

Aspectos sociodemográficos e nosológicos da população do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães (Um estudo de Geografia Humana)¹

Paula Cristina A. Remoaldo

PREAMBULO

Em todas as sociedades existe a ideia de que a doença é um fenómeno que ameaça o indivíduo ou a sociedade no seu conjunto. Trata-se de um fenómeno biológico e ao mesmo tempo social, que se desenha, antes de tudo, como uma rede organizada de sinais e sintomas que requerem uma acção.

A doença compreende atitudes, reacções e comportamentos bastante "sui generis", a maior parte das vezes. Provavelmente será num Serviço de Urgência de qualquer estabelecimento hospitalar, onde os podemos encontrar em maior número.

O trabalho de que aqui se mostra um resumo encerra a análise de alguns dos comportamentos patológicos mais frequentes num Serviço de Urgência, concretamente o do Hospital Distrital de Guimarães. Trata-se de uma temática de incipiente abordagem no campo da Geografia (apanágio que é do pessoal clínico), apresentando-se como um vasto campo de estudo em plena fase exploratória. Os principais objectivos que estiveram subjacentes à sua feitura foram: transmitir um conhecimento detalhado dos comportamentos da população que afluía a um Serviço de Urgência nos finais da década de oitenta, incluindo os estados mórbidos mais frequentes pouco considerados nas estatísticas oficiais de saúde e nos estabelecimentos hospitalares; alertar os organismos administrativos dos estabelecimentos hospitalares para a necessidade de reverem as suas estatísticas, nomeadamente o não privilégio de indicadores de morbilidade; servir de elemento de comparação entre a orgânica de funcionamento do antigo

O presente artigo é um resumo do texto de 261 páginas, apresentado em Abril de 1993, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho como Prova de Aptidão Científica prevista nos artigos 53.º a 60.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária. A autora é Licenciada em Geografia pela FLUP e desempenha actualmente as funções de Assistente no Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

Hospital Distrital de Guimarães e a actual orgânica resultante da recente entrada em funcionamento do novo Hospital.

Cientes da multifacetiz da presente temática e das possíveis dificuldades que poderíamos encontrar na caminhada de dois anos que empreendemos, optámos por abordá-la.

1. NÍVEIS SANITÁRIOS EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

1.1. Evolução da taxa de mortalidade infantil

"A doença traduz o mal-estar do indivíduo na sua relação com o meio e a sociedade."
Herzlich

Os indicadores de saúde são indispensáveis para planificar, gerir e avaliar os serviços de saúde de um país e, simultaneamente, testar permanentemente a evolução da saúde da população que se vai processando. Este tipo de indicadores agrada a um vasto público, sendo do interesse quer da opinião pública, dos administradores e planificadores, do pessoal clínico e dos vários elementos científicos das Ciências Sociais. Neste sentido, torna-se premente trabalharmos com indicadores que se revelem concomitantemente como sintéticos, simples e claros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a taxa de mortalidade infantil é um indicador precioso para a avaliação do estado de saúde de uma população. Esta avaliação diz respeito não só ao foro infantil como também é extensível a toda a população e, implicitamente, às condições socioeconómicas que lhe estão subjacentes. Por outro lado, e ainda segundo aquela entidade, estaremos perante um indicador revelador da disponibilidade, utilização e provavelmente da eficácia dos cuidados de saúde, particularmente dos cuidados pré-natais. Contudo, alguns autores têm vindo a contestar, empiricamente, a qualidade expressa nesta última afirmação. Para eles existe um indicador que poderá avaliar mais satisfatoriamente tal situação — a taxa de mortalidade perinatal³. Tal asseveração resultaria da análise das tendências, da mortalidade infantil, da mortalidade perinatal e do produto nacional bruto por habitante em quatro países escandinavos, para o período 1900-1980⁴.

Na perspectiva destes autores, a taxa de mortalidade perinatal desenha-se como um indicador muito mais sensível da eficácia dos cuidados de

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici Van 2000*, in "Santé pour tous", Genève, 4, 1981.

³ Segundo o Instituto Nacional de Estatística, através de uma das suas publicações - Estatísticas da Saúde, a taxa de mortalidade perinatal engloba os fetos-mortos de 28 e mais semanas, mais os óbitos de recém-nascidos de menos de sete dias, por 1000 nados-vivos mais fetos-mortos de 28 e mais semanas.

⁴ WAALER, Hans T.; STERKY, Göran — *Quel est le meilleur indicateur de la qualité des soins de santé?*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 5(3), 1984, p. 304-307.

saúde do que a taxa de mortalidade infantil⁵. Esta última afigura-se como mais avaliadora das condições socio-económicas de uma população (e.g., educação, nutrição, peso à nascença). Crê-se, por outro lado que, os factores demográficos (e.g., idade da mãe e espaçamento dos nascimentos) terão um importante contributo na explicação da mortalidade perinatal, intervindo com uma ponderação de 30-40%.

Portugal nos finais da década de oitenta mostrava sinais de aproximação aos restantes países da Comunidade Europeia, mas continuava a liderar as tabelas de mortalidade infantil. Segundo dados divulgados em 1991, pelo Instituto Nacional de Estatística, reportando-se ao ano de 1990, o nosso país evidenciava um *score* de 11.0‰⁶. No ano anterior e de acordo com as Estatísticas Demográficas do Eurostat publicadas em 1991 e referentes ao ano de 1989, enquanto a quase totalidade dos países da Comunidade Europeia já tinham conseguido ultrapassar a barreira dos 10‰, Portugal assumia-se como o único que ainda não tinha alcançado tal meta (6.8‰ era o valor mais baixo evidenciado, pertencente à Holanda),

Trata-se de um posicionamento que se alicerçou no passado. As nossas taxas de mortalidade infantil, na década de cinquenta eram quase cinco vezes superiores às da Holanda (17.2‰ versus 84.0‰ para Portugal)⁷ e, se quisermos extravazar a nossa análise para o resto do continente europeu, os valores assumem-se cinco vezes superiores quando nos confrontamos com a Suécia que registava então os valores mais baixos (15.8‰). Mesmo em relação à França, país cujas condições demográficas se aproximavam mais do nosso país, era cerca de três vezes mais elevada.

Desde 1970, processou-se no nosso país um declínio acentuado das taxas de mortalidade infantil, revelando-se mais acentuado na década de setenta. Enquanto em 1970 se registava um *score* de 58.0‰, ou seja, por cada mil nados-vivos, morriam 58 crianças antes de atingir o primeiro aniversário, passou-se em 1975 para 38.9‰ e em 1980 para 24.3‰.

Foi na década de setenta que se assistiu a uma importante intervenção do Estado Português no âmbito da saúde, ao direito à saúde para todos, ao desenvolvimento de uma rede de centros de saúde responsáveis pelos cuidados básicos de saúde (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro) e à

⁵Esta é também a opinião de alguns autores portugueses, nomeadamente, Economistas da Saúde. Vd. a título de exemplo CAMPOS, A. Correia de — *Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: aparência e realidade*, in "Revista Crítica de Ciências Sociais", Coimbra, 18-20, Fev., 1986, p. 601-618 e GIRALDES, M. do Rosário — *Equidade na distribuição da despesa em saúde na perspectiva da adesão de Portugal à CEE. Alguns contributos*, in "Revista Portuguesa de Saúde Pública", Lisboa, 7(4), Out.-Dez., 1989, p. 7-28.

⁶A O.M.S. projectou, em 1983, para Portugal, taxas de mortalidade infantil de 51.7‰ para os anos 1980-1984 e de 19.5‰ para os anos 2000-2004. Tais previsões foram ultrapassadas, visto desde 1981, elas se cifrarem inferiores a 20‰.

O sétimo relatório da O.M.S. sobre a avaliação da estratégia da "Saúde para Todos até ao ano 2000", veio vincar a passagem de uma situação muito desvantajosa para Portugal em 1970, registando então taxas de mortalidade infantil superiores ao dobro da dos 26 países analisados, para uma situação em que essa diferença se reduziu significativamente. REIS, Carlos Santos — *Níveis sanitários portugueses*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 13, 1961-62, p. 104 e 105.

criação de um serviço médico à periferia⁸.

Enquanto nos países industrializados foi após a Segunda Guerra Mundial que o Estado-Providência se constituiu e se expandiu, em Portugal, por questões políticas e económicas, só após a revolução de 25 de Abril de 1974 se desenvolveu o *Welfare State*.

A Figura 1 dá-nos uma visualização rápida da distribuição das taxas de mortalidade infantil nos dezoito distritos do espaço continental para o ano de 1990. Destaca-se a zona Norte, perfilando-se como a região menos feliz no que concerne a este indicador, com particular evidência para o distrito de Bragança (16.7‰).

Os factores que estão subjacentes aos valores mais elevados das taxas de mortalidade infantil encontrados no espaço nortenho, prendem-se com aspectos demográficos e sociais. Por um lado, são os valores tradicionais que desde sempre estiveram mais enraizados naquele espaço, representados por uma elevada taxa de natalidade, uma elevada percentagem de nados-vivos de quarta ordem e mais, de famílias numerosas, de casamentos católicos, uma baixa taxa de divórcios e de nados-vivos que ocorrem fora do casamento.

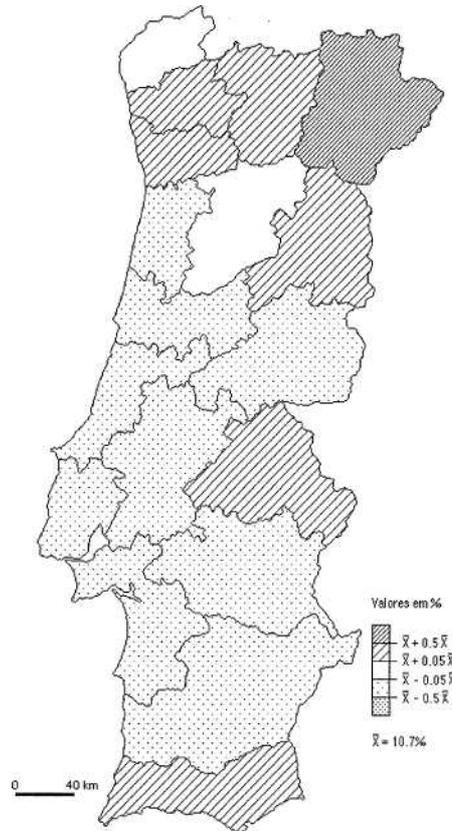
Parece estar provado que as pessoas que cortam com a tradição são menos fatalistas e mais prontas a colaborar com o pessoal dos serviços de saúde. Além disso, revelam-se mais desejosas de aprender novas formas de cuidados infantis e melhor nutrição, vacinação das crianças, etc.⁹.

Não podemos também olvidar que a elevada dimensão das famílias resultante de uma elevada taxa de fecundidade, tende a facilitar o contágio e a promiscuidade, além de atenuar a importância da perda de qualquer elemento jovem. Por outro lado, o Norte constitui uma área onde é mais elevada a percentagem de nascimentos sem qualquer tipo de assistência. A título de exemplo refira-se que em 1991, o distrito de Vila Real foi o que registou um *score* mais elevado de partos ocorridos sem assistência (9.0%).

Adite-se ainda a maior consanguinidade existente nesta área que contribui para uma maior apetência para malformações congénitas, além de uma maior insalubridade, favorecida pela existência de casas velhas e degradadas e pela convivência com múltiplos animais. O maior consumo de alimentos não cozinhados, em especial as frutas e os legumes e um clima mais rigoroso mais propiciador a doenças do aparelho respiratório (e.g., gripes, pneumonias) muito representativas da letalidade na primeira infân-

Com o Despacho de 19 de Março de 1975, organiza-se um ano compulsório de Serviço Médico à Periferia com vista a, entre outros aspectos, à colmatação das deficiências sanitárias existentes nas áreas rurais. De facto, até àquela data as áreas do interior do país denotavam uma rarefação de pessoal médico.

Vd. KANNISTO, Váinõ — *Factores associados às diferenças geográficas da mortalidade infantil em Portugal desde 1950*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 28, 1986, p. 11-355 REIS, Carlos Santos — *Níveis sanitários portugueses*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 13, 1961-62, p. 89-129, que se debruçam sobre alguns dos factores que têm contribuído para o perfil de mortalidade infantil do espaço português.



Fonte: Estatísticas Demográficas, INE, Lisboa, 1990.

Figura 1 — Taxas de Mortalidade Infantil por distritos, 1990

cia, desde há muito se assumem como factores importantes. Por último, a maior religiosidade do povo nortenho terá contribuído para desenvolver uma certa resignação perante situações patológicas e letais, visto aquelas dependerem de uma entidade superior e divina.

Se quisermos, por outro lado, tecer uma análise infradistrital, no que diz respeito à taxa de mortalidade infantil, contemplando os treze concelhos que constituem o distrito de Braga, constatamos que, enquanto o *décalage* entre os valores dos treze concelhos era de 66.7 pontos em 1970, aquele valor descia aos 23.4 pontos em 1990, revelando uma melhoria das condições sanitárias e uma aproximação entre os vários concelhos. Todavia, não podemos descurar o facto de estarmos perante pequenas unidades espaciais, que registam scores exíguos no que concerne a óbitos com idade inferior a um ano e a nados-vivos. O concelho de Amares é um exemplo flagrante que interessa ressaltar. Assim, na passagem de 1989 para 1990, passou de 15.0% para 4.3%. Tal transmutação resulta de um decréscimo de apenas três óbitos com menos de um ano e de um decréscimo de 35 nados-vivos.

O concelho de Guimarães revelava em 1990 (Figura 2), uma situação pouco satisfatória no conjunto do distrito, evidenciando *scores* superiores à média distrital. Aquele espaço inseria-se num grupo homogéneo de concelhos pertencentes aos sectores Este, Sudeste e Sul, todos com *scores* superiores ao distrito e de características marcadamente rurais onde os valores tradicionais são ainda fortes. Apesar de Guimarães possuir uma rede de estabelecimentos de saúde mais satisfatória do que os restantes concelhos daquele grupo, os *scores* encontrados devem resultar do seu número razoável de freguesias de cariz rural, cuja acessibilidade a esses serviços é menos satisfatória ou cuja população ainda não se encontra habituada a utilizar os serviços de saúde.

1.2. Panorama da mortalidade perinatal

Outro dos indicadores que merece uma abordagem é a taxa de mortalidade perinatal, que segundo alguns autores avalia melhor a disponibilidade, utilização e eficácia dos cuidados de saúde, especialmente dos cuidados pré-natais.

O perfil de evolução deste índice empírico para o conjunto do país é similar ao da taxa de mortalidade infantil, tendo decrescido de 38.9‰ em 1970 para 12.1‰ em 1991, revelando um decréscimo menos marcante. A melhoria daquele índice parece ter-se feito essencialmente à custa da diminuição da mortalidade fetal tardia¹⁰. Registou-se uma melhoria sensível na década de oitenta, mas, tal como acontece para a taxa de mortalidade infantil, Portugal encontra-se numa posição desvantajosa quando comparado com os restantes países do espaço comunitário.

Em Portugal as causas de morte perinatal, tal como acontece com as da infantil, não são maioritariamente patológicas, mas, principalmente sociais. O facto da taxa de mortalidade fetal tardia ter um papel preponderante nos *scores* encontrados no âmbito da mortalidade perinatal, leva-nos a pensar em atitudes "intencionais" ou resultantes da ignorância da parte da mãe durante o período da gravidez. Incluem-se as mulheres que durante a gestação não têm qualquer tipo de acompanhamento médico, que não têm uma alimentação equilibrada (por falta de condições, por desleixo ou por ignorância) e/ou continuam a dispendir grande esforço físico no trabalho. Adite-se ainda as mulheres que pretendem esconder uma gravidez não desejada. Assim, não admira que o baixo peso ao nascer constitua, juntamente com as malformações congénitas e asfixia, dos principais factores de mortalidade perinatal.

¹⁰ CARVALHO, Maria Celsa A. de — *Saúde infantil em Portugal: evolução de alguns indicadores*, in "Saúde Infantil", Coimbra, 10(1), Abr., 1988, p. 10. A mortalidade perinatal engloba duas componentes: a mortalidade fetal tardia e a neonatal precoce. A primeira corresponde aos fetos-mortos com 28 e mais semanas e a segunda aos óbitos de crianças nos primeiros sete dias de vida.



Fonte: Estatísticas Demográficas, INE, Lisboa, 1990.

Figura 2 — Taxas de Mortalidade Infantil nos concelhos do distrito de Braga, 1990

Como factores do baixo peso da criança podemos citar, em termos latos, além da fraca ração alimentar, o tabagismo, um trabalho físico penoso durante a gravidez e diversas doenças, particularmente as infecções. Paralelamente, a pequena estatura da mãe, a sua idade muito jovem, uma paridade elevada e nascimentos muito próximos são outros factores possíveis.

Trata-se, grande parte das vezes, de uma questão de ausência de educação sexual. Além disso, a população portuguesa ainda não se preocupa com o elemento prevenção. Saúde não é só não estar doente, mas evitar que isso aconteça. As pessoas ainda tendem a ver a saúde como sinónimo de ausência de doença, dando pouca importância ao trabalho de prevenção e apostando apenas no tratamento da doença.

A Figura 3 deixa transparecer importantes assimetrias distritais no que diz respeito à mortalidade perinatal, que reflectem as diferenças do desenvolvimento económico e socio-cultural. Mais uma vez é a região Norte que se salienta no conjunto do Continente, apesar do distrito de Braga ocupar uma situação mais satisfatória do que no âmbito da mortalidade infantil.

1.3. Evolução do obituário nas últimas décadas

Um dos indicadores que geralmente é utilizado para aferir o nível sanitário de uma qualquer área é a mortalidade por causas. A utilização de tal indicador permite-nos ainda aferir aspectos sobre o processo de Transição Epidemiológica e, implicitamente, sobre a Teoria da Transição Demográfica¹¹. Neste sentido, utilizámos o esqueleto da Classificação Internacional de Doenças, alicerçado em 17 asrruamentos nosológicos.

¹¹ Vd. algumas considerações sobre estas duas teorias in REMOALDO, Paula Cristina A. — *Aspectos sociodemográficos e nosológicos da população do serviço de urgência do Hospital Distrital de Guimarães (um estudo de Geografia Humana)*, Dissertação de Capacidade Científica, Braga, Universidade do Minho, 1993, p. 33.



Fonte: Estatísticas Demográficas, INE, Lisboa, 1990.

Figura 3 — Taxas de Mortalidade Perinatal por distritos, 1990

No que concerne à representatividade dos principais agrupamentos nosológicos (Fig. 4)¹², denotava-se, em 1970, uma hegemonia das doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (agrupamento 6— 19.72%), doenças do sistema circulatório (agrupamento 7 — 17.01%), sintomas, sinais e afecções mal definidas (agrupamento 16 — 15.32%), doenças do sistema respiratório (agrupamento 8 — 12.03%) e tumores (agrupamento 2 — 11.75%), que concentravam 75.83% da letalidade, revelando, ainda que com algum atraso em relação a grande número de países europeus, o afirmar do segundo estágio da Teoria da Transição Epidemiológica. Tratava-se de um período de significativa melhoria no acesso aos cuidados de saúde,

¹²

Para uma melhor compreensão da estrutura da Classificação Internacional de Doenças, consulte-se as Estatísticas da Saúde publicadas anualmente pelo INE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — *Classificação Internacional de Doenças (revisão 1975)*, 3- ed., 2 vol., São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — *Regulamento e classificação das doenças, traumatismos e causas de morte da Organização Mundial de Saúde (9- revisão - 1975)*, Lisboa, 1980.

evidenciando-se um predomínio das doenças ditas de civilização (também designadas de crónico-degenerativas)¹³.

O agrupamento das doenças infecciosas e parasitárias apresentava naquela data um modesto contributo no âmbito da mortalidade total (2401 ocorrências — 2.58%). Trata-se de um grupo que permaneceu até aos anos cinquenta como uma das principais categorias de causas de morte em Portugal. Enquanto em 1920 representavam 23.17% da mortalidade total em Portugal, em 1990 não ultrapassavam os 0.95%. Uma das causas que contribuíam para o grande significado deste agrupamento resultava das diarreias e enterites, que até à década de cinquenta matavam dezenas de milhares de pessoas (na actualidade cifra-se na ordem das poucas centenas) e da tuberculose, que na década de quarenta contribuía para uma média de 18307 óbitos por ano (com grande expressividade nos espaços urbanos do Porto e Lisboa)¹⁴.

Além destas tipologias, a varíola, a difteria, o paludismo, a tosse convulsa, o sarampo, as febres tifóides e paratífóides, que no passado se revelavam bastante mortíferas, adquirem, na actualidade, uma fraca expressão.

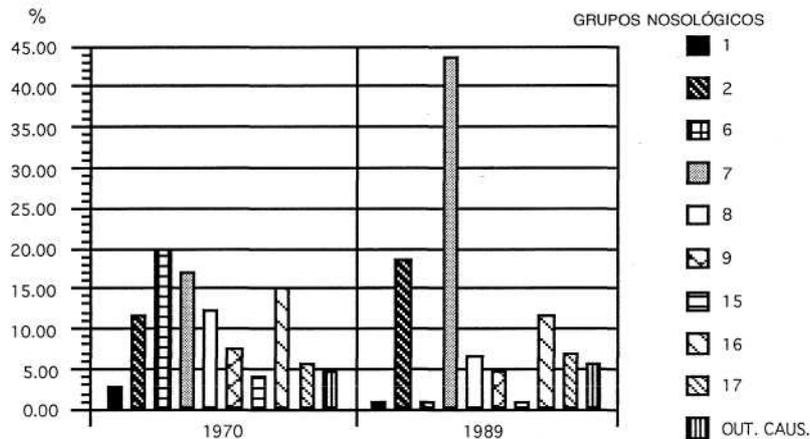
A Figura 4 ressalta também a proeminência da mortalidade por doenças do foro circulatório, que enquanto em 1970 se situavam em segundo lugar, em finais da década de oitenta se encontravam em primeiro lugar (43.45% da letalidade total em Portugal)¹⁵. Tal aumento decorreu, essencialmente, das mutações que se operaram na passagem da 8- para a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Enquanto que na 8- revisão não figurava naquele agrupamento o subgrupo nosológico designado comumente por doenças cérebro-vasculares, este transitou para o grupo 7 com a 9- revisão, fazendo-o ascender ao primeiro lugar.

Assim, ao desagregarmos o conjunto das doenças do foro circulatório, as doenças cérebro-vasculares afiguram-se como a principal causa de morte no nosso país, desde a década de setenta, resultado, por um lado, do progressivo envelhecimento da nossa população e por outro lado, de uma provável carência de programas de rastreio/prevenção no âmbito dos cuidados de saúde primários e de deficiências na rede de cuidados de saúde diferenciados (não deve ser esquecido o facto de este tipo de doenças necessitarem de rápidas intervenções médicas, que só uma boa rede hospitalar poderá fazer face).

¹³ Países como o Reino Unido e a Suécia, tinham assistido, nos finais da década de quarenta princípios da de cinquenta, ao terminus da transição epidemiológica.

SIMÕES, José M. — *Saúde: o Território e as desigualdades*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, 1989, p. 122.

¹⁵ Portugal revela, na actualidade, um perfil nosológico bastante semelhante ao dos restantes países da Comunidade Europeia. As discrepâncias surgem, essencialmente, ao nível das doenças crónico-degenerativas, tais como, as do sistema circulatório onde apresentamos uma letalidade inferior (à excepção da França), apesar de no nosso país se evidenciar uma elevada mortalidade por doenças cérebro-vasculares e no grupo dos tumores onde também registamos ponderações mais baixas.



Os 9 grupos nosológicos considerados na Figura 4 são os seguintes:

1 — Doenças infecciosas e parasitárias; 2 — Tumores; 6 — Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; 7 — Doenças do aparelho circulatório; 8 — Doenças do aparelho respiratório; 9 — Doenças do aparelho digestivo; 15 — Algumas afecções originadas no período perinatal; 16 — Sintomas, sinais e afecções mal definidas; 17 — Lesões traumáticas e envenenamentos.

Fonte : Estatísticas da Saúde, INE, Lisboa, 1970, 1989.

Figura 4 — Mortalidade segundo as principais causas de morte em Portugal¹⁶, 1970 e 1989

Por outro lado, é de salientar o aumento da letalidade por neoplasias (vulgo tumores), entre a década de setenta e de oitenta, passando de um modesto quinto lugar para o segundo no conjunto da mortalidade total. A sua expressividade na actualidade resulta, particularmente, da melhoria e generalização dos meios de diagnóstico, além de o envelhecimento da população portuguesa jogar um papel deveras importante, visto ser a parcela de população mais idosa a mais atingida por este tipo de patologia.

Se optarmos por uma escala infranacional, com particular incidência para o distrito de Braga e o concelho de Guimarães (é neste último espaço que se encontra inserido o Hospital Distrital de Guimarães — universo de estudo da nossa pesquisa), somos confrontados com um cenário similar ao do conjunto do país no caso da primeira entidade espacial, embora com algumas *nuanças*, já que em finais da década de oitenta se registava um menor contributo das patologias do foro circulatório e dos tumores, conferindo-lhe um perfil sanitário menos "evoluído".

Por seu turno, em 1970, no concelho de Guimarães era mais notória uma menor ponderação daquelas tipologias de doenças, ocupando o sétimo e oitavo lugares respectivamente, denotando um perfil de mortalidade ainda menos "evoluído", ou seja, assinalava com algum atraso em relação ao conjunto do país a transição epidemiológica.

O final da década de oitenta veio pôr em evidência o aproximar dos per-

¹⁶ Vd. REMOALDO, Paula Cristina A., op. cit., p. 34, que apresenta um Quadro onde são patenteados os 17 agrupamentos nosológicos que servem de base à Classificação Internacional de Doenças.

fis do distrito de Braga e do concelho de Guimarães ao do do conjunto do país¹⁷. É o vincar da importância da letalidade por doenças do sistema circulatório, com ponderações acima dos 40% ou pouco abaixo (caso do concelho de Guimarães) e dos tumores com ponderações que parecem caminhar em direcção aos vinte por cento. É, também, o assumir do quarto lugar por parte das "lesões traumáticas e envenenamentos", de forma mais insistente no concelho de Guimarães.

1.4. Outros indicadores de eficácia do funcionamento do sistema de saúde

Para completarmos o perfil sanitário do espaço continental e do posicionamento do distrito de Braga torna-se imperioso empreender uma análise sucinta doutros indicadores reveladores da eficácia do funcionamento do sistema de saúde português. Para tal, seleccionámos os *ratios* habitante/médico, habitante/enfermeiro e o índice camas/1000 habitantes.

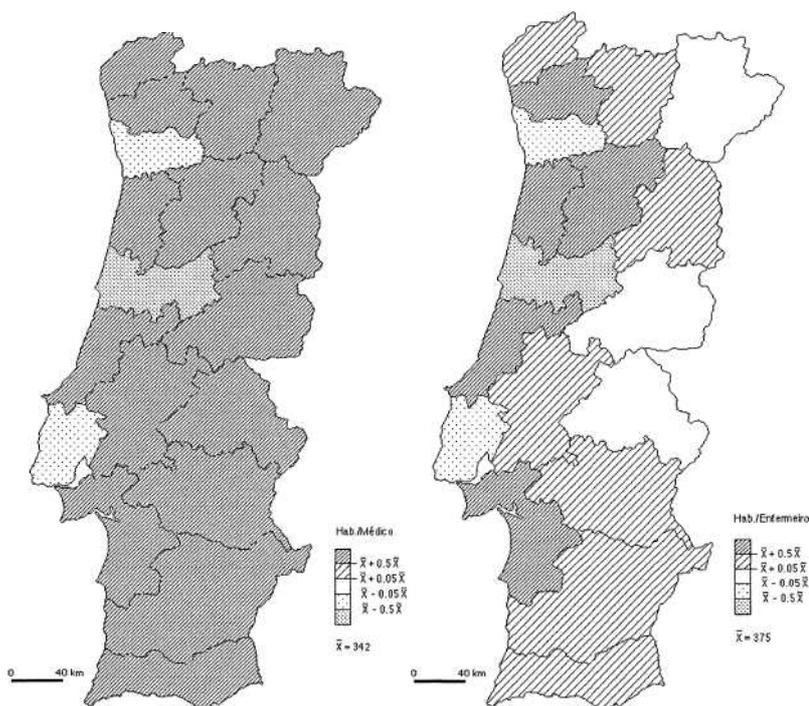
No que diz respeito aos recursos humanos de saúde, tem-se denotado uma má distribuição geográfica com uma flagrante assimetria entre o litoral e o interior, entre grandes centros urbanos e áreas rurais. As assimetrias na distribuição de recursos humanos além de serem flagrantes em termos quantitativos, também o parecem ser em termos qualitativos. Os distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, onde se encontram as cidades universitárias, têm vindo a concentrar um número significativo de médicos e de enfermeiros. Em 1990 ainda era visível este cenário, mas com algum esbatemento (Figuras 5 e 6)¹⁸.

No que diz respeito ao distrito de Braga, somos confrontados, mais uma vez, com um mau posicionamento no contexto continental, possuindo em 1990 um ratio hab./médico cerca de cinco vezes superior ao do distrito de Coimbra e três vezes superior ao do Porto¹⁹. No que concerne ao ratio hab./enfermeiro (Figura 6), apesar do distrito de Braga se aproximar mais do distrito de Coimbra, que é o que detém uma melhor situação, denota um

¹⁷ Como os Quadros que serviram de base aos comentários aqui tecidos são bastante extensos, não foi possível reproduzi-los no presente resumo. Vd. REMOALDO, Paula Cristina A., op. cit., p. 45-48.

¹⁸ Nos últimos quinze anos denotou-se uma melhoria substancial, principalmente na passagem de 1975 para 1980, provavelmente como resultado da criação em 1975 de um ano de serviço médico à periferia. Foi a partir de então que as áreas do interior passaram a beneficiar de clínicos gerais jovens, que até aí não existiam. Por outro lado, observou-se uma disseminação de escolas de enfermagem pelo interior do país, vindo beneficiar uma melhor distribuição dos enfermeiros. Assim, apesar de as assimetrias distritais populacionais e económicas se terem vindo a agravar no nosso país, no âmbito dos *ratios* hab./médico e hab./enfermeiro, denota-se uma aproximação nítida nos últimos anos.

Enquanto que em 1990, à escala continental, somos confrontados com um ratio de 342 Hab./Médico, valor que ultrapassa o de 500 Hab./Médico preconizado em 1952 pela O.M.S., assistimos a uma perda de tal mérito quando avaliamos este ratio em termos distritais como o de Bragança, o de Beja, o da Guarda e o de Vila Real que apresentam quase metade daquele valor. Braga, embora não pertença a este grupo, é outro dos que ficam aquém daquele valor, traduzindo-se o valor que apresentava em 1990 (791 Hab./Médico) num défice de cobertura de cerca de 37%.



Fonte: Publicações do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, 1990.

**Figura 5 — Ratio Habitante/
/Médico por distritos, 1990**

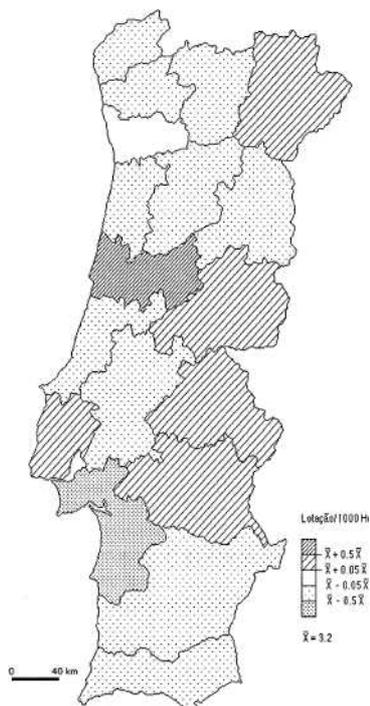
**Figura 6 — Ratio Habitante/
/Enfermeiro por distritos, 1990**

pior posicionamento no conjunto do continente apesar de possuir ensino no seio da enfermagem, que parece ser insuficiente para o contingente populacional que aí reside.

As Figuras 8 e 9 revelam também um maior défice de médicos e de enfermeiros no domínio dos cuidados de saúde primários no concelho de Guimarães, quando comparado com a média distrital. Em relação ao primeiro ratio aquele concelho parece enquadrar-se no grupo de concelhos pertencentes ao sector Este/Sudeste e ao qual já nos referimos aquando da análise da taxa de mortalidade infantil.

Em termos de oferta de meios hospitalares, a lotação por 1000 habitantes diminuiu significativamente, na década de setenta, devido ao encerramento de sanatórios. Todavia, a distribuição de camas entre os distritos sofreu uma melhoria, devido à construção de novos e amplos hospitais ao longo daquela década. Apesar de haver menos camas hospitalares, as que subsistiram tornaram-se mais activas e de melhor qualidade.

Em 1989 registava-se em Portugal Continental um score de 3.2 camas/1000 habitantes (Figura 7 — valor que inclui todo o tipo de estabelecimentos de saúde), cerca de quatro vezes inferior ao de outros países europeus (e.g., República Federal Alemã, Itália, França) em inícios da década de setenta.



Fonte: Publicações do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, 1990.

Figura 7 — Lotação por 1000 Hab. por distritos, 1989

Nos primórdios da década de noventa e segundo a O.C.D.E., Portugal continua a revelar um mau posicionamento no conjunto da Europa (4.7 camas/1000 hab.). Assim, a França (9.9 camas/1000 hab.), a Bélgica (9.8), a Alemanha (10.8) e a Suíça (9.6) registaram uma lotação em termos hospitalares e de clínicas cerca do dobro da de Portugal, enquanto a Suécia (13.3) a



Fonte: Administração Regional de Saúde de Braga, Braga, 1991.

Figura 8 — Ratio Habitante/Médico nos concelhos do distrito de Braga ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, 1991



Fonte: Administração Regional de Saúde de Braga, Braga, 1991.

Figura 9 — Ratio Habitante/Enfermeiro nos concelhos do distrito de Braga ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, 1991

Noruega (15.3) e a Finlândia (13.1) se ficavam pelo triplo²⁰.

A mesma Figura 7, vem complementar o mau perfil sanitário encontrado para o distrito de Braga, no âmbito do ratio lotação/1000 habitantes e é com este cenário que vamos partir para a segunda parte do presente trabalho.

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E NOSOLÓGICAS DOS DOENTES QUE AFLUEM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE GUIMARÃES

2.1. Considerações sobre o Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães

"Hospitals are commonly regarded as unpleasant places to be (...) the hospital creates a depersonalizing environment that forces the patient to relinquish control over his or her existence."
Shelley E. Taylor

A fundação do Hospital Distrital de Guimarães recua ao século XVI, aquando da fundação da sua Misericórdia, da qual se ignora a data precisa. Costa Goodolphim é de opinião que "a Irmandade da Nossa Senhora da Misericórdia foi fundada em 1583, sendo a sua sede primitiva na capella de S.Braz, nos claustros da Collegiada"²¹. Contudo, outros autores admitem a data de 1511²². A análise que aqui expomos

²⁰ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE — OCDE en chiffres, Supplément statistique de l'Observateur de l'OCDE, 176, Juin-Juillet, 1992, p. 44-45.

²¹GOODOLPHIM, Costa — *As Misericórdias*, p. 117 (citado por BASTO, Pedro de M. — *Hospitais do Norte de Portugal: subsídios para a história da assistência hospitalar*, Porto, 1982, p. 46).

A Misericórdia viria a ser transferida em 1606 para o Largo João Franco, tendo sido a primeira pedra lançada em 31 de Maio de 1588 (BASTO, *ibidem*). Todavia, visto no século dezanove já não satisfazer as condições que então se consideravam mínimas, o Hospital viria

circunscreve-se à penúltima morada daquele Hospital, ou seja, ao local do extinto Convento de Santo António dos Capuchos, na freguesia de Azurém.

O Serviço de Urgência daquele estabelecimento hospitalar tem-se revelado como um sector de atendimento importante, resultado por um lado da elevada afluência de doentes e por outro face à gravidade e natureza dos casos clínicos aí tratados. Simultaneamente, a presença de pessoal de elevada qualificação técnico-profissional e os custos financeiros que uma actividade assistencial deste tipo acarreta, conferem-lhe uma indubitável importância.

A Figura 10 patenteia a crescente afluência de doentes ao Serviço de Urgência²³, mormente a partir de meados dos anos setenta, tendo-se alcançado um valor máximo no ano de 1988 (138081 casos)²⁴. Na base deste crescimento vertiginoso²⁵ poderão estar vários factores, uns de cariz extrínseco e outros intrínseco, estes últimos resultantes da própria orgânica de funcionamento daquela Instituição.

Poder-se-á avançar como factor extrínseco, o progressivo aumento da consciência sanitária da população, sem ter havido significativa criação de infraestruturas adequadas noutras entidades prestadoras de cuidados de saúde. Esta transformação de mentalidades é decorrente da informação médico-sanitária prestada à população e que veio sendo veiculada, mais insistentemente, a partir dos anos oitenta pelos "mass media". Destaque-se

a ser transferido, vindo a ocupar o local do extinto Convento de Santo António dos Capuchos. A sua construção teve início em 1861. Numa situação privilegiada, a escassas centenas de metros do coração da cidade, na freguesia de Azurém, aí permaneceria até inícios da década de 90. Nova translação viria a efectuar-se em finais de 1991, concretamente a 25 de Setembro, para novas instalações a cerca de três quilómetros (inserindo-se na freguesia de Creixomil) do que foi durante perto de um século e meio um dos pilares da serventia em cuidados de saúde no noroeste português.

²³Importa salientar que, em finais da década de oitenta, o Hospital Distrital de Guimarães em termos de volume anual de urgências e no conjunto dos hospitais distritais, posicionava-se em segundo lugar, sendo apenas ultrapassado pelo Hospital Distrital de Braga nuns modestos 4700 casos.

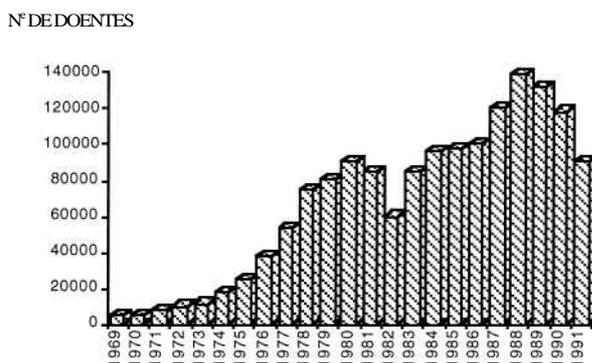
²⁴Contudo, o crescimento quase que "explosivo" deste sector hospitalar, não foi linear no período considerado, a julgar pela quebra dos valores registados nos anos de 1981 e 1982, sendo este resultado de uma medida de âmbito Governamental, numa tentativa para moderar o afluxo de doentes aos serviços de urgência. Referimo-nos ao estabelecimento da "taxa moderadora" de 250\$00, por despacho ministerial de 18 de Janeiro de 1982, publicado no Diário da República de 10 de Fevereiro seguinte, tendo começado a ser cobrada a partir de 16 do mesmo mês.

A referida taxa ter-se-á mantido em vigor até 8 de Agosto de 1983, data em que foi suspensa e reformulada por despacho ministerial de 14 de Julho desse ano, publicado no Diário da República de 5 de Agosto.

Paralelamente, foi encetada a nível interno uma outra medida no sentido de moderar o afluxo de doentes ao Serviço de Urgência. Assim, e de acordo com a Ordem de Serviço n.º 3/81, de 23 de Janeiro, restringia-se a passagem de declarações de atendimento que se destinavam a justificar faltas perante as entidades patronais. Em 24 de Fevereiro de 1983 a referida Ordem de Serviço terá sido revogada, alegando-se o direito do doente solicitar a comprovação da assistência recebida, direito que aliás é defendido pela própria legislação do trabalho para efeitos de justificação de faltas.

A situação que se registava de elevada demanda de doentes para o Serviço de Urgência do Hospital em análise era extensível, pelo menos, à maioria dos Hospitais Distritais e Centrais de então. Vd. a título de exemplo alguns estudos realizados, tais como, CARVALHO, [1980]; CEPÊDA, 1987; RODRIGUES, 1987.

a televisão que quer através de programas de índole didáctico-cultural, quer a partir de "spots" publicitários, se tem revelado como um potente meio de transformação da atitude sanitária das populações. Paralelamente, foi-se assistindo a uma progressiva falência dos Centros de Saúde e de outros serviços anexos, aspecto que terá contribuído para a canalização da população para outros serviços de atendimento mais rápidos e de funcionamento ininterrupto, nomeadamente os serviços de urgência hospitalares. Deste modo, a fácil acessibilidade ao Serviço de Urgência, resultante principalmente da sua utilização não se encontrar disciplinada, do seu funcionamento ser ininterrupto e da sua gratuitidade, terão também contribuído para tal situação. Paralelamente, assistiu-se a um aumento significativo do quantitativo populacional na área de influência do Hospital que se vê agravada pela existência de uma população jovem (a população do foro pediátrico é grande consumidora dos Serviços de Urgência). Por último, a existência de elevado número de unidades industriais empregadoras de elevado quantitativo de mão-de-obra, também terá tido a sua quota parte para a edificação de tal panorama, face à importância que adquirem os acidentes de trabalho.



ANOS Fonte: Núcleo de Estatística do Hospital Distrital de Guimarães, 1992.

Figura 10 — Movimento assistencial no Serviço de Urgência do H. D. de Guimarães, 1969-1991

O preocupante panorama que em 1988 se evidenciava, viria a esbater-se nos anos subsequentes. No que concerne ao ano de 1989, ressalte-se o decréscimo de 4.7% no volume populacional assistido no Serviço de Urgência daquele hospital, que poderá indiciar um factor de cariz social. Na base do esbatimento poderá estar uma atitude de saturação por parte da população que se servia "regularmente" do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães, face às cada vez mais infundáveis horas de espera naquele sector para atendimento. Apesar de tal hipótese poder, à partida, ser verosímil a sua ponderação terá sido bastante circunscrita, já que pensamos que para a população que se serve daquele sector de atendimento os

benefícios continuariam a ser superiores aos custos de atendimento.

Seria, apesar de tudo, a partir de 1990 que a atenuação da afluência populacional se viria a cimentar, explicado provavelmente pela hipótese avançada para o ano de 1989 com o aditamento de dois novos vectores. Uma parcela da população terá começado a escoar para outros estabelecimentos hospitalares, mormente para o Hospital Distrital de Fafe, que em Fevereiro de 1989 começou finalmente a funcionar em pleno. Concomitantemente, uma medida de cariz interno foi avançada em Novembro de 1990. A partir do quinto dia do referido mês, no sentido de debelar a situação que até então se vinha vivendo no Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães, os utentes passaram a ser canalizados para outras unidades de atendimento de situações urgentes então criadas nas várias extensões do centro de saúde de Guimarães²⁶.

Para uma melhor caracterização do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães, importa salientar outros indicadores concernentes à procura. No que diz respeito à distribuição da população pelos meses do ano e como seria de esperar, o fluxo de doentes ao S.U. não se processa uniformemente, devendo-se, contudo, assinalar que as variações sazonais não são muito significativas. O relativo equilíbrio que se regista é quebrado por picos ascensionais em Agosto e ligeiras descidas no mês de Fevereiro no período 1969-1973, enquanto que a partir de 1979 até 1991 se registaram algumas flutuações nos meses em que se assinalam os valores máximos e mínimos. Será apenas a partir de 1987 que se recomeçará a afirmar uma uniformidade de tendências, aldemente, no registo dos valores mais baixos para o mês de Fevereiro. Quanto à frequência máxima e para o período 1979-1989, apesar de não se evidenciar uma hegemonia do mês de Agosto, houve uma clara preeminência no período de Verão, justificada pela desajustada capacidade de resposta das unidades do sub-sistema de cuidados primários, reflexo do período de férias de elevado número de profissionais de saúde, do mais significativo volume de tráfego, da passagem dos emigrantes em período de férias e outros turistas, vindo de certo modo alargar o quantitativo de população que o Serviço de Urgência tem que servir. O ano de 1990 veio alterar a relativa regularidade dos últimos anos, evidenciando um pico no mês de Janeiro. A rigorosidade do Inverno de 1989-1990, com o conseqüente aumento de infecções do aparelho respiratório, particu-

²⁶ Em número de cinco, passariam a funcionar de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas. Iniciava-se, assim, a primeira grande tentativa de distribuição dos utentes pelos postos mais próximos da sua área residencial, evitando-se a sua convergência para o Serviço de Urgência do Hospital de Guimarães. Neste último, passou a vigorar a premissa de que apenas seriam atendidos os casos de acidente de trabalho, viação, ou de outra natureza, de intoxicações, doença súbita (dor violenta no peito ou no abdómen, falta de ar), perda de consciência e grávidas. Por outro lado, no sentido de racionalizar a procura de cuidados de saúde, assisteu-se à data da redacção do presente trabalho à implementação do Decreto-Lei n.º 54/92 e da Portaria n.º 338/92 que estabelecem o regime de taxas moderadoras para o acesso, aos Serviços de Urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, segundo o previsto na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

larmente do síndrome gripal, poderá ter constituído um elemento explicativo da situação revelada.

Simultaneamente, terá sido no mês de Novembro que se terão registado os scores mais baixos, com menos de metade dos alcançados no mês de Janeiro e com uma quebra de 31.8% relativamente ao mês de Outubro. Estes resultados revelaram-se conformes com a nova situação que se começou a viver naquele sector de atendimento a partir de Novembro e à qual já anteriormente nos referimos.

A Figura 11 revela-nos a situação mais recente vivida no Serviço de Urgência em pesquisa, com um pico ascensional no mês de Dezembro, contrariando a média calculada para o período 1969-1991. Provavelmente, tratar-se-á de uma nova situação similar à ocorrida no Inverno de 1989-1990, mas tal inferência só poderá ser comprovada quando forem disponibilizados os dados concernentes à letalidade por causas referente aos anos de 1991-1992.

Um parâmetro que poderá legitimar o pressuposto de que não é justificativa a ida ao S.U., por grande parte da população que o faz, é a sua frequência pelos dias da semana.

Efectivamente, até 1990 registou-se uma maior frequência à segunda-feira, enquanto o dia menos solicitado foi o domingo²⁷. Tal cenário, leva-nos a levantar a seguinte questão: será que além do Serviço de Urgência funcionar como um sector substituto do de consultas externas, a sua maior solicitação à segunda-feira representa uma procura de justificação para retardamento do início da semana de trabalho? Claro que teremos ainda que enadir o facto de as unidades prestadoras de cuidados primários de saúde não se encontrarem a funcionar ao fim-de-semana no ano referente à amostra recolhida, o mesmo acontecendo com a consulta externa do hospital, impossibilitando a população de se socorrer destas instituições. Contudo, e por isso mesmo, pensamos que se aos casos estivesse inerente um certo grau de gravidade, a população não esperaria pela segunda-feira para se dirigir a uma qualquer instituição.

Se tal panorama é representativo da situação que se viveu até finais de 1990, seria de esperar que com a recente alteração verificada no Serviço de Urgência se deixassem de registar as tendências assinaladas. Realmente registaram-se algumas alterações, mas que mais uma vez põem em evidên-

²⁷ Também se registou uma elevada frequência média às quartas e sextas-feiras. Quanto às quartas-feiras e segundo apurámos, a equipa médica que nos últimos anos aí vem prestando serviço está bastante creditada junto da população, podendo contribuir para tal situação. No caso da elevada representatividade das sextas-feiras, tratar-se-á também da tentativa de encontrar uma justificação para a precoce finalização da semana de trabalho? Um outro evento que poderá ter uma elevada ponderação na ocorrência assinalada é a circunstância de a sexta-feira coincidir com o dia de feira semanal, desenrolando-se a escassas centenas de metros do estabelecimento hospitalar. Uma parcela de Vimaranenses aproveitará, assim, este dia para realizar as suas compras semanais e para debelar a "patologia" que o atormenta. Claro que se tratam de meras conjecturas, que poderão ser ou não corroboradas, ainda que em termos relativos, a partir da análise do indicador, "características nosológicas da população", com base na amostra recolhida e à qual nos referiremos mais adiante.

cia certos subterfúgios utilizados pela população para vencer todo e qualquer acto burocrático. Assim, no ano de 1991, o sábado, passou a ser o dia mais solicitado, seguindo-se-lhe o domingo e a segunda-feira, devido às unidades do sub-sistema de cuidados primários não se encontrarem em funcionamento ao fim-de-semana.

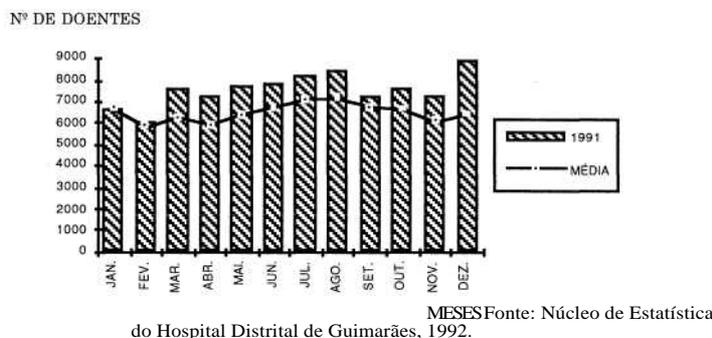


Figura 11 — Distribuição dos doentes pelos meses do ano, 1991

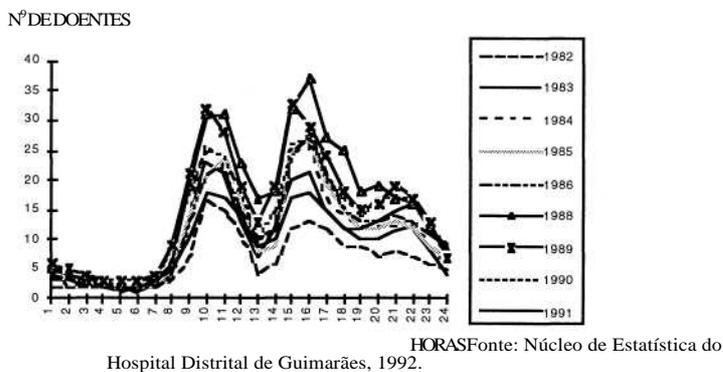


Figura 12 — Frequência dos doentes pelas horas do dia, 1982-1991

Se por outro lado tentarmos descer a uma escala de análise maior, considerando, por exemplo, o indicador hora de atendimento, sobressaem algumas particularidades. Assim, a distribuição horária da demanda patenteada na Figura 12, revela tratar-se de um serviço que se encontra sob pressão permanente da procura entre as 8 e as 23 horas, mas o gráfico põe em evidência uma distribuição bimodal, com uma situação modal entre as 9 e as 11 e outra entre as 14 e as 16 horas. Este cenário não é encontrado apenas no Serviço de Urgência em estudo, mas parece alastrar-se aos serviços de outras unidades hospitalares. As curvas começam a inflectir lentamente até às 23 horas. A partir desta hora caem moderadamente até às 7 horas da manhã, iniciando-se às 8 horas a curva ascensional. Paradoxalmente, é no período da manhã que se evidencia uma menor cobertura médica, visto parte da equipa ser constituída por internos gerais cuja actividade no Serviço de Urgência se inicia às 13 horas, prolongando-se

por doze horas²⁸.

Dois outros indicadores não podem ser descurados na presente análise. Assim, no que diz respeito à causa de afluência da população ao Serviço de Urgência, é de salientar a proeminência da causa "doença" (76.6% das ocorrências em 1989, ano de recolha da amostra)²⁹, que se começou a delinear, mais insistentemente, a partir de meados dos anos setenta, corroborando, as conclusões anteriormente levantadas aquando da análise do movimento assistencial.

Paralelamente, e no que concerne ao resultado da consulta no Serviço de Urgência, a grande fatia de pacientes tem tido alta clínica (86.48% em 1989)³⁰, dando mais uma vez a imagem de pseudo-urgências que até finais de 1990 afluíam em número substancial àquele serviço. O ano de 1991, com o cimentar das metamorfoses vividas naquele sector, veio trazer uma subida no contributo do ambulatório.

Por outro lado, o sexo constitui uma variável que tem sofrido algumas alterações nos últimos anos e que interessa assinalar. Cingindo-nos, mais uma vez, ao universo populacional para o período 1969-1991, registámos um aumento da afluência de utentes do sexo feminino, particularmente a partir de 1983, momento em que as parturientes passaram a transitar pelo Serviço de Urgência, passando a ser encaminhadas a partir daqui para atendimento no Serviço de Obstetrícia. Além disso, as mulheres tendem a encetar, de uma maneira geral, uma relação com o seu corpo, a sua saúde e com a sua vida, muito diferente daquela que caracteriza os homens. Também a cada vez maior vigilância no período de gravidez, permitiu dar uma crescente importância à protecção maternal, à ginecologia e à obstetrícia, passando estas a ocupar uma fatia cada vez mais importante dos recursos médicos. O desenvolvimento desta actividade sanitária específica, além de diminuir os riscos inerentes à maternidade, contribuiu para habituar a mulher, mais do que o homem, a frequentar os serviços médicos e a preocupar-se mais com a sua saúde. Além disso, o Serviço de Urgência foi adquirindo progressivamente um carácter de consulta externa, revelando-se cada vez mais importante a "doença" como causa justificativa da ida à urgência em detrimento dos acidentes de viação e de trabalho, estes últi-

²⁸ Contudo, a partir do ano de 1990, operaram-se algumas mutações na procura daquele sector de atendimento. A enadir às tendências demarcadas anteriormente, passou-se a constatar um ligeiro acréscimo da demanda (1 a 2% em média) entre as 19 e as 22 horas, resultado da nova situação instituída. Podemos mesmo avançar que só a partir das 24 horas se começa a registar uma verdadeira inflexão nos valores passando-se à situação "normal". Trata-se de mais um subterfúgio da população que parece continuar a insistir na procura daquele serviço, agora a horas "legais", quando os sub-sistemas de cuidados primários não se encontram operacionais, vindo pôr em realce, mais uma vez, a injustificada ida àquele serviço.

²⁹ As restantes ocorrências disseram respeito a: 1.5% deveu-se a acidentes de viação, 2.6% a acidentes de trabalho, 10.4% a "outros acidentes", 8.6% a gravidez, 0.3% a agressão e 0.1% a envenenamentos.

³⁰ Os restantes resultados prenderam-se com: ambulatório (0.14%), Internamento (5.79%), transferência para outros hospitais (0.67%), falecimento (0.08%) e desconhecimento do resultado (6.85%).

mos predominantes no sexo masculino.

Por último, interessa averiguar da proveniência dos doentes que se servem do Serviço de Urgência (Figura 13). Realmente, e como seria de prever, a esmagadora maioria reside no concelho de Guimarães, tendo-se reforçado esta tendência nos últimos anos. Regista-se, por outro lado, uma relativa homogeneidade no contributo de municípios limítrofes destacando-se os concelhos de Fafe e Felgueiras³¹.

2.2. Características nosológicas dos doentes que afluem ao Serviço de Urgência

2.2.1. Grupos nosológicos mais representativos

Depois de termos situado o leitor, espacialmente e temporalmente, iremos perscrutar alguns dos estados mórbidos que se circuncrevem ao Serviço de Urgência em análise. Neste sentido, encetámos a recolha de uma amostra a partir da leitura das fichas dos doentes, reportando-nos ao ano de 1989³². Além de nos proporcionar o conhecimento de indicadores que geralmente são omissos pelo núcleo de estatística deste hospital, deu-nos ensejo a que completássemos o perfil do doente.

O volume da amostra foi de 5% (6579 fichas), constituindo uma amostra simples, aleatória e retirada sistematicamente em cada primeiros e segundos dias de cada mês do ano de 1989³³.

³¹ ^Apesar de Felgueiras ter passado a pertencer ao Centro Hospitalar do Vale do Sousa a partir de 1979, tal não terá tido repercussões de imediato na afluência de doentes àquele serviço hospitalar, facto que só se viria a registar nos últimos anos. Por outro lado, trata-se de uma questão meramente de acessibilidade e de tradição. Os habitantes de Felgueiras, pela maior facilidade de acesso ao Hospital Distrital de Guimarães, têm-se habituado ao longo do tempo a drenar para este estabelecimento, criando um certo hábito que será difícil de interromper. Complementarmente, o próprio Hospital tem facilitado a sua afluência não encetando qualquer tipo de restrições aos doentes provenientes daquele concelho. Paralelamente, com a passagem do Hospital Concelhio de Fafe a Distrital no ano de 1983, seria de prever que muitos dos doentes do concelho de Fafe passassem a drenar para aquele estabelecimento de saúde, mas tal não veio a concretizar-se. Na realidade e como já aqui referenciámos, o Serviço de Urgência deste estabelecimento hospitalar só em Fevereiro de 1989 iniciou as suas funções em pleno, já que anteriormente aquele sector de atendimento não possuía número suficiente de especialistas para assegurar convenientemente o seu funcionamento.

Acrescente-se ainda que os dados em análise não nos permitem tirar grandes ilações sobre a área de influência do Serviço de Urgência do estabelecimento de saúde em estudo, já que se trata de um sector de atendimento que assiste razoável número de acidentados de viação e de trabalho que se servem daquele sector apenas porque é o mais acessível a partir do local de ocorrência do acidente. De facto, alguns dos principais eixos estruturantes do concelho de Guimarães são sobejamente conhecidos pelo perigo que proporcionam à população daquela área e à que se encontra apenas de passagem.

³² O doente ao dirigir-se ao Serviço de Urgência fornece dados biográficos, que em seguida o médico complementa com o diagnóstico clínico.

Contudo, em relação ao segundo dia não contemplámos o mês de Dezembro, já que o volume da amostra se tinha completado até ao segundo dia do mês de Novembro para a grande maioria dos concelhos considerados. Mesmo assim, necessitámos de nos socorrer de mais alguns dias para recolhermos fichas referentes aos concelhos de Celorico de Basto (26 fichas), Braga (7 fichas), Cabeceiras de Basto (3), Mondim de Basto (2) e Santo Tirso (2),

Importa enadir que alguns dos casos que se inserem no agrupamento 16, poderão relacionar-se com uma estratégia dos doentes para retardarem o início da semana de trabalho ou para a finalizarem mais precocemente, ilação que é comprovada pela maior solicitação do S.U. às segundas e sextas-feiras. Curiosamente, a sexta-feira coincide com o dia de feira da cidade, que se desenrola a cerca de 900 metros do Hospital. Depois de investigarmos acerca da veracidade ou não desta conjectura, fomos calcular a média aritmética para cada dia da semana, tendo-se revelado o sábado e a sexta-feira, com respectivamente, 30.2 e 28.7, como os dias em que o agrupamento 16 teve maior expressão no conjunto das patologias³⁵.

Quadro 1 — Distribuição dos doentes por grupos nosológicos, 1989

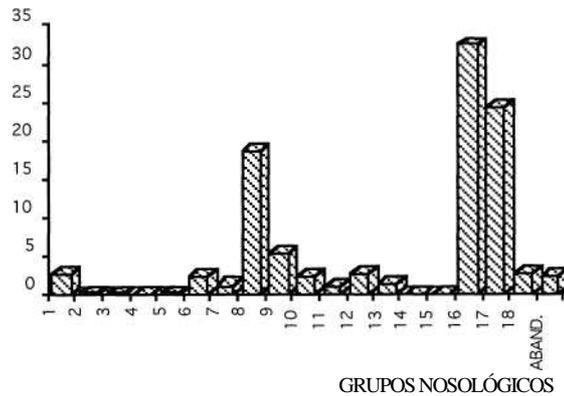
GRUPOS NOSOLÓGICOS	Nº DE CASOS	
	W	%
1 — DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS 2 — TUMORES 3 — DOENÇAS DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E	188 9	2.86
TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS 4 — DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS 5 — TRANSTORNOS MENTAIS 6 — DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS 7 — DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO 8 — DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO 9 — DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO 10 _ DOENÇAS DO APARELHO GENITO-URINÁRIO	16 1 10	0.14
11 — COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO 12 — DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO 13 — DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO 14 — MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS 15 — ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL 16 — SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS 17 — LESÕES TRAUMÁTICAS E ENVENENAMENTOS 18 — SEM CLASSIFICAÇÃO	160 84	0.24
	1211	0.02
	362	0.15
	157 60	2.43
	170 97	1.28
	1	18.41
	2125	5.50
	1590	2.39
	189	0.91
		2.58
		1.47
		0.02
		32.30
		24.17
		2.87
DOENTES QUE ABANDONARAM O S.U.	149	2.26
TOTAL	6579	100.00

Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

A contastação destes aspectos é coadjuvada pela solicitação por parte de alguns doentes, além da declaração de assistência no Serviço de Urgência, de uma declaração tipo "atestado médico" que o salvaguarde da abstinência ao trabalho para dias subsequentes. Este facto revela ignorância sobre a essência de um Serviço de Urgência, confundindo-o, provavelmente, com outro tipo de serviços médicos, tais como os Centros de Saúde, em que uma acção desse âmbito pode ser prestada.

³⁵ injustificada ida da população ao S.U., em grande número de casos.

³⁵ Os restantes dias da semana apresentaram os seguintes valores: Segunda-feira — 23.8, terça-feira — 27.9, quarta-feira — 22.7, quinta-feira — 27.1 e domingo — 22.8.



Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 14 — Distribuição dos doentes por grupos nosológicos, 1989

Outro aspecto atinente é o da variação dos grupos nosológicos segundo a idade do doente. Neste sentido optou-se por considerar seis classes etárias, que a Figura 15 patenteia³⁶. In primis, há que assinalar que enquanto nos adultos (15-64 anos) e nos idosos se denota uma grande representatividade dos grupos 16 e 17, no primeiro ano de vida, além do grupo 16 ter grande significado, cerca de 26.22% dos casos inserem-se em patologias do sistema respiratório, ganhando importância à medida que se transita para o grupo etário seguinte.

Quanto ao primeiro ano de vida, não nos surpreendem os elevados quantitativos encontrados para os grupos 8 e 16, já que se trata de uma idade em que o sistema imunológico ainda não completou o seu desenvolvimento, revelado a partir da expressividade das doenças do sistema respiratório e, por outro lado, os pais tendem a manifestar uma maior preocupação por qualquer sinal ou sintoma exibidos, fora do comum, servindo-se mais rapidamente do S.U.. Os recém-nascidos e as crianças de tenra idade constituem o grupo etário com maior representatividade no quadro das infecções virais do aparelho respiratório. Segundo Vernon Knight³⁷, este grupo de doenças pode ter uma incidência duas vezes superior neste grupo etário em relação à população em geral. As doenças respiratórias virais são um grupo responsável por metade ou até mais de todas as doenças agudas. Acrescente-se que, este grupo de doenças, causa 30 a 50% de perda de tempo de trabalho nos adultos e de 60 a 80% do tempo de escola nas crianças.

³⁶Os casos que se reportam a "idade indeterminada" cingem-se a elementos em relação aos quais não foi exequível a determinação da respectiva idade.

³⁷KNIGHT, Vernon — *Respiratory viruses*, in "Harrison's Principles of Internal Medicine", 10^ª ed., Japão, McGraw-Hill, 1983, p. 1099.

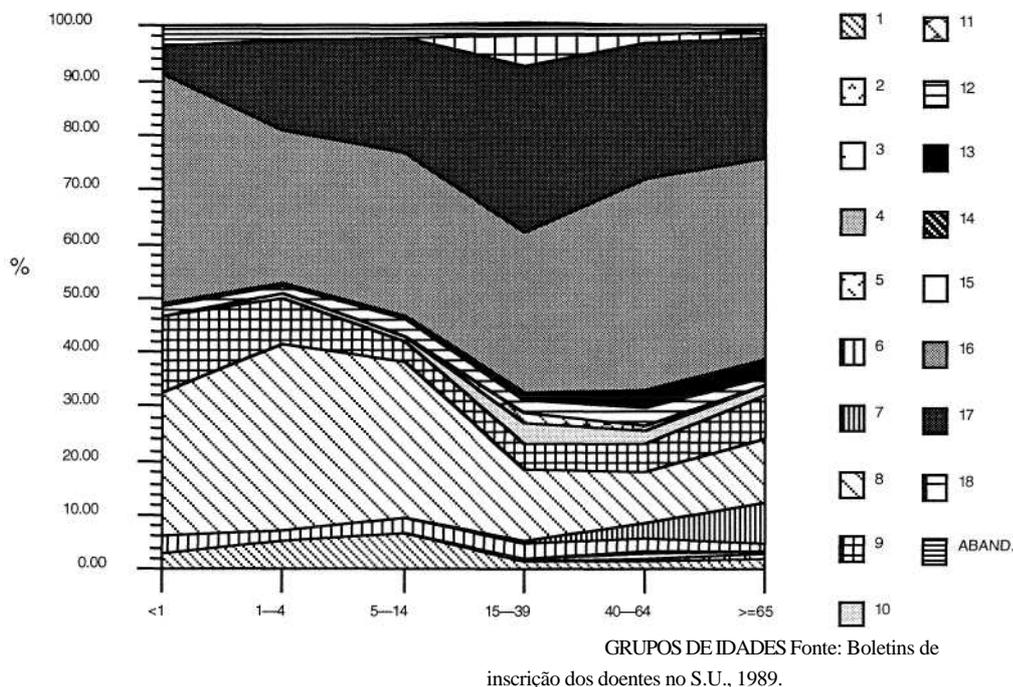


Figura 15 — Grupos nosológicos por grupos etários, 1989

Em relação ao significado dos grupos 16 e 17 nos grupos etários mais avançados, refira-se por um lado, a sua maior propensão para os acidentes de vária ordem. Além disso, e segundo apurámos junto de alguns médicos que trabalham no Serviço de Urgência, o idoso serve-se, por vezes, da doença como uma tentativa inconsciente de chamada de atenção sobre si da família e dos elementos que o rodeiam, representando, em muitos casos, estados de depressão reactiva. *"O medo e a preocupação quanto à morte e à doença, quanto à dor e à solidão, e a consciência omnipresente de já não haver mais 'horizontes de desenvolvimento', (...) trazem consigo uma depressão persistente e, por vezes, o desespero. (...) A depressão é um fenómeno extremamente comum nos grupos idosos tanto no período da pré-reforma como na pós-reforma"*³⁸. Deste modo, é compreensível o contributo de rubricas imprecisas nos elementos mais idosos.

2.2.2. A componente espacial como elucidativa das características nosológicas

Outro parâmetro que nos poderá ajudar a completar o perfil do doente e nos proporcionará alguns elementos sobre a caracterização da área de in-

LURIE, Hugh J. — *Psiquiatria compreensiva para clínicos gerais*, Lisboa, Roche Farmacêutica Química Lda., 1982, p. 74.

fluência do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães é a componente espacial que está inerente ao concelho e freguesia de proveniência do paciente.

Ao observarmos as Figuras 16, 17 e 18, somos confrontados com a influência da componente espacial, quando são considerados os três principais agrupamentos patológicos. In prima facie, constatamos que no agrupamento 17, a componente distância não dita leis de distribuição. Por outro lado, o grupo 16 parece sofrer mais a influência daquela determinante, observando-se um declínio razoavelmente regular à medida que a distância ao Serviço de Urgência se acentua. Ao caminharmos para Este, o peso do grupo 16 vai perdendo importância, deixando transparecer que a distância que os utentes têm que percorrer para serem consultados por este motivo deixa de ser compensatório. Assim, assistimos à ausência de casos para os concelhos de Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto, visto constituírem espaços de fraca acessibilidade. Estas considerações adquirem particular relevância quando sabemos que tal agrupamento desenha-se como o mais significativo para a mostra considerada.



Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 16 — Peso do grupo nosológico 16 no concelho de proveniência do doente, 1989

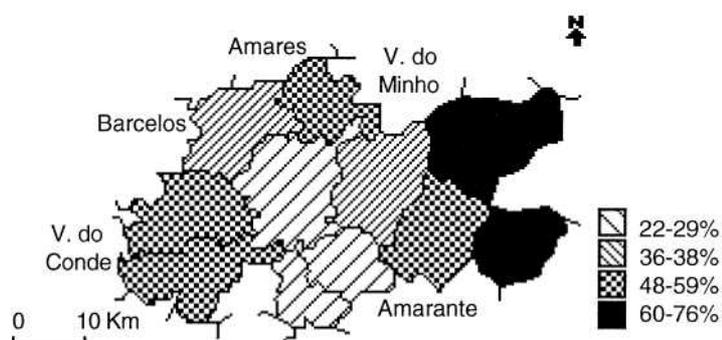
O grupo 8 é outro dos grupos de grande interesse no que diz respeito à sua distribuição espacial. Note-se a importância de Guimarães como seria de prever e o actuar da componente distância, embora Mondim de Basto constitua uma excepção. Todavia, se desagregarmos este agrupamento para este concelho constatamos que, pelo menos nas rubricas mais representativas e de carácter provavelmente menos urgente (8-310 e 8-312)³⁹, Mondim de Basto não apresenta qualquer caso, advindo o peso daquele agrupamento de rubricas que não assumem um carácter de pseudo-urgência.

³⁹ A rubrica 310 do agrupamento 8 encerra casos de "amigdalite aguda", enquanto a rubrica 312 do mesmo agrupamento se relaciona com "outras infecções agudas das vias respiratórias superiores", i.e., com outras patologias que não sejam as referentes às rubricas 310 e 311 (laringite e traqueíte agudas).

No sentido de sistematizarmos mais afincadamente os elementos de que dispúnhamos, confrontámos apenas dois dos grupos nosológicos mais expressivos (o 16 e o 8), com base na medição do grau de semelhança entre os valores daqueles dois grupos, tendo chegado à construção da árvore de ligação (dendrograma) patente na Figura 19, onde se procedeu à hierarquização de todas as observações.

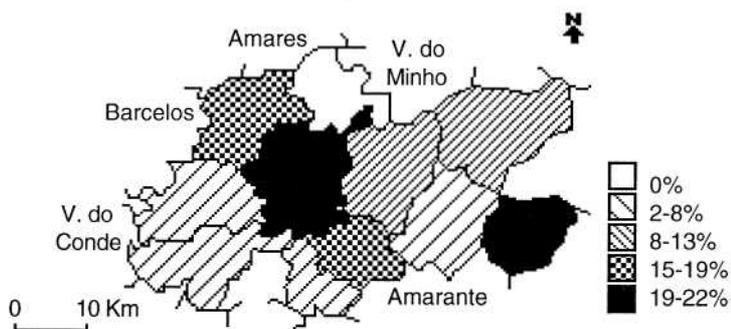
O dendrograma elaborado permitiu individualizar seis níveis de agrupamento, revelando uma importante diversidade intermunicípios no que concerne à ponderação dos grupos nosológicos 16 e 8.

Braga e Felgueiras assumem-se como o agrupamento mais homogéneo e mais facilmente individualizável, enquanto assitimos a Mondim de Basto e a Cabeceiras de Basto constituírem um agrupamento "residual", que apenas em última estância se agrega aos restantes agrupamentos.



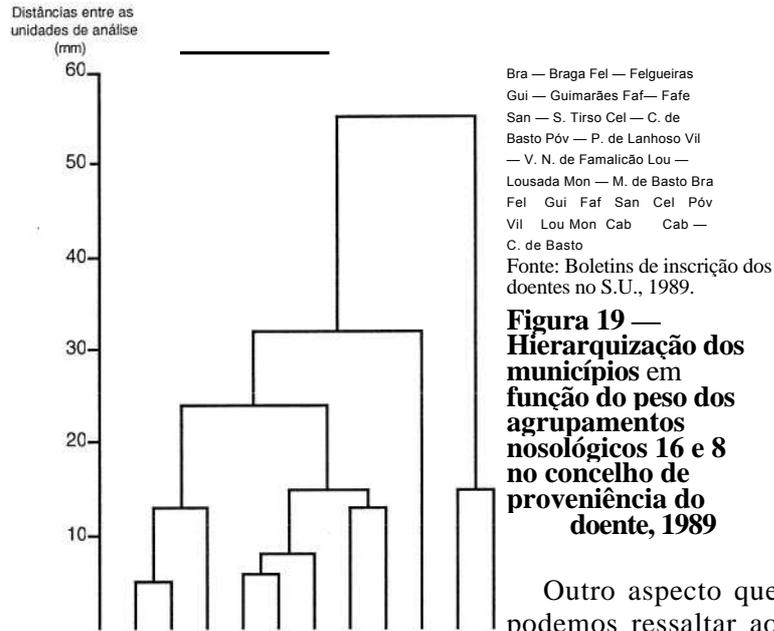
Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 17 — Peso do grupo nosológico 17 no concelho de proveniência do doente, 1989



Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 18 — Peso do grupo nosológico 8 no concelho de proveniência do doente, 1989



Outro aspecto que podemos ressaltar ao retomarmos novamente a análise das Figuras 16, 17 e 18 prende-se com a elevada ponderação do grupo 17 em todos os concelhos, ocupando a primeira posição, à exceção de Guimarães e de Lousada, onde o grupo 16 toma a dianteira. É nestes dois concelhos que a rubrica 469⁴⁰ evidencia um peso mais substancial (26.3% e 32.1%, respectivamente), deixando transparecer a importância da acessibilidade no contributo de tal rubrica.

Se quisermos dissecar mais a nossa análise descendo à escala de freguesia deparamos com o vincar do factor acessibilidade como determinante no contributo das inúmeras freguesias para a afluência ao Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães (Figura 20). A malha viária quer do concelho de Guimarães quer dos concelhos que lhe estão próximos vem revelar tal factor, sendo dignos de menção os eixos viários 101, estabelecendo uma boa ligação entre Braga e Guimarães e entre este último e Felgueiras, o 105 ligando Santo Tirso a Guimarães e o eixo 206 ligando V.N. de Famalicão a Guimarães e este último a Fafe.

Deste modo, e depois de termos aquilatado da cobertura em termos de carreiras rodoviárias quer do concelho de Guimarães quer dos concelhos

⁴⁰ A rubrica 469 do agrupamento 16 encerra "outros sintomas, sinais e afecções mal definidas" Trata-se de uma rubrica imprecisa dentro de um grupo nosológico já de si impreciso.

contíguos, constatámos que as freguesias mais deficitárias em termos de carreiras de transporte são as que manifestam um menor contributo de pacientes para aquele serviço. Refira-se a título de exemplo para o concelho de Guimarães o sector SSE, do qual fazem parte freguesias como Tagilde, Calvos, Gémeos, o sector Oeste, onde se inserem freguesias como Leitões, Oleiros e S.João Baptista e os sectores Norte e Nordeste, constituídos por freguesias como Gonça, Arosa, e Castelões (Figuras 20 e 21). Estes espaços constituem também algumas das áreas de relevo mais acidentado do concelho de Guimarães, tendo por certo contribuído para o fraco volume populacional que evidenciam⁴¹ e para as carências que denotam ao nível dos cuidados de saúde primários⁴². De facto, o contingente populacional, juntamente com outros elementos como a rede viária e os transportes, são factores envolventes na criação de estabelecimentos de saúde. As freguesias do sector Nordeste pareciam encontrar-se numa situação assaz delicada, ao serem apenas servidas pela sub-extensão de Sta. Maria de Souto, que fazia uma cobertura de somente trinta e cinco horas semanais. Estas também constituíam as freguesias do concelho de Guimarães de menor acessibilidade ao Hospital Distrital de Guimarães, avaliando-se entre cerca de trinta e cinco a perto de sessenta minutos o tempo necessário de dispêndio em transportes públicos para se ter acesso àquele estabelecimento hospitalar (Figura 22). Perante tal cenário não é de espantar que o seu contributo para a amostra recolhida (ano de 1989) seja inferior ao seu peso no total de população residente no concelho de Guimarães (e.g., Castelões contribuiu com dois pacientes — 0.03% da amostra — enquanto que a sua ponderação no conjunto da população residente⁴³ no concelho era de 407 efectivos — 0.26%).

⁴¹Cada uma das freguesias mencionadas anteriormente contribui com menos de 1% para o total do volume populacional do concelho.

⁴²Os cuidados de saúde primários circunscrevem-se aos cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade. Estes cuidados têm por vocação "tratar dos principais problemas de saúde da comunidade e revestem diversas formas: acções de promoção, de prevenção, de cuidados curativos e de reabilitação. (...) no mínimo, devem compreender as seguintes actividades:

— promoção de uma nutrição correcta e de um aprovisionamento conveniente de água potável.

— Medidas de saneamento básico.

— Saúde materna e infantil incluindo aqui o planeamento familiar.

— Vacinação contra as grandes patologias infecciosas.

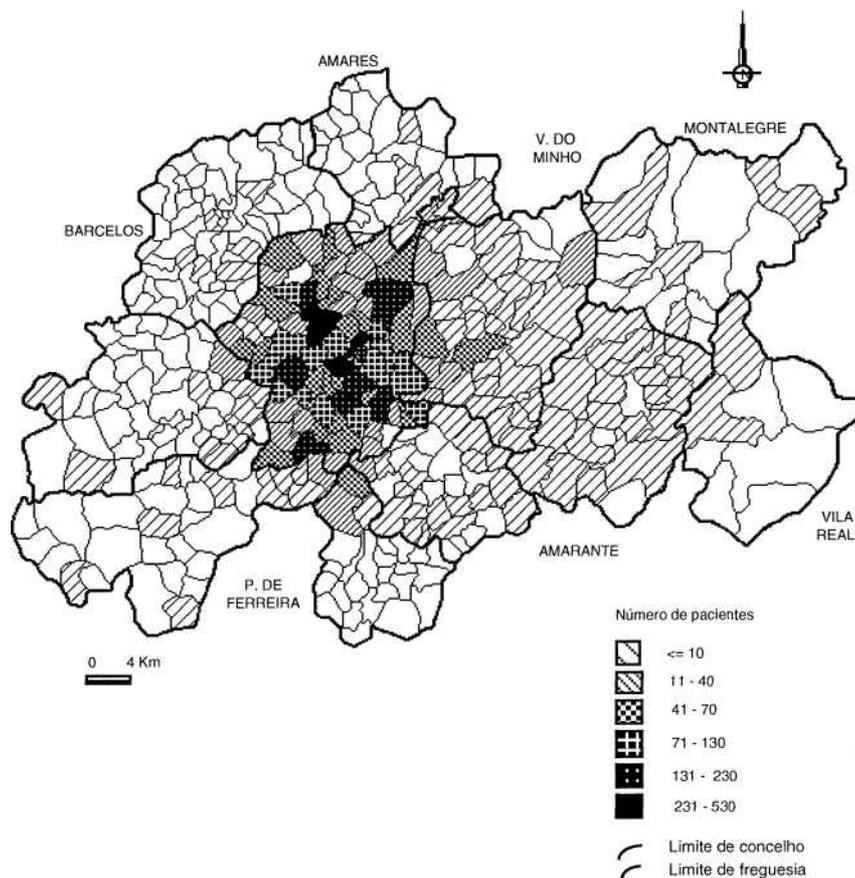
— Prevenção e redução das endemias locais.

— Educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar.

— Tratamento apropriado das doenças e dos traumatismos correntes".

Esta é aliás uma concepção conforme com a que é veiculada pela Organização Mundial de Saúde (DEPS, 1990, p. 89).

⁴³ Para a comparação do contributo de cada freguesia do concelho de Guimarães na afluência ao Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães com o peso de cada uma na população residente do concelho de Guimarães, optou-se pela utilização dos resultados preliminares dos Censos 91 (XIII Recenseamento Geral da População e III Recenseamento Geral da Habitação) em detrimento dos concernentes ao XII Recenseamento Geral da População, datado de 1981, visto poder dar uma imagem mais fidedigna do panorama demográfico de 1989.



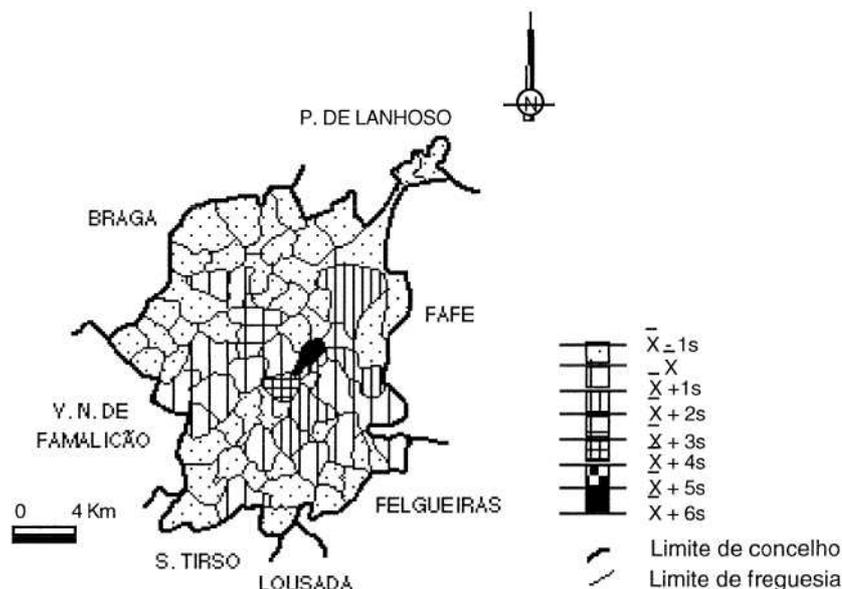
Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 20 — Número de pacientes do S.U. segundo a freguesia de proveniência, 1989

Visto cerca de 90.14% (5930 elementos) dos pacientes que se serviram do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães pertencerem ao concelho de Guimarães revelou-se premente a aferição do tempo dispendido para se deslocarem àquele serviço. Para tal construiu-se um mapa de isolinhas (Figura 22), edificado a partir da análise do sistema de horários praticado pelas várias empresas de camionagem que servem o concelho de Guimarães, que nos permitiu concluir que o sector Nordeste do concelho se revelava, em 1989, como o mais deficitário em termos de carreiras regulares.

Por outro lado, ao correlacionarmos o quantitativo de pacientes de cada freguesia com o tempo médio dispendido para aceder ao Hospital (Figuras 20 e 22), constatamos que é a partir da isométrica dos vinte minutos que se opera um decréscimo razoável nos efectivos populacionais que utilizaram

o Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães. As freguesias que se encontram para lá desta isométrica registam contingentes que são, na maioria dos casos, inferiores aos cinquenta efectivos, resultando em menos de dois pacientes nos vinte e dois dias contemplados na amostra provenientes daqueles espaços.



Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 21 — Contributo das freguesias do concelho de Guimarães para a afluência ao H.D. de Guimarães, 1989

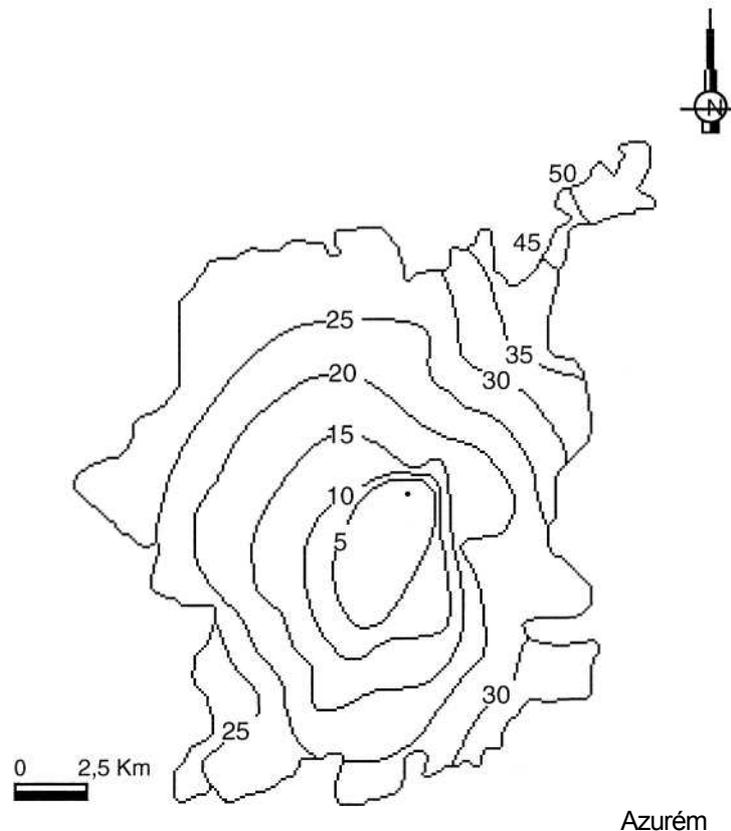
As freguesias que menor contributo davam eram Figueiredo e Castelões com apenas um e dois elementos respectivamente, sendo necessário o dispêndio entre vinte e cinco minutos e perto de sessenta minutos para aceder ao Serviço de Urgência do Hospital em estudo.

Como seria de prever, eram as freguesias de maior acessibilidade, quer em termos absolutos quer em termos relativos, que contribuía com um maior contingente de pacientes (Azurém e Creixomil, com, respectivamente, 8.92% e 5.83% da amostra).

O concelho de Guimarães possuía no final da década de oitenta um centro de saúde sediado a cerca de 900 metros do Hospital, em actividade cerca de sessenta horas semanais⁴⁴. Possuía ainda dez extensões e duas sub-extensões disseminadas pelo concelho, de acordo com o que a Figura 23 patenteia.

⁴⁴ Com a abertura do novo Hospital em finais do ano de 1991, o centro de saúde continuou a situar-se sensivelmente a menos de um quilómetro de distância daquele estabelecimento hospitalar.

. Sede da freguesia de



Fonte: Horários das empresas de camionagem, Guimarães, 1992.

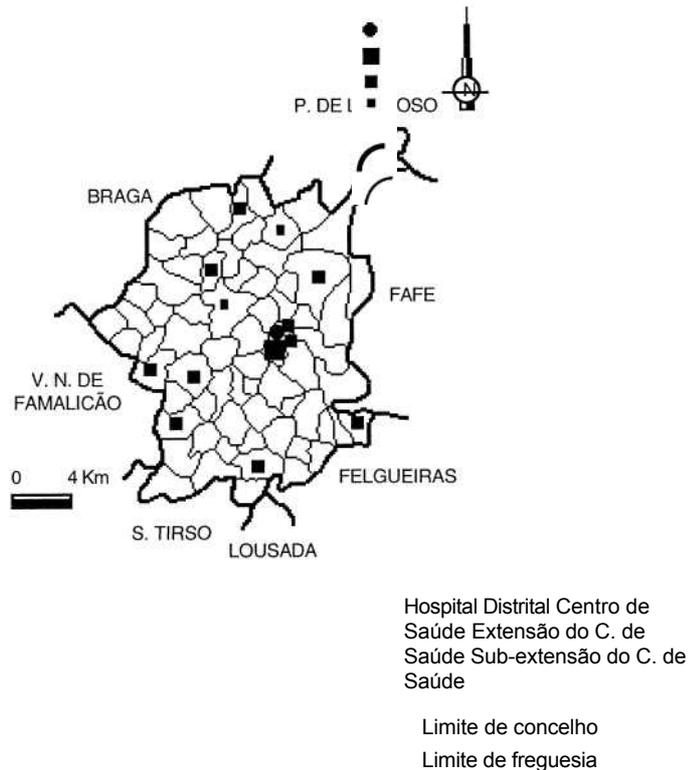
Figura 22 — Isométricas dos transportes públicos que permitem o acesso ao Hospital Distrital de Guimarães, 1989-1991

Tais valores poderão revelar-se razoavelmente satisfatórios à primeira vista, mas não podemos esquecer que alguns dos espaços anteriormente referenciados se encontram debilitados⁴⁵.

Voltando à leitura da Figura 20, esta deixa transparecer também a fraca contribuição das freguesias dos concelhos contíguos ao concelho de Guimarães, embora seja digno de registo o contributo de algumas freguesias do concelho de Fafe, nomeadamente de S. Romão de Arões (51 pacientes), Fafe (51 pacientes), servidas pelo eixo viário 206 de fácil acesso ao Hospital através de carreiras regulares⁴⁶. O razoável contributo da freguesia

⁴⁵No presente ano de 1992, o concelho de Guimarães regista algumas mutações na estrutura organizativa dos seus estabelecimentos de cuidados de saúde, passando a possuir três centros de saúde (centros de Guimarães-Amorosa, das Taipas e de Vizela) e cerca de oito extensões e duas sub-extensões.

⁴⁶As carreiras existentes permitem um dispêndio de apenas quinze minutos para os



* O concelho de Guimarães possuía também um STDR (Serv. de Tuberculose e Doenças Respiratórias) que não foi representado na Figura.

F^>nte^Adjttinis^traçãoJRegix>nal-dj& SaúdeJe Braga, 1991.

Figura 23 — Rede dos estabelecimentos de cuidados de saúde do concelho de Guimarães, 1989*

de Fafe deixava transparecer a inoperância do então Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Fafe ao qual já nos reportámos anteriormente.

O concelho de Celorico de Basto revelando-se como um espaço com uma fraca cobertura no âmbito dos cuidados de saúde primários, a julgar pela existência de um centro de saúde e de apenas quatro extensões, afirma-se como outro dos espaços que drena um razoável quantitativo de pacientes. Contudo, constitui um espaço de fraca acessibilidade ao hospital, visto ser servido por carreiras pouco regulares e que envolvem um dispêndio de cerca de uma hora e trinta minutos no trajecto.

2.2.3. Significado das lesões traumáticas e envenenamentos

Como já ficou patente no Quadro 1, o grupo 17 evidencia também um forte contributo (24.17%) no conjunto dos estados mórbidos diagnosticados,

habitantes da freguesia de S. Romão de Arões e de trinta minutos para os da freguesia de Fafe.

constituindo, à partida, o que mais justifica um atendimento no Serviço de Urgência. Englobando um leque muito variado de rubricas, caracterizadas etiologicamente, merece aqui uma análise particular. A sua feição especial advém, além do mais, da facilidade com que se tornou possível determinar os casos que lhe dizem respeito e pelo polimorfismo de condições em que este tem lugar. Sentimos, no entanto, algumas dificuldades ao descermos aos segundo e terceiro dígitos, já que alguns dos diagnósticos elaborados pelos médicos revelavam uma insuficiência de dados, sendo a natureza da lesão descrita mais pormenorizadamente do que a sua etiologia.

A Figura 24 patenteia a hegemonia de alguns subgrupos ou rubricas, concretamente o E52, o E50 e o E471, encerrando 86.4% dos casos. É por demais sabido que as lesões traumáticas têm vindo a desempenhar um papel importante nas causas de morte no nosso país, com particular incidência para os resultantes dos acidentes de viação.

Numa área de elevada pressão demográfica, com o subsequente intenso tráfego rodoviário e além disso face à forte concentração industrial, seria de prever a elevada representatividade deste grupo⁴⁷.

As Figuras 25 e 26 deixam transparecer a importância da densidade da rede viária e do mais intenso tráfego de veículos a motor no espaço litoral. Assim, encontramos para 1990 *scores* superiores nos distritos do espaço litoral, sendo nos distritos de Lisboa e do Porto onde se processou um número mais significativo — 28335 e 15978 (26.27% e 14.81% do total, respectivamente). Contudo, era precisamente nestes distritos onde se evidenciavam taxas de letalidade (mortos por 100 vítimas) mais baixas (1.86 no distrito de Lisboa e 3.18 no distrito do Porto).

Este facto poderá ser parcialmente explicado pela melhor rede de estabelecimentos de cuidados de saúde e pela conseqüente maior acessibilidade da população aos serviços de urgência hospitalares, mais bem apetrechados em recursos materiais e humanos⁴⁸.

Refira-se a significativa relevância do sexo masculino nas várias rubricas do grupo 17 (66.4% das ocorrências). Apesar de os comportamentos sociais dos dois sexos se virem a aproximar cada vez mais, ainda é o homem que é mais flagelado por qualquer tipo de traumatismo, com particular destaque para os acidentes de trabalho e os acidentes rodoviários. *"The male predominance in injury rates is seen for injuries involving a mechanical transfer of energy. Thus, the difference is greatest for motor vehicle related*

⁴⁷Na década de oitenta Portugal apresentava taxas de mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor (E471) superiores a 20 por 1000 000 habitantes. Apesar das taxas por esta causa terem vindo a apresentar-se decrescentes, ainda se revelavam naquela década aproximadamente três vezes superior às de Inglaterra e país de Gales (REBELO, 1988, p. 3). O distrito de Braga afigurava-se como um dos que apresentavam taxas de mortalidade superiores à do país.

⁴⁸Vd. a título de exemplo REBELO, Maria José — *Mortalidade por acidentes de trânsito com veículo a motor*, in "Saúde em números", Lisboa, 3(1), Fev., 1988, p. 3-4, que versa sobre o assunto em análise para meados da década de oitenta.

injuries, play and sports injuries, and work-related injuries"⁴⁹.

O sexo feminino apenas consegue superar o masculino nos subgrupos E480, E51 e E520, mas trata-se de rubricas que têm um contributo muito modesto no conjunto do agrupamento (Figura 24).

A rubrica E480⁵⁰, onde a supremacia do sexo feminino se acentua mais, apesar de as informações fornecidas pelos médicos através dos diagnósticos nem sempre serem elucidativas, parece encerrar alguns casos patológicos de mulheres que, em momentos de aflição, ingerem doses substanciais de medicamentos (mas sem se revelarem fatais). De fonte fidedigna, averiguámos a existência de, pelo menos, um caso de uma senhora que no sentido de reter em casa aos fins-de-semana o seu marido e filhos toma tal atitude regularmente às sextas-feiras, necessitando de se socorrer ao Serviço de Urgência e parecendo atingir os seus objectivos face aos cuidados de que necessita uma vez regressada a casa. Este caso mostra seguramente que associada a tal rubrica estão indícios de distúrbios do foro psiquiátrico.

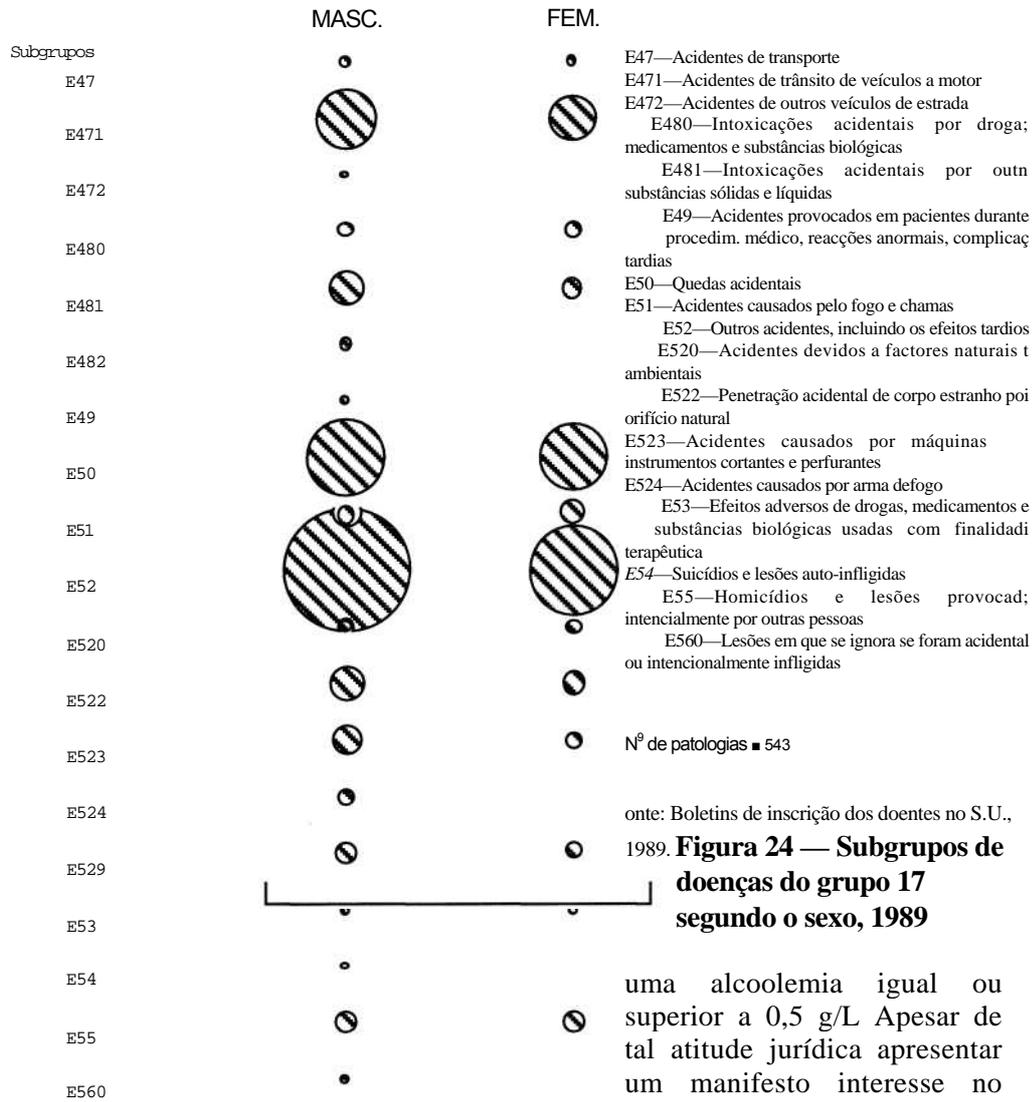
Outro comportamento social que merece destaque é o que se prende com o subgrupo E481, que encerra 84.3% dos casos no sexo masculino e que constitui o quarto subgrupo mais representativo. Engloba, maioritariamente, casos de etilismo agudo, vulgo, alcoolismo, e que apesar de parecer tratar-se, em número substancial de casos, de intoxicações intencionalmente infligidas, não as quisemos remeter para o subgrupo E560, já que iriam estar camufladas com o conjunto de outras lesões, tal como já referenciámos para a rubrica E480.

Trata-se, maioritariamente, de jovens adultos do sexo masculino (84.3% dos casos) que acidentalmente ou já dando indícios de antecedentes de alcoolismo contribuem para que este subgrupo ocupe o quarto lugar no conjunto do agrupamento 17. Saliente-se ainda que sabendo que muitos dos acidentes com veículos a motor se encontram coadjuvados pelo factor alcoolismo, muitos outros casos de etilismo agudo devem encontrar-se camuflados nas rubricas E47 e E471.

Em termos legislativos e no que concerne ao corrente ano de 1992, encontra-se em vigor a Lei n^o 3/82, de 29 de Março, que se circunscreve à condução sob a influência do álcool. Esta lei constituiu o primeiro diploma versando sobre tal assunto. O número 2 do artigo 2^o esclarece que se considera estar sob a influência do álcool todo o condutor que apresente

⁴⁹ RIVARA, Frederick P.; MUELLER, Beth A. — *The epidemiology and causes of childhood injuries*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 43(2), 1987, p. 19.

⁵⁰ O subgrupo E480, segundo a OMS, deve "excluir a administração de drogas com propósitos de cometer suicídio ou homicídio, ou de causar malefícios (...)" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, vol. 1, 1980, p. 588). Todavia, a ausência de indicação no diagnóstico de que se tratavam de casos envolvendo uma acção intencional, obrigou-nos a remeter estes casos para aquela rubrica em vez de os inserirmos na rubrica E560. Esta última ao albergar estes casos juntamente com outros de outros subgrupos (e.g., do subgrupo E481), apareceria empolada e escamotearia estes casos bastante "sui generis", passando despercebidos no conjunto.



Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989. **Figura 24 — Subgrupos de doenças do grupo 17 segundo o sexo, 1989**

uma alcoolemia igual ou superior a 0,5 g/L. Apesar de tal atitude jurídica apresentar um manifesto interesse no âmbito da prevenção de acidentes rodoviários, espanta-nos as sanções aplicadas aos condutores que manifestem valores de alcoolemia iguais ou superiores àquele valor⁵¹. E

⁵ As sanções aplicadas são:

que, apesar de tudo, está veemente confirmado que o aumento da sinistralidade rodoviária se encontra associado ao papel relevante do álcool. Em 1989 e de acordo com dados divulgados para o Continente, dos 98 115 acidentes registados pela Direcção Geral de Viação, cerca de 13 894 (14.16%) circunscreveram-se a acidentes em que os condutores se encontravam sob a influência do álcool⁵².

Porém, em 1990, vislumbrou-se uma tentativa de ultrapassar tais deficiências, de acordo com o preconizado pela Comunidade Económica Europeia, com a publicação do Decreto-Lei n.º 124/90, de 14 de Abril tendo sido regulamentados alguns artigos constantes do referido Decreto-Lei em Maio do mesmo ano (Decreto-Regulamentar n.º 12/90, de 14 de Maio). Com o referido Decreto criou-se um novo ilícito de carácter penal, já que se passava a considerar como crime os casos que envolvessem uma condução com uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,20 g/l. Paralelamente, eram agravados os montantes das multas a aplicar em caso de infracção e procedia-se à elevação da duração da pena acessória de inibição da faculdade de condução. Contudo, tais medidas ainda não entraram em vigor.

Reportando-nos novamente à Lei que se encontra na prática em vigor, esta prevê no seu artigo 10º que, no caso de se tratar de condutores alcoólicos habituais, estes sejam inibidos da faculdade de conduzir por um período de seis meses a três anos, renovável até que se encontrem reabilitados nos termos da lei.

Espanta-nos também a complacência da lei no caso de homicídio, tendo como pano de fundo a embriaguez completa ou incompleta do condutor. De facto, a punição revela-se bastante benevolente medeando entre um período de um a três anos de prisão (artigo 59º do Código da Estrada)⁶³.

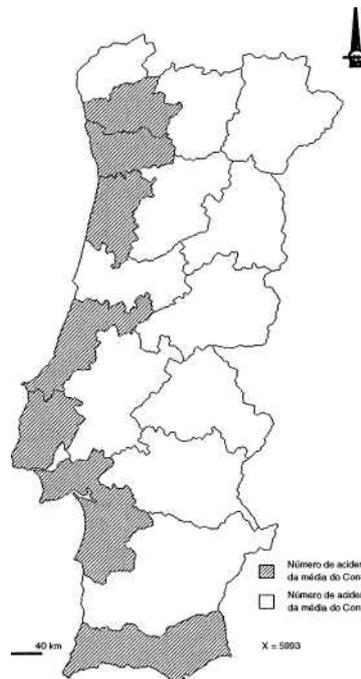
No que concerne à legislação em vigor referente a um dos elementos primordiais da segurança dos condutores e restantes ocupantes dos veículos, i.e., à obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, terá sido com a publicação do Decreto-Lei n.º 238/89, de 26 de Julho que se transitou

a) a "inibição da faculdade de conduzir por um período de oito dias a três meses e multa de 2 000\$00 a 5 000\$00 quando apresentem alcoolemia igual ou superior a 0,5 g/l e inferior a 0,9 g/l [na prática, a multa rege-se pelo montante mais baixo e a apreensão da carta de condução diz respeito apenas a um período de doze horas, findo o qual é remetida ao condutor];

b) a "inibição da faculdade de conduzir por um período de trinta dias a seis meses e multa de 5 000\$00 a 10 000\$00, quando apresentam alcoolemia igual ou superior a 0,9 g/l [na prática, passa-se o mesmo referenciado na alínea a)] .

⁵²Segundo dados divulgados pelo INE através das suas Estatísticas dos Transportes e Comunicações referentes ao ano de 1989, os grupos etários 15-20 e 21-24 anos, tanto no sexo masculino como no feminino, são os que evidenciam um maior contributo nos vitimados de acidentes de viação, registando um índice de 118.6 e 130.1 vítimas por 10 000 habitantes, respectivamente. A faixa etária dos 25-34 anos também apresentava um importante contributo encerrando cerca de 87.3 vítimas por 10 000 habitantes.

⁵³Vd. VICENTE, Manuel B.; VILAÇA, Alfredo P. — *Código da Estrada: Regulamento do código da estrada. Legislação complementar com anotações*, 2- ed., Lisboa, 1990.



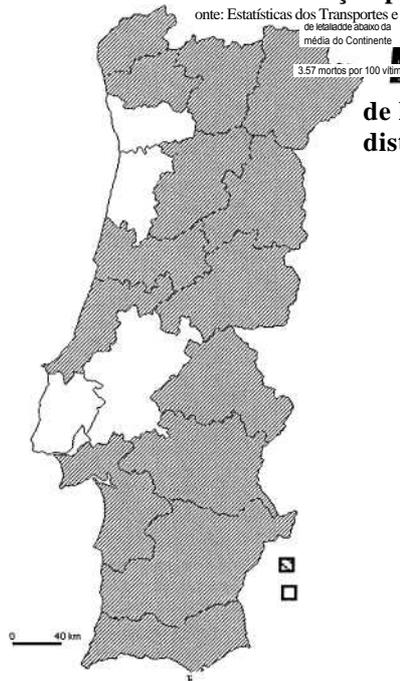
Fonte: Estatísticas dos Transportes e Comunicações, INE, Lisboa, 1990.

Figura 25 — Número de acidentes de viação por distrito, 1990

Fonte: Estatísticas dos Transportes e Comunicações, INE, Lisboa, 1990.

Figura 26 — Taxa de letalidade (mortos por 100 vítimas) por distrito, 1990

82



de letalidade (mortos por distrito, 1990

para uma situação de obrigatoriedade de prover os automóveis ligeiros de cintos de segurança não só nos lugares dianteiros do veículo mas também nos restantes. Tal atitude vinha alterar a situação que se vivia desde 1970, sendo até ali obrigatório o uso daquele elemento apenas pelo condutor e pelos passageiros do banco da frente dos automóveis ligeiros (Decreto-Lei n.º 424/70). Falta apenas saber até que ponto as autoridades públicas cumprem eficazmente o seu papel de fiscalizadores das infracções.

De facto, tem-se vindo a assistir a um aumento da segurança dos veículos, contemplando-se acessórios que até aqui não mereciam uma particular atenção. Um dos exemplos que se pode referenciar prende-se com a medida de obrigatoriedade de instalação de uma ou duas luzes de nevoeiro à retaguarda dos veículos (Decreto-Lei n.º 238/89, de 26 de Julho).

Por outro lado, seria apenas no final da década de oitenta que os elementos de mais tenra idade mereceriam uma atenção no sentido de prover à sua segurança. Assim, o Decreto-Lei n.º 424//88, de 17 de Novembro, veio proibir a possibilidade das crianças com menos de doze anos puderem viajar no banco da frente dos automóveis, salvo algumas excepções (número 4 do seu 17.º artigo). No caso dos motociclos, passou a ser proibido o transporte de crianças com idade inferior a sete anos (número 5 do seu 17.º artigo).

A acrescentar a todas estas medidas legislativas podemos enfatizar o papel dos "mass media" que têm privilegiado nos últimos anos, através de "spots" publicitários, por vezes bem imaginativos e expressivos, a informação do público no que toca à prevenção dos acidentes de viação associando-os, frequentemente, ao factor alcoolismo. Contudo, este tipo de informação tende a condenar não a bebida em si mas sim a bebida associada ao acto de condução. Somos da opinião de que, paralelamente a esta acção, se deveriam encetar outras orientadas para os pais, como cruciais educadores que são, para os malefícios da bebida, condenando algumas atitudes sociais tais como as tão famigeradas sopas de cavalo cansado (também designadas por sopas de vinho), que desde tenra idade sempre foram inculcadas na criança como factor de virilidade e de resistência à doença. Apesar de esta atitude tender a desaparecer com o aumento do grau cultural da população, ainda é bastante frequente nas áreas de cariz mais rural do nosso país. A solução passa então, na nossa perspectiva, por uma educação para a saúde, que deverá começar em tenra idade. Não se pode esperar que um adulto mude certas atitudes quando sempre foi educado segundo determinados parâmetros, mas pode-se enraizar nos elementos mais novos as atitudes benéficas que queremos ver activadas mais tarde.

Em 1988 Portugal, comparativamente com oito países da Comunidade Europeia, apresentava uma posição de destaque no que dizia respeito à letalidade por acidentes de trânsito de veículos a motor (subgrupo 471 da 9.ª Classificação Internacional de Doenças). Evidenciava um valor mais de

três vezes superior, no sexo masculino e cerca de duas vezes superior no sexo feminino quando comparado com a Inglaterra e País de Gales⁵⁴. A regulamentação rígida e o espírito de disciplina, mais desenvolvidos entre os anglosaxões, jogam um papel importante na apresentação de um menor número de acidentes de trânsito de veículos a motor e conseqüentemente da letalidade decorrente destes.

A rubrica E52 (Outros acidentes, incluindo os efeitos tardios) é, como já anteriormente enfatizámos, o elemento de maior representatividade no contexto do agrupamento 17, encerrando 51.19% das ocorrências (814 casos) quando consideramos apenas esta rubrica e 56.40% (914 casos) quando aditamos as subrubricas de E52 (E520, E522, E523, E524, E529)⁵⁵.

No seio daquela rubrica os acidentes de trabalho contribuem com 79.74%. Como já anteriormente referenciámos, os acidentes de trabalho têm vindo a ocupar um lugar de destaque no leque das causas de afluência ao Serviço de Urgência, tendo-se cifrado em 1991 em 3.39% o contributo daquela causa (3062 casos), face à forte implantação industrial existente no espaço onde se insere o Hospital, mormente no âmbito da indústria têxtil, grande consumidora de mão-de-obra.

Sabendo que, tal como o sexo, também a idade constitui uma importante determinante no risco de lesão traumática, vamos agora privilegiar a distribuição das rubricas do agrupamento 17 pelos grupos etários.

Numa análise generalizada podemos avançar que o grupo etário 15-39 é o que apresenta uma maior contribuição para o agrupamento em análise e, por outro lado, é o que evidencia uma casuística mais diversificada, constituindo o grupo etário onde certas rubricas manifestam uma maior ocorrência. Tal é o caso dos subgrupos E471 e E52, com respectivamente 77.7% e 54.5% dos casos. As "quedas acidentais" (E50) também apresentam uma maior ocorrência neste grupo etário, mas perdem algum significado quando se associam os três grupos etários mais baixos, (elementos até aos 14 anos de idade) albergando estes 40.9% dos resultados.

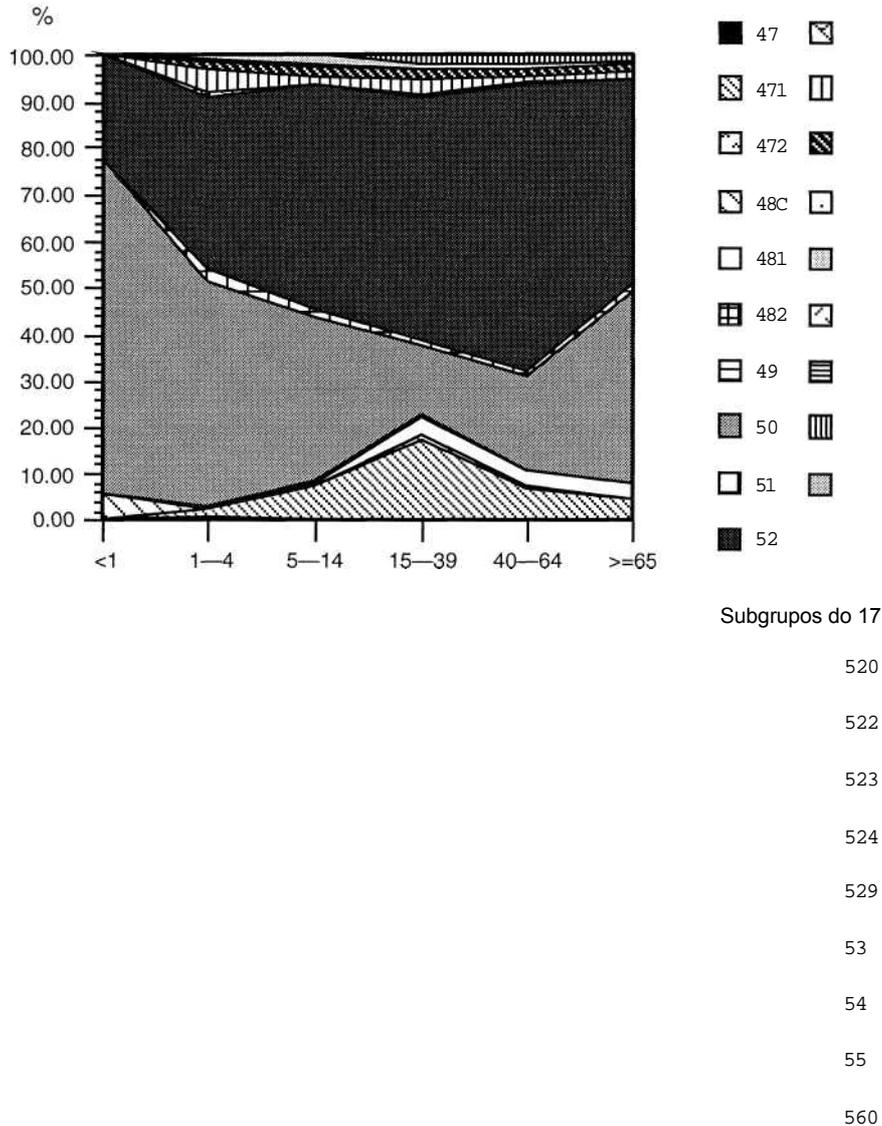
A Figura 21 ao relevar a ponderação de cada rubrica intragrupo etário fazem sobressair a perda de importância das "quedas acidentais" para a rubrica 52, à medida que vamos avançando para grupos mais elevados. Nos idosos, apesar de esta última rubrica alcançar os scores mais elevados, é acompanhada muito de perto pelas "quedas acidentais"⁵⁶.

⁵⁴ Vd. Lévy, Claude — *La mortalité par accident des enfants et des adolescents dans huit pays développés*, in "Population", Paris, 35(2), Mar.-Abr., 1980, p. 291-319 e MAFFENINI, Walter; RALLU, Jean-Louis — *Les accidents de la circulation en Italie et en France*, in "Population", Paris, 46(4), Jul.-Ag., 1991, p. 913-940 que versam sobre aspectos interessantes que se prendem com o assunto focalizado.

⁵⁵ Em elevado número de boletins de inscrição dos doentes no Serviço de Urgência, o diagnóstico elaborado pelo pessoal clínico não continha elementos suficientes para que se tornasse exequível a integração da lesão traumática numa das subrubricas da rubrica E52. Assim, não é para admirar o empolamento que se registou naquela rubrica.

⁵⁶ Estas últimas poderão estar subestimadas, já que muitas das fichas dos doentes

Estes resultados vêm, em certa medida, de encontro a numerosos estudos empíricos realizados por autores americanos onde se regista uma tendência para a observação daquele tipo de lesões, além das que se prendem com as colisões de veículos a motor e asfixias, mas para estas últimas não encontrámos elementos exemplificativos⁵⁷.



GRUPOS DE IDADES

Fonte: Boletins de inscrição dos doentes no S.U., 1989.

Figura 27 — Subgrupos de doenças do agrupamento 17 por grupos etários, 1989

Como ressalta R. H. Jackson, entre os mais novos e os idosos as lesões traumáticas ganham grande expressão, particularmente as que se dão em casa. No Reino Unido ocorrem mais de 2.1 milhões de acidentes em casa e cerca de 800 000 ocorrem com crianças. Também nos EUA, no período que medeia entre o nascimento e os 44 anos de idade, as injúrias são a principal causa de morte. Nas crianças de 1 a 4 anos de idade as injúrias são responsáveis por perto de metade de todas as causas de morte e causam três vezes mais mortes do que a causa que se lhe segue — anomalias congénitas⁵⁸.

Este aspecto é de fácil compreensão, já que as crianças juntamente com

os idosos constituem duas das parcelas da população que permanecem

referenciavam apenas a natureza da lesão não sendo identificada a sua etiologia, remetendo-se estes casos para o subgrupo 52.

⁵⁷ Vd. RIVARA e MUELLER, op. cit..

⁵⁸ RIVARA, Frederick P.; MUELLER, Beth A. — *The epidemiology and causes of childhood injuries*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 43(2), 1987, p.14.

mais tempo em casa⁵⁹.

Acrescente-se a falta de capacidade que esta massa da população tem para se auto-proteger, necessitando da protecção de um adulto para prevalecer a sua segurança.

As crianças que começam a andar são as que sofrem maior número de acidentes, já que se tornam fisicamente activas, sem se aperceberem do perigo que as cerca. Afiguram-se como elementos fisicamente imaturos, que concomitantemente, se aventuram demasiado a explorar o meio que os circunda. Neste caso, é importante referirmos que o maior ou menor risco de acidentes na criança depende não só do meio ambiente que a cerca, mas ainda mais do seu estado de desenvolvimento físico e mental e da capacidade locomotora que vai adquirindo. Será por volta dos 10-12 meses que, ao adquirir a posição vertical e ensaiando os primeiros passos, se lançará na exploração e conquista do desconhecido. Deste modo, a vigilância da criança deverá ser redobrada entre o primeiro e o quinto ano de idade, já que começam a estar ao seu alcance novos perigos: venenos, utensílios de cozinha, torneira de gás, aparelhos eléctricos com instalação defeituosa, *et cetera*.

Como já referenciámos anteriormente, os "mass media" no nosso país têm privilegiado a informação das pessoas no que toca à prevenção dos acidentes de viação, mas têm negligenciado outro tipo de informação, mormente aquela que se prende com as injúrias que atingem as crianças e os idosos e que se processam em espaços específicos.

Os custos indirectos das injúrias, no que diz respeito às crianças, são elevadíssimos. Estes ao serem afectados poderão ter a maior parte da sua vida perdida, o que não ocorre quando pensamos nas doenças do cancro, do aparelho circulatório, que geralmente ocorrem nos mais idosos.

Por outro lado, os idosos são um grupo etário com especial risco devido ao aumento da sua fragilidade, à falta de equilíbrio, diminuição da visão ou da audição e particularmente devido à diminuição da capacidade para regenerar os tecidos atingidos "(...) *so that the consequences of an accident such as a fall down stairs are likely to be much more serious to somebody of 80 years of age than they would be to somebody of 40 or 10*"⁶⁰.

Deste feito, embora os idosos sofram um número inferior de acidentes quando comparados com as crianças, revelam-se mais frequentemente como letais ou tendo como consequência uma lesão grave⁶¹.

⁵⁹ Poderíamos ainda acrescentar os diminuídos e os doentes crónicos como outros grupos de alto risco de acidentes em casa.

⁶⁰ JACKSON, R. H. — *Domestic accidents and their prevention*, in "Encontro Nosso Planeta, Nossa Habitação, Nossa Saúde: Promover a Saúde em contexto urbano", Braga, Administração Regional de Saúde, 1990 (policopiado), p. 1.

⁶¹ "A propensão dos idosos para se cansarem facilmente, terem lapsos de memória, períodos de distração e medo de equipamentos e instalações modernas, aumentam os perigos do ambiente. Os efeitos secundários dos medicamentos para problemas geriátricos ou afecções psíquicas, também interferem com as normais capacidades de raciocínio, aumentando, assim, os riscos de acidente. A depressão, a falta de auto-confiança ou neurastenia, também podem

Jackson também chama a atenção para o facto de a prevenção deste tipo de acidentes passar pela modificação das circunstâncias ambientais, para além da educação da população. O design da casa tem a sua importância^ concretamente nalguns espaços da casa tais como a cozinha, as escadarias, as casas-de-banho, as varandas, *et cetera*. Os espaços mais comuns de ocorrência de acidentes parecem cingir-se à cozinha e seguidamente às escadarias. Por um lado, é a disposição de certos electrodomésticos (e.g., o fogão) ou de outros elementos constituintes (e.g., a porta da cozinha), que nem sempre é a mais conveniente num espaço de grande utilização como o é a cozinha, proporcionando elevados riscos de acidente para quem tem que se mover e transportar substâncias perigosas dentro daquele espaço. Por outro lado, é o próprio design das escadarias que facilita este tipo de acidentes, (e.g., a existência de corrimões cujo design permite aos mais jovens treparem mais facilmente, a inexistência de corrimões nos dois lados das escadarias para ajuda dos mais idosos).

No caso das crianças, o problema reside muitas das vezes em os pais subestimarem as actividades dos seus filhos, sendo frequente ouvir-se a expressão: "Não fazia ideia de que o meu filho conseguia trepar tão alto". Este aspecto chama-nos a atenção para a premissa de que a probabilidade para uma criança pequena se ferir deverá, em grande parte, ser inversamente proporcional ao grau de conhecimento que os pais possuem sobre as características psicológicas e as capacidades físicas da criança que está a crescer⁶². Torna-se difícil aos casais, particularmente quando se trata do seu primeiro filho, saberem quais são os perigos aos quais o seu filho pode estar exposto. Este elemento foi empiricamente comprovado através de um programa de educação para a saúde que foi lançado na década de 80, numa policlínica em Moscovo, onde se constatou uma redução significativa de acidentes entre crianças pequenas, quando os seus pais haviam aderido àquele programa.

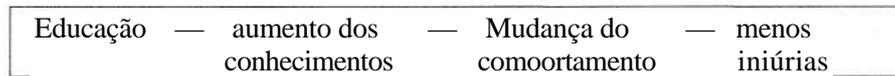
De tudo o que acabámos de estruturar ressalta-se que a prevenção dos acidentes pode tornar-se efectiva através da mutação de três aspectos: modificação da educação dos seres humanos; tornar o agente que causa o acidente menos "perigoso" ou modificando as circunstâncias do meio ambiente.

Na nossa opinião terá que haver um esforço concertado entre arquitectos, desenhadores e construtores no design das características dos edifícios, no sentido de modificar as circunstâncias ambientais que podem conduzir aos múltiplos acidentes que se operam naqueles espaços. Paralelamente, terá que se realizar um importante esforço na educação dos adultos, particularmente junto das jovens mães, informando-as sobre os reais perigos

diminuir a tendência do idoso para tomar precauções com a sua segurança". (DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1990, p. 171).

⁶² GRIGOROVIC, Ljudmila P. — *Beaucoup d'accidents d'enfants peuvent être évités*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 9(4), 1988, p. 640.

que existem em casa e noutros espaços onde as crianças se movimentam. Esta é, aliás, uma premissa na qual insistem mais os psicólogos que estudam o complexo problema das injúrias corporais. Segundo eles, mais do que mudar o meio ambiente há que mudar os comportamentos na prevenção das lesões, avançando o seguinte esquema que encerra quatro passos fundamentais⁶³.



Mas, não podemos dar demasiada importância à mudança de comportamento da população, já que algumas mudanças no comportamento individual são difíceis de se conseguir. Alguns estudos têm revelado que as estratégias que requerem uma mudança mais sistemática no meio ambiente ou a remoção de um factor de risco (e.g., pôr "air bags" nos carros, retirar brinquedos perigosos dos supermercados) parecem ser mais efectivos. Contudo, também nem sempre são fáceis de implementar porque requerem acções legislativas, custos ambientais ou adaptações de fabrico.

Por outro lado, a prevenção das lesões revela-se como uma tarefa difícil no que concerne à obtenção de apoio do público, porque a segurança tem uma imagem pública muito pobre, particularmente no seio daqueles com mais risco de injúrias.

Trata-se, afinal, de se tentar debelar um flagelo que tem vindo a ter um apreciável impacte na economia de cada país onde os acidentes com as crianças adquirem grande expressão, na medida em que representam uma subcarga para os estabelecimentos hospitalares e obrigam os pais a ausentarem-se frequentemente do trabalho.

Por outro lado, não há ainda no nosso país uma preocupação efectiva pela implementação de medidas de educação para a segurança, tais como campanhas nos meios de comunicação social (através de jornais, rádio, cartazes e distribuição de folhetos), palestras sobre segurança em espaços privilegiados (e.g., as escolas), aviso das pessoas sobre os perigos potenciais de certos produtos consumíveis (os rótulos de escrita simples e clara poderão ser um elemento primordial).

A própria legislação delinea-se como excessivamente deficitária. Depois de termos sido confrontados com a leitura do Decreto-Lei n^o 38 382 de 7 de Agosto de 1951, que aprova o Regulamento Geral das Edificações Urbanas⁶⁴, ainda em vigor entre nós, chegámos à conclusão de que este documento apesar de abarcar condições básicas de construção, tais como: dimensionamento dos múltiplos espaços inerentes às construções urbanas,

⁶³ WILSON e BAKER, op. cit, 1987, p. 79.

⁶⁴ Este Decreto veio revogar o Decreto de 14 de Fevereiro de 1903, os artigos 9^s e 10- do Decreto rr 902, de 30 de Setembro de 1914, os Decretos n^o 14 268 e n^o 15 899 e o Decreto-Lei n^o 34 472. Está prevista para breve nova revogação.

ponderação sobre os equipamentos a privilegiar nas várias instalações que compõem aquelas construções, preocupação com condições de salubridade e solidez das edificações, *et cetera*, verificámos que se trata de um documento omissivo no que respeita à disposição dos elementos constituintes no seio daquelas edificações. Quer isto dizer que, por exemplo, estipula a obrigatoriedade de instalação de determinados elementos nas cozinhas (vd. n.º 2 do artigo 83.º, p. 39) ou dimensionamento das varandas, (vd. n.º 2 do artigo 71.º, p. 35-36), mas é omissivo quanto à disposição desses elementos e à constituição das varandas, com vista à construção de um meio ambiente seguro.

Além deste Decreto-Lei, existe mais legislação que lhe foi aditada, sendo digno de menção o Decreto-Lei n.º 43/82 publicado no Diário da República, 1- série, n.º 32, de 8 de Fevereiro de 1982, O referido Decreto-Lei afigurou-se como uma tentativa de eliminar ou reduzir as limitações de movimentação dos deficientes (especialmente dos deficientes motores), concretamente as originadas pela concepção arquitectónica das edificações. Apesar de se terem promulgado algumas medidas essenciais no sentido da abolição ou redução das barreiras que se colocam aos deficientes, tal esforço veio de certo modo vincar a ausência de preocupação governamental pela prevenção dos acidentes. Levantamos a seguinte questão: não seria mais exequível a instituição de um regulamento que ponderasse sobre os perigos que existem no espaço arquitectónico?

Os projectos das habitações são da competência dos arquitectos e dos engenheiros civis ou de outros elementos com formação para tal (vd. n.º 2 do artigo 3-º, p. 104 do Decreto n.º 73/73 de 28 de Fevereiro inserto no Regulamento anteriormente citado), mas é do foro público que na prática tal não acontece em número substancial de casos. E prática corrente haver elementos sem formação para tal actividade a subscrever tal função. Por outro lado, quem constrói tende a sobrevalorizar a maximização dos lucros e a minimização dos custos, optando frequentemente por materiais de fraca qualidade para a construção de habitações.

A OMS a partir de um documento que divulgou recentemente, subordinado ao tema "Directrizes para uma habitação saudável", elaborado pelo seu Bureau Regional para os governos dos seus Estados Membros na Região, lançou algumas directrizes para encorajar "uma política correcta de habitação que ajude a resolver os problemas básicos de saúde com ela relacionados e a alcançar a meta da OMS de uma habitação saudável para todos no ano 2000"⁶⁵.

A legislação que se cria sobre a mudança do meio tem um contributo primordial, mas será que, sabendo que no nosso país as leis decretadas não são cumpridas na prática, não será melhor começarmos pela mudança de comportamentos que se desenha como mais límpida?

⁶⁵ DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS — *Directrizes para uma habitação saudável*, trad. do doc. da OMS/EURO Série EH, n.º 31, Braga, Administração Regional de Saúde, 1990, p. 3.

2.3. Aferição de outras características inerentes ao doente do Serviço de Urgência

"The interpersonal relationship between physician and patient involves a highly charged affective component. (...) patients' satisfaction with medical care, their compliance with treatment regimens, and the outcome of treatment tend to be substantially related to their physicians' ability to satisfy their socio-emotional needs in the health care encounter."
M.Robin DiMatteo

No sentido de completarmos o perfil do doente que afluí ao Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães, optámos por realizar um inquérito por entrevista em três dias do Verão de 1990, abrangendo dias da semana onde se registava elevada afluência de doentes⁶⁶.

Um dos indicadores privilegiados foi o "encaminhamento do doente para o S.U.", ou seja, tentou-se averiguar se o doente se dirigia ao Serviço de Urgência por sua iniciativa ou se teria sido encaminhado por algum pessoal clínico ou outra entidade de cuidados de saúde. Os resultados revelaram-se avassaladores, já que 86.05% dos doentes dirigiram-se àquele serviço por sua própria iniciativa, contra 13.95% dos casos em que o doente terá sido encaminhado por outras entidades de cuidados de saúde ou por pessoal clínico⁶⁷. Em termos de encaminhamento não se registou uma relevante dicotomia entre os dois sexos, apesar de o sexo feminino se dirigir maior número de vezes em primeiro lugar aos Centros de Saúde ou à clínica/médico privado, o que nos levou a pensar que aquele sexo se encontrava mais bem informado e integrado na estrutura de funcionamento do sistema de saúde.

Por outro lado, a maioria dos doentes utilizou o Serviço de Urgência como primeira fonte de assistência, porque na sua opinião tratava-se de um serviço rápido (Quadro 2). Facto curioso é o de poucos inquiridos inferirem como vantagem de utilização do Serviço de Urgência, o "tirar a maçada de marcar consulta", ou porque não sentiram que se tratava de um argumento relevante (pelo menos mais relevante do que o ser um serviço rápido) ou porque este motivo, per si pouco válido, induz o doente a optar por outro mais coadonante com a função de um Serviço de Urgência. Se optassem por

"O inquérito foi lançado aleatoriamente, tendo sido contemplados os utentes que manifestavam uma situação clínica menos gravosa. Por outro lado, foram escolhidas as horas de maior afluência, i.e., no período que medeu entre as 9 horas e as 21 horas. Devido à sua extensão torna-se inexecutável a sua apresentação no presente artigo.

⁶⁷ Vd. a título de exemplo VELOSO, A. Barros; COSTA, J. Poole da — *Urgência: estudo da população que recorre ao Serviço de Urgência dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, in "Actas das VII Jornadas de Administração Hospitalar", Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987 (policopiado), p. 6 onde se constata que em 1987, 72% dos doentes que afluíram aos Serviços de Urgência dos Hospitais Cívicos de Lisboa o fizeram por "iniciativa própria".

aquela razão, estariam a sustentar que a sua ida àquele serviço não era justificada, fazendo emergir o carácter de pseudo-urgência⁶⁸.

Quadro 2— Razão de escolha do S.U. quando o doentes se dirige por sua iniciativa, 1990

RAZÃO DE ESCOLHA	TOTAL		MASCULINO		FEMININO	
	N ²	%	N ³	%	N ⁴	%
É um serviço rápido	135 8	39.59	63 2	37.95	72 6	41.14
Tira a maçada de marcar consulta	17 42	2.35	9 26	1.20	8 16	3.43
É um serviço gratuito	25	4.99	14 52	5.42	11 62	4.57
Funciona ininterruptamente	114	12.32		15.66		9.14
Está mais próximo de casa ou do trabalho		7.33		8.43		6.29
Outra razão		33.43		31.33		35.43
TOTAL	341	100.00	166	100.00	175	100.00

FONTE: Inquérito realizado no Serviço de Urgência entre Julho e Setembro de 1990.

Assim, não é de admirar que tal justificação apenas tenha algum significado quando associada a outras contempladas no questionário, tais como "E um serviço rápido", "E um serviço gratuito", "Outra razão". No caso da sua associação com esta última justificação, há todo um revelar do mau funcionamento do sistema de saúde vigente, pelo menos até 1990. "A dificuldade em obter consulta no Centro de Saúde ou em serviços similares", (elemento mais representativo no seio do grupo "Outra razão"), afigurou-se como a mais veemente justificação utilizada pelos doentes para se servirem do Serviço de Urgência (80 casos — 70.2%). Todavia, outras razões adquiriram algum significado, mormente as que se prendiam com "a existência de meios técnicos não existentes noutros estabelecimentos de saúde" ou com o facto de "o Médico de Família do doente se encontrar a trabalhar naquele momento no Serviço de Urgência" ou ainda porque "o Centro de Saúde já não se encontrava em funcionamento" à hora em que o doente se dirigiu ao Serviço de Urgência (28 ocorrências — 24.6%). Trata-se, em suma, de com-

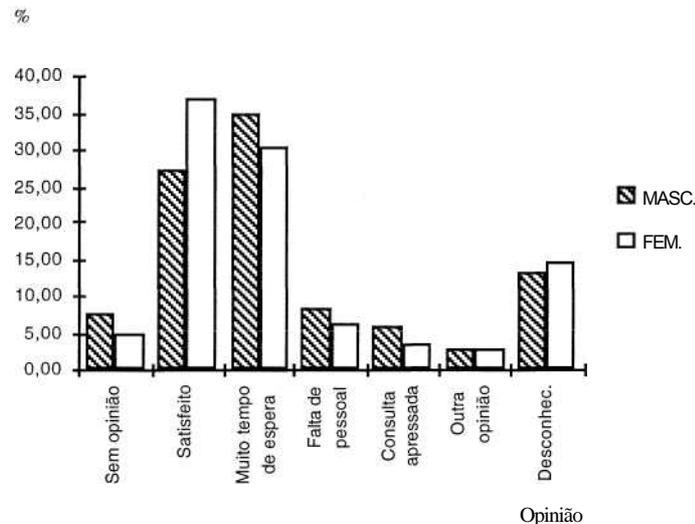
⁶⁸

Importa salientar ainda que, no sentido de confirmarmos as hipóteses levantadas anteriormente, que questionam a gravidade da maioria dos casos clínicos encontrados, questionámos o doente sobre a procura dos vários serviços médicos em caso de emergência e em casos de carácter não urgente. Cerca de 5.81% dos utentes reconheceu que, mesmo em situações que não envolvem um carácter urgente, utilizam o Serviço de Urgência e tal atitude é mais referenciada pelo sexo masculino. Todavia, a grande maioria mencionou a utilização dos cuidados de saúde primários, emergindo a figura do Médico de Família (81.98% das ocorrências). Tal atitude é mais frequentemente evocada pelo sexo feminino, o que vem confirmar as hipóteses levantadas anteriormente.

Importa salientar que 54.07% (186 casos) de doentes não possuíam mais do que o ensino primário completo. Tal representatividade pode reportar-nos a uma provável dificuldade de o doente possuir uma informação suficiente sobre o mecanismo de funcionamento do seu corpo, vendo-se forçado a utilizar frequentemente o Serviço de Urgência Hospitalar, mesmo quando não necessário. Também o factor económico deverá actuar como uma determinante na utilização daquele sector por este tipo de população, visto não se encontrar nas suas possibilidades a utilização da clínica privada.

portamentos que se explicam pela imagem que se encontra enraizada na população de que o Hospital continua sendo o único local seguro para debelação da patologia. Para a população continua sendo o local onde se encontram os mais completos meios técnicos e humanos de diagnóstico da sua patologia, duvidando da qualidade dos cuidados extrahospitalares. Tal imagem interiorizada coaduna-se com a situação real vivida.

Um comportamento que se adivinhou como particularmente interessante de aquilatar foi o que se prendeu com a opinião do utente sobre a assistência prestada no Serviço de Urgência. De facto, a imagem recolhida é a de que apesar de o utente necessitar, a maior parte das vezes, de aguardar mais do que uma hora até ser atendido naquele sector⁶⁹, revela uma opinião satisfatória sobre o mesmo. A Figura 28 deixa transparecer a hegemonia da opinião "satisfeito" (136 ocorrências), tendo sido contabilizada 97 vezes quando apresentada como única opinião e 39 vezes quando associada a outro tipo de opinião, mormente quando o doente além de referir que se encontrava satisfeito com o atendimento no Serviço de Urgência, manifestava o tempo excessivo que tinha aguardado até ser atendido. Vários autores (e.g., KAOS, 1955; DOYLE E WARE, 1977; DIMATTEO, 1979) se têm debruçado sobre a determinante conduta do médico na satisfação do doente em relação aos cuidados médicos, tendo chegado à conclusão de que a conduta do médico é a variável mais importante na satisfação do doente, justificando as opiniões emitidas.



Nota: a opinião "desconhecida" encerra casos de doentes que se esquivaram ou se olvidaram de responder às restantes questões do inquérito depois de terem obtido alta clínica.

FONTE: Inquérito realizado no Serviço de Urgência entre Julho e Setembro de 1990.

Figura 28 — Opinião do doente sobre o Serviço de Urgência segundo o sexo, 1990

⁶⁹ Dos doentes questionados cerca de 72.42% necessitaram de aguardar mais de uma hora para serem atendidos no Serviço de Urgência.

A opinião "falta de pessoal" suscitou pouca representatividade, provavelmente devido ao baixo nível de instrução detectado na população que pode ter contribuído para a falta de percepção daquela situação. Na realidade, uma das premissas que contribuía, no ano de 1990, para a situação constrangedora que se vivia naquele sector de atendimento, era o reduzido pessoal clínico que aí prestava assistência. Nos três dias em que realizámos o inquérito, encontravam-se a trabalhar diariamente naquele serviço, treze médicos, em média, número claramente insuficiente para o volume populacional que se servia daquele serviço, visto o trabalho de triagem dos doentes recair, a maior parte das vezes, sobre apenas três desses elementos. Tal facto, além de conduzir a um excessivo tempo de espera por parte do doente, perspectivava uma baixa qualidade de atendimento, que se manifestava numa mistura de doentes de diferente gravidade. Por outro lado, tal cenário conduzia a uma situação de stress junto do corpo clínico e ao aparecimento de conflitos entre este e os doentes. Daí que também tenha tido alguma representatividade a opinião "consulta apressada", quer quando esta aparece como única opinião emitida quer quando associada a outras.

As exíguas ocorrências que se prendem com "outra opinião" circunscrevem-se a doentes que manifestaram uma má opinião de forma acérrima. Paradoxalmente, a maior parte dos elementos que disseram não possuir opinião sobre o Serviço de Urgência correspondem a situações em que tiveram que aguardar mais de uma hora e trinta minutos para serem atendidos.

A Figura 28 deixa ainda transparecer a dicotomia sexo masculino/sexo feminino. As opiniões "satisfeito" e "muito tempo de espera" em separado ou em associação revelaram-se como as mais importantes para os dois sexos. Todavia, o sexo feminino manifestou uma maior satisfação em relação ao atendimento a que foi sujeito no Serviço de Urgência (36.87% das ocorrências contra 27.32% do sexo masculino). Será que o sexo feminino se encontrava mais acostumado à situação que se vivia no Serviço de Urgência? Ou será que aquele sexo manifesta uma maior facilidade de comunicação com o pessoal clínico, remetendo facilmente para o esquecimento as dificuldades sentidas? Estes poderão constituir alguns dos factores que terão contribuído mais determinadamente para tal opinião, mas, também um certo receio e desconfiança poderão ter influenciado em tais resultados. Na realidade, no momento em que o utente tinha que opinar sobre o seu atendimento naquele serviço, foi fácil constatar a atitude de indecisão, desconfiança e receio revelados pelo sexo feminino.

O sexo masculino, por seu turno, manifestou opiniões menos satisfatórias sobre aquele sector de atendimento, aldemente, no conjunto "consulta apressada" e "muito tempo de espera".

Como nos refere Robin DiMatteo a relação interpessoal entre o médico e o doente envolve uma elevada componente afectiva. Como resultado, a sa-

tisfação do doente com os cuidados médicos tende a relacionar-se, substancialmente, com a habilidade do médico para satisfazer as suas necessidades socio-emocionais. Essa habilidade para estabelecer um "rapport" com o doente é parcialmente dependente da perícia do médico para descodificar as mensagens não verbais do foro afectivo inerentes ao doente⁷⁰.

A elevada carga da componente afectiva em jogo resulta do acesso do médico ao corpo do doente, a detalhes íntimos da vida do doente, assim como, da considerável dependência emocional que as pessoas doentes manifestam.

Já Hipócrates, no século IV a.c, punha o acento tónico na importância da relação empática que se deve estabelecer entre o doente e o médico para debelar a patologia que aquele apresenta. Há que ter em conta que, por um lado, existe a doença e por outro, a pessoa doente, ou seja, a relação do médico-doente é composta por uma "instrumental dimension" e uma "expressive dimension"⁷¹. As duas componentes devem ser inseparáveis e ambas são importantes para uma efectiva relação médico-doente.

Segundo estudos empíricos realizados nas últimas décadas, os doentes tendem a julgar a competência dos médicos, em parte pelo grau de apoio emocional que aqueles lhe facultam. Por outro lado, a confiança no seu médico tende a diminuir a ansiedade dos doentes elevando a possibilidade de uma mais rápida recuperação.

Contudo, não podemos esquecer que há outras determinantes na satisfação do utente. Temos que ter em conta as características inerentes ao doente, que vão desde as suas características sócio demográficas, até às expectativas do encontro com o médico, passando pelo seu próprio estado de saúde. Além disso, determinados factores estruturais e de localização podem jogar um papel preponderante, tais como, a acessibilidade, a forma de pagamento, et cetera, que podem predispor o doente para um sentimento de satisfação ou de insatisfação⁷².

Contrariamente a Weiss, somos da opinião de que o sexo se desenha como uma variável sociodemográfica determinante no grau de satisfação evidenciado. As mulheres são geralmente as responsáveis pela vigilância dos comportamentos e da saúde dos elementos da sua família, particularmente dos filhos, e, deste modo, a sua necessidade de informação da saúde é considerada como mais elevada do que a dos homens. As mulheres ten-

DIMATTEO, M. Robin — *A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of Medicine*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 35(1), 1, 1979, p.12.

BLOOM, S.W. — *The doctor and his patient: a sociological interpretation*, Nova York, Russell-Sage Foundation, 1963 (citado por DIMATTEO, M. Robin — *A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of Medicine*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 35(1), 1, 1979, p. 14).

WEISS, L.G. — *Patient satisfaction with primary care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors*, in "Medical Care", 26(4), 1988 (citado por NORONHA FILHO, Gerson — *O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços*, in "Revista Portuguesa de Saúde Pública", Lisboa, 8(2), Abr.-Jun., 1990, p. 60).

dem também a usar mais os serviços de saúde e a relatar mais sintonias do que os homens (particularmente os sintomas de natureza psiquiátrica). Concomitantemente, os pacientes femininos tendem a levantar mais questões ao pessoal clínico do que os do sexo masculino. "*Tais could be attributed to women's greater exposure to sources of health information, to women's greater acceptance of the helpseeking role, to physicians providing more opportunities for women to ask questions, or to women receiving less information, or less clear information, from their physicians*"⁷³.

As pacientes tendem a levantar mais questões e a manifestarem um comportamento mais verbal do que os homens. Deste feito, não será para admirar que o sexo feminino revele opiniões mais satisfatórias em relação ao seu atendimento no Serviço de Urgência. Aquando da realização do inquérito, deparámos nalgumas situações com expressões tais como, "estou satisfeita, o médico era muito simpático", que vêm confirmar as considerações que tecemos anteriormente.

CONCLUSÃO

Com o presente trabalho pretendeu-se perfilar o Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães, em termos da sua orgânica de funcionamento e na relação que tem vindo a estabelecer com a população que serve.

Esta abordagem foi antecedida por uma primeira parte consagrada à avaliação do perfil sanitário do espaço onde se insere o Hospital, revelando um cenário algo desolador quando comparado com as restantes entidades espaciais que compõem o espaço continental. Trata-se de um espaço que se inclui noutra mais vasto — o Norte — que em termos sanitários se tem afigurado como um dos mais deprimidos da Comunidade Europeia.

Partindo deste cenário, fomos aquilatar das nosologias dos doentes que se dirigiam àquele estabelecimento hospitalar tendo-se encontrado um elevado contingente de pseudo-urgências, revelador, por um lado, de uma forte desarticulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde diferenciados, situação que se arrastava há já alguns anos e, por outro, de estratégias encetadas pelos doentes como fuga à actividade económica que desempenhavam. Todavia, a situação parece ter-se modificado com a introdução de medidas de carácter local, passando os doentes a serem canalizados para outras unidades de atendimento de situações urgentes criadas em várias extensões do centro de saúde de Guimarães. Por outro lado, o Governo lançou em 1992 uma medida com idêntico objectivo, estabelecendo o regime de taxas moderadoras para o acesso aos Serviços de Urgência, entre outros serviços, cujo impacto é, à presente redacção, de difícil avaliação.

⁷³ WEISMAN, Carol S. — *Communication between women and their health care providers: research findings and unanswered questions*, in "Public Health Reports", Washington, supplement Issue, Jul.-Ag., 1987, p. 148.

Paralelamente, a acessibilidade ao Hospital constituiu uma componente bastante elucidativa do volume de pseudo-urgências encontrado, pois à medida que a distância a percorrer até ao Hospital aumentava, diminuía o número de doentes que se dirigiam ao Serviço de Urgência daquele Hospital.

Concomitantemente, o sexo feminino revelou ser maior utilizador dos cuidados de saúde hospitalares. A utilização daqueles serviços foi, de acordo com o inquérito por entrevista lançado, em cerca de 84% dos casos, realizada por iniciativa própria, contra 88% para o sexo masculino. Deste modo, o acesso ao Serviço de Urgência raramente sofreu um encaminhamento da rede de cuidados de saúde primários, denotando uma atitude que parece ser difícil de contrariar, visto os doentes já se terem habituado a socorrer-se do Serviço de Urgência, que eles identificam como melhor apetrechada humana e logisticamente.

De tudo o que aqui avançámos, resta-nos a esperança de que as mutações que se adivinham no sector da saúde, para os anos vindouros, possam ditar uma maior ordem neste sector e uma nova atitude do doente face aos cuidados de saúde!...

BIBLIOGRAFIA⁷⁴

- BASTO, Pedro de M. — Hospitais do Norte de Portugal (subsídios para a história da assistência hospitalar), Porto, 1982.
- BENYOUSSSEF, Amor — *Les Services de Santé dans les Pays en Développement*, in "Revue Internationale des Sciences Sociales", Paris, 29(3), 1977, p. 429-453.
- BESSA, Daniel — *As políticas macroeconómicas do post-25 de Abril*, in "Revista Crítica de Ciências Sociais", Coimbra, 15-17, Maio, 1985, p. 325-350.
- BIDWELL, E. S. W. — *La voie vers la santé pour tous*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 9(1), 1988, p. 39-48.
- CAMPOS, A. Correia de; MANTAS, Augusto — Os serviços oficiais de saúde em Portugal, na década de setenta: financiamento, organização, administração e alguns resultados, in "Planeamento", Lisboa, 4(1), 1982, p. 81-125.
- CAMPOS, A. Correia de — *Saúde: o custo de um valor sem preço*, Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- CAMPOS, A. Correia de et ai. — *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 19, 1991.
- CARAPINHEIRO, Graça; PINTO, Margarida P. — *Políticas de Saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80*, in "Sociologia: Problemas e Práticas", Lisboa, 3, 1987, p. 73-109.
- CARAPINHEIRO, Graça — *Cenários de estratégias médicas no hospital*, in "Revista Crítica de Ciências Sociais", Coimbra, 23, Set., 1987, p. 141-156.
- CARVALHO, Maria Celsa A. de — *Saúde infantil em Portugal: evolução de alguns indicadores*, in "Saúde Infantil", Coimbra, 10(1), Abr., 1988, p. 5-21.
- CARVALHO, Rogério J.N. — O Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Setúbal: contributo para disciplinar o seu uso, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, [1980].
- CHESNAIS, Jean-Claude — *As mortes violentas (Iª parte): homicídio e as execuções capitais, o suicídio*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos, INE, Lisboa, 23, 1977 e 1978, p. 117-163.

No presente artigo apresentam-se apenas algumas das cerca de 302 publicações consultadas para a realização da dissertação.

- COMMISSION ON PROFESSIONAL AND HOSPITAL ACTIVITIES — The International Classification of Diseases (9th revision): Clinical Modification, 3 vol., Michigan, 1988.
- COSTA, Carlos et al. — *Relação entre as características dos doentes e o consumo de recursos num hospital*, in "Revista Portuguesa de Saúde Pública", Lisboa, 7(4), Out.-Dez., 1989, p. 27-40. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE — *Portugal - Saúde (1990)*, Lisboa, 1992.
- DIAS, José A. — Indicadores de morbilidade e de saúde positiva: que alternativa face às estatísticas de mortalidade?, in "Saúde em números", Lisboa, 3(3), Jun., 1988, p. 22-24. DIAS, José A.; TORRES, Carlos M. — *Os acidentes de trabalho*, in "Saúde em números", Lisboa, 4(1), Jan., 1989, p. 4-6. DIMATTEO, M. Robin — A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of Medicine, in "Journal of Social Issues", Illinois, 35(1), 1, 1979, p. 12-33.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS — Natalidade, Mortalidade Infantil e Mortalidade Perinatal: 1986/90, Lisboa, 1991. FERREIRA, F. A. Gonçalves — *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990. FREYTAG-LORINGHOVEN, W. von et al. — *Accidents des enfants en tant que problème de santé publique*, Strasbourg, Comité Européen de Santé publique, 1971. FRIEDMAN, Howard S.; DIMATTEO, M. Robin — *Health Care as an Interpersonal Process*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 35(1), 1979, p. 1-11. GALLAGHER, Susan S. et al. — State and local responses to children's injuries: the Massachusetts statewide childhood injury prevention program, in "Journal of Social Issues", Illinois, 43(2), 1987, p. 149-162.
- GIRALDES, M. do Rosário — *Equidade e despesa em saúde*, Lisboa, Editorial Estampa, 1990. GRIGOROVIC, Ljudmila P. — *Beaucoup d'accidents d'enfants peuvent être évités*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 9(4), 1988, p. 640-644. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — Regulamento e classificação das doenças, traumatismos e causas de morte da Organização Mundial de Saúde (9- revisão - 1975), Lisboa, 1980. JACKSON, R. H. — *Domestic accidents and their prevention*, in "Encontro Nosso Planeta, Nossa Habitação, Nossa Saúde: Promover a Saúde em contexto urbano", Braga, Administração Regional de Saúde, 1990 (policopiado). KANNISTO, Väinö — *Factores associados às diferenças geográficas da mortalidade infantil em Portugal desde 1950*, in Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 28, 1986, p. 11-35. LECOMTE, Thérèse; PEQUIGNOT, Henri — *Sexe et maladie*, in "Science et Vie", Paris, 171, Jun., 1990, p. 102-109. LEVY, Claude — La mortalité par accident des enfants et des adolescents dans huit pays développés, in "Population", Paris, 35(2), Mar.-Abr., 1980, p. 291-319. LEVY, Emile — *A la recherche d'indicateurs de santé*, in "Revue Internationale des Sciences Sociales", Paris, 29(3), 1977, p. 471-509. LUCAS, J. Santos — *Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários*, in "Revista Portuguesa de Saúde Pública", Lisboa, 8(1), Jan.-Mar., 1990, p. 17-28.
- MAFFENINI, Walter; RALLU, Jean-Louis — *Les accidents de la circulation en Italie et en France*, in "Population", Paris, 46(4), Jul.-Ag., 1991, p. 913-940. MARGANITT, Baruch et al. — Coding External Causes of injury (E-Codes) in Maryland Hospital Discharges (1979-88): A Statewide Study to Explore the Uncoded Population, in "American Journal of Public Health", 10(12), Dez., 1990, p. 1463-1466. MATHENY JR, Adam P. — *Psychological characteristics of childhood accidents*, in "Journal of Social Issues", Massachusetts, 43(2), 1987, p. 45-60. MAYER, Jonathan D. — *Response time and its significance in medical emergencies*, in "The Geographical Review", Nova Iorque, 70(1), Jan., 1980, p. 79-87.
- MCKEOWN, Thomas — *As origens da doença humana*, Lisboa, Editorial Caminho, 1990. MENDONÇA, Isabel M. de Assis — *Quelques aspects du statut de VHôpital Public au Portugal*, Bordeaux, Université de Bordeaux, 1990. MOHAN, John — *Geographical perspectives on health care*, in "Area", Londres, 13(3), 1981, p. 202. MOTA, L. Cayolla da; THEIAS, Margarida M. — *Seleção e análise das principais causas de morte em Portugal*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 21, 1973-74, p. 23-69. NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE — Atendimento urgente: estudo sobre a caracterização da procura em 1984, Porto, CCRN, 1985. NÚCLEO DE PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE — O impacto do novo Hospital de

- Guimarães no desenvolvimento da região do norte, Porto, CCRN, 1987. ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES — OCDE *en Chiffres*, Supplément statistique de l'Observateur de l'OCDE, 176, Juin-Juillet, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — *Classificação Internacional de Doenças (revisão 1975)*, 3ª ed., 2 vol., São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — *Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici Van 2000*, septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, Vol. 5, Genève, 1987.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — *World health statistics quarterly*, Genève, 43(1), 1990.
- PEREIRA, João — *Saúde e ambiente socio-económico em Portugal*, in "Análise Social", Lisboa, 26(110), 1991, p. 241-257.
- PICHERAL, Henri — *Géographie Médicale, Géographie des Maladies, Géographie de la Santé*, in "KÉspace Géographique", Paris, 3, 1982, p. 161-175.
- RALLU, Jean-Louis — *Conduite automobile et accidents de la route*, in "Population", Paris, 45(1), Jan.-Fev., 1990, p. 27-62.
- REIS, Carlos Santos — *Níveis sanitários portugueses*, in Revista do Centro de Estudos Demográficos", INE, Lisboa, 13, 1961-62, p. 89-129.
- REMOALDO, Paula Cristina A. — *O Serviço de Urgência de um Hospital do Minho - Aspectos sociodemográficos em análise*, in "I Encontro Minho: identidade e mudança", Braga, Escola de Economia e Gestão - Universidade do Minho, 1990, p. 361-395.
- REMOALDO, Paula Cristina A. — *Comportamentos nosológicos na utilização de um serviço de saúde diferenciado*, in "Actas do I Congresso da Geografia Portuguesa", Lisboa, 1991, p. 185-197.
- REMOALDO, Paula Cristina A. — *Perfil demográfico e sanitário*, in "Carlos P. Machado (coord.), Estudo socio-económico do concelho de Caminha, Caminha, Associação para o Desenvolvimento do Ancora e do Coura (ADVAC), 1992, 180 p..
- RIVARA, Frederick P.; MUELLER, Beth A. — *The epidemiology and causes of childhood injuries*, in "Journal of Social Issues", Illinois, 43(2), 1987, p. 13-31.
- ROBERTS, Michael C; BROOKS, Penelope H. — *Childrens injuries: issues in prevention and public policy*, in "Journal of Social Issues", Massachusetts, 43(2), 1987, p. 1-12.
- ROBERTS, Michael C. et ai. — *Behavioral approaches to prevention of childhood injuries*, in "Journal of Social Issues", Massachusetts, 43(2), 1987, p. 105-118.
- SELEMANE, Ismael — *Mortalidade perinatal regional: análise epidemiológica de três anos*, in "Saúde Infantil", Coimbra, 12(1), Abr., 1990, p. 43-53.
- SILVA, J. M. Caldeira da — *A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender*, in "Revista Portuguesa de Saúde Pública", Lisboa, 6(3-4), Jul.-Dez., 1988, p. 5-13.
- SIMÕES, José M. — *Saúde: o Território e as desigualdades*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, 1989.
- SMITH, Suzanne M. et ai. — *An Evaluation of External Cause-of-injury Codes Using Hospital Records from the Indian Health Service-1985*, in "American Journal of Public Health", 80(3), Mar., 1990, p. 279-281.
- STEMBERA, Zdenek — *Comment réduire la mortalité infantile?*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 11(1), 1990, p. 84-91.
- TÁVORA, Ana Maria — *Indicadores de Saúde*, Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1989.
- TEIXEIRA, Fernando J. — *Urgência (1988): alguns elementos estatísticos*, Guimarães, Hospital Distrital de Guimarães, 1989 (policopiado).
- VALLIN, Jacques; MESLÉ, France — *Les causes de décès en France de 1925 a 1978*, Paris, I.N.E.D., Travaux et Documents, 115, 1988.
- WALLER, Anna E. et ai. — *Childhood injury deaths: national analysis and géographie variations*, in "American Journal of Public Health", 79(3), Mar., 1989, p.310-315.
- WAALER, Hans T.; STERKY, Goran — *Quel est le meilleur indicateur de la qualité des soins de santé?*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 5(3), 1984, p. 304-307.

RESUMO

O presente artigo encerra a análise de alguns dos comportamentos patológicos mais frequentes num Serviço de Urgência, nomeadamente, do Hospital Distrital de Guimarães. Subdivide-se estruturalmente em duas partes: a primeira apresenta um *fácies* teórico, centralizando-se na problemática dos indicadores de saúde mais válidos para avaliar o estado de saúde de uma população, analisando a evolução de alguns indicadores, *e.g.*, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade perinatal, à escala nacional e infradistrital. A segunda parte evidencia um *fácies* mais pragmático, resultante da recolha de uma amostra a partir da leitura de 6579 fichas de doentes e da realização de um inquérito por entrevista em três dias do Verão de 1990.

Os principais objectivos que estiveram subjacentes à sua feitura foram: transmitir um conhecimento detalhado dos comportamentos da população que afluía a um Serviço de Urgência nos finais da década de oitenta, incluindo a morbilidade mais frequente pouco considerada nas estatísticas oficiais de saúde e nos estabelecimentos hospitalares e alertar os organismos administrativos dos estabelecimentos hospitalares para a necessidade de reverem as suas estatísticas.

ABSTRACT

The present paper analyses the more frequent morbidity of the Urgency Unit of the Guimarães District Hospital. It is structured in two main sections: the first one presents a theoretic *fades*, analysing the problematic of health indicators more valid to evaluate the health state of a population and examines the profile of evolution of some indicators, *e.g.*, infant mortality rate, perinatal mortality rate, in a national and infradistrict scale. The second section has a pragmatic profile, issued from an analysis of a sample of 6579 patients forms and from a three day survey in the summer of 1990.

The main purpose of this research was: to do a in depth analysis of the more frequent morbidity in an Urgency Unit at the end of the eighties, which isn't much focused in the health official statistics, and warn the hospital administrations of the need to revise their statistics.