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização da consulta externa do hospital. Distribuição percentual 265

Qd. 9.11. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização das urgências do hospital segundo a distância à residência. Distribuição percentual 265

Qd. 9.12. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do internamento do hospital segundo a distância à residência. Distribuição percentual 265

Qd. 9.13. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização dos tratamentos no hospital, segundo a distância à residência. Distribuição percentual 266

Qd. 9.14. Concelhos de Coimbra e Góis. Utilização do hospital (um ano) segundo área de residência. Distribuição percentual 267

Qd. 9.15. Concelhos de Coimbra e Góis-Utilização do hospital (número de vezes que utilizou os serviços), segundo a distância à residência. Distribuição percentual 268

Qd. 10.1. Concelhos de Coimbra e Góis. Escolha do médico, segundo serviços de saúde, à excepção do hospital. Distribuição percentual 293

Qd. 10.2. Concelhos de Coimbra e Góis. Razões porque escolheu o médico segundo serviços de saúde à excepcção do hospital. Distribuição percentual 293

Qd. 10.3. Concelhos de Coimbra e Góis. Satisfação com o médico segundo os serviços de saúde, à excepção do hospital. Distribuição percentual 294

Qd. 10.4. Concelhos de Coimbra e Góis. Percentagem de satisfação e níveis de satisfação com o médico, segundo serviços de saúde à excepção do hospital. Distribuição percentual 295

Qd. 10.5. Concelhos de Coimbra e Góis. Insatisfação, razões segundo local prestador de serviços de saúde, à excepção do hospital. Distribuição percentual 296

Qd. 10.6. Concelhos de Coimbra e Góis. Percentagem de insatisfação e níveis de satisfação, segundo local prestador de serviços de saúde e excepção do hospital. Distribuição percentual 296

Qd. 10.7. Concelhos de Coimbra e Góis. Níveis de satisfação com os serviços de saúde, segundo residentes locais e não locais à excepção do hospital. Distribuição percentual 297

Qd. 10.8. Concelhos de Coimbra e Góis. Idade (média) dos prestadores dos serviços de saúde nos centros de saúde e hospital. Distribuição percentual 301

ÍNDICE GERAL

pág.

NOTA DE APRESENTAÇÃO 3

PREFÁCIO 5

SUMÁRIO 7

SUMMARY 9

PREÂMBULO 11

1. INTRODUÇÃO 14

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO 18

I PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS DA DISTRIBUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 21

CAPÍTULO 1 – **SAÚDE E DOENÇA, ABORDAGEM CONCEPTUAL** 23
- 1.1. ALGUNS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA 23
- 1.2. AS NECESSIDADES HUMANAS 25
- 1.3. SAÚDE E MEDICINA 28
- 1.4. RECURSOS 31
- 1.5. JUSTIÇA SOCIAL 32
- 1.6. SÍNTESE 35

CAPÍTULO 2 – **A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL** 37
- 2.1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS 37
- 2.2. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 39
  - 2.2.1. Cuidados de Saúde Primários 39
  - 2.2.2. Os Cuidados de Saúde Secundários 41
- 2.3. A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS 42
- 2.4. SÍNTESE 43

CAPÍTULO 3 – **O GEÓGRAFO E A GEOGRAFIA DA SAÚDE** 45
- 3.1. A GEOGRAFIA DA SAÚDE 45
- 3.2. INTERDISCIPLINARIDADE NA INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE. O PAPEL DO GEÓGRAFO 47
- 3.3. ASPECTOS GEOGRÁFICOS NA ANÁLISE E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE 49
  - 3.3.1. Acesso aos Serviços de Saúde 50
  - 3.3.2. Alguns Exemplos das Condicionantes do Acesso e dos Níveis de Saúde 54
- 3.4. SÍNTESE 62

II PARTE
ANÁLISE DA PROCURA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS E RURAIS 65

CAPÍTULO 4 – **MÉTODOS E TÉCNICAS** 67
4.1. METODOLOGIA 68
4.1.1. Fontes de Informação Primárias 68
4.1.2. Fontes de Informação Secundárias 75
4.2. TÉCNICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO 76
4.2.1. Técnicas de Análise do Questionário nas Unidades de Alojamento 76
4.2.2. Construção de Novas Variáveis 78

CAPÍTULO 5 – **CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO** 81
5.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 81
5.1.1. Concelho de Coimbra 81
5.1.2. Concelho de Góis 91
5.2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÓMICOS 96
5.2.1. Concelho de Coimbra 96
5.2.2. Concelho de Góis 98
5.3. ACESSIBILIDADE DAS ÁREAS DE ESTUDO 99
5.3.1. Concelho de Coimbra 102
5.3.2. Concelho de Góis 106
5.4. OS RECURSOS DA SAÚDE 107
5.4.1. Concelho de Coimbra 107
5.4.1.1. Localização dos Serviços de Saúde 107
5.4.1.2. Caracterização dos Recursos 110
a) Cuidados de Saúde Primários Públicos 110
b) Cuidados de Saúde Secundários 117
b.1) Públicos 118
b.2) Estabelecimentos Privados 120
5.4.2. Concelho de Góis 124
5.5. SÍNTESE 125

CAPÍTULO 6 – **CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO** 129
6.1. CARACTERIZAÇÃO DO ALOJAMENTO E DA POPULAÇÃO 129
6.1.1. As Unidades de Alojamento 129
6.1.1.1. Concelho de Coimbra 129
6.1.1.2. Concelho de Góis 132
6.1.2. Quadro Demográfico e Sócio-Económico 134
6.1.2.1. Concelho de Coimbra 134
6.1.2.2. Concelho de Góis 145

6.2. A POPULAÇÃO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS 154
6.3. SÍNTESE 157

CAPÍTULO 7 – **DETERMINANTES DA PROCURA** 163
7.1. NECESSIDADES E UTILIZAÇÃO 163
7.2. PERCEPÇÃO DE "DOENÇA" 164
7.2.1. Num Período de Quinze Dias 164
7.2.1.1. Concelho de Coimbra 164
7.2.1.2. Concelho de Góis 169
7.2.2. Num Período de Um Ano 173
7.2.2.1. Concelho de Coimbra 173
7.2.2.2. Concelho de Góis 176
7.3. SÍNTESE 180

CAPÍTULO 8 – **UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE** 185
8.1. UTILIZAÇÃO / NÃO UTILIZAÇÃO 185
8.1.1. Em Quinze Dias 185
8.1.1.1. Concelho de Coimbra 185
8.1.1.2. Concelho de Góis 186
8.1.2. Utilização em Seis Meses 187
8.1.2.1. Concelho de Coimbra 187
8.1.2.2. Concelho de Góis 192
8.2. LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA 196
8.2.1. Concelho de Coimbra 196
8.2.2 Concelho de Góis 202
8.3. MARCAÇÃO E ATENDIMENTO DA ÚLTIMA CONSULTA NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS 207
8.4. UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL 208
8.4.1. Utilização do Hospital Segundo as Freguesias 209
8.4.2. Aquisição dos Serviços do Hospital – Tipologia 210
8.4.3. Motivos Clínicos de Utilização do Hospital 214
8.5. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO ENDIREITA, ERVANÁRIO E FARMÁCIA 217
8.6. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS MÃES DE CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A SEIS ANOS 218
8.7. RAZÕES DE UTILIZAÇÃO E NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CONCELHOS DE COIMBRA E GÓIS 220
8.8. GASTOS EM MEDICAMENTOS 225
8.8.1. Concelho de Coimbra 225
8.8.2. Concelho de Góis 229
8.8.3. Toma de Medicamentos 232

8.9. SÍNTESE 233

CAPÍTULO 9 – **DESIGUALDADES NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO** 243
9.1. INIQUIDADES NO CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE 243
9.2. DESLOCAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE 244
9.2.1. Tempo de Deslocação 244
9.2.2. Modo de Deslocação 246
9.2.3. Tempo de Espera 253
9.2.4. Tempo Total Dispensado 253
9.2.5. Custo do Transporte 254
9.3. DISTÂNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO 256
9.3.1. Cuidados de Saúde Primários 256
9.3.2. Cuidados Hospitalares 262
9.4. PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 273
9.4.1. Procura e Utilização em áreas Urbanas de Saúde 273
9.4.1.1. Áreas de Residência 274
9.4.1.2. Grupos de Idade 276
9.4.1.3. Sexo 278
9.4.1.4. Grupos Sociais 280
9.4.1.5. Tempo de "Doença" 283
9.4.1.6. Rendimento 286
9.5. SÍNTESE 288

CAPÍTULO 10 – **SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE** 291
10.1. QUALIDADE DOS CUIDADOS E SATISFAÇÃO 291
10.2. SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES 292
10.2.1. Escolha do Médico que Habitualmente Consulta 292
10.2.2. Satisfação com o Médico 294
10.2.3. Razões de Satisfação / Não Satisfação com os Serviços 295
10.2.4. Características dos Utilizadores e Satisfação 297
10.3. SATISFAÇÃO NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR 301
10.4. SÍNTESE 304

CAPÍTULO 11 – **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 307
11.1. AS ALTERAÇÕES DEMOGRÁFICAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE 307
11.2. ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS – CONCLUSÕES DO ESTUDO 309
11.3. UMA PERSPECTIVA DE MUDANÇA 312
11.3.1. Aumentar o Acesso, Diminuir as Iniquidades 312
11.3.2. Investigação em Cuidados de Saúde 316

ANEXO 1 319

ANEXO 2 365
ANEXO 3 379
BIBLIOGRAFIA 459
FONTES ESTATÍSTICAS 499
ÍNDICE DE FIGURAS 501
ÍNDICE DE QUADROS 507
ÍNDICE GERAL 515

Composto e Impresso
na Comissão de Coordenação da Região Centro

Concluído em Junho de 1995

Pré-impresso em Dezembro de 1994