

*A Geografia da Saúde  
portuguesa – sonhos e  
realidades*

**Paula Cristina Almeida  
Remoaldo**

Departamento de Geografia.  
Universidade do Minho (Portugal)  
premoaldo@geografia.com

# A GEOGRAFIA DA SAÚDE PORTUGUESA – SONHOS E REALIDADES

Paula Cristina Almeida Remoaldo

**RESUMO:** A Geografia da Saúde portuguesa abriu o seu caminho nos anos oitenta do século XX atraindo alguns jovens investigadores. Não obstante, no início do terceiro milénio ainda são muito poucos os que investigam nesta temática em Portugal. O presente artigo centra-se na análise do passado, do presente e do futuro da Geografia da Saúde em Portugal, delineando os principais obstáculos e contributos para o seu desenvolvimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Geografia da Saúde, geografia portuguesa, ecologia da doença, acessibilidade.

**RESUM:** La geografia de la salut portuguesa inicià el seu camí els anys vuitanta del segle XX de la mà d'alguns joves investigadors. Tanmateix, a principis del tercer mil·lenni són pocs els qui investiguen aquesta temàtica a Portugal. El present article centra l'atenció en l'anàlisi del passat, present i futur de la geografia de la salut a Portugal, amb una descripció dels principals obstacles i contribucions que en caracteritzen el desenvolupament.

**PARAULES CLAU:** geografia de la salut, geografia portuguesa, ecologia mèdica, accessibilitat.

**ABSTRACT:** Research work in the health geography field in Portugal came into being in the 1980's. Yet there are still very few geographers investigating this field even now in the first years of the new millennium. This paper analyses the past, present and future of health geography in Portugal and presents the main obstacles and contributions to its development.

**KEYWORDS:** Health Geography, Portuguese Geography, Health Ecology, Accessibility.

## 1. Introdução

*We could instead take health to mean the availability of resources, both personal and societal, that help us achieve our personal potential. Or, we might think of health as being physically and mentally «fit» and capable of functioning effectively for the good of the wider society.*

Anthony C. Gatrell (2002)

Num período em que as tendências portuguesas em Geografia e Ordenamento do Território se direccionam para o Desen-

volvimento Regional e Local, sobressaindo a requalificação urbana, o revivalismo do comércio tradicional urbano e o desenvolvimento sustentável alicerçado no turismo, alguns (poucos) têm vindo a debruçar-se sobre o estudo da saúde das populações envolvidas nestes processos.

Ainda que habituados a desempenhar o papel de prevaricadores, *id est*, de eternos analisadores, intronizados e inconformados com os estigmas que o Homem vai deixando no território e facilmente aliciados a aditar

novas temáticas de análise às suas preocupações, os Geógrafos portugueses pouco se têm interessado pela saúde das populações que estudam. A década de oitenta do século XX dava indícios de, a par com o desenvolvimento, *exempli gratia*, da Geografia do Turismo e do Lazer e da Geografia do Género, se abrirem novos horizontes para a Geografia da Saúde, mas poucos viriam a sentir-se atraídos por esta temática!... De facto, apenas a Geografia do Turismo e do Lazer viria a afirmar-se e a encontrar um lugar na ciência geográfica, enquanto novas tendências surgiam na década de noventa, destacando-se, no âmbito das Tecnologias, os Sistemas de Informação Geográfica (S.I.G.'s) e a sua aplicação ao Planeamento e Ordenamento do Território.

A Geografia da Saúde constitui, assim, uma área da Geografia portuguesa que tem tido dificuldades em se afirmar e em cativar elementos para a sua investigação. Será que os Geógrafos têm alguma incapacidade em lidar com os termos técnicos médicos usados na Geografia da Saúde? Ou será porque se trata de uma área de difícil abordagem, para a qual muitos têm opinado e poucos conseguem encontrar soluções, como é o caso da famigerada acessibilidade aos cuidados de saúde e a eficiência do Sistema Nacional de Saúde português?... Ou ainda, será que o problema reside no simples facto da comunidade geográfica universitária portuguesa ser reduzida?...

As razões estão ainda por investigar, mas o certo é que se trata de uma realidade à escala da Península Ibérica. O mesmo não ocorre noutros países, como na França, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá, para não mencionarmos outros. Nestes países existem Geógrafos investigando individualmente ou em equipas, que, pressionados pelas necessidades existentes ao nível do planeamento em saúde, maioritariamente dos serviços de saúde, têm tido reconhecimento público.

Em Portugal o cenário de dificuldade em atrair Geógrafos para a investigação em saúde não é partilhado por outras ciências sociais (e.g., a Sociologia, a Economia), no seio das quais se reconhece que a saúde pode ser uma mais valia para o seu objecto de estudo. A título de exemplo, a Economia da Saúde conhece actualmente um significativo desenvolvimento em Portugal, com uma considerável comunidade científica associada à Sociedade Portuguesa de Economia da Saúde e com um razoável número de investigadores (e.g., Campos, A. C.; Giraldes, M. R.; Pereira, J. A.).

Também a Sociologia da Saúde deu os primeiros passos nas últimas décadas reunindo actualmente um razoável número de investigadores que se têm afirmado no nosso país (e.g., Carapinheiro, G.; Hespanha, M. J.; Leandro, M. E.; Lucas, J. S.; Nunes, J. A.; Silva, L. F.). Nos últimos anos têm sido solicitados para ajudarem a compreender e a debelar os problemas mais prementes existentes em saúde pública.

## **2. A investigação em Geografia da Saúde**

### **2.1. Breves considerações sobre a Geografia da Saúde à escala internacional**

Quem investiga em Geografia da Saúde desde logo constata o atraso que durante muitas décadas se fez sentir na conceptualização do seu objecto de estudo e nos seus campos de interesse, comparativamente com o seu desenvolvimento empírico.

Poucos estudos se debruçaram sobre a evolução da Geografia da Saúde até à publicação do trabalho de Paul, B. (1985) que advogou, de forma objectiva, sete enfoques para o domínio da Geografia da Saúde e realizou uma breve retrospectiva da evolução de cada um deles. Este facto resulta de vários factores, mas o mais

importante centra-se na evidência de até há pouco tempo poucos Geógrafos se assumiam verdadeiramente como Geógrafos da Saúde. Concomitantemente, só nos anos setenta do século XX a Geografia da Saúde viria a emergir como um importante ramo, demonstrando a habilidade para se adaptar às mudanças na ciência geográfica e na ciência em geral.

Apesar da débil preocupação pela epistemologia da Geografia da Saúde, existe um consenso à escala internacional em termos de definição de duas tradições de investigação em Geografia da Saúde: a Ecologia da Doença e a Geografia dos Cuidados de Saúde. A primeira remonta ao século XVIII e conheceu a sua idade de ouro no século XIX, direccionando-se, no início, para as relações entre o meio ambiente natural e as doenças, e preocupando-se, mais recentemente, com as iniquidades espaciais e sociais da morbilidade e da mortalidade e a etiologia e difusão das doenças, elucidando, principalmente, as causas sociais e ambientais. O desenvolvimento da Ecologia da Doença tem sido sustentado por abundante cartografia, muitas vezes agregada em atlas, de que se ressaltam os contributos de Cliff, A.D.; Haggett, P. nas últimas décadas do século XX. Outros autores que deram um importante contributo nesta vertente desde os anos cinquenta do século XX foram May, J.; Howe, M.; Learmonth, A. e mais recentemente, Giles, G. G., Jeutz, H. J. e Palagiano, C.

A outra tradição, a Geografia dos Cuidados de Saúde, mais recente, que busca o seu desenvolvimento no Neopositivismo e direccionada para a investigação da localização e do uso dos serviços de saúde, tem evidenciado várias linhas de investigação, sendo de ressaltar, a optimização da localização dos equipamentos de saúde (sobretudo nos anos setenta, sobressaindo o estudo pioneiro de Sven Godlund em 1961), o reordenamento territorial da provisão de cuidados de saúde, o estudo da acessi-

bilidade (física, económica, social, cultural, étnica, psicológica), e mais recentemente, a equidade na utilização dos serviços de saúde e as consequências da crise económica na saúde e nos cuidados de saúde.

É interessante notar que enquanto na ciência geográfica em geral o paradigma do Neopositivismo começou a declinar a partir de meados dos anos sessenta do século vinte, na Geografia da Saúde os anos setenta foram os de eleição daquela corrente geográfica. Naquele período predominaram as preocupações pelos equipamentos sanitários, a localização óptima e a sua distribuição espacial. Mas como esta última conduz a um acesso diferencial por parte da população, com a Geografia da Percepção e do Comportamento passou-se a dar menos atenção aos equipamentos e aos serviços e a valorizar a visão do consumidor. As suas preferências, a sua percepção dos equipamentos, das patologias e das suas causas, dos riscos, entre outros, passam a ser os enfoques mais desenvolvidos. Trata-se de uma perspectiva mais realista, visto se reconhecer actualmente que os comportamentos, os estilos de vida, são os que contribuem mais para o desenvolvimento de patologias. De facto, as patologias mais representativas das sociedades mais desenvolvidas (e.g., os cancros, as doenças cardiovasculares, os acidentes) dependem mais dos nossos hábitos enraizados do que dos factores biológicos ou dos ligados ao sistema de saúde.

Tem existido um certo cepticismo relativamente ao contributo dos Geógrafos no âmbito da saúde, advogando muitos que eles deveriam deixar estas matérias para os especialistas como os Médicos, os Epidemiologistas, os Biólogos ou os Bioquímicos, assumindo-se como um ponto de vista assaz limitado.

Por seu turno, os Geógrafos da Saúde estão convictos de que podem desempenhar um papel específico nas ciências da saúde,

que advém de aspectos metodológicos inerentes à ciência geográfica, tais como, a abordagem da dinâmica espacial ou da sua capacidade para representar espacialmente (cartografar) e da sua habilidade para analisar simultaneamente a dimensão dinâmica e espacial de fenómenos como as doenças.

## 2.2. A Geografia da Saúde em Portugal

### 2.2.1. *Sonhos e realidades*

As preocupações dos Geógrafos portugueses pelas questões da saúde surgiram bastante tempo após Max Sorre ter iniciado a abordagem da Geografia da Saúde no Congresso de Cambridge (1928) com a introdução da noção de «complexo patológico». Os primeiros trabalhos científicos sobre Geografia da Saúde (de Girão, A. nos anos quarenta a Arroz, M.E. nos anos setenta do século XX) faziam prever um maior investimento neste domínio. Arroz, M. E. (1977) versando a difusão espacial da hepatite infecciosa, sobressaiu o papel que a interacção pessoal desempenha no processo de difusão da doença e a relação deste processo com a hierarquia urbana e a rede viária, alicerçando-se na Teoria Geral da Difusão.

A própria década de oitenta com a crescente especialização e o risco de fragmentação fazia antever uma maior presença da Geografia da Saúde, mas o sonho acabaria por não se concretizar!...

No entanto, seria naquela década e na seguinte que surgiriam vários trabalhos de geógrafos portugueses, todos com especialização em Geografia Humana, que mais cedo ou mais tarde assumiram a forma de Dissertações de Doutoramento (Simões, J. M., 1989; Rodrigues, A. P. S., 1993; Remoaldo, P. C., 1999), de Dissertações de Mestrado (Nossa, P. N. S., 1995) ou de Dissertações de Capacidade Científica (Remoaldo, P. C., 1993).

A introdução da disciplina nos *Curricula* universitários processou-se, também ela, tardiamente. O Departamento de Geografia da Universidade de Coimbra foi o pioneiro quando em 1995 passou a contemplar nos *curricula* das suas Licenciaturas a disciplina de opção intitulada «Geografia da Saúde» tendo tido como sua mentora Ana Paula Santana Rodrigues. A Universidade do Minho viria a seguir-lhe os passos em 1998 com uma disciplina também opcional e assumindo a mesma designação tendo como responsável Paula Cristina Remoaldo. Apesar deste aparente reconhecimento desde meados dos anos noventa, não se vislumbra, pelo menos a curto prazo, um maior envolvimento dos restantes Departamentos de Geografia portuguesa, a julgar pela ausência de investimento, em termos de investigação, por parte do corpo docente.

Ainda hoje a Geografia da Saúde se mantém como uma área mal amada da Geografia portuguesa, apesar desta se ter iniciado em 1904 em Lisboa pela mão do Professor Silva Telles (Médico e Professor da Escola de Medicina Tropical) no Curso Superior de Letras. Um dos factores explicativos da situação de quase total ausência de estudos em saúde por parte dos Geógrafos portugueses até aos anos setenta do século XX foi também evocado para a tardia preocupação existente em Espanha. Provavelmente o tradicionalismo da escola regional (Escola Francesa), da qual as Geografias portuguesa e espanhola foram grande seguidoras e que perdurou até finais dos anos sessenta em Espanha e inícios dos anos setenta em Portugal, deve ser uma das explicações mais plausíveis.

Não podemos todavia olvidar que a Geografia da Saúde existe há bastante tempo nos *Curricula* universitários, de forma pouco visível, nomeadamente, na leccionação de disciplinas como a Geografia Humana, a Geografia Económica, a

Geografia Urbana, a Geografia Social e a Climatologia, que fazem parte do *Curriculum* dos cursos de Geografia portugueses.

A partir dos anos setenta, primeiro com a perspectiva quantitativa e depois com a radical e social, e com a passagem da segunda fase da Teoria da Transição Epidemiológica para a terceira fase, começam a surgir preocupações com as patologias não infecciosas, como o cancro e a SIDA, tal como já havia acontecido noutros países onde aquela passagem se havia processado mais precocemente. Assim, após o estudo publicado em 1988 na revista *Area*, da médica britânica Sandra Winn que se debruçou sobre a distribuição geográfica da SIDA em West Midlands, surge nos Estados Unidos o estudo de Peter Gould (1993) sobre a pandemia da SIDA, depois de outros desenvolvidos desde finais da década de oitenta (Loytonen, M.; Kostrubiec, B.). A explicação da investigação quase exclusiva da SIDA, deixando para segundo plano outras Doenças Sexualmente Transmissíveis de maior expressão, advém da situação da SIDA ser uma doença recente, de difusão à escala do planeta, para a qual não há ainda cura e estar-lhe subjacente um forte estigma e discriminação social.

Em Portugal Paulo Nossa viria a ser o primeiro Geógrafo a investigar sobre aquela síndrome, que culminaria em 1995 na defesa pública de uma Tese de Mestrado. Entretanto, em finais dos anos noventa, já como docente na Universidade do Minho iniciava a sua Dissertação de Doutoramento dedicando-se a um estudo de caso que encerra a caracterização sócio-demográfica e clínica de 547 pessoas infectadas com o VIH dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Região Centro), prevendo-se o cálculo dos custos directos e indirectos subjacentes a esta situação. Actualmente colabora com a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, tendo participado no corrente ano numa

campanha a nível nacional de rastreio do VIH no seio da comunidade estudantil universitária. Tem também, no âmbito da mobilidade populacional, alertado para as «boas práticas» que devem ser implementadas no acolhimento e tratamento de populações migrantes no sentido de se minorarem os riscos de exposição, particularmente pela infecção VIH/SIDA (Nossa, 2000, 2001, 2002).

Em 1994 Paula Remoaldo havia também desenvolvido uma pesquisa junto dos estudantes universitários da Universidade do Minho sobre o conhecimento e comportamentos relacionados com aquele síndrome (Remoaldo, 199; Lima, 1995).

Concomitantemente, tem sido pacífica em Portugal a utilização do termo «Geografia da Saúde», contrariamente ao que se passou à escala internacional, como resultado do desenvolvimento tardio desta naquele país. Todos os Geógrafos assumiram a utilização da designação de Geografia da Saúde apoiando-se no facto de a Geografia Médica se preocupar essencialmente com a morbilidade, a mortalidade e os seus padrões de distribuição, estudando mais a falta de saúde (Rodrigues, 1993).

Importa recordar que o termo «Geografia Médica» foi utilizado pela primeira vez por Boudin em 1843 no seu «Essai de Géographie médicale, ou étude des lois que président à la distribution géographique des maladies ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre les lois de coincidence et d'antagonisme». O médico Jacques May juntamente com Max Sorre e A. Geddes viriam a assumir uma significativa importância para o desenvolvimento desta, fomentando a constituição de uma Secção de Geografia Médica em 1949 (Congresso de Lisboa) no âmbito da União Geográfica Internacional (U.G.I.). Nos Congressos do Rio de Janeiro (1956) e de Estocolmo (1960) já esta estava criada e em 1968 funda-se a primeira Comissão de Geografia Médica no

seio da U.G.I. A denominação de Geografia da Saúde viria a ocorrer no Congresso de Moscovo em 1976, tratando-se de um termo mais abrangente que engloba os conteúdos da Geografia Médica (terminologia francesa), da Geografia das Enfermidades (terminologia anglo-saxónica) e da Geografia da Assistência Sanitária ou do Equipamento Sanitário (González, 1998).

### 2.2.2. *As tendências actuais*

Como já mencionámos anteriormente, os trabalhos científicos dos anos oitenta vieram dar um novo *élan* à Geografia da Saúde, sobressaindo o de Simões, J. M. em 1986 no IV Colóquio Ibérico de Geografia, que vira a culminar em 1989 na primeira Tese de Doutoramento a ser defendida neste domínio em Portugal. Constitui uma dissertação que põe em evidência as principais dicotomias distritais e concelhias existentes à escala de Portugal Continental, sobressaindo o comportamento das principais patologias desde inícios do século XX até à década de oitenta. Não obstante, no período pós-doutoramento, este investigador tem desenvolvido pesquisas noutros domínios no Centro de Estudos Geográficos (Universidade de Lisboa), cujas solicitações passaram a ser mais relevantes a partir dos anos noventa. Mas, continua ligado de forma afectiva à Geografia da Saúde, tendo em 1997, aquando do concurso para uma vaga de Professor Associado à Universidade de Lisboa optado por realizar um relatório sobre o Programa da disciplina que apelidou de «Geografia e Planeamento da Saúde».

Rodrigues, A.P.S. em 1993 viria a defender, em Coimbra, a segunda dissertação de Doutoramento neste domínio, revelando preferências pelo conceito de acessibilidade, com particular destaque para a do domínio geográfico. Constitui uma investigação mais preocupada com as questões locais, debruçando-se sobre dois concelhos de características geográficas

díspares da Região Centro (Coimbra e Góis). Uma das originalidades da investigação realizada consiste na apresentação de uma metodologia para avaliação da acessibilidade geográfica da população residente naqueles dois concelhos aos cuidados de saúde. Nos últimos anos (desde 1998) esta investigadora passou a direccionar-se mais para as questões do envelhecimento e exclusão social e também tem dedicado alguma da sua investigação à expressão da SIDA, juntamente com Nogueira, H.

Também Nossa, P. N. e Remoaldo, P. C., como já mencionámos anteriormente, viriam a iniciar uma outra vertente direccionada para a dimensão social da SIDA, enquanto em 2001/2002 a geógrafa Elódia Canteiro viria a orientar a sua investigação para a morbilidade e a mortalidade infantil, enfatizando as crenças e tradições inerentes ao primeiro ano de vida das crianças do concelho de Vizela. O Norte de Portugal desde sempre se assumiu como um território rico em tradições e crenças que, de alguma forma, condicionam os comportamentos dos pais na educação e crescimento dos seus filhos. Desta forma, foi iniciada uma nova linha de investigação direccionada para as questões da herança cultural e os seus impactes na saúde das crianças. Concomitantemente, Maria de Fátima Martins, profissional de saúde, daria em 2003 o seu contributo ao pesquisar estas questões no período gestacional das mulheres residentes em seis concelhos do distrito de Braga (Noroeste português). Tanto uma como outra investigadora chegaram à conclusão de que a maioria das mulheres inquiridas (amostras representativas de 76 e 100 mulheres, respectivamente) se sentem influenciadas e agem de acordo com as tradições e crenças veiculadas, maioritariamente, pela mãe ou sogra. Ainda que a quase totalidade das condutas não tenha efeitos deletérios na saúde do feto e da

criança, não têm fundamento científico e são transversais a todos os territórios, enquanto o nível de instrução da mulher se assume como uma importante determinante na adopção das crenças e tradições.

Também Remoaldo, P. C., juntamente com Duarte, C., no âmbito da Educação Cívica no concelho de Guimarães e inserindo-se na Rede Social que está a ser implementada naquele concelho entre Janeiro de 2003 e finais de 2005, desenvolveram no corrente ano um estudo sobre a prevenção e segurança rodoviária, denunciando alguns dos comportamentos encetados pelos pais no transporte das crianças com menos de cinco anos de idade. Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte e de incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal. Embora o número de vítimas tenha vindo a diminuir, somos ainda o segundo pior país da União Europeia e o segundo da O.C.D.E. no que diz respeito à mortalidade infantil por acidentes de viação. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) no seu relatório sobre a saúde no mundo de 2003 alerta para o facto de a sinistralidade rodoviária estar a tornar-se numa «epidemia oculta», que necessita de um combate eficaz a curto e médio prazo. Segundo aquele relatório os traumatismos causados por acidentes de viação serão em 2020 a terceira causa mundial de invalidez, e por isso, a O.M.S. apela a um olhar mais atento dos vários governos para que se consiga contornar este possível cenário com medidas eficazes que tenham impacto mais ou menos imediato. Um dos Geógrafos que lembrou recentemente que os acidentes na infância são uma das problemáticas que devem ser estudadas pelos Geógrafos foi Anthony Gatrell (2002), lembrando alguns estudos que foram desenvolvidos no Reino Unido.

Por último, Remoaldo, P.C. em parceria com Caldeira, M.J., Leandro, M.E. e Nossa, P. estão a iniciar uma investigação cuja temática são os impactes da mão-de-obra

estrangeira qualificada no sector da saúde, com o estudo de caso do distrito de Braga (Noroeste de Portugal). Devido, por um lado, ao défice de profissionais de saúde portugueses existentes em Portugal e, por outro, ao desemprego noutros países, torna-se cada vez mais premente, perante uma situação de aumento de profissionais estrangeiros, avaliar a sua integração em Portugal.

Os principais objectivos subjacentes a esta investigação são a avaliação da importância e o grau de inserção da mão-de-obra estrangeira no sector da saúde na área de intervenção da Sub-Região de Saúde de Braga (14 municípios), bem como a percepção se esta mão-de-obra é portadora de inovações decorrentes da formação e experiência adquiridas nos países de origem e que tenham sido adoptadas nos seus actuais locais de trabalho. Simultaneamente, procurar-se-á avaliar a relação comunicacional e de confiança profissional estabelecida entre os utentes e os profissionais estrangeiros.

Ainda que de forma indirecta, Cravidão, F. D. também tem contribuído para o desenvolvimento da Geografia da Saúde portuguesa. Esta eminente Geógrafa, do Departamento de Geografia da Universidade de Coimbra, ao leccionar a disciplina de Demografia Social no Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da mesma Universidade, tem orientado várias dissertações desenvolvidas por profissionais de saúde, destacando-se as do domínio do envelhecimento e da qualidade de vida. Por último, Monteiro, A. M., no Departamento de Geografia da Universidade do Porto, investigou nas últimas décadas a problemática da qualidade do ar na cidade do Porto, tendo-se preocupado com a influência da qualidade do ar no número de casos de asma que ocorrem às urgências do Hospital de S. João (Porto).



### 2.2.3. As motivações

#### A) O Sistema Nacional de Saúde

Várias têm sido as motivações que têm condicionado a investigação em Geografia da Saúde que se vai desenvolvendo em Portugal. Com a evidente falência do Sistema Nacional de Saúde português (S.N.S.), muitos (sobretudo políticos e profissionais de saúde) têm sido os que opinam sobre a situação que se vive actualmente. Todavia, poucos têm sabido avançar com soluções e como melhorar a sua eficiência, vencendo os estrangulamentos que têm minado uma base jurídica pioneira criada em 1971.

Enquanto na maioria dos países europeus o Estado assumiu desde cedo o sector da saúde, o Estado português insistiu em desempenhar um papel supletivo que só foi alterado nos anos setenta do século XX. Assim, tivemos que aguardar por aquela década para assistirmos a uma importante intervenção do Estado no âmbito da saúde. Os aspectos mais relevantes desta intervenção foram o direito à saúde para todos, a aposta nos Cuidados de Saúde Primários, ainda antes da Declaração de Alma-Ata em 1978, traduzindo-se no desenvolvimento de uma rede de Centros de Saúde (Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência) e a criação de um serviço médico à periferia (Despacho de 19 de Março de 1975). Este último correspondeu a um ano compulsório de Serviço Médico à Periferia no sentido de se proceder a uma melhor distribuição do pessoal médico pelas diferentes regiões do país e de se colmatarem as deficiências sanitárias existentes nas áreas rurais e interiores do país.

Como resultado destas mutações assistimos, nos primeiros quatro anos da década de setenta do século XX, a uma melhoria acentuada dos valores dos prin-

cipais indicadores sanitários, tais como, a Taxa de Mortalidade Infantil, a letalidade por doenças evitáveis e a percentagem de partos sem assistência. Partilhamos da opinião de alguns autores que advogam que faltou vontade política para aplicar parte dos princípios equacionados naquela legislação e que a prática seguida naquela reforma ficou aquém do previsto.

As bases de um Sistema Nacional de Saúde viriam a ser criadas com a Revolução de 25 de Abril de 1974, tendo finalmente sido criado o Serviço Nacional de Saúde em 1979 (Lei nº 56/79 de 15 de Setembro). No entanto, este chegou fora de tempo, tal como sucedeu com os restantes S.N.S. do sul da Europa, tendo que se conformar com a crise económica existente, o que dificultou de sobremaneira a sua implementação e consolidação.

Os anos oitenta foram um período de tomada de consciência da perda de qualidade dos serviços de saúde, que eram cada vez mais procurados pela população, não havendo recursos suficientes para dar resposta às solicitações. Paralelamente, desde 1990 que o Sistema Nacional de Saúde deixou de ser gratuito para passar a ser tendencialmente gratuito tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos (Lei de Bases da Saúde - Lei nº 48/90, de 24 de Agosto).

Entretanto desde 1999 que se têm operado mutações no sistema de saúde, sendo mais evidentes desde 2002, culminando na passagem da gestão pública de 34 hospitais para a gestão privada (como Sociedades Anónimas), tentando desta forma aliviar a dívida asfixiante que o Estado possui.

Neste contexto, foram surgindo inúmeras obras que têm vindo de uma forma mais ou menos «abrasiva» a denunciar as fragilidades do actual sistema de saúde português (e.g., Agonia, 1996; Carreira, 1996; Justo, 2000; Proença, et al., 2000; Antunes, 2001;

Marques, 2001; Boquinhas, 2002; Duarte, 2002), mas poucos têm sabido arranjar soluções práticas e sustentadas que nos façam sair do labirinto que se foi construindo. O público em geral ávido por compreender o que se passa no sector da saúde e por se rever nas opiniões dos que ousam torná-las públicas, tem digerido alguns dos mais contundentes como Antunes, (2001), médico que com a sua obra *A doença da Saúde – Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, já na sua terceira edição, veio embaraçar a classe médica.

Em concomitância, tem-se assistido a um denegrir diário da classe médica nos *mass media*, não perdoando qualquer falha na sua actividade e exigindo daquela classe um verdadeiro espírito missionário que não é solicitado a qualquer outra profissão.

#### *B) A acessibilidade aos cuidados de saúde*

Os profissionais de saúde portugueses estiveram sempre mais direccionados para a componente clínica e curativa. Todavia, têm dado sinais de preocupação nos últimos anos relativamente à componente preventiva e humana da sua actividade e, ainda que numa forma tímida, têm solicitado os Geógrafos para ajudarem a compreender e a melhorar a sua difícil tarefa. De facto, sendo nós especialistas das Ciências Sociais temos denotado mais facilidade em revelar a «outra face da moeda», ou seja, a explicação dos comportamentos da população em termos de saúde e continuamos a manifestar uma elevada preocupação em assinalar as desigualdades territoriais e sociais. Na realidade, só depois de se identificarem os comportamentos se pode actuar sobre os mesmos.

Importa salientar o reconhecimento, nos últimos vinte anos e à escala internacional, da satisfação como uma medida da qualidade nos vários sectores dos serviços públicos sendo a saúde um dos mais

focalizados. No início do século XXI a satisfação do utente adquiriu já o estatuto de uma importante medida dos *outputs* dos serviços de saúde, constituindo um importante instrumento na investigação, administração e planeamento.

Apesar disso, assistimos até ao momento à publicação de poucos estudos portugueses que tenham avaliado de forma aprofundada a satisfação com os serviços de saúde. A maior parte dos estudos afloram apenas esta vertente, como é o caso do Inquérito Nacional de Saúde, que só muito recentemente (1987) se passou a realizar periodicamente em Portugal à escala continental.

Vários são os estudos que têm salientado um invariável elevado nível de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde (e.g., Weiss, 1988; Zastowny, et al., 1989; Mackeigan e Larson, 1989; Rodrigues, 1993; Williams, 1994; Mickinley, et al., 1997; Remoaldo, 1998; Remoaldo e Costa, 2002). A principal justificação para este cenário decorre da maioria dos utilizadores de cuidados de saúde serem muito pouco críticos permitindo que os cuidados atinjam uma muito baixa qualidade até exprimirem insatisfação.

Em Portugal os resultados não têm sido tão satisfatórios. Assim, enquanto à escala internacional se tem evidenciado uma média de 77,5% utentes satisfeitos (estudo de LEBOW, J. L. que analisou cinquenta inquéritos concretizados à escala internacional por cinquenta investigadores diferentes), em Portugal de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (1987 e 1995/96), o nível de satisfação da população tem sido mais baixo do que o revelado nos estudos europeus e norte-americanos desenvolvidos até ao momento. Todavia, o reduzido número de questões utilizadas para avaliar a vertente da satisfação, induz-nos a retirar ilações muito cautelosas.

De qualquer forma, em todos os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados até

ao momento, denota-se um *décalage* acentuado de satisfação entre os diferentes tipos de serviços e entre os diferentes profissionais de saúde. Assim, os cuidados prestados nos Centros de Saúde são os mais penalizados, com destaque para o pessoal administrativo e os médicos.

É neste contexto que surgem várias investigações de Geógrafos desde inícios dos anos noventa que se têm direccionado para a análise da satisfação com os cuidados de saúde e a acessibilidade geográfica (Rodrigues, 1993) ou para outras vertentes desta (Rodrigues, 1994, 1995, 1996, 1997; Remoaldo, 1998; Remoaldo e Costa, 2002; Remoaldo, 2003). Estas incidem em escalas maiores do que as que têm sido privilegiadas no Inquérito Nacional de Saúde, privilegiando municípios da Região Centro e Região Norte, visto aquele Inquérito não permitir a leitura abaixo das cinco regiões a nível de NUTS II em que o Continente se encontra dividido (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Os resultados encontrados por estas investigadoras têm vindo ao encontro dos revelados pelo Inquérito Nacional de Saúde, ressaltando outros aspectos, como a importância da componente sócio-cultural na acessibilidade aos cuidados de saúde.

### C) A Educação para a Saúde

Numa época em que as doenças mais representativas nas sociedades mais desenvolvidas dependem mais dos hábitos enraizados da população do que dos factores biológicos ou dos ligados ao sistema de saúde, a Educação para a Saúde tem ganho um protagonismo em várias ciências e também no âmbito da Geografia da Saúde.

Ela pode ser designada como «toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. (...), pode ainda conduzir a

mudanças de comportamentos e de estilos de vida» (Tones e Tilford, 1994, 11). A Educação para a Saúde implica, assim, a necessidade de educar para a adopção de estilos de vida saudáveis, pressupondo uma co-responsabilização da população nas tomadas de decisão.

A SIDA constitui um dos exemplos mais elucidativos de que uma grande quantidade de informação não se assume como uma condição *sine qua non* para a alteração dos comportamentos. Em Portugal, a falência da estratégia utilizada pelo Governo e pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA para diminuir a taxa de incidência desta doença, tem conduzido vários investigadores portugueses a preocuparem-se com esta temática. Como já mencionámos anteriormente, em inícios dos anos noventa Paulo Nossa desenvolveu uma alargada investigação sobre a temática da SIDA, estando actualmente a finalizar uma Tese de Doutoramento no mesmo domínio. Também Paula Remoaldo em 1994 analisou os conhecimentos e os comportamentos de estudantes universitários, tendo entre 2002 e 2003 desenvolvido uma pesquisa sobre o conhecimento e alguns comportamentos novamente dos estudantes universitários, mas contemplando, desta vez, mais doze Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T.'s). Este desejo de pesquisar sobre outras D.S.T.'s tem subjacente o desconhecimento existente em Portugal sobre a taxa de incidência das mesmas, ainda que se estime que esteja a aumentar tal como vem acontecendo à escala internacional, comprometendo a sexualidade de milhões de indivíduos!... Nesta última investigação a principal ilação a retirar do inquérito por questionário auto-administrado aplicado a 677 alunos da Universidade do Minho, foi o baixo conhecimento diagnosticado das características e implicações das doenças analisadas, avançando pistas para uma Educação para a Saúde mais realista e eficaz.

Também Ana Paula Santana Rodrigues tem dedicado alguma atenção a esta problemática desde finais dos anos noventa.

Os Geógrafos têm-se assim preocupado com as questões mais territoriais e sociais complementando os estudos dos profissionais de saúde mais implicados na denúncia da subnotificação das Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou então, na análise de casos clínicos relacionados, *exempli gratia*, com a sífilis congénita.

Na realidade a atracção em Portugal pela questão da SIDA encontra eco na evolução

que a doença tem revelado nos últimos anos neste país. Em 2002 a taxa de declaração do VIH era na Região Europeia da O.M.S. de 76,1 novos casos diagnosticados por milhão de habitantes (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2003), observando-se as taxas mais elevadas na Estónia (660,7), na Federação Russa (351,5), em Portugal (255,0), na Suíça (105,2), no Reino Unido (101,1), na Bélgica (94,7) e na Irlanda (93,9), enquanto as taxas mais baixas procediam dos países nórdicos (Fig. 1).



Fig. 1. Número de casos novos diagnosticados de infeções por VIH, por milhão de habitantes, na Região Europeia da O.M.S., declarados em 2002

Fonte: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2003): *HIV/AIDS: Surveillance in Europe*. Mid-year Report 2003, nº 63, Saint-Maurice, pág. 42.



### 3. Conclusões

Recentemente vários Geógrafos têm-se preocupado com outras questões teóricas que podem ser apelidadas, por uns, de pós-estruturalistas e, por outros, de pós-modernas. Na sua essência «these perspectives are concerned with how knowledge and experience are constructed in the context of power relations» (Gatrell, 2002, 44). Esta perspectiva conduziu ao desenvolvimento do «risco» em saúde, nas representações do corpo e dos grupos sociais e no que se considera ser um cidadão saudável. A nova «saúde pública» exortanos a adoptar estilos de vida saudáveis (e.g., comer de forma saudável, fazer regularmente exercício, não fumar) e a desempenharmos um bom papel como cidadãos criando um ambiente saudável e sustentável. Depois de se terem resolvido os problemas da maioria das doenças infecciosas a atenção canalizou-se para a prevenção das doenças cardiovasculares, dos cancros e da SIDA, através da promoção do «bom» comportamento em saúde (Gatrell, 2002). No fundo trata-se de dar ênfase a uma perspectiva holística em saúde.

Em Portugal, visto o passado da Geografia da Saúde ser muito recente e serem exíguos os trabalhos desenvolvidos, ainda estamos a dar os primeiros passos neste domínio. Assim, depois das investigações se terem direccionado preferencialmente para as questões da acessibilidade aos cuidados de saúde (nas suas diversas vertentes) e para a SIDA, começamos a dar os primeiros passos nas questões do envelhecimento, da herança cultural e noutras vertentes da Educação para a Saúde. O futuro dirá se estas novas temáticas terão poder para aliciar jovens Geógrafos portugueses!...

### Bibliografia

ANTUNES, M. J. (2001): *A doença da saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. 3ª ed., Lisboa, Quetzal Editores.

ARROZ, M. E. (1977): *Difusão espacial da hepatite infecciosa*. Lisboa, Centro de Estudos Geográficos.

BOQUINHAS, J. M. (2002): *Um outro olhar sobre a saúde*. Lisboa, Hugin Editores.

EARICKSON, R. (2000): «Health Geography: style and paradigms». *Social Science & Medicine*, 50, 457-458.

EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS (2003): *HIV/AIDS: Surveillance in Europe*. Mid-year Report 2003, 63, Saint-Maurice.

GATRELL, A. (2002): *Geographies of Health: an introduction*. Massachusetts, Blackwell Publishers.

GONZÁLEZ PÉREZ, J. M. (1998): *Sanidad y territorio en la provincia de Pontevedra*. Pontevedra, Servicio de Publicacións da Diputación Provincial de Pontevedra.

LOPES CANTEIRO, E. (2003): *Evolução da mortalidade infantil e práticas associadas ao primeiro ano de vida – um estudo no território de Vizela*. Dissertação de Mestrado em História das Populações, Guimarães (policopiada).

LEANDRO, M. E. et al. (2003): «Contexto relacional médico-familiar. Um estudo de casos no concelho de Braga». *Cadernos do Noroeste – Série História* 3, Número de Homenagem à Professora Maria Manuela Milheiro Fernandes, Universidade do Minho, 20, 313-339.

MCEWAN, P. (1998): «The International Conferences on the Social Sciences and Medicine 1968-1996. An abridged history». *Social Science & Medicine*, 46, 1255-1260.

NODIN, N. (2001): *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Col. Estudos A.P.F., Lisboa.

NOSSA, P. N. (2001): *Geografia da Saúde - O caso da Sida*. Oeiras, Celta Editora.

NOSSA, P. N. (2002): «Recomendação de boas práticas na acessibilidade aos cuidados de saúde para minorias e populações migrantes». Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social, Braga, I.C.S., Universidade do Minho, 213-219.

OLIVERA POLL, A. (1993): *Geografía de la Salud*. Madrid, Ed. Síntesis.

PALAGIANO, C. (dir.) (1991): *Geografia della Salute in Itália*. 3ª ed., Milão, Franco Angeli.

PAUL, B. (1985): «Approches to Medical Geography: an historical perspective». *Social Science & Medicine*, 20, 399-409.

PICHERAL, H. (2001): «La Géographie de la Santé». In Bailly, A., et al., *Les concepts de la Géographie Humaine*, 5e éd., Paris, Armand Collin, 229-240.

REMOALDO, P. C.; COELHO LIMA, I. (1995): «SIDA. Um estudo de amostragem no âmbito da Geografia Humana». Actas do II Congresso da Geografia Portuguesa – A Geografia Portuguesa, debater as mudanças, preparar o futuro, vol. 2, Lisboa, Associação Portuguesa de Geógrafos, 565-584.

REMOALDO, P. C e COELHO LIMA, I. (1995): «SIDA. Um estudo de amostragem no âmbito da Geografia Humana». *Cadernos do Noroeste*, 6, 117-142.

REMOALDO, P. C. (2002): *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*. Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e da Tecnologia (Fundação para a Ciência e a Tecnologia).

REMOALDO, P. C. e COSTA, M. E. (2002): «Equidade no acesso aos cuidados de saúde - resultados de dois inquéritos realizados à população». Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social, Braga, I.C.S., Universidade do Minho, 71-90.

REMOALDO, P. C. (2002): «Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde». CD-ROM das Actas do IV Congresso da Geografia Portuguesa - Geografia: Territórios de Inovação, Lisboa, Associação Portuguesa de Geógrafos, 15 págs.

REMOALDO, P. C. (2003): «Acessibilidade aos cuidados de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto». *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 107-119.

REMOALDO, P. C., et al. (2003): *Conhecimento e risco apercebido pelos estudantes Universitários face às Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Lisboa, Relatório enviado à Fundação Calouste Gulbenkian, 94 (policopiado).

RODRIGUES MARGARIDO, A. P. (1991): «O Geógrafo e a investigação em cuidados de saúde. Porquê e Para quê?». Actas do I Congresso da Geografia Portuguesa, Lisboa, 199-204.

RODRIGUES MARGARIDO, A. P. (1993): *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde - Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*. Coimbra, Comissão de Coordenação da Região Centro.

SIMÕES, J. M. (1989): *Saúde: o Território e as desigualdades*. Dissertação de Doutoramento, Lisboa (policopiada).

W.H.O. (2002): *The European Health Report*. WHO Regional Publications, European Series, nº 97, Geneva.

World Wide Web:

<http://www.eurohiv.org>

<http://www.sexualidades.com>

<http://www.ine.pt>

<http://www.prb.org>