

Faculdade de Letras da
Universidade de Coimbra

**Abordagem Epidemiológica da Utilização do
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
segundo os Grupos de Diagnósticos Homogéneos**



Adriana Loureiro
2011

Faculdade de Letras da
Universidade de Coimbra

**Abordagem Epidemiológica da Utilização do
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
segundo os Grupos de Diagnósticos Homogéneos**

Dissertação de Mestrado em Geografia Humana, Ordenamento do Território e
Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de
Coimbra sob a orientação da Professora Doutora Paula Santana



Adriana Loureiro
2011

Imagem da Capa e Contra-Capa:

Paisagem Urbana II, Paisagem Urbana III

Acrílico sobre Tela

Regina Rennó, 2008

Agradecimentos

Por todos os conselhos e orientações, à Professora Doutora Paula Santana.

Pela colaboração, ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Pelo incentivo, à Fundação Tóquio-Sylff Fellows

Pela preciosa ajuda e sugestões, aos amigos geógrafos.

Pelo insubstituível apoio e paciência, à minha família e amigos.

Resumo

A análise dos cuidados de saúde revela o perfil de saúde de uma comunidade, considerando o processo saúde-doença, o tratamento, prevenção da doença e a promoção da saúde. Devem, ainda, ser incluídos os contextos de vivência dos indivíduos por desempenharem, também, um papel determinante na saúde das populações.

Foi nesse sentido que se desenvolveu este trabalho, construindo o perfil epidemiológico da área de influência do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), considerando a morbidade hospitalar, com o objectivo de adequar os serviços às necessidades das populações. Para esse objectivo geral concorrem objectivos específicos: 1) analisar os padrões de morbidade hospitalar da área de influência do HFF; 2) identificar problemas de doença com maior prevalência na área de influência do HFF; 3) identificar áreas de maior e menor morbidade hospitalar no território de influência do HFF; 4) propor acções e medidas que visem dar resposta adequada às necessidades em saúde verificadas através deste estudo.

Para concretizar o objectivo deste trabalho foi feita a caracterização sociodemográfica da população que reside na área de influência do HFF. Foram construídos, ainda, no âmbito da caracterização da área de residência, indicadores de contexto (índice de privação socioeconómico, nomeadamente). Posteriormente, analisou-se a morbidade geral e específica, através da análise dos doentes saídos do HFF, com base nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) do HFF. Esta análise pretendia identificar padrões de internamento e desigualdades, nomeadamente espaciais, de género e de idade. Para isso foram calculadas as Razões Padronizadas de Internamento (RPI) e construídos *scores* de morbidade para as freguesias da área de influência do HFF.

Alguns resultados permitem concluir que existem desigualdades relativas a: i) utilizações mais elevadas por população do sexo feminino; ii) utilização pelos mais velhos; iii) dominância nas prevalências nos grupos Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde, Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério e Doenças do Aparelho Circulatório (destaque para as patologias, Doenças Cerebrovasculares, Cardiopatia Isquémica, que revelam maiores prevalências, e para a Insuficiência Cardíaca e Diabetes *Mellitus* (factor de risco), que revelam RPI aumentadas); iv) contextos de vivência que interagem no processo de produção de saúde-doença, observando-se maior morbidade hospitalar nas freguesias de Brandoa (Amadora), Queluz e Pêro Pinheiro (Sintra).

Palavras-Chave: Grupos de Diagnósticos Homogéneos, Morbidade Hospitalar, Desigualdades em Saúde, Perfil Epidemiológico.

ÍNDICE.....	1
ÍNDICE de FIGURAS.....	3
ÍNDICE de QUADROS	5
ACRÓNIMOS	6
INTRODUÇÃO	7
1.1 Problemática.....	7
1.2 Objectivos	8
1.3 Dificuldades e Limitações	8
1.4 Estrutura	8
Capítulo 1	
ESPAÇO e SAÚDE – uma RELAÇÃO GEOGRÁFICA.....	10
1.1 Uma Relação Geográfica Sistémica – os Determinantes em Saúde	12
1.2 Conhecer e Avaliar Desigualdades em Saúde.....	14
1.2.1 As Desigualdades em Saúde em Portugal	16
Capítulo 2	
DADOS e MÉTODOS	19
2.1 O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca Perfil Epidemiológico da Área de Influência	19
2.1.3 Perfil Epidemiológico da Área de Influência do HFF	21
Capítulo 3	
O HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO da FONSECA PERFIL EPIDEMIOLÓGICO da ÁREA de INFLUÊNCIA	27
3.1 Cuidados de Saúde em Portugal.....	27
3.2 O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF).....	28
3.3 Perfil Sociodemográfico da Área de Influência do HFF	31
3.4 Perfil Epidemiológico da Área de Influência do HFF.....	39
3.4.1 Morbilidade Hospitalar, Dias de Internamento, Day Cases e Letalidade Hospitalar .	39
3.4.1.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias (I).....	46
3.4.1.2 Neoplasias	46
3.4.1.3 Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III)	47

3.4.1.4 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV)	50
3.4.1.5 Transtornos Mentais (V).....	50
3.4.1.6 Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI)	51
3.4.1.7 Doenças do Aparelho Circulatório (VII)	52
3.4.1.8 Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)	55
3.4.1.9 Doenças do Aparelho Digestivo (IX)	55
3.4.1.10 Doenças do Aparelho Geniturinário (X)	57
3.4.1.11 Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI).....	58
3.4.1.12 Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII)	60
3.4.1.13 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII).....	60
3.4.1.14 Anomalias Congénitas (XIV)	61
3.4.1.15 Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV).....	62
3.4.1.16 Sintomas, Afecções e Sinais Mal Definidos	62
3.4.1.17 Lesões e Envenenamentos (XVII)	65
3.4.1.18 Factores que Exercem Influência no Estado de Saúde e Oportunidades de Contacto com os Serviços de Saúde (XVIII)	66
3.4.2 Dias de Internamento e Demora Média de Doentes Saídos	68
3.2.3 <i>Day Cases</i>	71
3.2.4 Letalidade Hospitalar.....	72
3.2.5 Morbilidades Específicas	75
Capítulo 4	
PADRÕES de INTERNAMENTO na ÁREA de INFLUÊNCIA do HFF	79
DISCUSSÃO	91
5.1 Propostas com base nos resultados.....	100
5.2 Trabalhos Futuros.....	100
BIBLIOGRAFIA.....	101
OUTRAS FONTES.....	111
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.

Figura 1.	Modelo Sistémico de produção de <i>Saúde</i>	12
Figura 2.	Enquadramento da área de influência do HFF em Portugal Continental.	29
Figura 3.	Acessibilidade ao HFF em transporte privado na sua área de influência a) Classes de acessibilidade em minutos; b) Classe média de acessibilidade em minutos por freguesia	30
Figura 4.	População Residente por Classe de Acessibilidade média das freguesias da área de influência do HFF (em minutos).	31
Figura 5.	Evolução da População Residente na área de influência do HFF, 1981 a 2008.	32
Figura 6.	Tecido Urbano segundo o <i>Corine Land Cover</i> (2000 e 2006) e localização dos loteamentos já aprovados na área de influência do HFF.	32
Figura 7.	Distribuição da População em 2001 (a), em 2011 (b) e variação populacional 2001-2011 (c) na área de influência do HFF.	33
Figura 8.	a) Densidade Populacional e b) Índice de Envelhecimento na área de influência do HFF em 2011.	35
Figura 9.	Pirâmide Etária da Área de Influência do HFF, 2001 e 2011.	36
Figura 10.	Taxa de Crescimento Migratório, 1996 a 2010.	36
Figura 11.	a) Índice de Privação Habitacional e b) Índice de Privação Sócio-material da Área de Influência do HFF em 2001.	38
Figura 12.	População Residente na área de influência do HFF por quintil de a) Privação Habitacional e b) Privação Sócio-material em 2011.	38
Figura 13.	Concelho de Residência dos Doentes Saídos do HFF no período 2007-2009. ...	40
Figura 14.	a) Total de Doentes Saídos do HFF, b) Taxa de utilização de Internamento da área de influência do HFF por freguesia, no período 2007-2009.	41
Figura 15.	Total de doentes saídos do HFF por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009	43
Figura 16.	Valor percentual de doentes saídos, segundo a pertença ou não à área de influência do HFF, por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009.	44
Figura 17.	Total de doentes saídos na área de influência do HFF segundo o género por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009.	45
Figura 18.	Pirâmide Etária dos doentes saídos residentes na área de influência do HFF entre 2007-2009.	45
Figura 19.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças Infecciosas e Parasitárias e 2) Neoplasias (II) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	48

Figura 20.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III) e 2) Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	49
Figura 21.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Transtornos Mentais e de 2) Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	53
Figura 22.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total dos doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Aparelho Circulatório (VII) e de 2) Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	54
Figura 23.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Aparelho Digestivo (IX) e de 2) de Doenças do Aparelho Geniturinário (X) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	56
Figura 24.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos do sexo feminino dos 15 aos 45 anos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) e de Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. .	59
Figura 25.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII) e de 2) Anomalias Congénitas (XIV) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	63
Figura 26.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos dos 0 aos 28 dias (b) de 1) Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) e de 2) Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009.	64
Figura 27.	Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Lesões e Envenenamentos e de 2) Factores que Exercem Influência no Estado de Saúde e Oportunidades de Contacto com os Serviços de Saúde (XVIII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009	67
Figura 28.	Dias de Internamento de acordo com a pertença à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9), entre 2007-2009.	69
Figura 29.	Demora média no HFF de acordo com a pertença à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9), entre 2007-2009.	70
Figura 30.	Demora média por género na área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9), entre 2007-2009.	71
Figura 31.	Total de <i>Day cases</i> de acordo com a pertença ou não à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9), entre 2007-2009.	72

Figura 32.	Óbitos segundo a pertença à área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009.	73
Figura 33.	Óbitos por sexo na área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009.....	74
Figura 34.	Pirâmide Etária de óbitos na área de influência do HFF em 2007-2009.....	74
Figura 35.	Letalidade Hospitalar na área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9) no período 2007-2009.	75
Figura 36.	Doentes saídos no HFF residentes na sua área de influência por morbilidades específicas segundo o género no período 2007-2009.	77
Figura 37.	Taxa de Morbilidades Específicas do HFF na sua área de influência no período 2007-2009.	78
Figura 38.	Razão Padronizada de Internamento da área de influência do HFF para as morbilidades específicas analisadas em 2007-2009.....	80
Figura 39.	Razão Padronizada de Internamento para as morbilidades específicas analisadas do HFF, em 2007-2009, por freguesias da área de influência do HFF.	89
Figura 40.	Scores de Morbilidade do HFF no período 2007-2009.....	90
Figura 41.	População Residente por Scores de Morbilidade do HFF no período 2007-2009. .	90

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1.	Taxas de Mortalidade Evitável Padronizada por Regiões de Portugal e por Patologias Específicas em 2009.	17
Quadro 2.	Total de Episódios de Ambulatório, Urgência e Internamento e Número de Camas do HFF no período 2007-2009.	39
Quadro 3.	Total de doentes saídos segundo a pertença ou não à Área de Influência do HFF nos anos que compõem o período em análise 2007-2009.....	40
Quadro 4.	Matriz síntese de Indicadores de Internamento por grupos de doença (CID-9) para a Área de Influência do HFF, em 2007-2009.....	92
Quadro 5.	Matriz síntese do Total de doentes saídos por grupos de doença (CID-9) nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.....	945
Quadro 6.	Matriz síntese de Prevalência de doentes saídos na população residente (2011) por grupos de doença (CID-9) ²⁶ nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009. .	946
Quadro 7.	Matriz síntese de RPI para as morbilidades específicas em análise nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.....	99

ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
CM – Câmara Municipal
CAO – Carta Administrativa Oficial
CAOP – Carta Administrativa Oficial de Portugal
CID – Classificação Internacional de Doenças
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DL – Decreto-Lei
EPE – Entidade Público-Empresarial
ESRI – Environmental Systems Research Institute
EUA – Estados Unidos da América
GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HFF – Hospital Fernando da Fonseca
IGP – Instituto Geográfico Português
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
MS – Ministério da Saúde
NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial
OMS – Organização Mundial de Saúde
RPI – Razão Padronizada de Internamento
SIG – Sistemas de Informação Geográfica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
ULSAS – Unidade Local de Saúde da Amadora/Sintra
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Ao longo dos tempos a Saúde foi sempre considerada um bem inestimável para o Homem. A melhoria dos indicadores de saúde, principalmente evidenciada na última metade do século passado, acompanhada da melhoria das condições socioeconómicas, do saneamento básico e do acesso a água potável, da nutrição adequada e dos progressos da medicina, permitiu aumentar a esperança de vida dos indivíduos (Machado, 2009; Santana, 2010).

Neste sentido, os espaços de vivência dos homens encerram em si capacidade de influenciar o seu estado de saúde, existindo iniquidades associadas a condições materiais de pobreza e privação (Santana, 2002a; Nogueira, 2006). A diminuição destas iniquidades requer e exige recursos e, em simultâneo, um forte comprometimento na melhoria da governação dos territórios (Pereira, 1993; Oliveira & Bevan, 2003).

De facto, o conhecimento da saúde da população é um processo-chave no planeamento e ordenamento do território tendo em vista a equidade na saúde, particularmente em contexto urbano (Barton & Tsourou, 2000). Torna-se necessário compreender questões como a localização, disponibilização, acessibilidade e utilização de equipamentos, serviços e infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde, por um lado, e questões como determinantes de saúde, doença, epidemiologia, morbilidade da população, por outro lado. O desenvolvimento de novas abordagens e a aplicação de novas metodologias de análise da saúde urge, tendo em conta a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população.

1.1 Problemática

Os cuidados de saúde podem revelar muito acerca do perfil de saúde de uma comunidade, considerando o seu papel no processo saúde-doença, a montante na prevenção da doença e promoção da saúde e a jusante, na cura e tratamento da doença. Não obstante, as características dos territórios, os contextos de vivência dos indivíduos também desempenham um papel determinante na sua saúde.

Neste sentido, o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) é a estrutura referência de cuidados de saúde para os concelhos de Amadora e Sintra, território periférico da cidade de Lisboa, que integra a sua área metropolitana. A diversidade é característica desta área de influência, considerando a concentração da sua população, os seus rendimentos, as suas nacionalidades, o seu envelhecimento e o ordenamento/planeamento do seu território.

Tendo em conta o papel dos cuidados de saúde e as características do território de influência do HFF, há necessidade de conhecer melhor a saúde da sua população, através da construção do seu perfil epidemiológico, tentando identificar e perceber padrões e desigualdades.

1.2 Objectivos

A proposta de trabalho pretende construir o perfil epidemiológico da área de influência do HFF, com base na morbilidade hospitalar, para adequar com maior eficácia e eficiência os serviços às necessidades das populações.

Neste sentido, os objectivos específicos a atingir são:

- 1) Analisar os padrões de morbilidade hospitalar da área de influência do HFF;
- 2) Identificar problemas de saúde com maior prevalência na área de influência do HFF;
- 3) Identificar áreas de maior e menor morbilidade hospitalar no território de influência do HFF;
- 4) Propor acções e medidas que visem a resposta mais adequada por parte dos serviços que interferem na saúde da área de influência do HFF;

1.3 Dificuldades e Limitações

Ao longo da elaboração deste estudo verificaram-se constrangimentos, que limitaram um maior alcance e actualidade dos resultados.

O primeiro é relativo ao tempo disponível para a elaboração deste trabalho. O segundo, a obtenção de informação actualizada no Instituto Nacional de Estatística que integrasse a caracterização da área de influência do HFF. À data de elaboração apenas existiam dados preliminares do Censos 2011, que não incluem a população residente por classe etária (por quinquénios). Este facto dificultou a construção das Razões Padronizadas de Internamento, tendo sido utilizada a população residente em 2001, assim como a utilização da divisão administrativa em 2001 (28 freguesias) em vez dos limites actuais (31 freguesias).

1.4 Estrutura

Esta dissertação está organizada em seis partes; as três primeiras são dedicadas ao enquadramento teórico e metodológico e as restantes à análise e avaliação dos resultados e apresentação de propostas.

Após a introdução é apresentado o primeiro capítulo “Espaço e Saúde – uma relação geográfica” onde se procura caracterizar a relação geográfica que se estabelece entre o espaço

de vivência (contexto) dos indivíduos e a saúde, identificando os factores de influência, os determinantes em saúde e analisando desigualdades em saúde.

No segundo capítulo, “Dados e Métodos”, estão explanadas as diversas metodologias aplicadas ao longo do estudo, dados utilizados e fontes.

Posteriormente, o terceiro capítulo “O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca | Perfil Epidemiológico da Área de Influência” apresenta o enquadramento do HFF e a caracterização sociodemográfica e o perfil epidemiológico da área de influência, considerando morbilidade geral, dias de internamento, demora média, *Day Cases*, letalidade hospitalar e morbilidades específicas.

No quarto capítulo, “Padrões de Internamento na área de influência do HFF” são revelados os padrões de internamento, identificando as áreas de valores extremos – de maior e menor morbilidade.

Para finalizar, apresenta-se a discussão dos resultados, identificando-se as variações espaciais, de género e idade e as necessidades em saúde da população que reside na área de influência do HFF.

“Place is not just a thing in the world but a way of understanding the world. (...) Place is also a way of seeing and knowing the world.”

Tim Cresswell (2004:11)

Quando se pensa no objecto de estudo da Geografia, entendido como a relação entre o espaço e o homem, revela-se essencial o conhecimento das dinâmicas de transformação que ocorrem entre os lugares e os homens.

Neste sentido, é objectivo desta ciência analisar os espaços de vivência do homem, compreendendo todas as dimensões que o integram, numa tentativa de desenvolver e formular acções para a sua melhor organização e gestão. De facto, a Geografia, segundo Campar de Almeida & Gama (2003), deve ser entendida como um saber pensar o espaço, um saber que promova a consciência do espaço para que os homens se saibam organizar e viver nele.

Nesse sentido, a observação e análise do Lugar, enquanto espaço apropriado, vivido e sentido pelo homem, é intrínseca ao geógrafo, ambicionando, no desempenho das suas funções, alcançar o equilíbrio entre a satisfação das necessidades do homem e a utilização que este faz do espaço (Cresswell, 2004; Cummins e outros, 2007). Não obstante, coexiste, em todo este processo, a tentativa de assegurar e promover a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos e das suas comunidades, associado à premissa de que todos têm direito a viver, trabalhar e ocupar o seu tempo livre em locais e comunidades que são seguras, saudáveis e livres de quaisquer ameaças (Corburn, 2004).

Assim, o contexto onde cada indivíduo está inserido influencia a sua vivência em determinado espaço (aqui entendido com ambiente/contexto/lugar). Esse lugar é composto por factores sociais, culturais, económicos, ambientais, que se inter-relacionam, atribuindo ao lugar um valor particular (Barcellos & Bastos, 1996). Santana (2005) refere que a influência do contexto na saúde é complexa e holística, porque o contexto é formado por múltiplos ambientes, dos quais se podem destacar o ambiente físico, o social, o económico e o cultural.

É neste sentido que *Saúde*, definida pela Organização Mundial de Saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS, 1946), é entendida de uma forma mais abrangente, que considera mais focos do que apenas o da doença, apontando para um conceito sistémico.

A *Saúde* é assim vista como um produto de um sistema complexo de inter-relações de factores (Evans & Stoddart, 1990; Yen & Syme, 1999; Macintyre e outros, 2002; Kaplan, 2004; Santana, 2005; Diez-Roux, 2007; Auchincloss & Diez-Roux, 2008). Tendo em conta este modelo, a *Saúde* é a manifestação de funcionamento de um sistema, não sendo possível promover a saúde sem perceber as dinâmicas que ocorrem entre os factores biológicos e o contexto ambiental/social (Diez-Roux, 1998).

Não obstante, na segunda metade do século passado, a importância desta visão ecológica na análise da *Saúde* foi perdendo algum interesse científico, o que foi motivado por diversos factores: pela crítica por parte de alguns investigadores no uso de dados ecológicos alegando a “falácia ecológica”¹; pelo desenvolvimento metodológico nas áreas da estatística e informática, que aumentaram a capacidade dos investigadores em manipular informação individual; pelo individualismo metodológico, conceptual e político dominante nos países industrializados; e pelo ênfase da ciência geográfica nas abordagens qualitativas, pós-modernistas e culturais à saúde, por um lado, e pelo uso dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG) com o foco em análises espaciais de incidência da doença, por outro lado (Macintyre e outros, 2002). Este cenário levou a que neste período muitos estudos epidemiológicos desenvolvidos em Saúde Pública colocassem o indivíduo no centro da análise, em que os seus estilos de vida e comportamentos são entendidos como escolhas individuais, dissociados do contexto social, sendo a *Saúde* o produto da junção simples dos efeitos detectados a nível individual (Diez-Roux, 1998, 2007).

Nas últimas duas décadas, o conceito de lugar (espaço, contexto) tem sido recuperado para o entendimento da *Saúde*, como influente estrutural, contextual e comportamental (Yen & Syme, 1999), devolvendo à epidemiologia a sua verdadeira definição – ciência que estuda as doenças na população, através da descoberta de agentes e factores ambientais que afectam a saúde, com objectivo de prevenção da doença e promoção da saúde (Terris, 1992).

Um novo paradigma epidemiológico surge, estabelecendo que a relação entre os factores biológicos e sociais determina *Saúde*, integrando ao mesmo tempo a dimensão do indivíduo e a dimensão do lugar (Kaplan, 2004).

¹ Por “Falácia Ecológica” entende-se a inferência de relações ao nível do indivíduo através de relações observadas a um nível agregado (Macintyre e outros, 2002).

1.1 Uma Relação Geográfica Sistémica – os Determinantes em Saúde

A abordagem sistémica do conceito *Saúde*, contextualizada anteriormente, considera diferentes níveis. *A priori*, sendo o produto de um sistema multinível, a *Saúde* apresenta relações e influências múltiplas e recíprocas entre diversos níveis.

Apresenta-se na Figura 1 um modelo que tenta simplificar, através de um diagrama, a complexidade em que resulta a produção de *Saúde*, baseado em Evans & Stoddart, 1990.

Numa primeira fase tem-se em conta a Doença, manifestação de ausência de Saúde, sendo premente a necessidade de Cuidados de Saúde para a sua cura. A interação entre estes dois níveis pressupõe o acesso aos cuidados de saúde, dependente dos recursos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros disponíveis no lugar, reflectindo assim a premissa de que a prestação de cuidados de saúde reduz o nível de doença (Santana, 1995). Esta suposição está ainda relacionada com a capacidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, podendo estas estruturas efectuar mudanças ao nível do indivíduo (comportamentos e estilos de vida). Tendo em conta apenas estes dois níveis (Doença e Cuidados de Saúde), há a tendência de uma maior pressão sobre os cuidados de saúde, com o possível aumento crescente dos custos de prestação de cuidados.

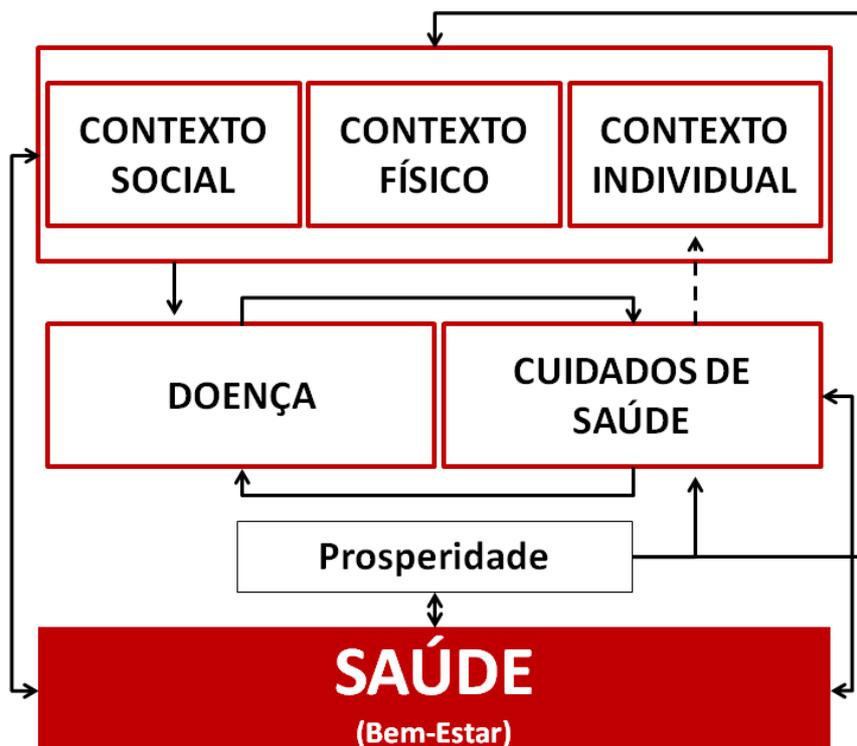


Figura 1. Modelo Sistémico de produção de *Saúde*. Fonte: adaptado de Evans & Stoddart, 1990.

Os factores que influenciam a utilização de cuidados de saúde são de natureza variada, estando relacionados de forma directa com a percepção que os indivíduos e a comunidade

têm sobre as necessidades e problemas de saúde e a sua opção/decisão de acordo com cada indivíduo ou grupo específico (considerando o género, a idade, a doença, a instrução, entre outros), perante a oferta de cuidados de saúde (Santana, 1995; Costa, 2010). A organização administrativa, os recursos disponíveis, as técnicas oferecidas, a proximidade, a experiência passada e as expectativas relativas aos serviços de saúde oferecidos, podem potenciar a procura de cuidados de saúde (Pineault & Daveluy, 1986; Santana, 1995; Zuchi e outros, 2000; Oliveira & Bevan, 2003; Ramalho e outros, 2006; Costa, 2010).

Numa segunda fase, consideram-se factores que contribuem para a produção de *Saúde*, para além dos Cuidados de Saúde já abordados. Ou seja, devem ser incluídos os diversos contextos inerentes ao indivíduo e à comunidade – o contexto social, o contexto físico e o contexto individual –, entendidos como determinantes em saúde (Figura 1).

Os contextos que se referem no modelo de produção de *Saúde* (indivíduos ou comunidades) incluem determinantes de vária ordem, nomeadamente os relativos à genética, estilos de vida e comportamentos, características dos lugares de vivência, ambiente, grupos de pertença, condições de trabalho, rendimento, escolaridade, os quais, juntamente com o acesso e uso dos cuidados de saúde, têm impactes que devem ser avaliados (Yen & Syme, 1999; Kaplan, 2004; Braveman e outros, 2010; OMS, 2010b).

Neste sentido, vários autores têm encontrado evidências da influência dos factores contextuais na saúde dos indivíduos ou comunidade:

- no *contexto social*, análise da relação entre saúde e rendimento (Kaplan e outros, 1996; Lynch e outros, 1998; Benzeval & Judge, 2001), habitação (Macintyre e outros, 2003; Vasconcelos e outros, 2011), posição social, cultura/etnia (Brown, 1995), segurança (Harries, 2000; Molnar e outros, 2004) e análise da relação entre a saúde e várias características socioeconómicas do lugar, podendo incluir os factores anteriormente referidos e ainda outros, nomeadamente escolaridade e situação perante o trabalho (Bentham e outros, 1995; Yen & Kaplan, 1999; Bosma e outros, 2001; Diez-Roux e outros, 2001; Santana, 2002b; Santos & Noronha, 2001; Makenbach e outros, 2003; Santos, 2008);
- no *contexto físico*, análise da relação entre a saúde e características do ambiente, incluindo qualidade da água e saneamento (Barcellos e outros, 1998), variações climáticas (Almendra, 2010; Vasconcelos e outros, 2011), tratamento de resíduos (Brown, 1995), uso de espaços verdes (Groenewegen e outros, 2006; Santana e outros, 2007; Maas e outros, 2009), entre outros factores;
- no *contexto individual*, análise da relação entre saúde e características intrínsecas ao indivíduo, como genética, género (Perelman e outros, 2010; Fernandes e outros, 2010),

idade (House e outros, 1990), comportamentos e estilos de vida, nomeadamente dieta, exercício físico ou consumo de tabaco e álcool (Diez-Roux e outros, 1999; Santana e outros, 2009; Schaap, 2010; Wilson e outros, 2010), entre outros factores.

Considerando ainda que a prestação de cuidados de saúde não é totalmente gratuita (tendencialmente gratuita em Portugal), torna-se importante inserir no modelo a Prosperidade, significando este nível a capacidade de investimento em *Saúde*. A produção de *Saúde* está muito concentrada na prestação de cuidados, observando-se tendencialmente uma relação centrada em maiores investimentos, melhores Cuidados de Saúde, criação de *Saúde*. No entanto, como já referido atrás, esta relação coloca um foco na cura da Doença e não na promoção do Bem-Estar, parecendo afastar-se da definição da OMS (1946). Com utilização de parte dos investimentos nos contextos de vivência do indivíduo, melhorando as condições do contexto social e físico, haverá uma tendência para a promoção da *Saúde*, com a adopção de comportamentos e estilos de vida que previnem a Doença.

Este modelo traduz a dualidade no processo de produção de *Saúde*, considerando, por um lado, que a *Saúde* é apenas a ausência de Doença, centrados na prestação de cuidados médicos e, por outro lado, a *Saúde* como Bem-Estar, sentimento de satisfação com a vida por parte do(s) indivíduo(s), devendo ser o objectivo final da política de saúde. Neste sentido, os Cuidados de Saúde e o contexto desempenham o papel de promotores da *Saúde*.

1.2 Conhecer e Avaliar Desigualdades em Saúde

A análise dos processos saúde-doença implica o conhecimento de desigualdades a diversos níveis, nomeadamente a identificação de diferenças espaciais. O entendimento destas desigualdades tem-se tornado cada vez mais complexo, considerando, quer as relações entre os indivíduos e o seu contexto, como os métodos de identificá-las.

As desigualdades assumem diferentes configurações de acordo com a organização de determinada comunidade e a interacção entre os indivíduos e o espaço, de acordo com o período histórico em que se desenrolam (Wilkinson, 1996; Barreto, 1998; Curtis, 1998). Neste sentido, as desigualdades estão muitas vezes relacionadas com determinados grupos populacionais que não conseguem o acesso a bens e serviços fundamentais, gerando fenómenos de privação, tanto de bens materiais (saneamento, alimentação, habitação, entre outros), como de bens sociais (saúde, educação, informação, entre outros) (Santana, 2005; Nogueira & Remoaldo, 2010; Ellaway e outros, 2011).

As questões de equidade são alicerces para a geração de ganhos em saúde, considerando para isso a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde (ACS, 2011a). Essa

igualdade é verificada na ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais, de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Pereira, 1993; Marmot, 2007; Friel & Marmot, 2011).

A desigualdade é assim observada mais comumente na possibilidade de ficar doente, considerando a distribuição desigual dos determinantes em saúde, por um lado, e o acesso aos cuidados de saúde, por outro lado, entendidos como factores geradores de doença e de iniquidades em saúde (Fernandes e outros, 2010).

A falta de oportunidades de alguns grupos socioeconómicos tem sido utilizada para explicar desigualdades observadas em saúde, nomeadamente na sua ausência. A ocorrência de determinadas doenças é justificada por vários autores como consequência da privação, como por exemplo as doenças infecciosas (Zieler e outros, 2000; Couceiro, 2008; Couceiro e outros, 2011), as doenças cardiovasculares (Diez-Roux e outros, 2001; Morland e outros, 2002, 2006; Godoy, 2007; Harding e outros, 2008), as neoplasias malignas (Nogueira, 2001), as doenças endócrinas (Santana e outros, 2009; Auchincloss e outros, 2009; Macdonald e outros, 2011), as doenças respiratórias (Graham, 1990; Chiesa e outros, 2008), as doenças mentais (Yen & Kaplan, 1999; Barton & Pretty, 2010; Curtis, 2010), entre outras.

As desigualdades em saúde são observáveis ao nível dos indivíduos, transferindo-se para a dimensão espacial através da comparação de países, regiões, cidades, ou mesmo bairros de uma mesma cidade. Importa conhecer os fenómenos de saúde e os seus padrões espaciais para compreender as desigualdades em saúde, através do desenvolvimento de novas técnicas analíticas e metodologias que permitam a inter-relação de informação e a produção de novos conhecimentos (Barreto, 1998; Dahlgren & Whitehead, 2006).

A construção de um perfil epidemiológico é, neste âmbito, uma metodologia que revelará muito acerca do processo saúde-doença, dos seus determinantes e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo uma orientação técnica que poderá servir de instrumento para o planeamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde. Um perfil deve ajudar a entender as condições de saúde de uma comunidade, como a morbilidade e o acesso e utilização dos recursos, apoiando posteriormente uma adequação da actuação do sistema de saúde à tipologia epidemiológica observada (Oliveira e outros, 2009).

As desigualdades em saúde, no acesso e utilização dos serviços de saúde, na morbilidade e no risco de doença deverão ser percebidas como iniquidades em saúde, sendo importante transformar o conhecimento produzido pela utilização de novas metodologias em fundamentos para estratégias que possam reduzi-las, melhorando a qualidade de vida da população e promovendo a sua saúde (Goldbaum, 1997).

1.2.1 As Desigualdades em Saúde em Portugal

Em Portugal, a equidade em saúde é referida, genericamente, em toda a legislação relativa ao sistema de saúde português; é basilar, quer na Constituição Portuguesa, quer na Lei de Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, e na Lei de Bases da Saúde, de 1990. No entanto, segundo as últimas avaliações externas da OMS ao sistema nacional – documento estratégico Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (OMS, 2010c) e desempenho do sistema de saúde português em 2010 (OMS, 2010d) – existe uma falta de atenção prestada a esta temática. Por um lado, são referidas lacunas em estratégias e programas para combater as desigualdades em saúde (OMS, 2010c), por outro lado, foram identificadas diferenças significativas no estado de saúde dos portugueses de acordo com o género, região geográfica e nível socioeconómico (considerando o nível educacional ou de rendimento) (OMS, 2010d). Bago D’Uva (2010) refere que desde a instituição do SNS têm sido fixados objectivos explícitos de equidade a vários níveis, prevalecendo, no entanto, situações de iniquidade a favor das classes socioeconómicas mais favorecidas.

Considerando as desigualdades em saúde relativas à mortalidade, tomando como exemplo a mortalidade evitável² sensível aos cuidados de saúde, evidenciam-se diferenças geográficas, com a Região Norte a apresentar valores menores e as Regiões do Alentejo e Algarve os mais elevados, para 2008 (ACS, 2010).

No que concerne a algumas patologias específicas observam-se também desigualdades espaciais de acordo com a informação divulgada pelo ACS relativa a 2009 (Quadro 1).

Considerando a doença isquémica cardíaca, observa-se que a taxa de mortalidade evitável padronizada é inferior na Região Centro, quando comparada com a Região Alentejo, com valores que variam entre 4,8 óbitos (valor mínimo) em indivíduos com menos de 65 anos (valor mínimo) e 18,7 (valor máximo), por 100.000 indivíduos com idade inferior a 65 anos. Relativamente à taxa de mortalidade evitável padronizada por acidente vascular cerebral, o Norte é a região com valor mínimo e o Alentejo o que regista o valor máximo (8,6 e 12,9, respectivamente). Nas neoplasias malignas (cancro da mama feminino, cancro do colo do útero e cancro do cólon e recto), doenças infecciosas (VIH/Sida) e saúde mental (suicídio e doenças atribuídas ao álcool), também se evidenciam desigualdades geográficas, como pode ser verificado através da análise do Quadro 1.

² O conceito de mortalidade evitável ou de mortes evitáveis inclui causas de morte seleccionadas num conjunto de óbitos prematuros considerados como “evitáveis”, tomando em consideração as possibilidades existentes, quer ao nível da prevenção primária (comportamentos e atitudes saudáveis), quer ao nível da prevenção secundária (acesso tempestivo aos cuidados de saúde) (Santana, 2005).

Relativamente às desigualdades no estado de saúde, considerando a análise da relação entre morbilidade e privação socioeconómica, pode referir-se que foram observadas variações em função do rendimento, de acordo com um estudo de Van Doorslaer & Koolman (2004), verificando que na maioria dos países europeus se identifica essa desigualdade, sendo mais marcante em Portugal. Já Mackenback e outros (2008) verificaram que a prevalência de mau estado de saúde auto-avaliado é superior nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos em todos os países europeus estudados. Portugal revela níveis elevados de desigualdades relativamente à educação, comparativamente a outros países. Pereira & Pedro (2004) revelam, num estudo de âmbito nacional com base no Inquérito Nacional de Saúde, desigualdades na morbilidade em função do nível socioeconómico, tendo em conta indicadores de educação e rendimento. Santana (2002) encontra relação entre pobreza e saúde, verificando diferenças no estado de saúde, menor em indivíduos desfavorecidos, tendo em conta um inquérito realizado em Portugal, em 1999, a uma amostra de indivíduos desfavorecidos.

Quadro 1. Taxas de Mortalidade Evitável Padronizada por Regiões de Portugal e por Patologias Específicas em 2009.

Taxa de Mortalidade Evitável Padronizada por Patologias Específicas (2009) (por 100.000 indivíduos ≥65)	Regiões NUT II (1999)					Continente
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	
Cancro de Mama Feminino	10,5	10,5	15,4	12,5	14,6	12,6
Cancro do Colo do Útero	2,3	3,1	2,7	3,7	4,1	2,7
Cancro do Cólon e Recto	6,9	7,2	7,8	7,9	7,2	7,3
Doença Isquémica Cardíaca	6,1	4,8	12,3	18,7	15,9	9,2
Acidente Vascular Cerebral	8,6	9,5	10	12,9	10	9,5
VIH/SIDA	4,5	1,9	10,3	2,1	6,8	6,2
Suicídio	3,7	6,9	6,5	12,6	8,2	5,9
Doenças atribuídas ao Álcool	15	13,3	10,8	9,2	14,4	12,9

 Valor máximo Valor mínimo

Fonte: elaborado a partir de ACS, 2011b.

No que diz respeito a patologias como a obesidade (factor de risco para outras doenças como por exemplo doenças do aparelho cardiovascular e diabetes), estas apresentam taxas de prevalência muito elevadas em Portugal, quando comparadas com valores europeus (OESS, 2005), mostrando diferenças de acordo com o nível de educação e género. Santana e outros (2009) verificaram a influência directa de factores relativos ao contexto no índice de massa corporal (IMC) da população da Área Metropolitana de Lisboa. Os resultados permitem concluir que existem variações do IMC associadas à densidade populacional, ao capital social, à segurança (crime) e à privação sócio-material das áreas analisadas.

Ribeiro (2010), de acordo com análise de uma amostra do Inquérito Nacional de Saúde 2005/06, analisa as desigualdades socioeconómicas nas doenças cardiovasculares, concluindo que estão associadas a rendimentos familiares mais baixos. Almendra (2010), ao analisar o enfarte agudo do miocárdio em Portugal, revela que existe associação entre a patologia e o nível de urbanização, o desemprego e o consumo de tabaco.

As diferenças com origem no género também são observáveis no território português; Bamba e outros (2009) argumentam que as mulheres reportam mau estado de saúde auto-avaliado com maior frequência quando o nível de educação é maior. Também Fernandes e outros (2010) revelam diferenças entre géneros na morbilidade em Portugal, mostrando nomeadamente que as mulheres revelam maior morbilidade hospitalar. Perelman e outros (2010), num estudo de equidade de género no tratamento da doença cardíaca em Portugal, referente ao período 2000 a 2006, verificaram que: as diferenças de género desfavorecendo as mulheres são mais altas antes da detecção de doença aguda do que depois; as mulheres são significativamente mais propensas a morrer durante o internamento, apesar da igualdade de tratamento; as diferenças de género em desfavor das mulheres são mais elevadas na admissão, sendo que as mulheres são mais frequentemente admitidas através de unidades de emergência.

A observação da mortalidade e da morbilidade em Portugal nas análises acima referidas evidenciam a influência dos contextos socioeconómicos na doença, compreendidos como factores de risco porque dificultam o acesso aos cuidados de saúde. Aqueles estudos permitiram identificar desigualdades em saúde relativas a áreas geográficas ou grupos socioeconómicos, os quais deverão ser considerados no momento em que se estudam ou perspectivam mudanças na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com Furtado & Pereira (2010), com a redução das desigualdades socioeconómicas e geográficas de morbilidade e de mortalidade, através de uma estratégia coordenada que actue no contexto de vivência dos indivíduos, nomeadamente ao nível do rendimento, educação, comportamentos em saúde e acesso aos cuidados de saúde, aumentar-se-ão os ganhos em saúde da população portuguesa. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016, pretende dar resposta a esta questão, fazendo emergir novamente a temática da equidade na política de saúde em Portugal. Este instrumento estratégico orientador da saúde centra a sua acção sobre a equidade em saúde, sendo um dos seus quatro eixos estratégicos denominado “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, no qual se pretende intervir nas desigualdades em saúde através da sua mitigação (ACS, 2011a).

Para a elaboração do perfil epidemiológico da área de influência do HFF no triénio 2007-2009, são utilizados diversos dados, provenientes de várias fontes e analisados segundo distintas metodologias, que irão ser explicadas de acordo com a ordem de aparecimento ao longo deste trabalho científico.

De salientar que a consulta e leitura de bibliografia orienta o desenvolvimento de todo o estudo, quer como base para adquirir conhecimento sobre a temática, quer na escolha das análises mais adequadas para serem atingidos os objectivos.

A escala de análise escolhida é a Área de Influência do HFF, observada ao concelho ou à freguesia, sendo comparada com a NUT III a que pertence (Grande Lisboa) ou com o Continente, de acordo com a análise desenvolvida. Estes limites administrativos têm como fonte a Carta Administrativa Oficial de Portugal 2011 (CAOP), produzida pelo Instituto Geográfico Português (IGP). Contudo, utiliza-se a Carta Administrativa Oficial 2001 (CAO) para os limites administrativos das freguesias, também produzida pelo IGP, dada ser a divisão administrativa presente nos Censos 2001 (fonte basilar de informação deste trabalho), segundo o qual a área de influência do HFF abrange 28 freguesias (em oposição às 31 freguesias que actualmente a constituem).

Os Sistemas de Informação Geográfica são uma ferramenta transversal a todo o trabalho, que permitem a recolha, o armazenamento, a pesquisa, a transformação, a correlação e a visualização dos dados espaciais com o propósito de analisar o perfil epidemiológico da área de influência do HFF (Rushton, 2003; Krieger, 2003; Costa, 2010). O *software* de trabalho escolhido foi o ArcGIS 9 - ArcMap 9.3 da ESRI. Conjuntamente, no desenvolvimento das análises estatísticas utiliza-se o Excel-Office 2007 da Microsoft e SPSS-Statistics 19 da IBM.

2.1 O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca | Perfil Epidemiológico da Área de Influência

2.1.1 O Hospital Fernando da Fonseca (HFF) | 2.1.2 Perfil Sociodemográfico da Área de Influência do HFF

Para a análise da prestação de cuidados de saúde foram utilizados indicadores de contexto essenciais para a identificação de heterogeneidades territoriais e áreas de vulnerabilidade a vários níveis, de modo a perceber algumas relações que poderão ser estabelecidas entre o contexto de vivência e a morbilidade hospitalar (Santana, 2005).

A maioria da informação usada é produzida pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), respeitante essencialmente aos períodos censitários de 2001 e 2011³, permitindo a análise da população residente, densidade populacional, envelhecimento, crescimento migratório e crescimento urbano. Para a análise deste último foi observada a área ocupada pelo tecido urbano em cada freguesia em 2000 e em 2006 e os loteamentos aprovados (no ano 2010) pelos municípios que integram a área de influência do HFF. A primeira informação é recolhida nas cartas Corine Land Cover, produzidas pelo IGP e a segunda tem como fonte as Câmaras Municipais de Sintra e Amadora.

Construíram-se indicadores-síntese relativos ao Índice de Privação Habitacional e ao Índice de Privação Sócio-material, segundo o método de Carstairs & Morris (1991). Este método pressupõe a escolha de três variáveis⁴ para cada índice:

Para o Índice de Privação Habitacional (Almendra, 2010), considera-se que

X_{1i} - percentagem de alojamentos familiares de residência habitual sem sistema de esgotos para as freguesias da área de influência do HFF

X_{2i} - percentagem de alojamentos familiares não clássicos para as freguesias da área de influência do HFF

X_{3i} - alojamentos familiares sem electricidade para as freguesias da área de influência do HFF

Para o Índice de Privação Sócio-material (Nogueira, 2007), considera-se que

X_{1i} - taxa de analfabetismo para as freguesias da área de influência do HFF

X_{2i} - taxa de desemprego para as freguesias da área de influência do HFF

X_{3i} - percentagem de famílias clássicas onde nenhuma pessoa detém actividade económica para as freguesias da área de influência do HFF

Então,

$$\text{Índices de Privação} = \left(\frac{X_{1i} - \bar{X}_{1i}}{\sigma_{X_{1i}}} + \frac{X_{2i} - \bar{X}_{2i}}{\sigma_{X_{2i}}} + \frac{X_{3i} - \bar{X}_{3i}}{\sigma_{X_{3i}}} \right) \quad [1]$$

O método implica a normalização de cada variável, tendo sido obtidas novas variáveis de média zero e variância um, que foram posteriormente somadas, sendo o resultado dessa soma o *score* de privação. A distribuição dos *scores* de privação, calculados para as freguesias da área de influência do HFF, foi dividida em quintis, onde o último quintil (valores mais elevados) revela áreas com piores condições habitacionais, para o índice de privação habitacional, e áreas de maior vulnerabilidade sócio-material, para o índice de privação sócio-material.

³ Foram utilizados resultados preliminares do Censos 2011 (os únicos disponibilizados à data da elaboração da tese).

⁴ As variáveis escolhidas são referentes ao Censos 2001.

Para o cálculo da acessibilidade ao HFF em transporte individual foi utilizada a rede viária de Portugal Continental, disponibilizada pelo software ArcPAD (ESRI), com informação da velocidade permitida, tamanho da via, conectividade, etc, posteriormente actualizada com a via estruturante A16 que ainda não estava incluída na rede original. Foi introduzido um factor ponderativo na velocidade, dada a intensidade de tráfego rodoviário nos concelhos de Amadora e Sintra, nomeadamente nas horas de ponta e no sentido de e para Lisboa. Deste modo, a acessibilidade geográfica gerada considera apenas metade da velocidade permitida nas vias da rede, sendo geradas 10 classes de acessibilidade em minutos: < 5; 5 a 10; 10 a 15; 15 a 20; 20 a 25; 25 a 30; 30 a 40; 40 a 50; 50 a 60 e > 60.

Posteriormente, foi atribuído um valor a cada freguesia da área de influência do HFF, escala de análise deste estudo, com o tempo médio ao HFF em transporte individual. Para isso procedeu-se à medição da área ocupada por cada classe de acessibilidade em cada freguesia, tendo sido atribuído a cada uma a classe de acessibilidade dominante (com maior área).

2.1.3 Perfil Epidemiológico da Área de Influência do HFF

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que, para melhorar a saúde da população, deverá investir-se na produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes. A criação de informação fidedigna em saúde através de uma visão epidemiológica, a montante, permite conhecer melhor a população e o seu contexto, potenciando melhorias na acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde, a sua humanização e a criação de estratégias para a promoção de saúde, a jusante (OMS, 2010a). Neste sentido, com a construção de um perfil epidemiológico é possibilitada a identificação de padrões, de desigualdades, de comportamentos e de territórios com maior risco de doença.

Na construção do perfil epidemiológico do HFF, optou-se pela análise dos dados de episódios de internamento do HFF relativos ao período 2007-2009. A selecção do triénio justifica-se essencialmente, pela necessidade de encontrar um padrão e suavizar algum tipo de fenómeno extraordinário que possa eventualmente ter ocorrido e que enviesasse a análise num período inferior a este, sendo o período mais recente disponibilizado pelo HFF.

Foi utilizada a classificação dos internamentos segundo Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), um sistema de classificação de doentes agudos internados que permite definir, operacionalmente, os produtos de um hospital. Os GDH agrupam doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos, ou seja, o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento (Borges, 2010). Este sistema foi construído inicialmente

com objectivo de identificar *outliers* através da classificação de doentes em grupos relativamente homogéneos do ponto de vista das características clínicas e do consumo associado de recursos, por uma equipa de investigação da Universidade de Yale (EUA) no final da década de 60. Em 1983 é utilizado como base de financiamento do internamento hospitalar agudo do *Medicare* norte-americano e implantado em Portugal em 1990 com o mesmo objectivo, o cálculo do financiamento do internamento dos hospitais do SNS (Borges, 2010).

Neste sentido, este sistema de *casemix* não foi desenhado com objectivos epidemiológicos mas sim financeiros, revelando-se como a primeira base de dados nacional com informação de natureza clínica (Mateus, 2010a). No entanto, a sua informação é utilizada no meio académico para diversos fins, como por exemplo gestão e avaliação económica (Pereira e outros, 1999; Mateus, 2010b), estudos de equidade (Perelman e outros, 2010) e análise epidemiológica (Nogueira e outros, 2009; Almendra, 2010).

Nesta base de dados constam as seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, diagnósticos secundários (patologias associadas e complicações), procedimentos, idade, sexo, duração dos episódios e destino após a alta, informações que caracterizam os doentes tratados.

Tendo em conta esta informação foi elaborado o perfil epidemiológico do HFF, sub-dividido em dois pontos de análise: morbilidade geral e morbilidade específica. Para isso considerou-se o conceito de “doente saído” como unidade de análise. Este conceito abrange todos os doentes que saem dos Serviços de internamento de um estabelecimento de saúde, sendo que um determinado utente pode corresponder a diversos doentes saídos, tantas vezes quantas esse mesmo utente for objecto de internamento no período considerado (DGS, 2010a).

No primeiro ponto, morbilidade geral, procedeu-se à análise dos diagnósticos principais (principal causa de admissão do utente em dado episódio) dos doentes saídos do HFF entre 2007-2009, de acordo com os Grandes Grupos de Doença, segundo a Classificação Internacional de Doenças⁵, versão 9 (CID-9), desenvolvida pela OMS. Deste modo, os GDH foram analisados segundo os 18 grupos de doenças de CID-9:

Grupos de doença (CID-9)
I - Doenças Infecciosas e Parasitárias
II – Neoplasias
III - Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários
IV - Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos

⁵ Conjunto de códigos de diagnósticos e de procedimentos utilizados para classificação e codificação da informação de morbilidade e mortalidade para fins estatísticos e para indexação dos registos hospitalares por doença e intervenções cirúrgicas, para armazenamento e pesquisa (ACSS, 2011).

Grupos de doença (CID-9)

V - Transtornos Mentais
VI - Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos
VII - Doenças do Aparelho Circulatório
VIII - Doenças do Aparelho Respiratório
IX - Doenças do Aparelho Digestivo
X - Doenças do Aparelho Geniturinário
XI - Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério
XII - Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo
XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
XIV - Anomalias Congénitas
XV - Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
XVI - Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas
XVII - Lesões e Envenenamentos
XVIII - Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde

A análise dos doentes saídos por grupos de doença teve em conta a sua distribuição na área de influência do HFF, o género, a prevalência no total de doentes saídos e a prevalência na população residente. De destacar, ainda, a análise dos dias de internamento, da demora média⁶, dos *Day Cases*⁷ e da letalidade hospitalar⁸.

De seguida efectuou-se a análise de morbilidades específicas, considerando também o diagnóstico principal dos doentes saídos segundo causas de doença específicas entre 2007-2009. A definição das causas específicas a analisar tem em conta a combinação de três pressupostos: a lista de patologias específicas revelada anualmente pela Direcção-Geral da Saúde na publicação *Morbilidade Hospitalar – Serviço Nacional de Saúde* (DGS, 2008b, 2008c, 2010b), a lista sucinta de morbilidades hospitalares (versão de 2008 para a CID-9) publicada pela OMS (OMS e outros, 2008) e o conhecimento prévio da realidade do HFF transmitida pelo seu Conselho de Administração, Direcção de Planeamento e Gestão e Direcção de Produção em 2010, considerando o elevado peso no internamento e os impactos sociais que determinadas patologias possuem. Desta forma identificaram-se as seguintes doenças:

$$^6 \text{ Demora média} = \left(\frac{\text{Dias de Internamento}}{\text{Doentes saídos}} \right) \quad [2]$$

⁷ Entende-se por *Day Cases* os episódios que tiveram uma duração inferior a 24h.

$$^8 \text{ Letalidade Hospitalar} = \left(\frac{\text{Óbitos}}{\text{Doentes saídos}} \right) \times 1.000 \quad [3]$$

Morbilidades Específicas

1. Tuberculose
2. HIV/Sida
3. Tumor Maligno do Cólon, Recto e Ânus
4. Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão
5. Tumor Maligno da Pele
6. Tumor Maligno da Mama
7. Tumor Maligno do Útero
8. Tumor Maligno do Ovário
9. Tumor Maligno da Próstata
10. Tumor Maligno da Bexiga
11. Diabetes de *Mellitus*
12. Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao uso do Álcool
13. Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao Uso de Substâncias Psicoactivas
14. Depressão
15. Epilepsia
16. Dor
17. Esclerose Múltipla
18. Cataratas
19. Doenças Hipertensivas
20. Cardiopatia Isquémica
21. Insuficiência Cardíaca
22. Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores
23. Doenças Cerebrovasculares
24. Infecções Agudas das Vias Respiratórias Superiores e Gripe
25. Pneumonia
26. Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Bronquiectasia
27. Asma
28. Úlcera Gástrica, Duodenal, Péptica de localização não especificada e Gastrojejunal
29. Colelitíase
30. Doença de Crohn
31. Outra Doença Hepática
32. Doença Hepática Alcoólica
33. Doenças do Apêndice
34. Doenças do Pâncreas
35. Hérnia Inguinal
36. Insuficiência Renal
37. Outras Afecções do Rim e Uréter
38. Artrites Reumatóides e Artroses

Morbilidades Específicas

39. Dorsalgia

40. Patologias dos Discos Intravertebrais

41. Dor Abdominal e Pélvica

42. Dor de Garganta e Peito

43. Fractura do Fémur

A análise deste segundo ponto considera, numa primeira fase o género dos doentes saídos, a pertença à área de influência do HFF e a taxa de morbilidade específica, calculada com base em

$$\text{Taxa de Morbilidade Específica} = \left(\frac{\text{Doentes saídos}}{\sum \text{População Residente}_i} \right) \times 1.000 \quad [4]$$

Numa segunda fase, de modo a desenvolver uma análise mais rigorosa, procedeu-se à padronização dos internamentos do HFF relativos às morbilidades específicas analisadas, através do cálculo da Razão Padronizada de Internamento (RPI). Este processo permitiu realizar comparações mais correctas entre morbilidades e territórios, principalmente quando as estruturas da distribuição são díspares, uma vez que a padronização é efectuada considerando uma região padrão (DGS, 2006).

Considerando o referido anteriormente, a RPI foi calculada para a área de influência do HFF (no global e para as freguesias) segundo a morbilidade específica, usando como padrão a NUT III, a região Grande Lisboa. A informação referente à região padrão tem como fonte as bases gerais de GDH da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) referentes ao período 2007-2009.

O método de cálculo desenvolveu-se em três fases (Santana, 2005): primeiro, o cálculo da taxa de internamento da região padrão Grande Lisboa por classe etária de acordo com a seguinte fórmula

$$\text{Taxa de Internamento (referência)} = \left(\frac{\text{Internamentos}_i}{\text{População Residente}_i} \right) \quad [5]$$

Depois estimaram-se os internamentos esperados por classe etária tendo por base os internamentos da Grande Lisboa através da fórmula

$$\begin{aligned} &\text{Internamentos Esperados} \\ &= (\text{Taxa de Internamento de referência}_i \times \text{População Residente}_i) \end{aligned} \quad [6]$$

Posteriormente determinou-se a RPI através da relação entre os internamentos esperados e os observados, quer para a área de influência do HFF no global, quer para as suas freguesias, segundo a fórmula

$$\text{RPI} = \left(\frac{\text{Internamentos Observados}}{\text{Internamentos Esperados}} \right) \times 100 \quad [7]$$

Para análise do risco de internamento, procedeu-se ao cálculo dos Intervalos de Confiança (IC) a 95% (um intervalo de confiança mínimo e um intervalo de confiança máximo) segundo referido por Santana (2002) com base em Jones & Moon (1987), através das fórmulas

Intervalo de Confiança Mínimo =

$$\left(\frac{(\text{Internamentos Observados} - 2 \times (\sqrt{\text{Internamentos esperados}})) \times 100}{\text{Internamentos Esperados}} \right) \quad [8]$$

Intervalo de Confiança Máximo =

$$\left(\frac{(\text{Internamentos Observados} + 2 \times (\sqrt{\text{Internamentos esperados}})) \times 100}{\text{Internamentos Esperados}} \right) \quad [9]$$

Este método permite identificar diferenças significativas relativas aos internamentos nas diversas morbilidades específicas, revelando assim áreas onde o risco de internamento é mais elevado.

Para uma melhor interpretação destes resultados consideram-se quatro classes, como Santana (2002): 1- RPI superior a 100 e ambos os limites dos intervalos de confiança também superiores (RPI significativamente aumentada); 2- RPI superior a 100 e os intervalos de confiança não incluem o valor 100 (RPI aumentada, mas não significativamente); 3- RPI é inferior a 100, mas os intervalos de confiança incluem o valor 100 (RPI diminuída, mas não significativamente); e 4- RPI inferior a 100, tal como os limites dos intervalos de confiança (RPI significativamente diminuída).

Foram construídos *scores* de morbilidade, segundo o método de Caiaffa e outros, 2005, aplicado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil para determinar padrões espaciais de morbilidade por algumas doenças em ambiente urbano. Depois da junção e ordenação crescente de todas as RPI para todas as morbilidades específicas e freguesias da área de influência do HFF (43 morbilidades específicas, 28 freguesias = 1204 RPI) numa mesma base, o conjunto de dados foi dividido em decis. De seguida, isolando apenas o decil com valores mais elevados (último decil), agrupa-se os valores em 5 classes, de acordo com o número de vezes que cada freguesia aparece nesse decil: 1- 0 ou 1 vez; 2- 2 ou 3 vezes; 3- 4 ou 5 vezes; 4- 6 ou 7 vezes e 5- 8 ou mais vezes. A morbilidade vai aumentando desde a primeira classe (0 ou 1 vez – menor morbilidade) até à última classe (8 ou mais vezes – maior morbilidade).

3.1 Cuidados de Saúde em Portugal

Antes de 1979 os cuidados de saúde em Portugal foram sendo guiados por conceitos religiosos, políticos e sociais, evoluindo de modo a dar resposta ao aparecimento das doenças. Até essa data os cuidados não detinham uma estrutura organizativa central, estando principalmente a cargo das famílias, de instituições privadas e dos serviços médico-sociais da previdência (MS, 2010).

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, desenvolveu uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados de saúde a toda a população, onde o Estado garante o direito à protecção da saúde, tendo por base a universalidade, a equidade e a gratuidade (DL 56/79, 1979).

Este sistema público de cuidados de saúde está alicerçado em três tipos de cuidados – cuidados de saúde primários (na figura dos Centros de Saúde), cuidados de saúde secundários (na figura dos Hospitais) e cuidados terciários (na figura dos cuidados de reabilitação), pretendendo-se uma articulação em rede para a implementação de uma política de saúde pública ao nível local.

No entanto, o funcionamento do sistema não se tem verificado totalmente eficaz, coexistindo, ao longo dos anos, melhorias na saúde da população e problemas sistémicos que condicionam a garantia de equidade, quer no acesso, quer na prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, os problemas passam pelo baixo nível de integração e articulação dos níveis de cuidados, havendo a falta de definição das funcionalidades na prática de utilização pela população de cada nível de prestação de cuidados (Roseira e outros, 2002; Simões, 2010).

A entrada de uma parte significativa dos utentes para o SNS através dos cuidados de saúde secundários, com a utilização dos serviços de urgência hospitalar em detrimento dos cuidados de saúde primários, coloca os serviços hospitalares como ponto central do sistema. Os cuidados de saúde primários, como o próprio nome indica, deveriam ser a espinha dorsal do sistema, porta de entrada do SNS (Roseira e outros, 2002; Biscaia e outros, 2005; Cortez, 2009).

Na última década têm sido implementadas várias reformas que pressupõem uma mudança no padrão de utilização do SNS, orientadas para a melhoria da qualidade, o aumento da satisfação dos utentes e a eficiência do sistema. A política de saúde para os cuidados de saúde

secundários tem tido como base a concentração, integração e racionalização dos recursos, através da criação de novas estruturas como os centros hospitalares⁹ e as unidades locais de saúde¹⁰.

Actualmente, os cuidados secundários – prestação de cuidados mais especializados em diferentes valências, com funções de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, prestados em regime de ambulatório ou internamento – estão organizados em 4 níveis: 1) Hospitais de nível 1 (valências destinados a convalescentes e doentes de evolução prolongada), 2) Hospitais distritais (valências básicas), 3) Hospitais centrais (valências básicas e diferenciadas na sua área de influência e fora desta, de acordo com as redes de referência de especialidade médica), 4) Hospitais especializados (valências muito diferenciadas, não directamente acessíveis ao doente) (MS, 2008).

Considerando os principais serviços prestados pelos estabelecimentos hospitalares podemos referir o internamento, a consulta externa, a urgência, o bloco operatório, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o hospital de dia.

Neste contexto, o HFF é um hospital distrital de nível 1 integrante do SNS, criado pelo decreto-lei 382/91 de 9 de Outubro. A sua construção assentou na garantia de um melhor e mais fácil acesso dos utentes aos cuidados de saúde, de forma a minorar a insuficiência de camas hospitalares e melhorar a organização e funcionamento dos serviços de urgência num território densamente povoado da área metropolitana de Lisboa (DL 382/91, 1991). Desde 1995 funcionou com estatuto de gestão privada e em Janeiro de 2009 passou a entidade público-empresarial (EPE) (DL 203/2008, 2008).

3.2 O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF)

O HFF está inserido na NUT III Grande Lisboa, no concelho de Amadora, localizado na freguesia de Venteira, sendo a sua área de influência correspondente aos concelhos de Sintra e Amadora (Figura 2), com uma população de 552.807 habitantes (INE, 2011).

A região Grande Lisboa é servida por mais 9 estabelecimentos hospitalares – hospitais centrais no concelho de Lisboa, Hospital Pulido Valente, Hospital São Francisco Xavier, Hospital Santa

⁹ Centros que procuram integração e complementaridade, concentração de recursos - financeiros, tecnológicos e humanos - e de compatibilização de desígnios estratégicos, com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração melhorando a capacidade de resposta do sistema de saúde, otimizando a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades Hospitalares (MS, 2011).

¹⁰ Unidades que permitem a integração de Hospitais e Centros de Saúde numa única entidade pública empresarial, tendo como objectivo a prestação de cuidados de saúde, diferenciados e continuados à população, permitindo uma melhor utilização da capacidade instalada, quer a nível de equipamentos quer a nível dos recursos humanos (ACSS, 2009b).

Maria, Hospital Curry Cabral e Hospital Egas Moniz; Hospital de Santa Cruz, hospital central no concelho de Oeiras; hospital central de Cascais; hospital distrital no concelho de Vila Franca de Xira, Hospital Reynaldo dos Santos; e futuro hospital de Loures¹¹. Considerando a posição de algumas destas estruturas, verifica-se que existem áreas da influência do HFF que detêm maior proximidade de outras, podendo influenciar a utilização dos cuidados de saúde pela população (Figura 2).

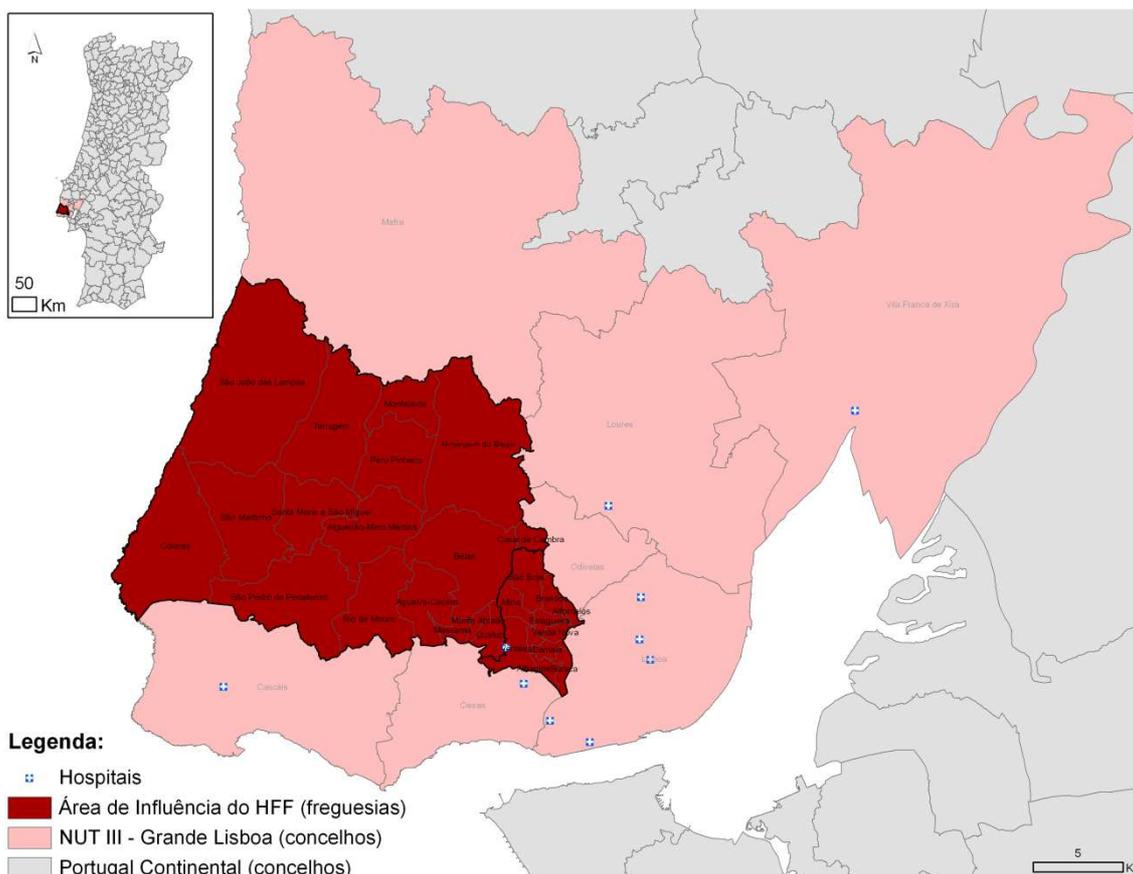


Figura 2. Enquadramento da área de influência do HFF em Portugal Continental. Fonte: elaborado a partir de CAOP, 2011.

De acordo com Costa (2011), verifica-se que 17,3% da população de Amadora e Sintra em 2008 se encontra mais próxima de um de outros seis Hospitais que não o HFF, nomeadamente do Hospital de Cascais (8,2%), do Hospital Pulido Valente (3,5%), do futuro Hospital de Loures (3,2%), do Hospital São Francisco Xavier (1,7%), do Hospital Santa Maria (0,9%) e do Hospital Santa Cruz (0,02%). De registar ainda que algumas freguesias do concelho de Sintra, a partir de 2010, passaram a fazer referência para o Hospital de Cascais no que diz respeito às especialidades de pediatria, ginecologia e obstetria.

Tendo em conta o acesso apenas ao HFF verifica-se que, dada a sua localização/posição periférica a sudeste relativamente à área de influência, o concelho de Amadora detém maior

¹¹ Ainda não se encontra activo, encontra-se em construção.

acessibilidade, encontrando-se metade do seu território a menos de 20 minutos. Todavia, o concelho de Sintra evidencia grande parte da sua área a uma distância superior a 60 minutos, à excepção das freguesias de Queluz, Massamá e Monte Abraão com acessibilidade muito boa (a menos de 20 minutos) (Figura 3a/b).

Nas classes entre os 30 minutos e os 50 minutos reside quase metade da população em 2011 (46%). Com muito boa acessibilidade está 30% da população da área de influência (a menos de 20 minutos), por oposição a 13% que se encontra a uma distância superior a 60 minutos (Figura 4).

O território que corresponde à área de influência do HFF é marcado por fortes contrastes espaciais, exigindo respostas em saúde diferenciadas. Neste âmbito de heterogeneidade, os serviços de saúde devem desempenhar um papel fundamental de equilíbrio, já indiciado no DL 203/2008 de 10 de Outubro. Este decreto-lei, onde consta a mudança de estatuto do HFF, aponta para a criação de uma Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra (ULSAS) com a pretensão de “associação do aparelho público de prestação de cuidados de saúde em torno da ULSAS que permitirá obter ganhos em saúde significativos e alcançar uma maior eficiência e efectividade na utilização dos recursos que actualmente são consumidos pelo conjunto de serviços que desta forma se integram” (HFF, 2009b:4).

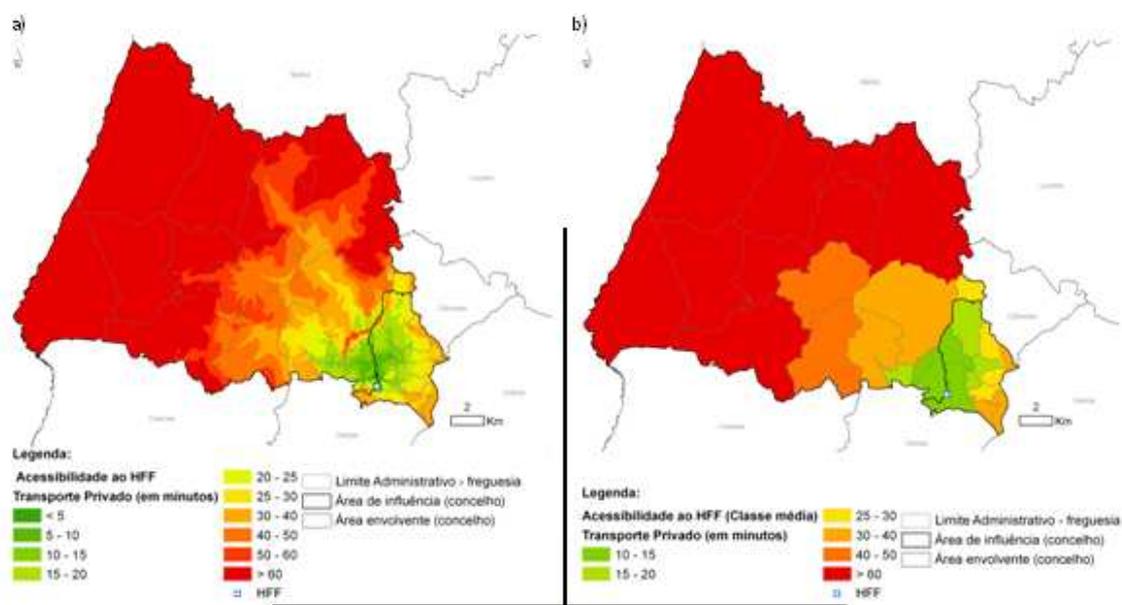
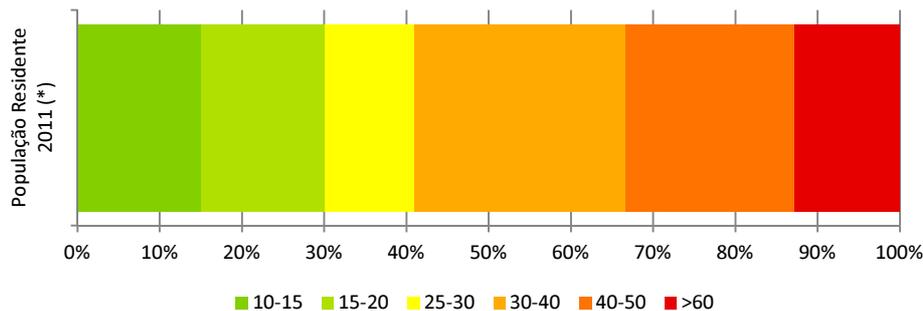


Figura 3. Acessibilidade ao HFF em transporte privado na sua área de influência a) Classes de acessibilidade em minutos; b) Classe média de acessibilidade em minutos por freguesia. Fonte: elaborado a partir de ESRI, 2010 e CAO, 2001.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 4. População Residente por Classe de Acessibilidade média das freguesias da área de influência do HFF (em minutos). Fonte: elaborado a partir de INE, 2011.

Contudo, actualmente essa modalidade de funcionamento ainda não foi concretizada, actuando ainda o HFF, de forma relativamente isolada, como hospital distrital de nível 1, oferecendo uma variedade de serviços: serviços de especialidade (anestesiologia, anatomia patológica, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia ambulatória, ginecologia, gastroenterologia, imunohemoterapia, imagiologia, infeccologia, medicina física e de reabilitação, nefrologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, patologia clínica, psiquiatria e urologia), unidades de cuidados especiais, serviço de consulta externa, serviço de urgência, serviço de urgência básica (Algueirão-Mem Martins) e hospital de dia (HFF, 2011).

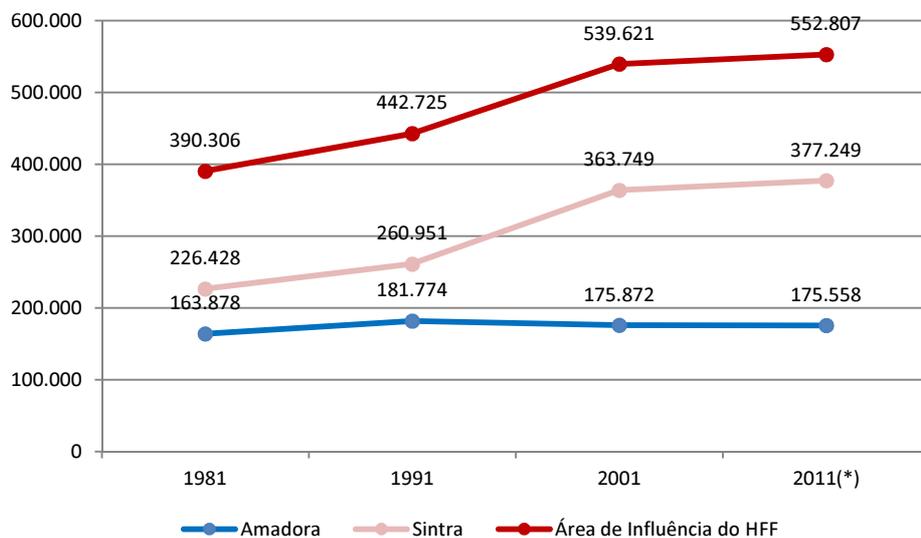
3.3 Perfil Sociodemográfico da Área de Influência do HFF

De acordo com os resultados preliminares do Censos 2011 residem na área de influência do HFF 552.807 habitantes, mais 41,6% do que em 1981, sendo a maioria residente no concelho de Sintra (68,2%). De facto, no período de 1981 a 2011 o concelho de Sintra registou um crescimento populacional forte (66,6%). Pelo contrário, no mesmo período, o concelho de Amadora cresceu apenas 7,1%, verificando-se que desde 1991 o decréscimo é constante (-3,4% entre 1991 e 2011) (Figura 5).

Esta dinâmica demográfica de crescimento populacional está a ser acompanhada pelo aumento do tecido urbano, que não tem sido uniforme, observando-se a expansão para novas áreas residenciais e o abandono da primeira coroa de ocupação da periferia de Lisboa.

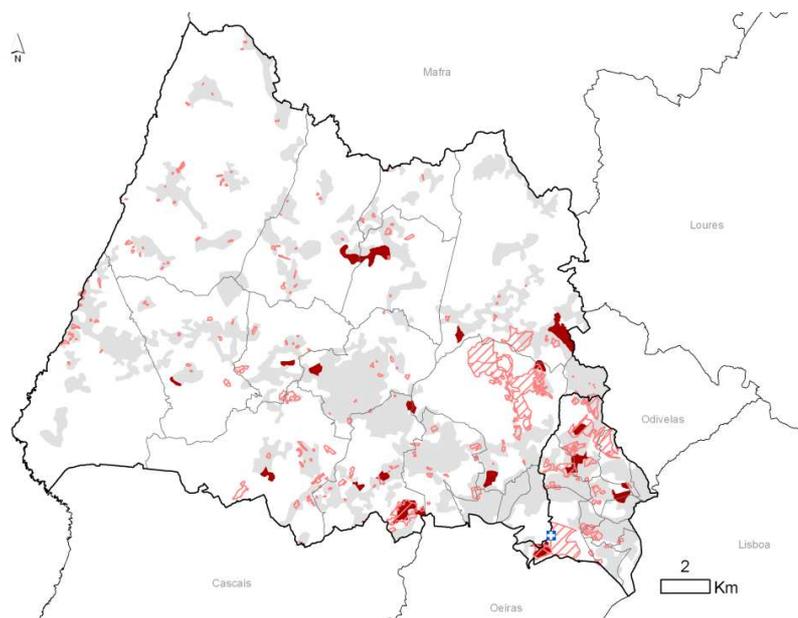
Na actualidade, o concelho da Amadora encontra-se bastante urbanizado, por oposição ao concelho de Sintra, que revela um potencial de expansão significativo. A tendência de crescimento será concretizada pela uniformização de espaços, com o potencial preenchimento de áreas “abandonadas”, urbanizáveis, como por exemplo a reconversão urbana do espaço

ocupado por bairros degradados. De salientar ainda que o crescimento demográfico da área de influência irá depender do ritmo de ocupação das urbanizações entretanto licenciadas, sendo que 38,6% destas se localizam na categoria tecido urbano (Figura 6).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 5. Evolução da População Residente na área de influência do HFF, 1981 a 2008. Fonte: elaborado a partir de INE, 1981, 1991, 2001 e 2011.

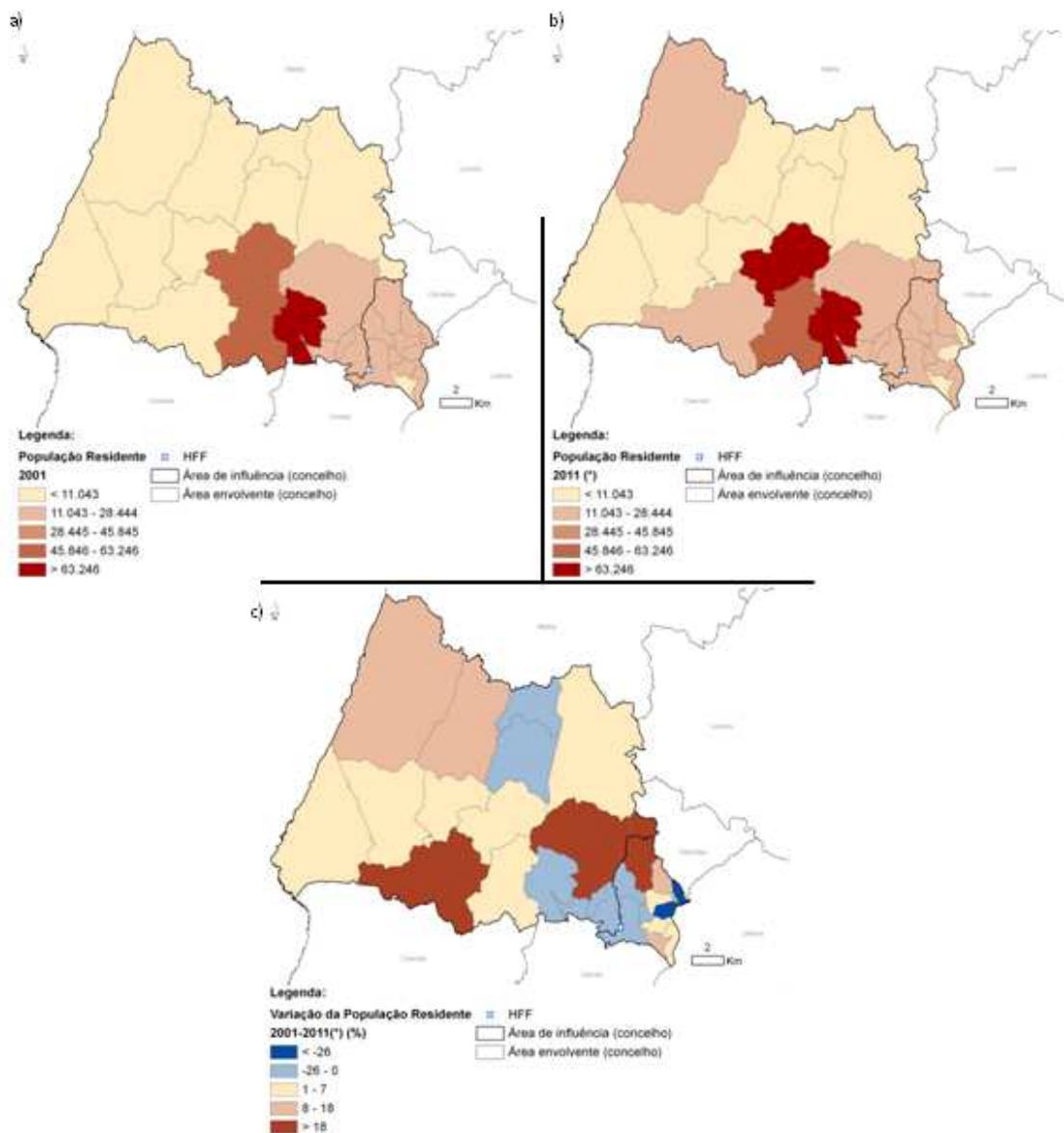


Legenda:

- Tecido Urbano 2000 (CLC)
- Tecido Urbano 2006 (CLC)
- Loteamentos Aprovados
- HFF
- Limite Administrativo - Freguesia
- Área de influência (concelho)
- Área envolvente (concelho)

Figura 6. Tecido Urbano segundo o Corine Land Cover (2000 e 2006) e localização dos loteamentos já aprovados na área de influência do HFF. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, IGP, 2000, 2006, CM Amadora, 2010 e CM Sintra, 2010.

A distribuição da população residente em 2001 e 2011 na área de influência do HFF revela um padrão heterogéneo, verificando-se que as freguesias do Sudeste apresentam, em geral, maiores quantitativos populacionais (Figura 7a/b). Este padrão poderá ser explicado pelo traçado da rede viária principal e da rede ferroviária que atravessa estes dois concelhos e os conecta à cidade de Lisboa. De facto, desde meados dos anos 50 que Lisboa e os seus territórios circundantes (onde se inserem os concelhos de Amadora e Sintra), observaram processos de crescimento e afirmação económica, em consequência do desenvolvimento das infra-estruturas de transporte e comunicação na região, que permitiram uma maior mobilidade da população e o maior distanciamento casa-trabalho-lazer/recreio.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 7. Distribuição da População em 2001 (a), em 2011 (b) e variação populacional 2001-2011 (c) na área de influência do HFF. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001 e INE, 2001, 2011.

A área de influência do HFF apresenta, assim, uma média de 19.272 indivíduos, tendo 10 freguesias valores populacionais superiores a esta (de um total de 28 freguesias). Os máximos observam-se em Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro com 81.845, 62.557 e 46.022 habitantes, respectivamente. A freguesia com menor quantitativo populacional é Montelavar, com 3645 residentes (Figura 7a).

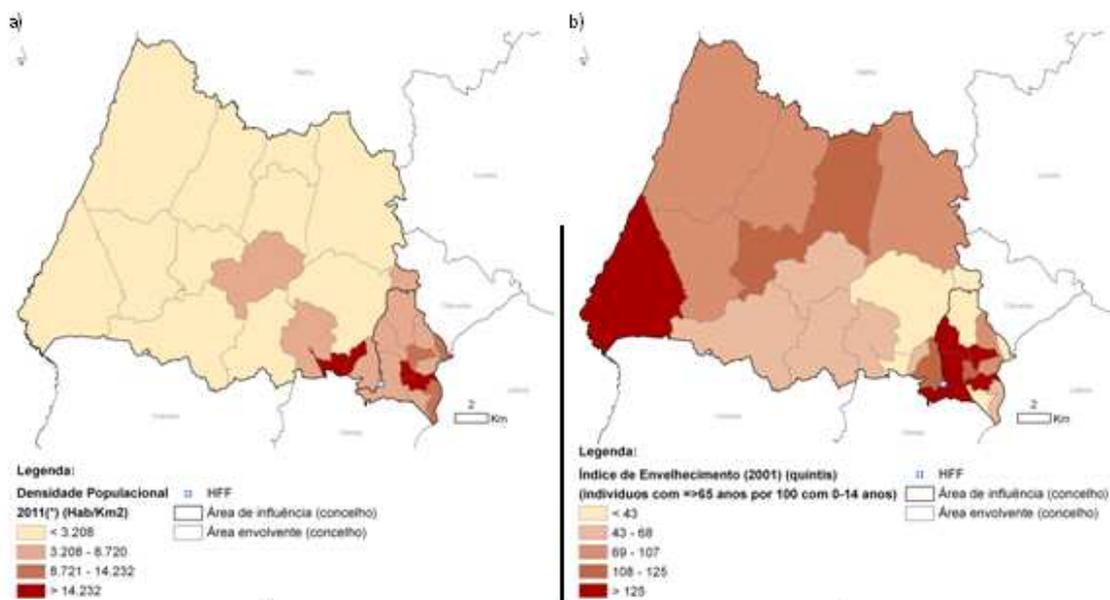
Observando a distribuição da população residente em 2011, verifica-se uma intensificação dos padrões observados em 2001, com o fortalecimento do crescimento, nomeadamente no concelho de Sintra (Figura 7b). A média da distribuição da população em 2011 é ligeiramente superior, 19.743 habitantes, sendo apenas 9 freguesias as que evidenciam quantitativos superiores a esse valor. Relativamente aos máximos e mínimos da distribuição em 2011 as freguesias mantêm-se as mesmas, embora a freguesia de Agualva-Cacém tenha perdido população no período intercensitário analisado, assim como Montelavar; Rio de Mouro e Algueirão-Mem Martins ganharam.

Neste sentido, no que diz respeito à variação populacional 2001-2011 verifica-se que, em média, há um ganho de população de 3,5%, sendo que 17 das 28 freguesias que constituem a área de influência do HFF ganharam população. As freguesias com maiores ganhos são São Pedro de Penaferrim e Casal de Cambra, no concelho de Sintra, com mais 33,8% e 27,9% indivíduos, respectivamente. Contudo, 11 freguesias perderam população, localizando-se no Sudeste desta área, sendo a freguesia de Alfornelos, no concelho de Amadora, aquela onde se verifica o maior decréscimo (-27,2%) (Figura 7c). Esta tendência poderá ser explicada pelo envelhecimento da população, por se tratar de áreas correspondentes à primeira coroa de expansão urbana, mais próximas da cidade de Lisboa, que se revelam, ao mesmo tempo e paradoxalmente, menos atractivas para as populações mais jovens, em consequência dos erros cometidos e das lacunas ao nível do planeamento e ordenamento urbano na época dessa expansão (Figura 7c).

Observando a concentração da população, evidenciam-se as freguesias do Sudeste da área de influência do HFF, nomeadamente o concelho de Amadora, revelando maior número de habitantes por Km². A freguesia de Reboleira, concelho de Amadora, destaca-se com 18.766 habitantes por Km², sendo a maior densidade registada em todo o território. Em oposição, encontra-se a freguesia de Terrugem, com 197 habitantes por Km², valor mínimo da distribuição, à semelhança de outras freguesias do concelho de Sintra, que revelam uma menor concentração de população (Figura 8a).

A pirâmide etária da área de influência do HFF entre 2001 e 2011 revela uma população relativamente jovem, embora com alguns sinais de envelhecimento gradual da população

(Figura 9). Em 2011¹², a percentagem de crianças é superior à dos idosos (16,9% de população com menos de 14 anos e 15,9% com mais de 65 anos), registando nesta área valores mais elevados que o Continente (15,0% da população com menos de 14 anos e 18,4% com mais de 65 anos), verificando-se que no período 2001-2011 a classe etária com mais de 65 anos cresce mais do que a classe crianças e jovens dos 0 aos 14 anos (menos de 14 anos: 1,1%; mais de 65 anos: 42%).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 8. a) Densidade Populacional e b) Índice de Envelhecimento na área de influência do HFF em 2011. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001 e INE, 2001, 2011.

Observando o índice de envelhecimento na área de influência do HFF em 2001 verifica-se que, em média, existiam 88 indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos dos 0 aos 14 anos. As freguesias do Centro-Sul da mesma área revelam menor número de idosos por 100 jovens (< a 68 indivíduos com 65 ou mais anos por 100 dos 0 aos 14 anos), sendo a freguesia de Massamá, concelho de Sintra, a que evidencia o mínimo da distribuição: 28 idosos por 100 jovens. Com valores acima dos 100 idosos por 100 jovens encontram-se 14 freguesias (de um total de 28), verificando-se os valores mais elevados nas freguesias de Venteira, Damaia, Mina e Falagueira, no concelho de Amadora (197, 160, 153 e 132 idosos por 100 jovens, respectivamente) (Figura 8b).

Adicionalmente, verifica-se a diminuição da população em idade activa, entre os 15 e os 64 anos (71,4% em 2001 e 67,2%, em 2011), registando-se, no entanto, valores superiores aos do Continente (2001: 67,7%; 2011: 66,6%). A pirâmide etária da área de influência do HFF revela

¹² A população por classe etária para 2011 foi estimada de forma proporcional tendo por base os dados preliminares censitários de 2011 de população residente por sexo e as Estimativas Anuais de População Residente para 2010.

também diminuição de efectivos entre 2001 e 2011 nas classes etárias entre os 15 e os 34 anos (Figura 9).

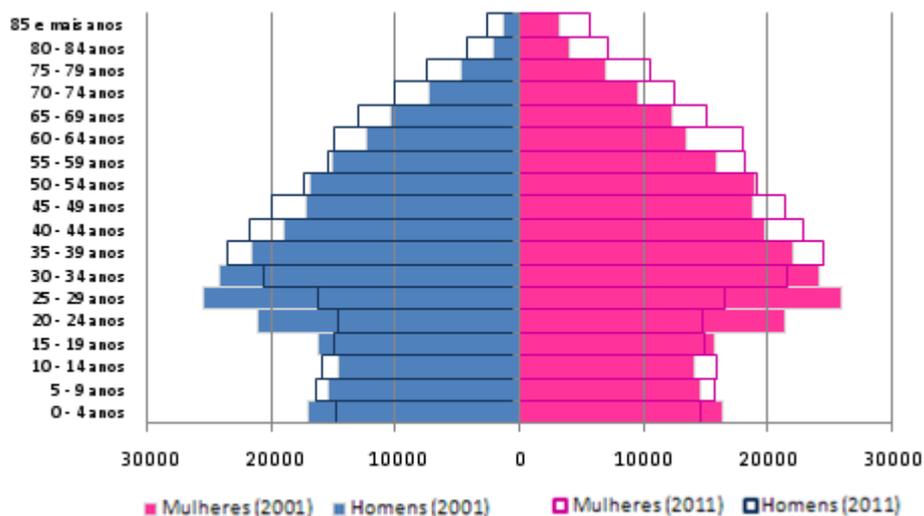


Figura 9. Pirâmide Etária da Área de Influência do HFF, 2001 e 2011. Fonte: elaborado a partir de INE, 2001, 2011.

Nota: A população por classe etária, para 2011, foi estimada de forma proporcional tendo por base os dados preliminares censitários de 2011 de população residente por sexo e as Estimativas Anuais de População Residente para 2010.

O fenómeno migratório evidencia-se no concelho de Sintra: em 2011, entraram no concelho 1,26 indivíduos por cada 100 que aí residiam. No mesmo ano, no Continente, esse valor foi de apenas 0,03%. Destaca-se ainda o facto de o concelho de Amadora revelar valores negativos no período analisado, reflectindo que a quantidade de indivíduos que sai é superior à que entra, registando o valor mais baixo, -1,08%, em 2011 (Figura 10).

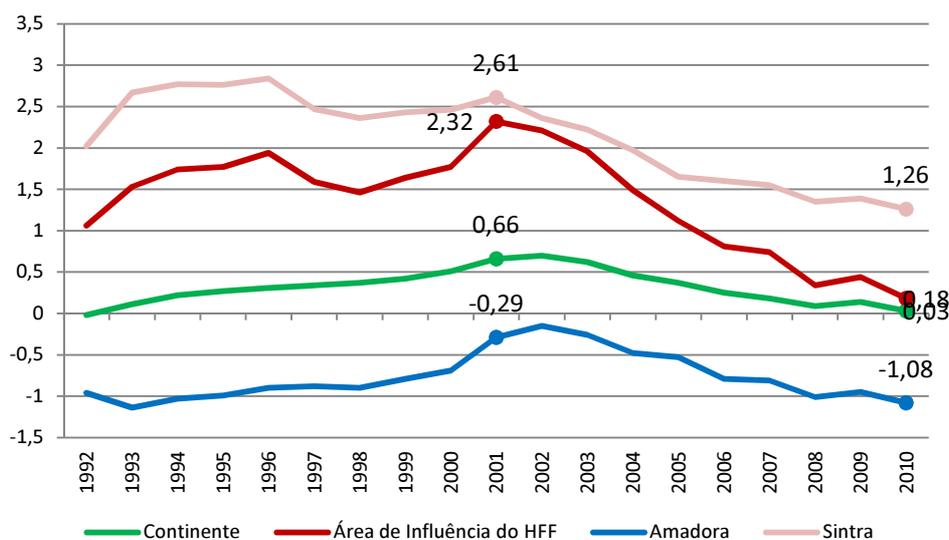


Figura 10. Taxa de Crescimento Migratório, 1996 a 2010. Fonte: elaborado a partir de INE, 1996-2010.

No território de influência do HFF existem bolsas de pobreza de contexto suburbano. Estas áreas são caracterizadas essencialmente pela escassez de bens e serviços, constituindo-se como territórios marginalizados, que não permitem à população que aí reside obter e usufruir de uma qualidade de vida adequada às necessidades básicas, como habitação e emprego, por exemplo (Morris & Carstairs, 1991). Este conceito de pobreza, entendido do ponto de vista espacial, dá lugar ao conceito de privação sócio-material, conceito difuso e multidimensional. As variáveis que integram o índice de privação são, por exemplo, nível da educação, habitação e rendimento. No âmbito do presente trabalho, foram analisados, na área de influência do HFF, o desemprego, o analfabetismo e a precariedade da habitação.

Para analisar as condições de habitação da área de influência do HFF, foi calculado um índice, de modo a sintetizar informação relativa a alojamentos familiares sem electricidade, sem sistema de esgotos e alojamentos não clássicos¹³, que revelasse áreas onde a precariedade da habitação é maior. Neste sentido, no quintil de maior privação (a vermelho, na Figura 11a) encontram-se principalmente freguesias do concelho de Amadora – Falagueira, Venda Nova, Alfovelos e Mina – embora a freguesia que assume maior privação habitacional seja Montelavar, no concelho de Sintra, sendo a única nesta classe de privação. A menor privação é verificada no Sudeste da área de influência do HFF, nas freguesias de Alfragide, Queluz e Reboleira (a verde escuro, na Figura 11a).

Foi construído outro índice que retrata as condições de vida na área de influência do HFF, a que se chamou índice de privação sócio-material. Este índice permite identificar áreas de maior vulnerabilidade, tendo em conta a taxa de analfabetismo, a taxa de desemprego e a percentagem de famílias clássicas onde nenhum dos seus membros exerce actividade económica. A distribuição geográfica coloca em destaque o concelho de Amadora com o valor de privação sócio-material mais elevado, sendo as freguesias de Mina, Falagueira, Brandoa, Venda Nova e Venteira aquelas que evidenciam maior vulnerabilidade dentro da área de influência do HFF (a vermelho na Figura 11b). Em oposição, os valores mais baixos verificam-se nas freguesias do Centro-Sul da área de influência do HFF (a verde escuro e verde claro na Figura 11b), com as freguesias de Alfragide e Massamá a evidenciarem menor vulnerabilidade.

¹³ Segundo o Instituto Nacional de Estatística um Alojamento Familiar não Clássico é um alojamento que não satisfaz inteiramente as condições do alojamento familiar clássico pelo tipo e precariedade da construção, porque é móvel, improvisado e não foi construído para habitação, mas funciona como residência habitual de pelo menos uma família, incluindo a barraca, o alojamento móvel, a casa rudimentar de madeira e o alojamento improvisado, entre outros não destinados à habitação. (INE, 2001).

No primeiro quintil, o de menor privação habitacional, reside 21% da população da área de influência do HFF em 2011, em oposição a 10% de indivíduos que habitam o território de maior privação, quinto quintil (Figura 12a).

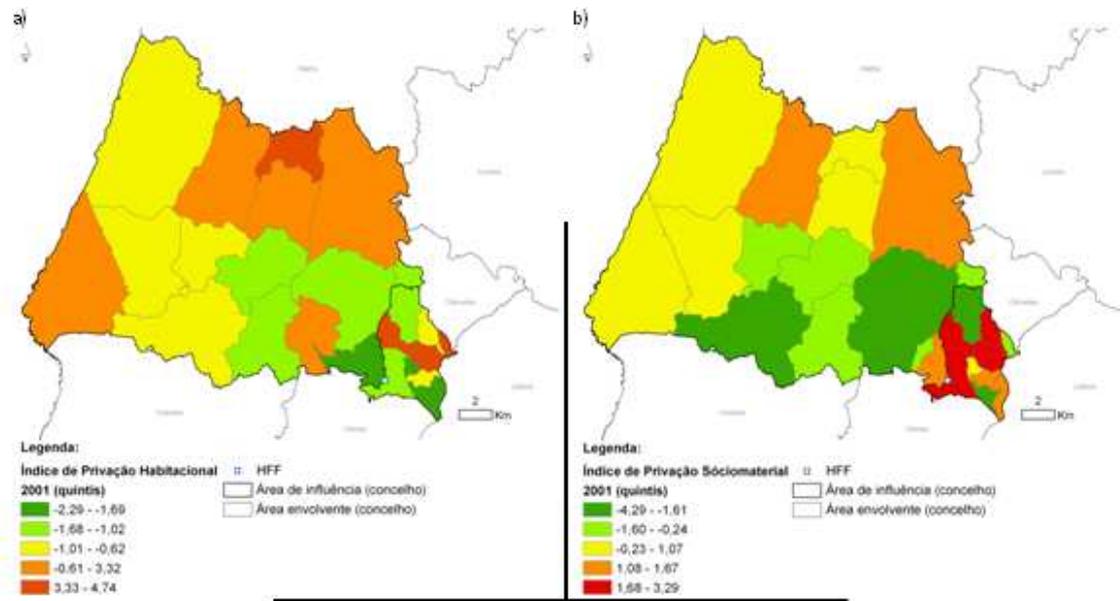
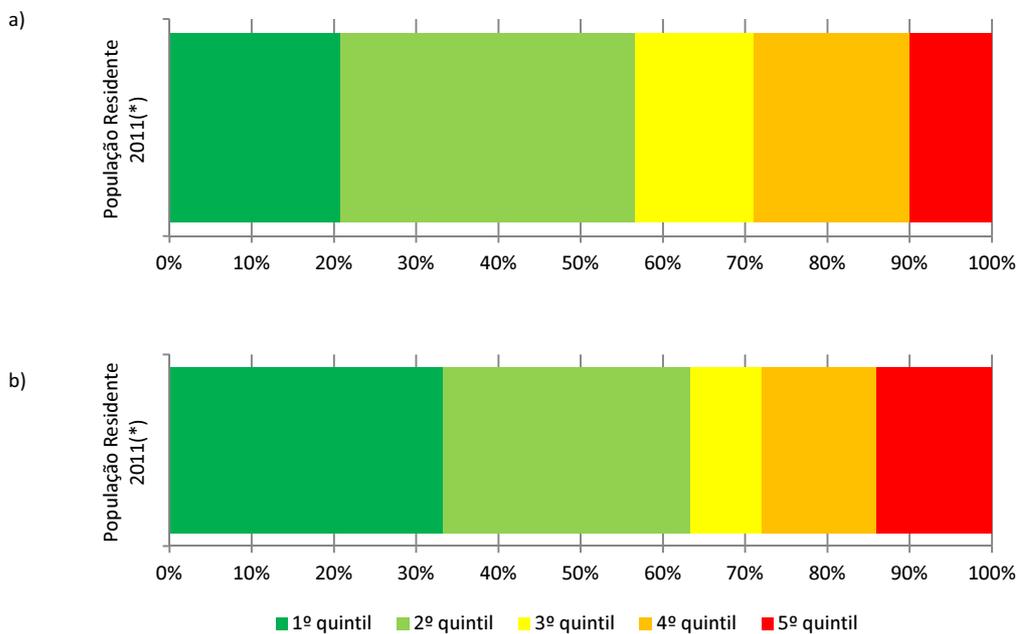


Figura 11. a) Índice de Privação Habitacional e b) Índice de Privação Sócio-material da Área de Influência do HFF em 2011. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001 e INE, 2001.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 12. População Residente na área de influência do HFF por quintil de a) Privação Habitacional e b) Privação Sócio-material em 2011. Fonte: elaborado a partir de INE, 2011.

A percentagem de população residente no primeiro quintil de privação sócio-material corresponde a 33% do total de população residente na área de influência do HFF; no quinto quintil, de maior privação, reside 14%. (Figura 12b).

3.4 Perfil Epidemiológico da Área de Influência do HFF

O HFF teve, no período 2007-2009, um movimento total muito elevado, correspondente a 1.665.418 episódios (Quadro 2). Ao longo do triénio em análise observa-se um crescimento deste número de episódios (7,4%), sendo as tipologias de Ambulatório e Urgência as que representam o maior volume de movimento deste estabelecimento hospitalar (46% e 43%, respectivamente). Os episódios de Internamento apenas correspondem a 11% da utilização do HFF, tendo também aumentado entre 2007 e 2009 cerca de 13,8%. Relativamente à lotação, esta era de 779 camas, em 2007, aumentou para 783, em 2009.

Quadro 2. Total de Episódios de Ambulatório, Urgência e Internamento e Número de Camas do HFF no período 2007-2009.

Período em análise	Episódios				Camas
	TOTAL	Ambulatório ⁽¹⁾	Urgência	Internamento	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
2007	538.106	251.343	232.985	53.778	779
2008	549.546	254.826	236.593	58.127	779
2009	577.766	266.197	250.356	61.213	783
TOTAL (2007-2009)	1.665.418	772.366	719.934	173.118	-

(1) Apenas estão contabilizados os episódios de Consulta Externa.

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

3.4.1 Morbilidade Hospitalar, Dias de Internamento, Day Cases e Letalidade Hospitalar

No período de 2007-2009, o HFF registou 173.118 doentes saídos¹⁴; 160.468 correspondem a doentes residentes na sua área de influência. O ano de 2009 é o que regista maior número de doentes saídos de todo o período (61.213 doentes saídos), verificando-se que o número de doentes saídos tem vindo a aumentar ao longo dos anos em análise (Quadro 3).

¹⁴ O conceito de “doente saído” abrange todos os doentes saídos dos Serviços de internamento de um estabelecimento de saúde, ou seja, um determinado utente pode corresponder a diversos doentes saídos, tantas vezes quantas esse mesmo utente for objecto de internamento no período em análise (DGS, 2010).

Quadro 3. Total de doentes saídos segundo a pertença ou não à Área de Influência do HFF nos anos que compõem o período em análise 2007-2009.

Período em análise	Doentes Saídos		
	Total	Área Infl. HFF ⁽¹⁾	Fora Área Infl. HFF ⁽¹⁾
	Nº	Nº	Nº
2007	53.778	49.676	4.080
2008	58.127	53.860	4.253
2009	61.213	56.932	4.260
TOTAL (2007-2009)	173.118	160.468	12.593

(1) Existem 57 doentes saídos que não detêm informação relativa à sua residência, não sendo possível aferir se pertencem ou não à área de influência do HFF (22 em 2007, 14 em 2008 e 21 em 2009).

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

A mesma tendência foi verificada aquando da análise da residência dos doentes saídos: a pertença ou não à área de influência do HFF. Os 7,3 % de doentes saídos que residem fora da área de influência do HFF em 2007-2009 apresentam uma distribuição geográfica heterogénea (Figura 13), constatando-se que a proximidade da área de influência do HFF parece influenciar a utilização porque quanto mais próxima é a residência, maior é o número de doentes saídos do hospital.

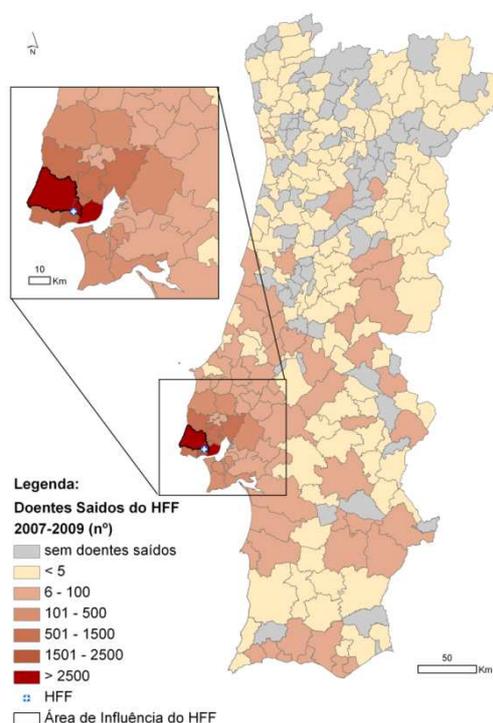
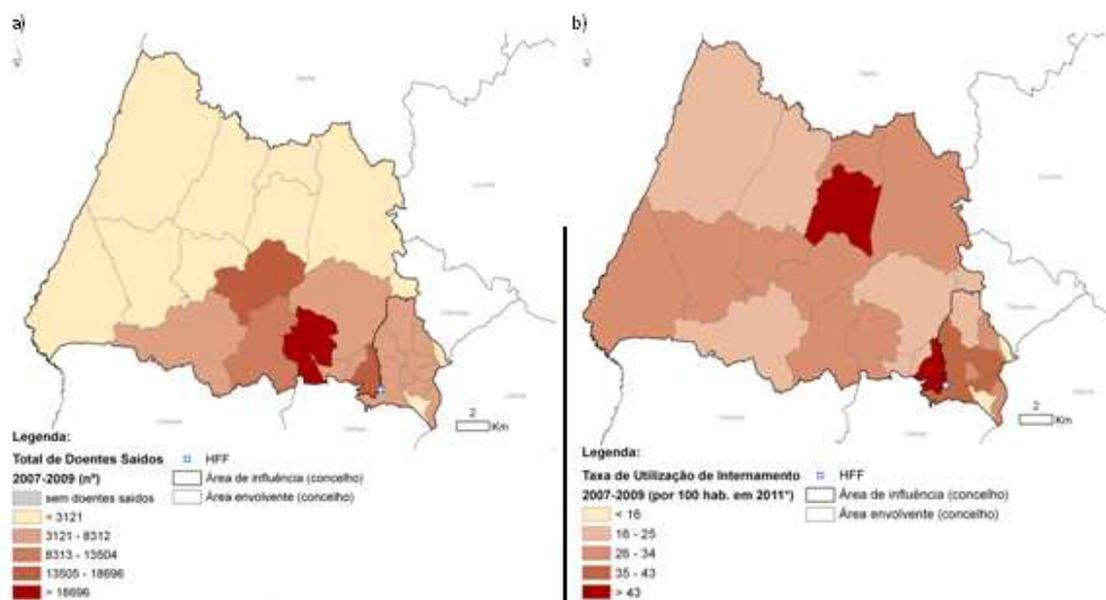


Figura 13. Concelho de Residência dos Doentes Saídos do HFF no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAOP, 2011 e HFF, 2007, 2008, 2009a.

Nota: No mapa não estão representados 156 doentes saídos, porque 93 residiam no arquipélago da Madeira e dos Açores, 43 no estrangeiro e 20 tinham residência ignorada.

Os concelhos de Lisboa, Oeiras e Cascais, são os que evidenciam maior número de episódios correspondentes a utentes cuja residência se localiza fora da área de influência do HFF (2.828, 1.715 e 1.355 doentes saídos, respectivamente). Salienta-se, ainda, que do total de concelhos que compõem Portugal Continental (278), 76 não apresentam doentes saídos do HFF entre 2007 e 2009 e 126 revelam um número igual ou inferior a 5.

Relativamente à área de influência do HFF, cada freguesia¹⁵ detém, em média, 5.731 doentes saídos, considerando os 160.468 doentes saídos residentes na área de influência do HFF, sendo as freguesias do Norte e Oeste as que revelam menor valor, como por exemplo, Montelavar (905), Terrugem (1.042) e Alfragide (1.311). As freguesias de Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Queluz (concelho de Sintra) são, pelo contrário as que revelam maior número de doentes saídos (23.031, 18.406 e 13.638, respectivamente) (Figura 14a).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 14. a) Total de Doentes Saídos do HFF, b) Taxa de utilização de Internamento da área de influência do HFF por freguesia, no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

Nota: Nos mapas não estão representados 428 doentes saídos, uma vez que a sua freguesia de residência é ignorada.

A taxa de utilização de internamento do HFF, entre 2007 e 2009, é de 29 doentes saídos por cada 100 indivíduos residentes, em média, revelando o concelho de Amadora um valor mais elevado de doentes saídos por 100 residentes relativamente ao concelho de Sintra. Contudo, Alfragide e Alfovelos, ambas freguesias do concelho de Amadora, detêm os valores mais baixos desta taxa (13 e 16 doentes saídos, respectivamente). Em contraponto, as taxas mais

¹⁵ Para o cálculo da média foram consideradas as 28 freguesias da área de influência do HFF em 2001.

elevadas foram registadas nas freguesias de Queluz e Pêro Pinheiro, 52 e 48 doentes saídos por 100 habitantes (Figura 14b).

Tendo em conta a distribuição dos doentes saídos por grupos de doenças, de acordo com a CID-9, observa-se que a maior percentagem foi classificada no grupo XVIII¹⁶ (Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde): 31,7% dos doentes saídos. O segundo valor verificou-se no grupo XI (Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério), com 9,4% do total dos episódios de internamento, seguido pelo grupo VII (Doenças do Aparelho Circulatório), com 9,0% de doentes saídos (Quadro-Anexo nº1 e Figura 15).

Apesar de o estabelecimento de comparações entre os dados relativos aos doentes saídos de um Hospital com as características do HFF e os correspondentes dados nacionais ter de ser encarado com reservas, uma vez que o HFF possui um perfil assistencial específico que não pode ser linearmente comparado com o total nacional, procedemos à análise comparada do posicionamento relativo do HFF face aos dados do Continente.

Considerando o total de grupos de doença analisados (18), verifica-se que o HFF evidencia valores superiores ao Continente em metade destes grupos (9). Destaque para os grupos XI (Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério) e VIII (Doenças do Aparelho Respiratório). No extremo oposto, com um valor relativo do HFF mais baixo que o registado no Continente, surgem os grupos XVIII (Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde) e I (Doenças Infecciosas e Parasitárias).

À semelhança do que foi anteriormente apresentado para o total de doentes saídos e tendo em conta agora a proveniência dos doentes saídos do HFF por grupos de doença, verifica-se que o grupo de doenças com o maior número de doentes saídos residentes na sua área de influência é o grupo XVIII (Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde), apresentando 49.875 doentes saídos, seguido dos grupos XI (Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério) e VII (Doenças do Aparelho Circulatório) (15.376 e 14.858 doentes saídos). O padrão é semelhante quando se considera os doentes saídos com residência fora da área de influência do HFF (Quadro-Anexo nº1).

¹⁶ Este grupo diz respeito a uma classificação criada para lidar com ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença ou lesão classificáveis nas categorias 001-999 (a parte principal do ICD) são registados como "diagnósticos" ou "problemas". Tal pode verificar-se quando: a) uma pessoa que não está doente se dirige aos serviços de saúde para algum propósito específico, por exemplo para doar um órgão ou tecido, para receber a vacinação profilática, ou para discutir um problema que em si mesmo não é uma doença ou lesão b) uma pessoa com uma doença ou lesão conhecidas, seja ela actual ou já em tratamento, utiliza os serviços de saúde para um tratamento específico dessa doença ou lesão (por exemplo, a diálise para a doença renal; quimioterapia; mudança de gesso); c) está presente alguma circunstância ou problema que influencia o estado de saúde da pessoa, mas não é em si uma doença ou lesão actual (ICD9, 2011).

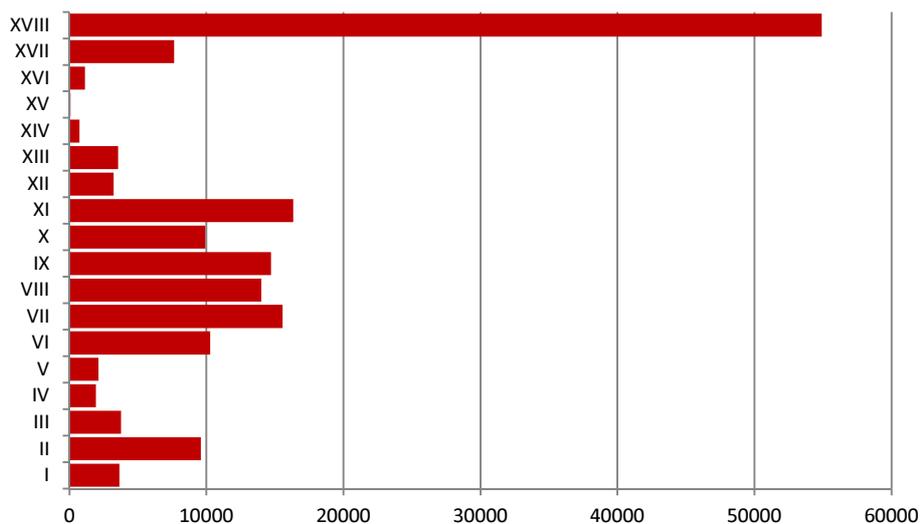


Figura 15. Total de doentes saídos do HFF por grupos de doença (CID-9)¹⁷ no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

No que diz respeito ao valor percentual no total de doentes saídos, os grupos IV (Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos) e V (Transtornos Mentais) destacam-se por revelarem maiores percentagens de doentes saídos residentes na área de influência do HFF, com 97,3%. Considerando os não residentes na área de influência do HFF, os valores mais elevados verificam-se nos grupos XV (Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal) (12,9%), XIV (Anomalias Congénitas) e VI (Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos), com 10,5% e 9,6% respectivamente (Figura 16).

No que diz respeito ao género dos doentes saídos residentes na área de influência do HFF, verifica-se que a percentagem de episódios no sexo feminino é superior à do sexo masculino (56% e 44%, respectivamente), tendência também evidenciada pelo Continente (Quadro Anexo nº1). Observando os grupos de doenças em análise, verifica-se que com maior representatividade feminina de episódios se encontram, para além do grupo XI (Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério) que detém 100%, dada a sua especificidade, os grupos I (Doenças Infecciosas e Parasitárias) (62,9%), VI (Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos) (60,1%) e X (Doenças do Aparelho Geniturinário) (58,5%). Com maior percentagem

¹⁷ I-Doenças Infecciosas e Parasitárias; II-Neoplasias; III-Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários; IV-Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos; V-Transtornos Mentais; VI-Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos; VII-Doenças do Aparelho Circulatório; VIII-Doenças do Aparelho Respiratório; IX-Doenças do Aparelho Digestivo; X-Doenças do Aparelho Geniturinário; XI-Complicações da Gravidez do Parto e do Puerpério; XII-Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo; XIII-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; XIV-Anomalias Congénitas; XV-Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal; XVI-Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas; XVII-Lesões e Envenenamentos; XVIII-Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII);

do sexo masculino evidencia-se o grupo XV (Algumas Afecções Originadas no período Perinatal) (70,3%), o grupo XIV (Anomalias Congénitas) (66,4%) e o grupo IX (Doenças do Aparelho Digestivo) (59,0%) (Figura 20). Pode ainda referir-se que, dos 18 grupos de doenças analisados, menos de metade (8) detêm maior número de Homens. Em comparação com o Continente, deste total de grupos observa-se que, para o sexo feminino, 10 revelam valores inferiores a este padrão e apenas 7 para o sexo masculino.

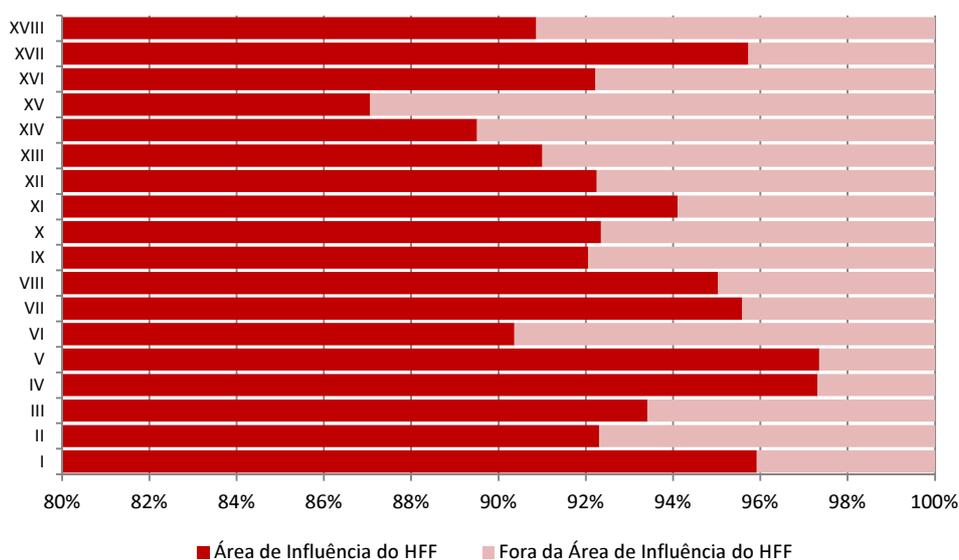


Figura 16. Valor percentual de doentes saídos, segundo a pertença ou não à área de influência do HFF, por grupos de doença (CID-9)¹⁷ no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

No que diz respeito à pirâmide etária relativa aos doentes saídos da área de influência do HFF (Figura 18), verifica-se o maior número de doentes saídos com idades superiores a 65 anos, com 35% dos internamentos no período 2007-2009 (com destaque para as classes 70-74 e 75-79 anos e para o sexo feminino). Observa-se também que até aos 14 anos de idade foram internados 14% dos doentes saídos, sendo na sua maioria do sexo masculino. Esse padrão inverte-se nas classes etárias superiores a 14 anos passando a registar-se mais doentes saídos do sexo feminino. De registar ainda a classe etária 30-34 anos, com o número mais elevado de internamentos para o sexo feminino, associado às patologias relativas à maternidade. Observando os grupos de doença com maior número de doentes saídos com idade superior ou igual a 65 destacam-se o VII (Doenças do Aparelho Circulatório) com 63% de internamentos, seguido do III (Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários), com 62% de doentes saídos desse grupo

etário, e do IV (Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos), com 51%. Para as classes etárias inferiores a 15 anos evidenciam-se com 70% de doentes saídos o grupo XIV (Anomalias Congénitas), o XVI (Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas), com 37% e o VIII (Doenças do Aparelho Respiratório), com 31% (Quadro-Anexo nº1).

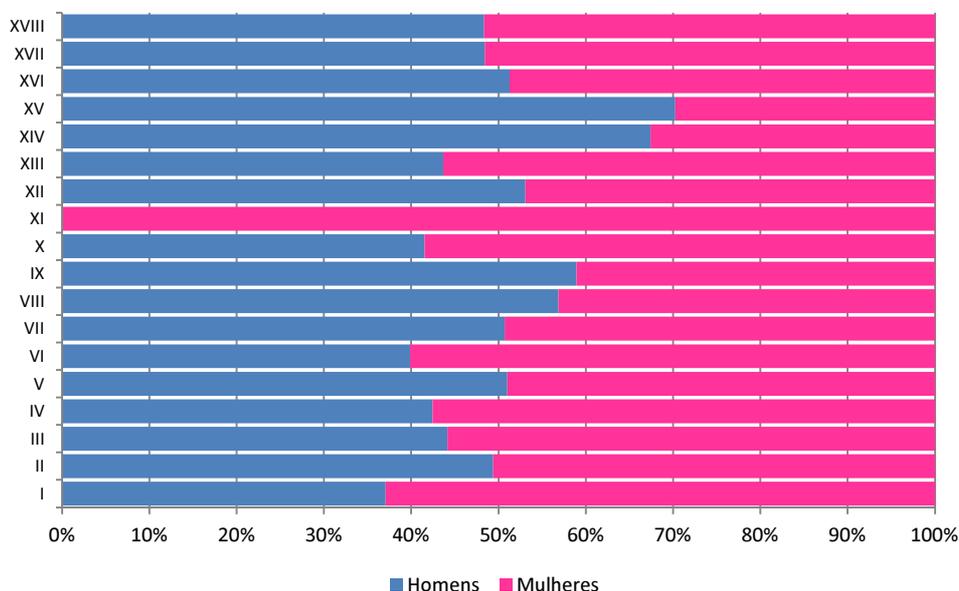


Figura 17. Total de doentes saídos na área de influência do HFF segundo o gênero por grupos de doença (CID-9)¹⁷ no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

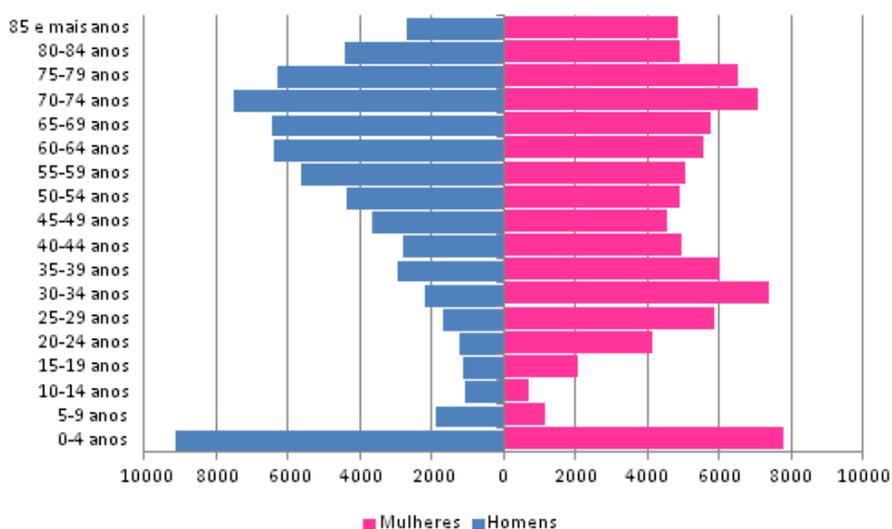


Figura 18. Pirâmide Etária dos doentes saídos residentes na área de influência do HFF entre 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

3.4.1.1 Doenças Infecciosas e Parasitárias (I)

No período 2007-2009 a área de influência do HFF registou, em média/ano, 125 doentes saídos no grupo I. Na Figura 19-1a verifica-se que as freguesias ocidentais da área de influência do HFF revelam menor número de doentes saídos do que as freguesias orientais. As freguesias de Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro (concelho de Sintra) revelam os valores mais elevados de doentes saídos neste grupo (498, 415 e 283, respectivamente). Pelo contrário, os menores valores foram observados nas freguesias de Terrugem (18), Alfragide (19) e Montelavar (21).

No que concerne à prevalência deste grupo de doenças no total de doentes saídos do HFF observa-se que, em média, em 1000 doentes saídos, 21 possuem um diagnóstico inserido no grupo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias). As freguesias com valores mais elevados são Casal de Cambra (29), Monte Abraão (28) e Venda Nova (27). As prevalências mais baixas foram encontradas nas freguesias de Santa Maria e São Miguel (12) e São Pedro de Penaferrim e Alfragide (14) (Figura 19-1b).

Considerando a taxa de doentes saídos por cada 1000 habitantes, neste grupo verifica-se que nas freguesias do concelho de Sintra (ocidente da área de influência do HFF) os valores são mais baixos. No entanto, é na freguesia de Alfragide (concelho de Amadora) que se regista o valor mínimo (2 doentes saídos do grupo I por cada 1000 habitantes residentes na respectiva freguesia). O concelho de Amadora regista também os valores máximos nas freguesias de Venda Nova e Mina, com 11 e 10 doentes saídos do grupo I por cada 1000 habitantes das respectivas freguesias (Figura 19-1c).

3.4.1.2 Neoplasias

Tendo em conta a distribuição de doentes saídos do grupo II observa-se que, na generalidade, as freguesias de características mais rurais revelam menor número de doentes saídos, como é o caso de Montelavar (55) e Terrugem (69). Os valores mais elevados são evidenciados pelas freguesias de Agualva-Cacém (1247), Algueirão-Mem Martins (974) e Queluz (733), do concelho de Sintra (Figura 19-2a). Neste grupo, a média de doentes saídos por freguesia, em 2007-2009, é de 315.

A prevalência média de doentes saídos do grupo Neoplasias (II), no total dos doentes saídos do HFF no período 2007-2009, é de 56 em cada 100 doentes saídos. As freguesias que evidenciam as prevalências máximas são São Martinho (68), Alfragide (66) e Terrugem (66). Em

contraponto, destaque para as freguesias de Casal de Cambra (43), Alfoanelos (45) e São Brás (48), com os valores mais baixos (Figura 19-2b).

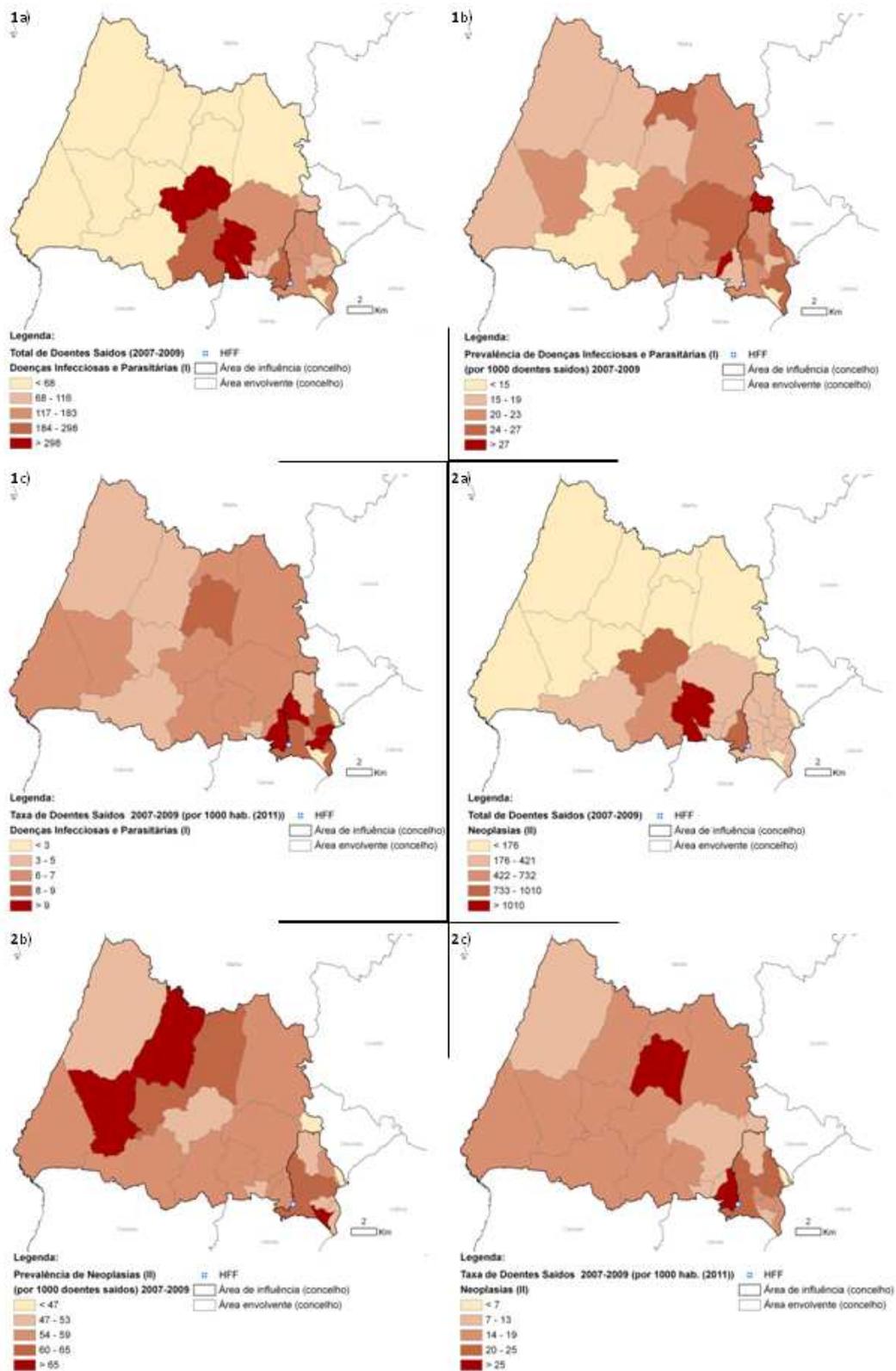
As taxas de doentes saídos, no total dos habitantes da área de influência do HFF, relativas ao grupo II, é de 16 doentes por cada 1000 habitantes, em média, no período em 2007-2009. O concelho de Sintra apresenta as taxas mais altas, correspondendo os valores máximos às freguesias de Pêro Pinheiro e Queluz, com 29 e 28 doentes saídos do grupo II por 1000 habitantes residentes nas respectivas freguesias. Quando se analisa o valor mais baixo deste grupo de doenças, destaque para Alfoanelos (concelho de Amadora), com 7 doentes saídos do grupo Neoplasias (II), em cada 1000 habitantes (Figura 19-2c).

3.4.1.3 Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III)

Tendo em conta o total de doentes saídos do grupo III observa-se que as freguesias a ocidente revelam os menores valores (exemplo Terrugem (13)), correspondendo a média de doentes saídos por freguesia a 125. Os maiores valores encontram-se em Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Queluz, com 500, 382 e 330 doentes saídos, respectivamente (Figura 20-1a).

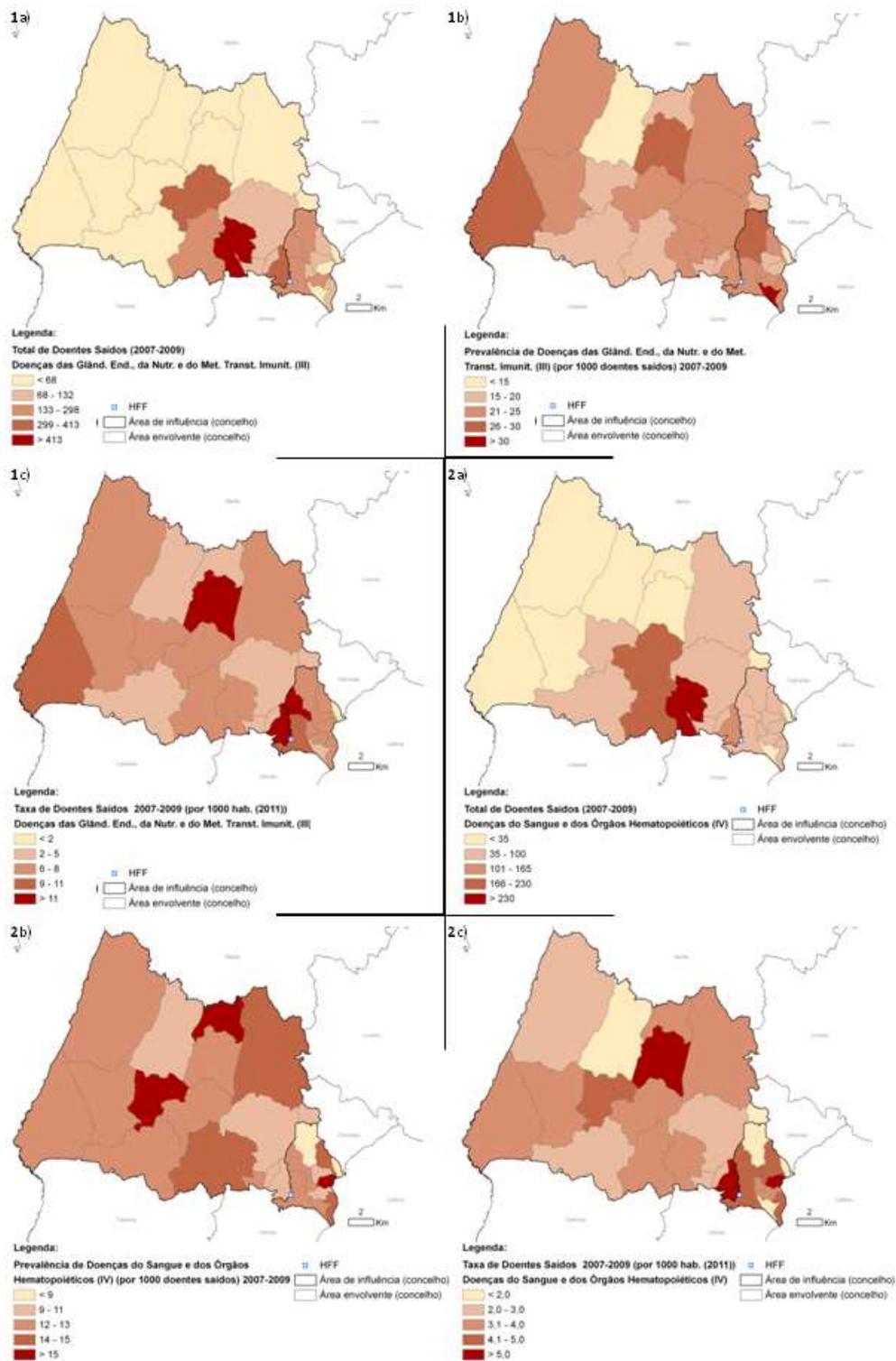
Considerando a prevalência deste grupo de doenças no total dos doentes saídos do HFF, verifica-se que as freguesias de Alfoanelos, Terrugem, Montelavar se destacam pelos valores mais baixos de doentes saídos com diagnóstico de Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários, por 1000 doentes saídos, em 2007-2009 (12, 12 e 15, respectivamente). Em oposição, encontram-se as freguesias de Alfragide (32), São Brás (30) e Mina (29), do concelho de Amadora (Figura 20-1b). Relativamente à prevalência média de doentes saídos com diagnóstico inserido no grupo III, verificou-se ser de 22 por 1000 doentes saídos no HFF.

Ao observar a distribuição das taxas de doentes saídos do grupo III no total da população residente na área de influência do HFF, o destaque é para as freguesias de Pêro Pinheiro, Queluz e Mina, que assumem os valores mais elevados (Pêro Pinheiro regista a taxa máxima da área de influência do HFF – 13 doentes saídos do grupo III por 1000 residentes na freguesia). As freguesias com as menores taxas são Alfoanelos, Terrugem e Massamá, evidenciando 2, 3 e 3 doentes saídos por 1000 habitantes, respectivamente (Figura 20-1c). Pode ainda referir-se que a média desta distribuição corresponde a 6 doentes saídos do grupo III por 1000 habitantes da área de influência do HFF.



(*). Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 19. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças Infecciosas e Parasitárias e 2) Neoplasias (II) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 20. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III) e 2) Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a, INE, 2011.

3.4.1.4 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV)

Os doentes saídos do grupo IV – Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos apresentam uma distribuição geográfica heterogénea na área de influência do HFF, com as freguesias do Norte e Oeste a revelarem os menores valores, sendo exemplo Terrugem (10). Em contraponto encontram-se as freguesias de Agualva-Cacém (308), Algueirão-Mem Martins (205) e Rio de Mouro (180), com o maior número absoluto de doentes saídos. Em termos médios, a área de influência do HFF apresenta 67 doentes saídos pertencentes ao grupo IV (Figura 20-2a).

No que diz respeito ao padrão distributivo de prevalência do grupo IV no total dos doentes saídos do HFF entre 2007 e 2009, verifica-se que os valores mínimos correspondem às freguesias de São Brás (7), Alfovelos (9) e Queluz (10). As freguesias de Santa Maria e São Miguel, Montelavar e Venda Nova assumem as prevalências mais elevadas, revelando, respectivamente, 16, 15 e 15 doentes saídos com diagnóstico de Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos, por cada 100 doentes saídos do HFF (Figura 20-2b). No HFF, em média, existem 12 doentes saídos do grupo IV em cada 1000 doentes saídos do HFF.

Observando a distribuição das taxas de doentes saídos correspondentes ao grupo IV no total dos habitantes da área de influência do HFF, verifica-se, também uma distribuição desigual, situando-se a média nos 3 doentes saídos do grupo IV para 1000 habitantes. Os menores valores encontram-se nas freguesias do concelho de Sintra – Alfovelos, Alfragide e São Brás – com taxas inferiores a 2 doentes saídos em cada 1000 habitantes nas respectivas freguesias. Em oposição encontram-se as freguesias de Venda Nova, Pêro Pinheiro e Queluz, a assumirem as taxas mais elevadas (superiores a 5 doentes saídos do grupo IV, por 1000 habitantes) (Figura 20-2c).

3.4.1.5 Transtornos Mentais (V)

Considerando o número de doentes saídos da área de influência do HFF incluídos no grupo V, verifica-se que a maioria das freguesias do concelho de Sintra apresenta os valores mais baixos, sendo exemplo Terrugem, São Martinho e Almargem do Bispo. Em oposição, apresentam-se as freguesias de Queluz, Venteira e Mina, com o número de doentes saídos mais elevado (293, 179 e 168, respectivamente) (Figura 21-1a). No que diz respeito à média por freguesia de doentes saídos pertencentes ao grupo V, esta corresponde a 73 doentes saídos na área de influência do HFF.

A prevalência relativa deste grupo (V), no total de doentes saídos do HFF no triénio 2007-2009, é de 13. Observa-se ainda que algumas freguesias do concelho de Amadora evidenciam os índices mais elevados: Reboleira (36), Brandoa (27) e Venteira (27). São Martinho, Algueirão-Mem Martins e Almargem do Bispo são as freguesias que revelam os valores mínimos inferiores ou iguais 2 doentes saídos com Transtornos Mentais por cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 21 -1b).

No que diz respeito ao peso do grupo V na população residente na área de influência do HFF, verifica-se que a maioria das freguesias do concelho de Amadora continua a revelar maiores índices, quando comparadas com as do concelho de Sintra. Assim o comprovam os valores máximos e mínimos registados, respectivamente, nas freguesias de Queluz, Reboleira e Venteira (superiores a 9 doentes saídos do grupo V por 1000 residentes nas respectivas freguesias) e nas freguesias de São Martinho, Terrugem e Algueirão-Mem Martins (inferiores a 0,7 doentes saídos no grupo V por 1000 habitantes das respectivas freguesias) (Figura 21-1c). Pode ainda referir-se que a taxa média corresponde, entre 2007 e 2009, a 4 doentes saídos por 1000 habitantes.

3.4.1.6 Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI)

O grupo VI revela um valor médio por freguesia de 330 doentes saídos residentes na área de influência do HFF. No entanto, a sua distribuição neste território é desigual, com as freguesias a Norte e a Oeste a evidenciarem os menores números de doentes saídos, destacando-se as freguesias de Alfovelos (58), Terrugem (62) e Montelavar (63). Com os valores absolutos mais elevados encontram-se as freguesias urbanas de Agualva-Cacém (1370), Queluz (906) e Algueirão-Mem Martins (897), todas elas pertencentes ao concelho de Sintra (Figura 21-2a).

A prevalência deste grupo (VI) no total dos doentes saídos do HFF no período de 2007 a 2009 corresponde, em média, a 57 doentes saídos por cada 1000 doentes saídos do HFF, sendo as freguesias de Casal de Cambra, Alfovelos e Buraca, a oriente desta área de influência, as que revelam as menores incidências (valores inferiores a 43 doentes saídos com diagnóstico inserido no grupo VI por cada 1000 doentes saídos do HFF). Em oposição, com as maiores taxas, encontram-se as freguesias de São Brás (117), São Pedro de Penaferrim (84) e Montelavar (70) (Figura 21-2b).

Tendo em conta a taxa entre os doentes saídos classificados neste grupo e a população residente na área de influência do HFF, o concelho de Sintra evidencia, uma vez mais, taxas mais baixas que o concelho da Amadora, sendo que, em média, existem 18 doentes saídos do grupo VI, por cada 1000 habitantes da área de influência do Hospital. Contudo, a freguesia que

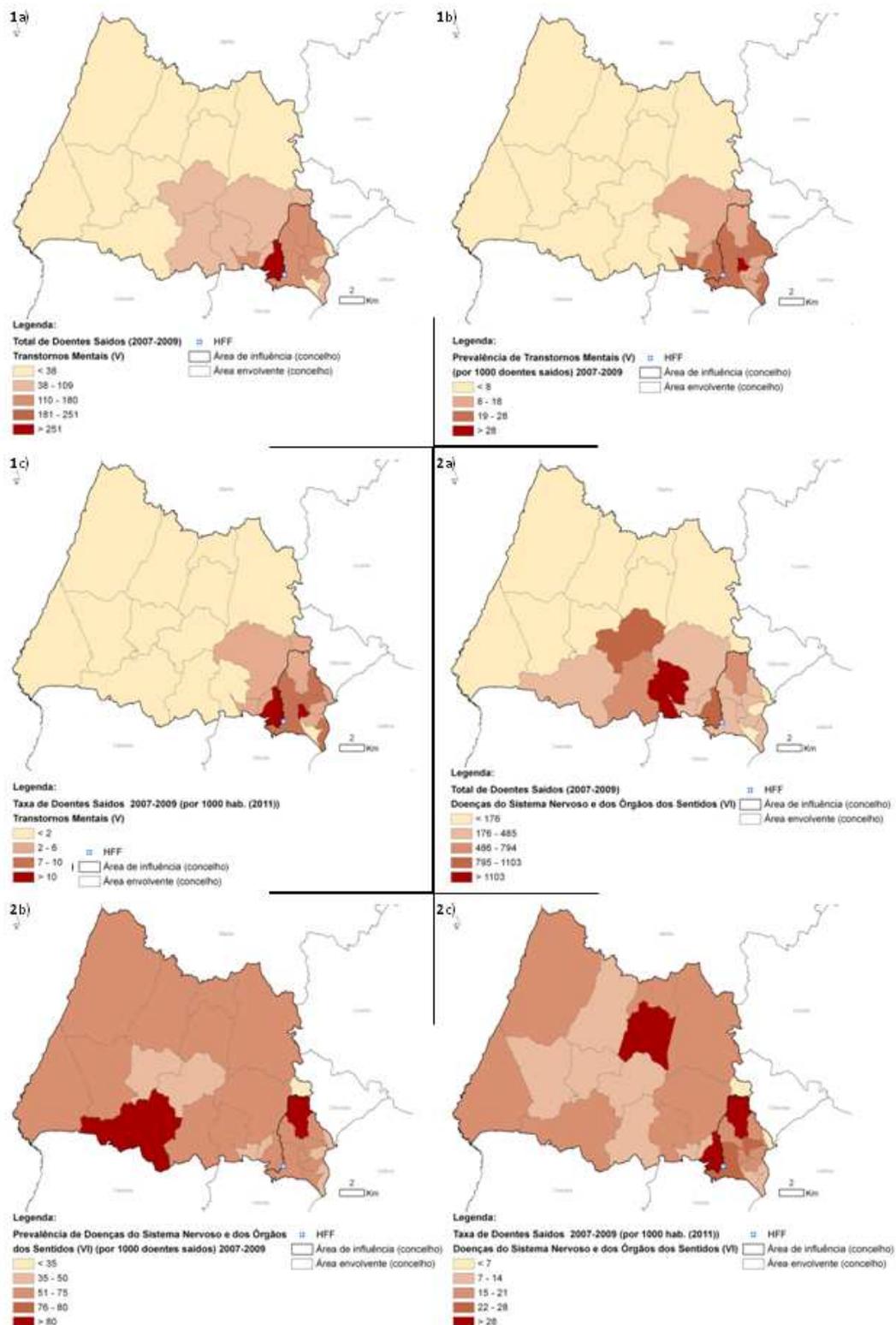
registra a taxa mais elevada pertence ao concelho de Sintra – Queluz (35 doentes saídos do grupo VI em cada 1000 residentes nesta freguesia) e o valor mínimo pertence à freguesia de Alfoanelos, no concelho de Amadora (58 doentes saídos do grupo VI em cada 1000 residentes nesta freguesia) (Figura 21-2c).

3.4.1.7 Doenças do Aparelho Circulatório (VII)

Mais uma vez as freguesias do Norte e Oeste da área de influência do HFF evidenciam os valores mais baixos respeitantes ao número de doentes saídos com diagnóstico de Doenças do Aparelho Circulatório, sendo a média por freguesia de 529 doentes saídos. Os valores máximos encontram-se nas freguesias urbanas de Agualva-Cacém (1994), Algueirão-Mem Martins (1555) e Queluz (1275), pertencentes ao concelho de Sintra. Os mínimos absolutos são registados nas freguesias de Alfragide, Alfoanelos e Montelavar, com 123, 126 e 127 doentes saídos, respectivamente (Figura 22-1a).

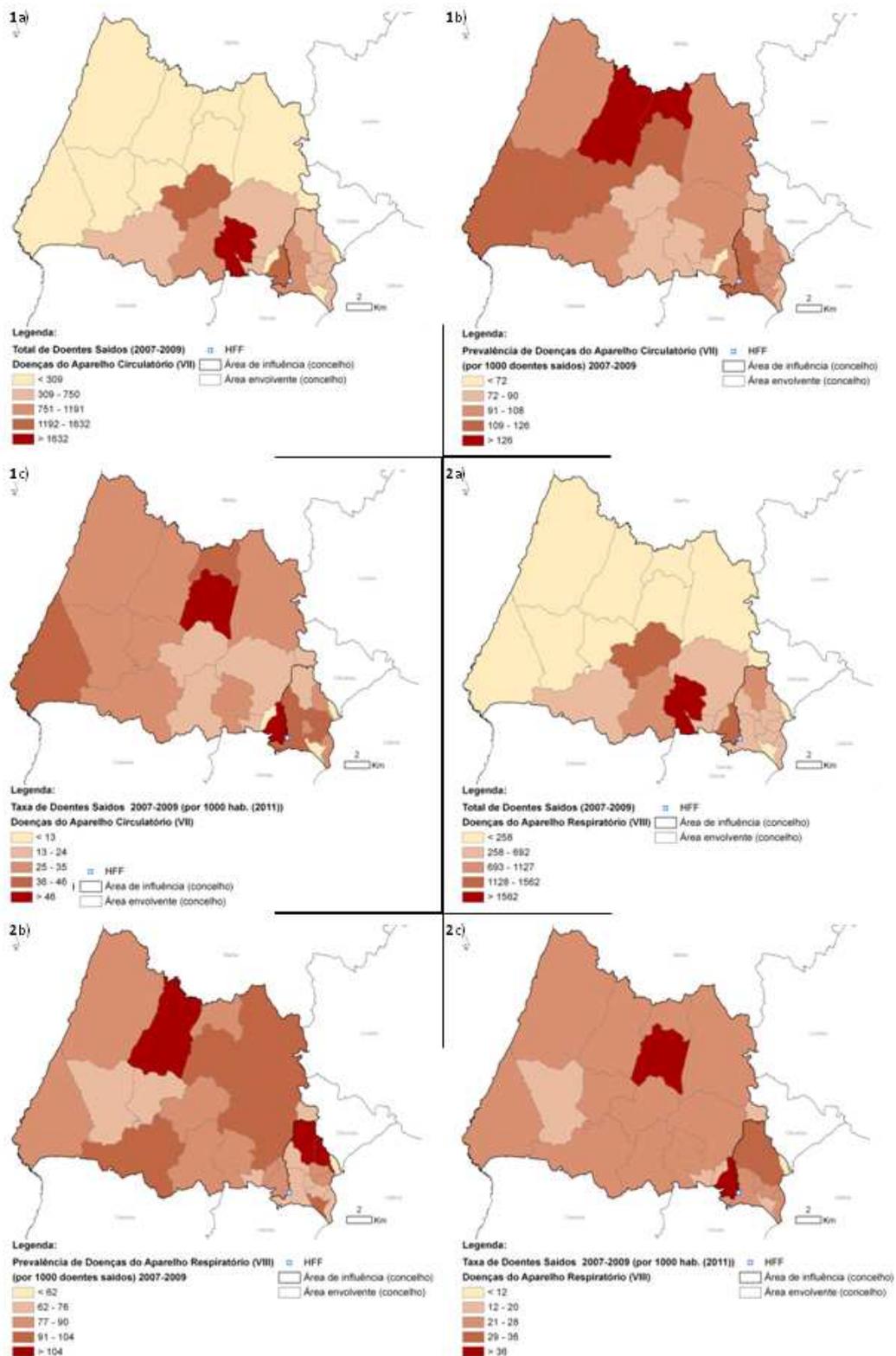
Relativamente à prevalência do grupo VII no total dos doentes saídos do HFF verifica-se que, em média, por cada 1000 doentes saídos do HFF, 99 apresentaram este diagnóstico. As freguesias com os valores mínimos são Monte Abraão (61), Rio de Mouro (73) e São Brás (73). Por outro lado, os máximos encontram-se em Montelavar, Terrugem e Colares, freguesias rurais do concelho de Sintra com valores superiores ou iguais a 122 doentes saídos com Doenças do Aparelho Circulatório por cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 22-1b).

A prevalência desde grupo é de 29 doentes saídos por cada 1000 habitantes, em média, podendo referir-se que o concelho de Amadora revela valores mais elevados, quando comparado com o concelho de Sintra. Contudo, o valor mínimo é assumido pela freguesia de Alfoanelos (concelho de Amadora), com 12 doentes saídos por cada 1000 habitantes da mesma freguesia. Os valores máximos são observados nas freguesias de Pêro Pinheiro (56 doentes saídos por 1000 habitantes), Queluz (49) e Mina (44) (Figura 22-1c).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 21. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Transtornos Mentais e de 2) Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a, INE, 2011.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 22. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total dos doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Aparelho Circulatório (VII) e de 2) Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

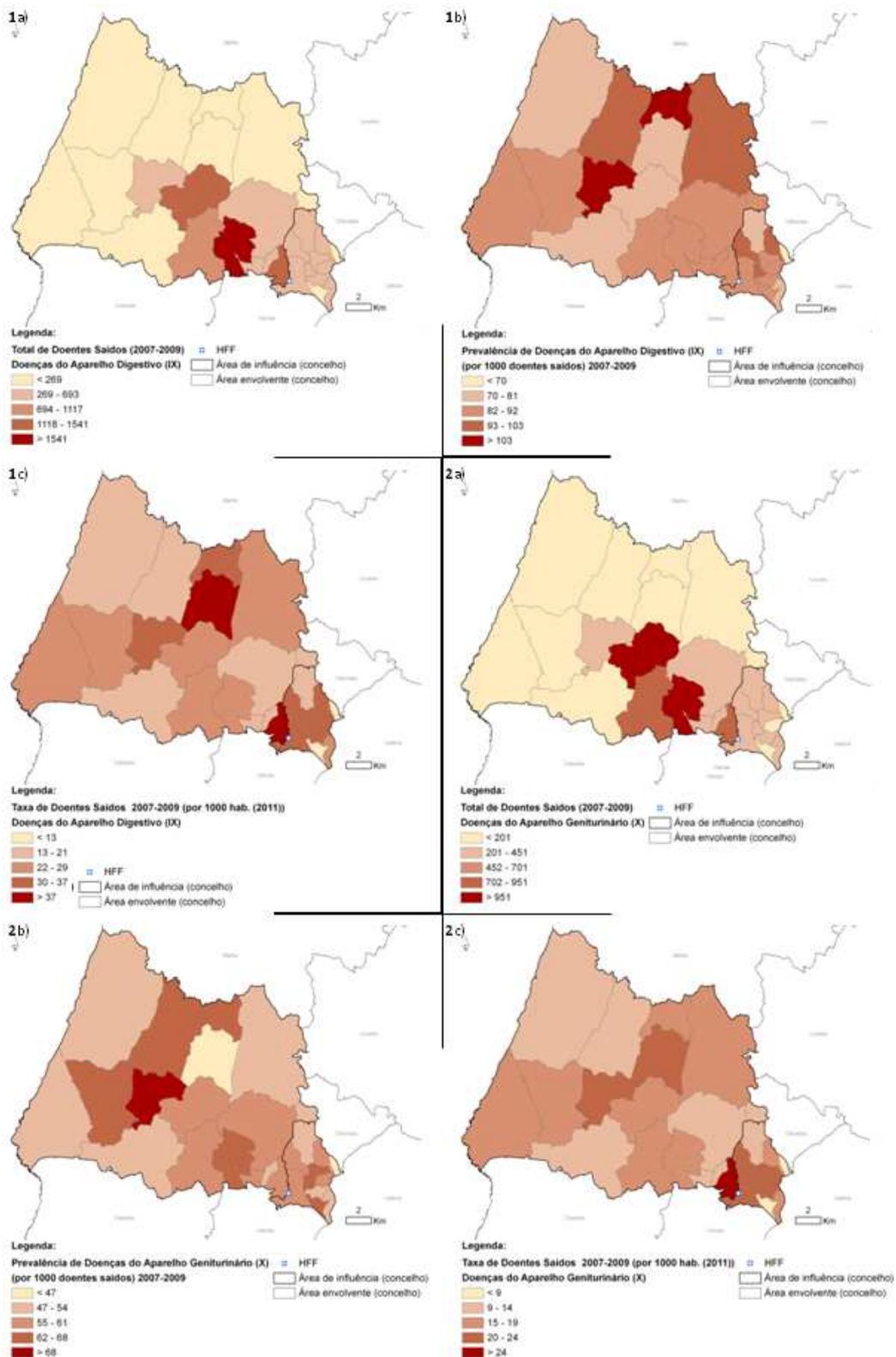
3.4.1.8 Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)

Na área de influência do HFF, a média de doentes saídos do grupo VIII corresponde a 474, sendo as freguesias de características rurais do Norte e Oeste deste território que evidenciam os valores mais baixos. Destaque para a freguesia com o número mais baixo de doentes saídos deste grupo que é Alfoanelos, no concelho da Amadora, com 77 doentes saídos, seguindo-se as freguesias de Montelavar (80) e Terrugem (111), estas últimas no concelho de Sintra. As freguesias que apresentam o maior número absoluto de doentes saídos são do concelho de Sintra – Agualva-Cacém (1914), Algueirão-Mem Martins (1508) e Queluz (1143) (Figura 22-2a). A prevalência das Doenças do Aparelho Respiratório no total de doentes saídos da área de influência do HFF é de 83 por cada 1000 doentes saídos do HFF, em média, registando-se na freguesia de Alfoanelos (concelho de Amadora) o valor mais baixo (51). Os valores máximos desta taxa de prevalência observam-se nas freguesias de São Brás (123), Terrugem (107) e Brandoa (105), com mais de 100 doentes saídos com diagnóstico de Doenças do Aparelho Respiratório em cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 22-2b).

No que diz respeito ao peso dos doentes saídos na população residente, observa-se que a maioria das freguesias do concelho de Sintra revela uma taxa que se posiciona na classe que contém a média. Todavia, os máximos desta distribuição são constatados nas freguesias de Queluz e Pêro Pinheiro (ambas com 44 doentes saídos do grupo VIII por 1000 habitantes). No concelho da Amadora é registado o mínimo na freguesia de Alfoanelos (7 doentes saídos do grupo VIII por 1000 habitantes) (Figura 22-2c). Em termos médios, a área de influência do HFF regista uma taxa correspondente a 24 doentes saídos, em cada 1000 habitantes, em 2007-2009.

3.4.1.9 Doenças do Aparelho Digestivo (IX)

Relativamente ao grupo IX, observa-se que a área a Norte e Oeste do HFF regista o menor número de doentes saídos: 481 doentes saídos corresponde à média do total para o território. O concelho de Sintra apresenta as freguesias com os valores máximos desta distribuição, ultrapassando várias delas os 1000 doentes saídos no triénio analisado: Agualva-Cacém (1934), Algueirão-Mem Martins (1430), Queluz (1151) e Rio de Mouro (1018). Em contraponto, é numa freguesia do concelho de Amadora, Alfoanelos, o território em que se observa o número de doentes saídos mais baixo (95 doentes saídos), seguida das freguesias rurais de Montelavar e Terrugem (104 e 106 doentes saídos, respectivamente) (Figura 23-1a).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 23. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Aparelho Digestivo (IX) e de 2) de Doenças do Aparelho Geniturinário (X) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

Relativamente à prevalência de doentes saídos do grupo IX no total de doentes saídos verifica-se que, em média, existem 86 doentes saídos com diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo por cada 1000 doentes saídos do HFF. O concelho de Amadora revela os valores mínimos de prevalência, na freguesia de Alfovelos, São Brás e Buraca, com 63, 70 e 71 doentes saídos no grupo IX, em cada 1000 doentes saídos do HFF, respectivamente. Por outro lado, é o concelho de Sintra que regista os valores máximos de prevalência, nas freguesias de Montelavar (115), Santa Maria e São Miguel (113) e Terrugem (102) (Figura 23-1b).

Tendo em conta a taxa os doentes saídos do grupo IX e a população residente na área de influência do HFF, verifica-se que, mais uma vez, o concelho de Amadora revela taxas mais elevadas, por oposição ao concelho de Sintra. No entanto, os valores máximos desta taxa são observados no território do concelho de Sintra, nas freguesias de Queluz e Pêro Pinheiro, onde, por cada 1000 habitantes residentes, existem mais de 38 doentes saídos do grupo IX. Os valores mínimos são registados no concelho de Amadora: Alfovelos e Alfragide (9 e 11 doentes saídos do grupo IX, por cada 1000 habitantes, respectivamente) (Figura 23-1c).

3.4.1.10 Doenças do Aparelho Geniturinário (X)

No grupo X (Doenças do Aparelho Geniturinário), as freguesias do Norte e Oeste da área de influência do HFF evidenciam os valores absolutos mais baixos de doentes saídos da área de influência do HFF, com destaque para os valores observados nas freguesias do concelho de Sintra – Montelavar (60) e Terrugem (68). No entanto, as freguesias de Agualva-Cacém (1417), Algueirão-Mem Martins (1075) e Queluz (759), também elas pertencentes ao concelho de Sintra, registam os valores máximos de doentes saídos (Figura 23-2a).

No que diz respeito à prevalência de doentes saídos com diagnóstico de Doenças do Aparelho Geniturinário no total de doentes saídos do HFF, verifica-se que, em média, por cada 1000 doentes saídos do HFF existem 57 doentes saídos do grupo X. Os valores mínimos, inferiores à média, encontram-se nas freguesias de Pêro Pinheiro, Alfovelos e São Brás, onde a prevalência é inferior a 48 por cada 1000 doentes saídos do HFF. Os valores máximos são observados no concelho de Sintra, correspondendo às freguesias de Santa Maria e São Miguel, com 78 doentes saídos com Doenças do Aparelho Geniturinário, em cada 1000 doentes saídos do HFF, seguida de Montelavar (66) e Terrugem (65) (Figura 23-2b).

As taxas do grupo X mais elevadas são observadas no concelho de Sintra, correspondendo a média deste grupo a 16 doentes saídos por 1000 habitantes, para toda a área de influência. Com as taxas mais elevadas encontram-se as freguesias de Queluz, Falagueira e Venda Nova (29, 24 e 22 doentes saídos do grupo X, em cada 1000 habitantes das respectivas freguesias,

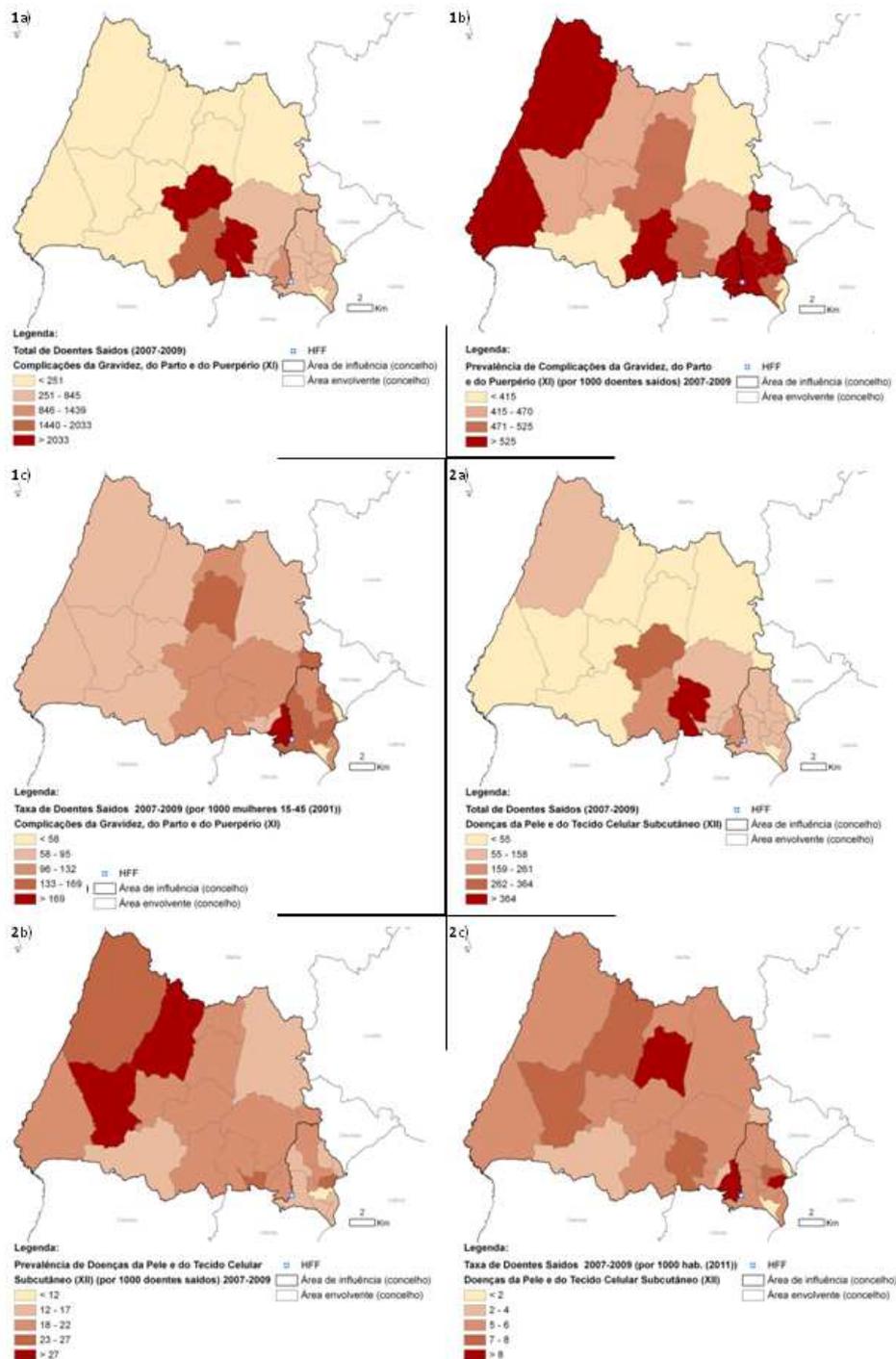
respectivamente). Alforneiros, Alfragide e Monte Abraão são as freguesias que evidenciam as taxas mais baixas dentro da área de influência do HFF (7, 8 e 10 doentes saídos do grupo X, em cada 1000 habitantes das respectivas freguesias, respectivamente) (Figura 23-2c).

3.4.1.11 Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI)

Observando a distribuição dos doentes saídos do grupo XI verifica-se que nas freguesias do Sudeste da área de influência do HFF evidenciam-se os valores mais elevados dentro da área de influência do HFF. Este grupo revela em média, 548 doentes saídos, no período 2007-2009, verificando-se que nas freguesias de Terrugem, Montelavar e Alfragide se observa o número mais baixo de doentes saídos: 78, 83 e 90, respectivamente. Nas freguesias urbanas do concelho de Sintra – Agualva-Cacém (2575), Algueirão-Mem Martins (2123) e Rio de Mouro (1449) – registam-se os valores mais elevados de doentes saídos com diagnóstico do grupo XI (Figura 24-1a).

Considerando a prevalência deste grupo no total de doentes saídos do HFF, observa-se que, em média, existem 497 doentes saídos do grupo XI por 1000 doentes saídos do sexo feminino com idades entre os 15 e os 45 anos. Nas freguesias de São Pedro de Penaferrim, Buraca e Almargem do Bispo os valores de prevalência são mais baixos (348, 396 e 411 doentes saídos em cada 1000 doentes saídos do sexo feminino com idades entre os 15 e os 45 anos do HFF, respectivamente). As prevalências máximas registam-se nas freguesias de São João de Lampas (freguesia que em 2010 passou a referenciar para o Hospital de Cascais), correspondendo a 571 doentes saídos por 1000 doentes saídos do sexo feminino entre os 15 e os 45 anos, juntamente com as freguesias de Reboleira (565) e Colares (561) (Figura 24-1b).

Relativamente ao peso dos doentes saídos na população residente, nas freguesias do concelho de Sintra (ocidente da área de influência do HFF), observam-se os valores mais baixos. No entanto, é nas freguesias de Alforneiros e Alfragide (concelho de Amadora) que se registam os valores mínimos (39 e 41 doentes saídos do grupo XI por cada 1000 mulheres residentes com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, respectivamente). Os valores máximos são registados nas freguesias de Queluz, Mina e Brandoa, com 193, 168 e 165 doentes saídos do grupo XI por cada 1000 mulheres com 15 a 45 anos (Figura 24-1c).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 24. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos do sexo feminino dos 15 aos 45 anos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) e de Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

Nota: Para o cálculo da Prevalência na População Residente de Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) do HFF em 2007-2009 fui utilizada a população feminina com idade compreendida entre os 15 e os 45 anos no ano de 2001, dada a inexistência dessa informação para o ano 2011.

3.4.1.12 Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII)

A distribuição geográfica na área de influência do HFF dos doentes saídos do grupo XII é heterogénea, observando-se que nas freguesias do Norte e Oeste da área de influência do HFF se concentram os valores mais baixos; o valor mínimo é observado na freguesia de Montelavar (18 doentes saídos). Em média, no triénio 2007-2009, foram registados 106 doentes saídos deste grupo, sendo nas freguesias do concelho de Sintra – Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Queluz – que o número de doentes saídos é mais elevado (483, 342, 256 doentes saídos, respectivamente) (Figura 24-2a).

Este grupo revela uma média de 19 doentes saídos com diagnóstico de Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo por cada 1000 doentes saídos do HFF, no período em análise. As taxas de prevalências mais elevadas correspondem às freguesias de Terrugem (36), São Martinho (29) e Venda Nova (26). Em contraponto, nas freguesias de Damaia (12), Alfovelos (13) e Venteira (13) as taxas de prevalência são as mais baixas da área de influência do HFF, reflectindo que é no concelho da Amadora que se verificam as taxas de prevalência mais baixas da área de influência do HFF (Figura 24-2b).

Considerando a taxa de doentes saídos deste grupo por cada 1000 habitantes, observa-se que, paradoxalmente, é no concelho de Amadora que se observam os valores extremos: as taxas mais baixas são encontradas em Alfovelos e Alfragide (ambas com 2 doentes saídos do grupo XII por cada 1000 habitantes da respectiva freguesia) e o valor máximo é na freguesia de Venda Nova, com 10 doentes saídos do grupo XII por cada 1000 habitantes (Figura 24-2c).

3.4.1.13 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)

No que diz respeito ao grupo XIII, o padrão distributivo revela que, na generalidade, as freguesias do sudeste deste território têm o número de doentes saídos mais elevado. A média, neste grupo, corresponde a 115, sendo nas freguesias de Montelavar (com 21 doentes saídos), Terrugem (com 26 doentes saídos) e Alfragide (com 28 doentes saídos) que se registam os valores mínimos. Em oposição estão as freguesias urbanas, com o número de doentes saídos mais elevado, Agualva-Cacém (441), Damaia (312) e Algueirão-Mem Martins (302) (Figura 25-1a).

A prevalência de doentes saídos neste grupo, no total de doentes saídos do HFF, evidencia o Sul da área de influência do HFF que, em geral, apresenta taxas de prevalência mais baixas, com as freguesias de São Pedro de Penaferrim, Monte Abraão e São Brás a deterem os valores mínimos (10, 10 e 13 doentes saídos com diagnóstico do grupo XIII por cada 1000 doentes

saídos do HFF, respectivamente). Os valores máximos registam-se nas freguesias de Damaia (41 doentes saídos com diagnóstico do grupo XIII por cada 1000 doentes saídos), Santa Maria e São Miguel (31) e Almargem do Bispo (26) (Figura 25-1b). O valor médio de prevalência corresponde a 21 doentes saídos por 1000 doentes saídos do HFF.

O peso de doentes saídos relativo ao grupo XIII na população residente na área de influência do HFF é de 6 doentes saídos por cada 1000 habitantes, em média. É no concelho de Sintra que se verificam as taxas mais baixas, observando-se os valores mínimos nas freguesias de Monte Abraão e São Pedro de Penaferrim, ambas com 2 doentes saídos do grupo XIII por 1000 habitantes. O valor mais elevado deste grupo de doenças pertence ao concelho de Amadora (Damaia, com 15 doentes saídos do grupo XIII, em cada 1000 habitantes) (Figura 25-1c).

3.4.1.14 Anomalias Congénitas (XIV)

O padrão distributivo do grupo XIV, de modo geral, é marcado por uma variação Norte/Oeste e o Sul/Este da área de influência do HFF: o primeiro, com valores mais baixos; o segundo, com valores mais altos de doentes saídos. Neste grupo, a média de doentes saídos no triénio 2007-2009 corresponde a 23, existindo 11 freguesias que apresentam valores inferiores a 10 doentes saídos. Os valores mais altos de doentes saídos são nas freguesias de Aqualva-Cacém (101), Algueirão-Mem Martins (97), Rio de Mouro (60); freguesias urbanas do concelho de Sintra (Figura 25-2a).

Tendo em conta a prevalência de doentes, pode referir-se que, em média, existem 4 doentes saídos do grupo XIV por cada 1000 doentes saídos do HFF. O mínimo observado para este grupo é de 1 doente saído do grupo XIV por cada 1000 doentes saídos do HFF, correspondendo às freguesias de Alfovelos, Almargem do Bispo e Falagueira. Em termos máximos, verifica-se que é nas freguesias de Montelavar (7), Brandoa (6), Algueirão-Mem Martins (5) e Belas (5), que as prevalências de doentes saídos são mais elevadas com diagnóstico de Anomalias Congénitas (XIV) em cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 25-2b).

Ao observar a distribuição do rácio entre os doentes saídos do grupo XIV e a população residente, verifica-se que existem três freguesias no concelho de Sintra que assumem valores acima da média (por exemplo Pêro e Pinheiro e Queluz, que registam das taxas mais elevadas da área de influência do HFF – 12 e 11 doentes saídos do grupo XIV por 1000 habitantes). Contudo, é na freguesia de Damaia, concelho de Amadora, que se regista o máximo da distribuição, com 15 doentes saídos do grupo XIV por 1000 habitantes. As freguesias que revelam as menores taxas de prevalência são Monte Abraão e São Pedro de Penaferrim, evidenciando 2 doentes saídos por 1000 habitantes (Figura 25-2c). Pode ainda referir-se que a

média desta distribuição corresponde a 1 doente saído do grupo XIV por 1000 habitantes da área de influência do HFF.

3.4.1.15 Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV)¹⁸

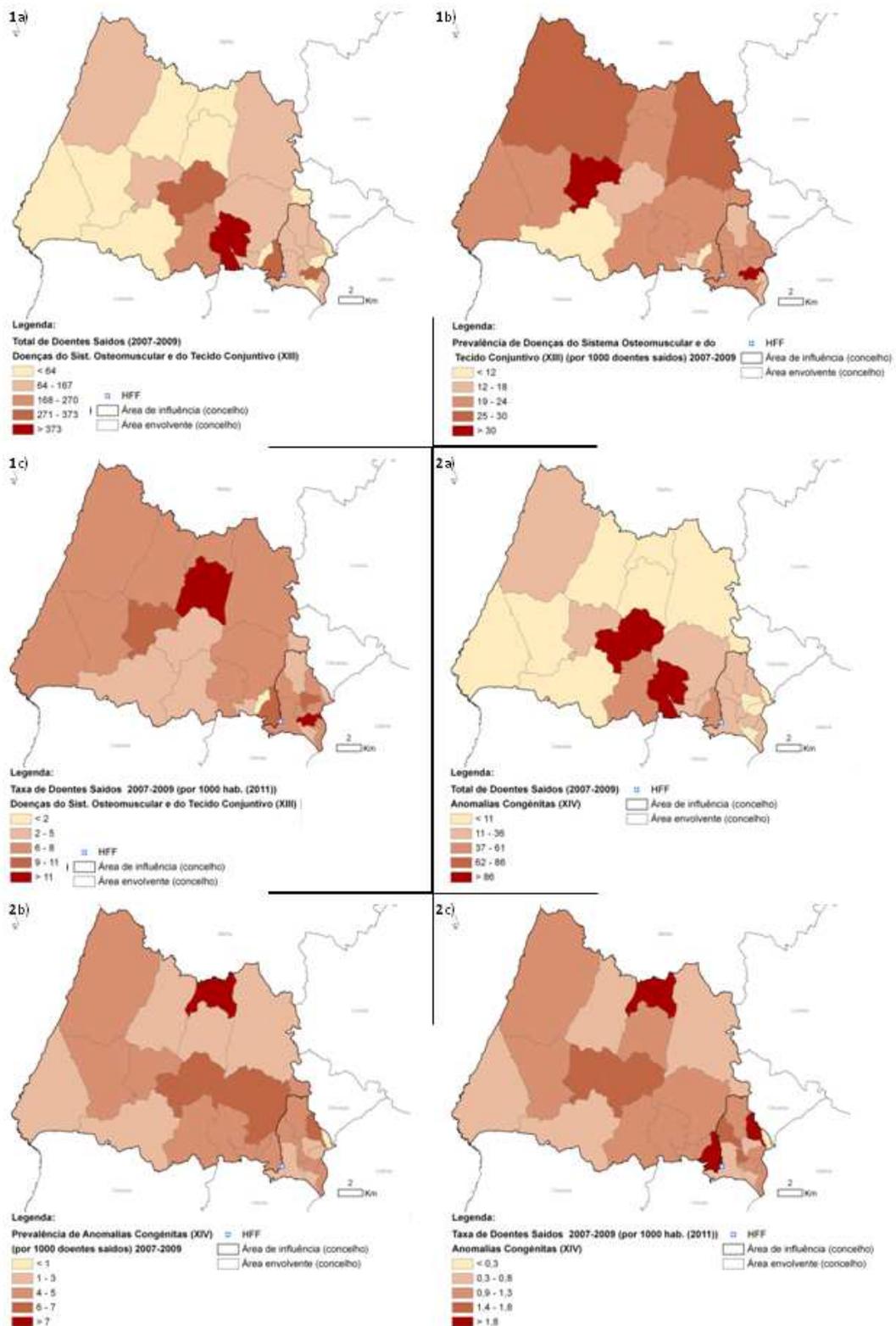
O valor total deste grupo de doença é muito baixo. No que diz respeito à sua distribuição geográfica, verifica-se que existem 8 freguesias com 0 doentes saídos, correspondendo, grosso modo, às freguesias ocidentais da área de influência do HFF. Entre 2007 e 2009, a média de doentes saídos com diagnóstico do grupo XV é de 3, existindo 7 freguesias com apenas 1 doente saído (Monte Abraão, Casal de Cambra, Montelavar e Almagem do Bispo, no concelho de Sinta e Damaia, Venda Nova e Alfragide, no concelho de Amadora). O máximo de doentes saídos neste grupo de doenças é observado nas freguesias do concelho de Sintra, Agualva-Cacém, Queluz e Algueirão-Mem Martins (com número de doentes saídos igual ou superior a 8) (Figura 26-1a).

Em termos de prevalência, observa-se que existem, em média, 7 doentes saídos do grupo XV por 1000 doentes saídos entre os 0 e os 28 dias de idade. Os valores mínimos são observados nas freguesias de Damaia, Monte Abraão e Casal de Cambra, com 3, 3 e 5 doentes saídos deste grupo em cada 1000 doentes saídos entre os 0 e os 28 dias de idade. Em oposição, encontram-se as freguesias de Alfragide, Pêro Pinheiro e Montelavar, com os valores de prevalência mais alta registadas neste grupo (superiores a 18 doentes saídos do grupo XV por 1000 doentes saídos entre os 0 e os 28 dias de idade do HFF) (Figura 26-1b).

3.4.1.16 Sintomas, Afecções e Sinais Mal Definidos

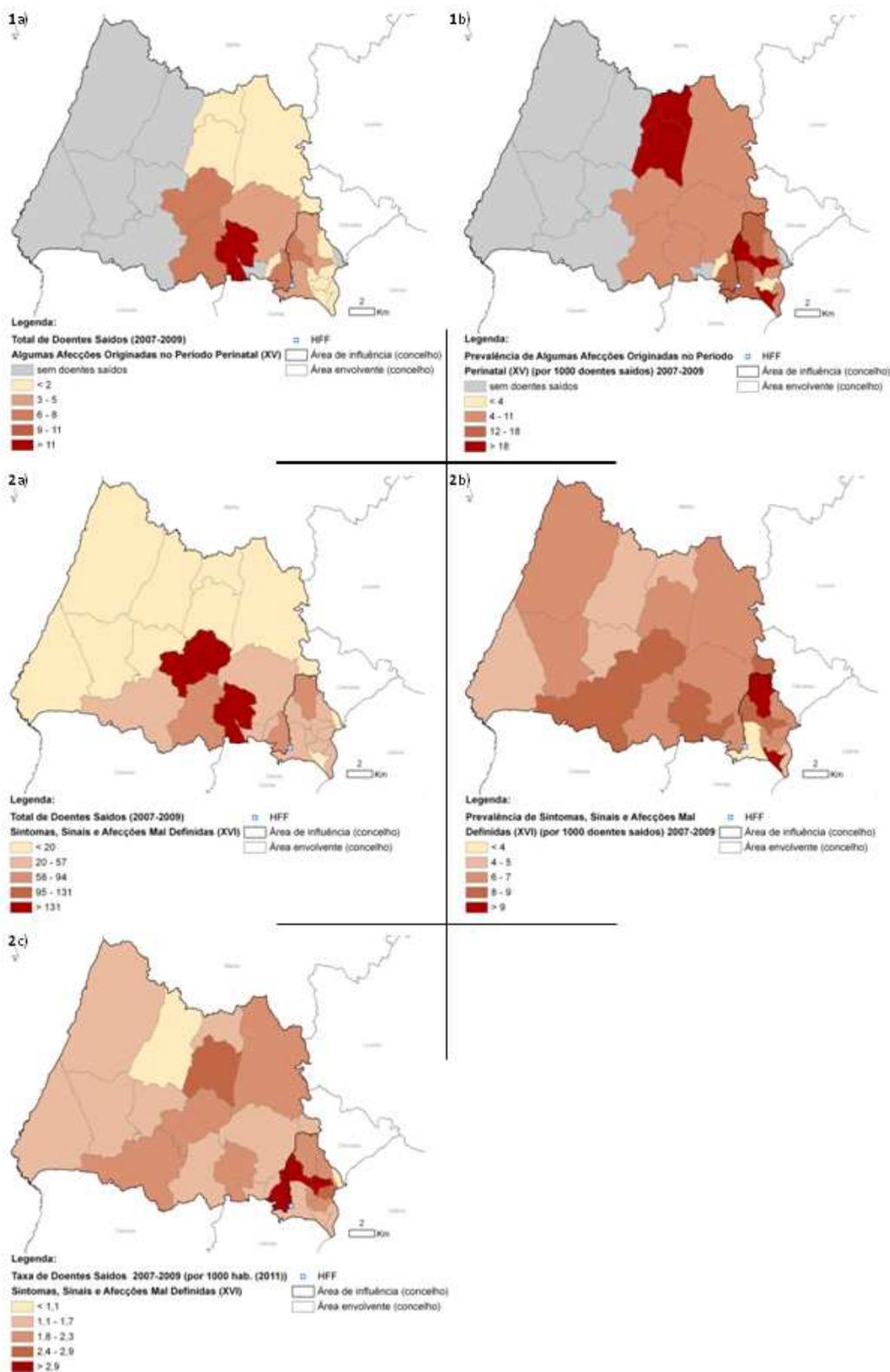
Tendo em conta o total de doentes saídos do grupo XVI verifica-se que é nas freguesias localizadas a Norte e Oeste que se registam os menores valores, como por exemplo Montelavar, Terrugem, Alfovelos e São Martinho, onde os valores são inferiores ou iguais a 9 doentes saídos. A média deste grupo corresponde a 38 doentes saídos, no período de 2007 a 2009, sendo nas freguesias de Agualva-Cacém (171), Algueirão-Mem Martins (135) e Queluz (78), do concelho de Sintra, que se verificam os maiores valores (Figura 26-2a).

¹⁸ Neste grupo de doenças não se efectua a análise da prevalência na população residente, uma vez que não é possível obter informação relativa ao escalão etário específico quer para o ano 2011, só sendo disponibilizado pelo INE mediante autorização para o ano 2001.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 25. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII) e de 2) Anomalias Congénitas (XIV) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborar a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.



(* Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 26. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos dos 0 aos 28 dias (b) de 1) Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) e de 2) Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

A taxa de prevalência é de 6 doentes saídos, por cada 1000 doentes saídos do HFF, em média, destacando-se as freguesias de Venteira, Santa Maria e São Miguel, Montelavar e Buraca com os valores mais baixos (4 doentes saídos por cada 1000 doentes saídos do HFF). A prevalência máxima é registada em algumas freguesias do concelho de Amadora (Alfragide, São Brás, Falagueira e Mina), com mais de 8 doentes saídos com diagnóstico de Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas em cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 26-2b).

No que diz respeito às taxas de prevalência na população residente dos doentes classificados no grupo XVI, verifica-se que nas freguesias do concelho de Amadora se registam, em média, as taxas mais elevadas, quando comparadas com as do concelho de Sintra (2,1 vs. 1,7 doentes saídos do grupo XVI por 1000 habitantes). Todavia, os valores máximos observam-se nas freguesias de Falagueira e de Mina, no concelho de Amadora, mas também em Queluz, no concelho de Sintra (superiores a 3 doentes saídos do grupo XVI por 1000 habitantes das respectivas freguesias). Os valores mais baixos correspondem à freguesia de Alfovelos, no concelho de Amadora, e às freguesias de Terrugem, Montelavar e Santa Maria e São Miguel (valores inferiores 1,2 doentes saídos por 1000 habitantes residentes). Pode ainda referir-se que a taxa média corresponde, em 2007-2009, a 2 doentes saídos por 1000 habitantes (Figura 26-2c).

3.4.1.17 Lesões e Envenenamentos (XVII)

No triénio analisado de 2007-2009 o HFF regista, em média, 259 doentes saídos no grupo XVII, considerando a sua área de influência. No cartograma Figura 27-1a verifica-se que, grosso modo, é nas freguesias do Norte e Oeste da área de influência do HFF que se observam os valores mais baixos de doentes saídos neste grupo. Assim sendo, assumem os menores valores estão as freguesias de Montelavar (42 doentes saídos), Alfovelos (54 doentes saídos), Terrugem e Alfragide (65 doentes saídos). No concelho de Sintra são observados os valores absolutos de doentes saídos mais elevados - Agualva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Queluz (1036, 865 e 597, respectivamente).

A prevalência é de 47 doentes saídos com esse diagnóstico em 1000 doentes saídos do hospital. O padrão distributivo revela, em geral, que nas freguesias orientais da área de influência do HFF se observam as taxas de prevalência mais baixas. As freguesias que evidenciam as taxas de prevalência mínimas são do concelho de Amadora: Buraca (35), Alfovelos (36), São Brás (36) e Falagueira (36). Em contraponto estão a freguesia de Damaia (70 doentes saídos do grupo XVII por 1000 doentes saídos) e as freguesias do concelho de

Sintra, Colares (68) e Santa Maria e São Miguel (63) - com os valores mais elevados de doentes saídos do grupo XVII por 100 doentes saídos do HFF (Figura 27-1b).

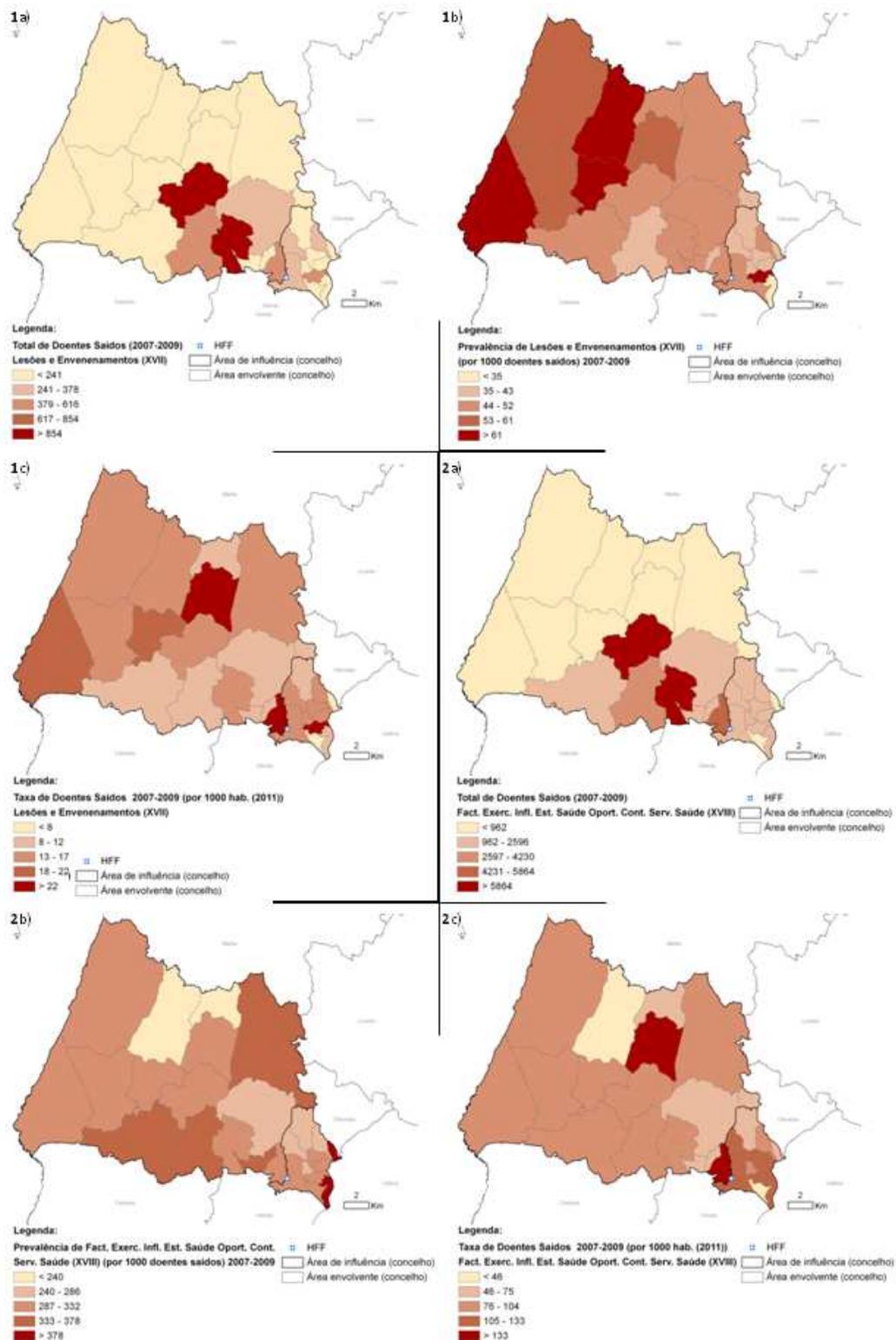
O concelho de Sintra evidencia, relativamente a este grupo, taxas de prevalência na população residente ligeiramente mais elevadas que o concelho da Amadora, sendo que, em média, existem 14 doentes saídos do grupo XVII, por cada 1000 habitantes na área de influência do HFF. Assim sendo, as freguesias que registam as taxas de prevalência mais elevadas pertencem ao concelho de Sintra – Pêro Pinheiro (25 doentes saídos do grupo XVII em cada 1000 habitantes desta freguesia). O valor mínimo pertence à freguesia de Alfovelos, no concelho de Amadora (5 doentes saídos do grupo XVII em cada 1000 habitantes desta freguesia) (Figura 27-1c).

3.4.1.18 Factores que Exercem Influência no Estado de Saúde e Oportunidades de Contacto com os Serviços de Saúde (XVIII)¹⁹

O grupo XVIII revela um valor médio de 1779 doentes saídos residentes na área de influência do HFF. No entanto, a sua distribuição neste território é desigual, observando-se menor número de doentes saídos no Norte e Oeste da área de influência do HFF, destacando-se as freguesias do concelho de Sintra, Montelavar (184) e Terrugem (224). Os valores absolutos mais elevados encontram-se nas freguesias urbanas de Aqualva-Cacém (6950), Algueirão-Mem Martins (6053) e Queluz (4246), também elas pertencentes ao concelho de Sintra (Figura 27-2a).

A prevalência dos doentes saídos relativos a este grupo (XVIII) é, em média, 309 por cada 1000 doentes saídos do HFF. Observa-se ainda que as taxas de prevalência mais elevadas se encontram no concelho de Amadora, nas freguesias de Alfovelos (445) e Buraca (381). No concelho de Sintra registam-se os valores mínimos, nas freguesias de Montelavar e Terrugem que apresentam uma prevalência inferior ou igual a 216 doentes saídos com Factores que Exercem Influências sobre o Estado de Saúde e Oportunidade de Contacto com os Serviços de Saúde (XVIII) por cada 1000 doentes saídos do HFF (Figura 27-2b).

¹⁹ Este grupo diz respeito a uma classificação criada para lidar com ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença ou lesão classificáveis nas categorias 001-999 (a parte principal do ICD) são registados como "diagnósticos" ou "problemas". Tal pode verificar-se quando: a) uma pessoa que não está doente se dirige aos serviços de saúde para algum propósito específico, por exemplo para doar um órgão ou tecido, para receber a vacinação profilática, ou para discutir um problema que em si mesmo não é uma doença ou lesão b) uma pessoa com uma doença ou lesão conhecidas, seja ela actual ou já em tratamento, utiliza os serviços de saúde para um tratamento específico dessa doença ou lesão (por exemplo, a diálise para a doença renal; quimioterapia; mudança de gesso); c) está presente alguma circunstância ou problema que influencia o estado de saúde da pessoa, mas não é em si uma doença ou lesão actual (ICD9, 2011).



(* Resultados Preliminares Censos 2011)

Figura 27. Total de Doentes Saídos (a), Prevalência no total de doentes saídos (b) e Prevalência na População Residente (c) de 1) Lesões e Envenenamentos e de 2) Factores que Exercem Influência no Estado de Saúde e Oportunidades de Contacto com os Serviços de Saúde (XVIII) do HFF por freguesias da sua área de influência, em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2001.

Tendo em conta a distribuição das taxas de doentes saídos do grupo IX na população residente na área de influência do HFF, verifica-se que, mais uma vez, o concelho de Amadora revela taxas mais elevadas, contrariamente ao concelho de Sintra. Contudo, as freguesias de Queluz e Pêro Pinheiro, no concelho de Sintra, apresentam o máximo registado para este grupo de doenças, por cada 1000 habitantes: 163 e 148 doentes saídos, respectivamente; o valor mínimo da distribuição é verificado no concelho de Amadora, que o regista na freguesia de Alfragide (40 doentes saídos do grupo XVIII, por cada 1000 habitantes) (Figura 27-2c).

3.4.2 Dias de Internamento e Demora Média de Doentes Saídos

No período entre 2007 e 2009 o HFF apresenta um total de 1.761.577 dias de internamento, 94,8% dos quais correspondendo a doentes saídos residentes na sua área de influência e apenas 5,2% a doentes saídos residentes fora dessa área.

Tendo em conta os 18 grupos de doença (CID-9), o HFF conta com 97.870 dias de internamento, média dos três anos, sendo de 92.800 para a área de influência do HFF e, apenas, 5.029 dias de internamento para fora dessa mesma área.

Os grupos de doenças que revelam o maior número de dias de internamento na área de influência do HFF são as Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) (244.220 dias) Doenças do Aparelho Circulatório (VII) (234.823 dias) e os Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII) (169.745) (Quadro-Anexo nº2 e Figura 28).

No entanto, no que diz respeito à sua proporção relativa aos dias de internamento de doentes saídos residentes da área de influência do HFF, verifica-se que são os grupos Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV) (97,7%), Doenças Infecciosas e Parasitárias (I) (97,2%) e Lesões e Envenenamentos (XVII) (96,9%), os que apresentam maiores percentagens. Com o menor número de dias de internamento na área de influência do HFF encontram-se os grupos Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) (1.066), Anomalias Congénitas (XIV) (5.616) e Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI) (10.487).

As percentagens mais elevadas relativas a dias de internamento fora da área de influência do HFF são reveladas pelos grupos Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) (28,6%), Anomalias Congénitas (XIV) (11,1%) e Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII) (9,1%).

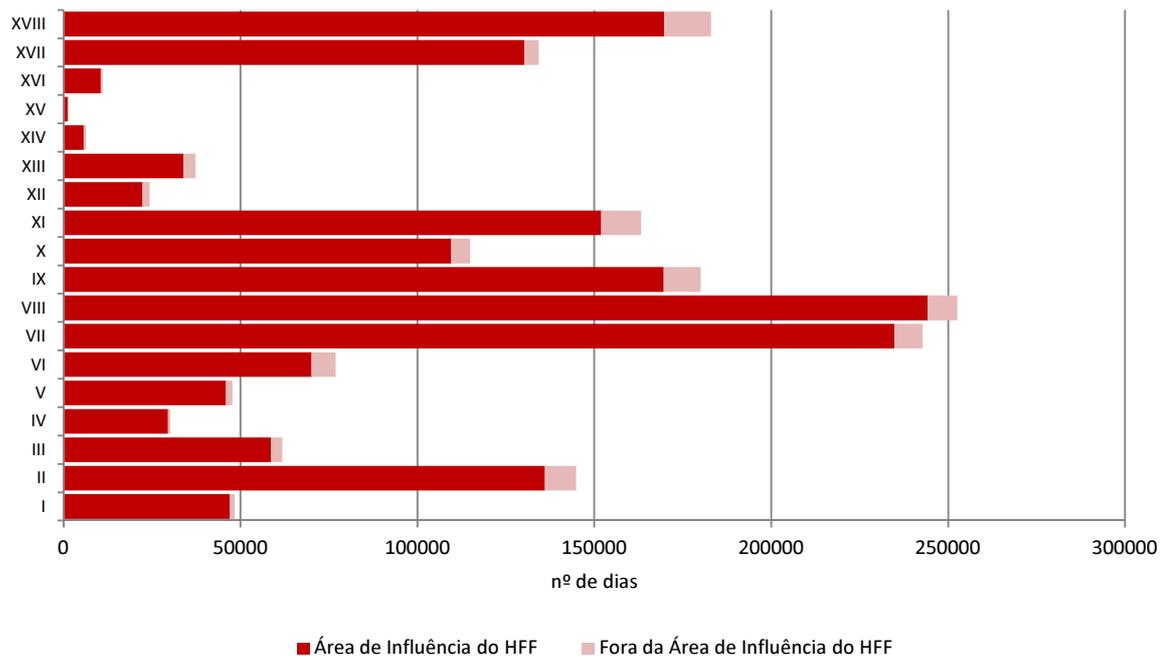


Figura 28. Dias de Internamento de acordo com a pertença à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9)²⁰, entre 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Tendo em conta a razão entre o número de dias de internamento e o número de doentes saídos, denominada “demora média de doentes saídos²¹”, verifica-se que esta é, no HFF, de 10,2 dias. Considerando os valores mínimos deste indicador, observam-se nos grupos de doenças: Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII) (3,3 dias por doente saído), Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI) (7,5 dias por doente saído) e Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII) (7,5 dias por doente saído). Por outro lado, os valores máximos do HFF são visíveis nos grupos Transtornos Mentais (V) (22,6 dias por doente saído), Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) (18,0 dias por doente saído) e Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) (17,6 dias por doente saído) e Lesões e Envenenamentos (XVII) (17,6 dias por doente saído) (Quadro-Anexo nº2 e Figura 29).

²⁰ I-Doenças Infecciosas e Parasitárias; II-Neoplasias; III-Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários; IV-Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos; V-Transtornos Mentais; VI-Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos; VII-Doenças do Aparelho Circulatório; VIII-Doenças do Aparelho Respiratório; IX-Doenças do Aparelho Digestivo; X-Doenças do Aparelho Geniturinário; XI-Complicações da Gravidez do Parto e do Puerpério; XII-Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo; XIII-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; XIV-Anomalias Congénitas; XV-Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal; XVI-Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas; XVII-Lesões e Envenenamentos; XVIII-Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde;

²¹ São considerados apenas os doentes saídos de internamento e não o total de doentes tratados.

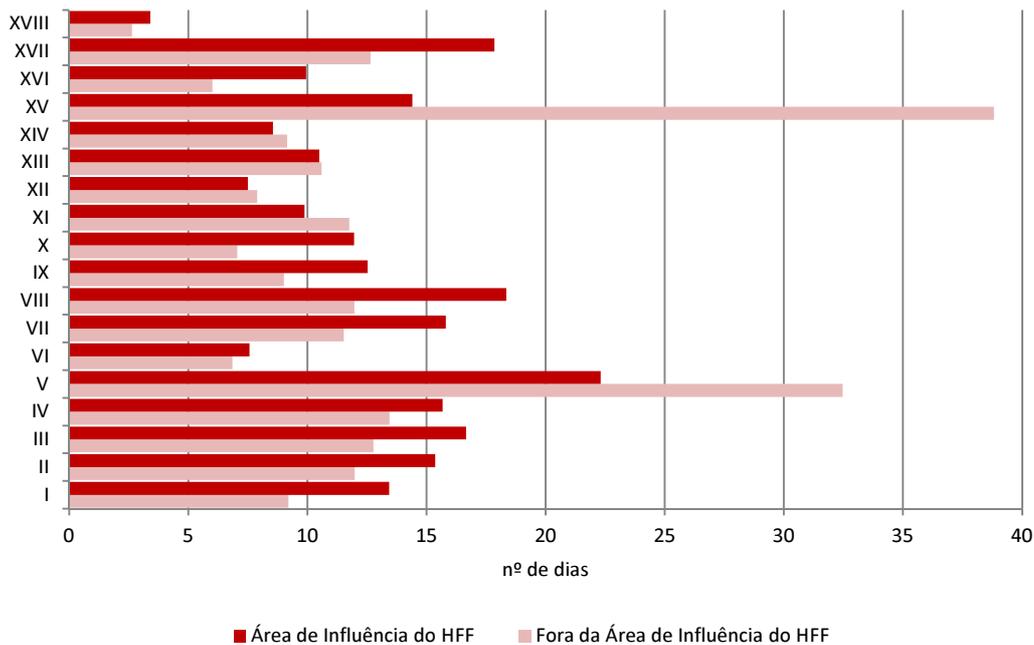


Figura 29. Demora média no HFF de acordo com a pertença à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9)²⁰, entre 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Relativamente à pertença à área de influência do HFF, verifica-se que a demora média de um doente saído residente na área de influência do HFF é de 10,4 dias, valor mais elevado que a demora média de um doente saído residente fora da área de influência do HFF (7,2 dias). De salientar ainda que no grupo Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV) se verificam mais 24,4 dias de internamento por doente saído com residência fora da área de influência do HFF, quando comparado com os residentes na área de influência do mesmo hospital. Com a mesma tendência encontram-se os grupos: Transtornos Mentais (V), com mais 10,1 dias de internamento por doente saído; Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI), com mais 1,9 dias de internamento por doente saído; Anomalias Congénitas (XIV), com mais 0,6 dias de internamento por doente saído; Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII), com mais 0,4 dias de internamento por doente saído; Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII), com mais 0,1 dias de internamento por doente saído. Os restantes grupos de doenças (12) apresentam uma demora média superior para os doentes saídos residentes na área de influência do HFF.

No que diz respeito ao género, verifica-se que o sexo masculino detém uma demora média ligeiramente superior ao sexo feminino (11 vs. 10 dias por doente saído). No entanto, as mulheres revelam maior número de grupos de doença em que permanecem maior número de dias internadas, em média. Dos 18 grupos analisados, apenas 6 apresentam uma demora média superior para o sexo masculino, sendo as principais diferenças observadas em Algumas

Afecções Originadas no Período Perinatal (XV), com 9 dias mais e nas Doenças Infecciosas e Parasitárias (I), com mais 8 dias. Para o sexo feminino evidenciam-se os grupos Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV) e Transtornos Mentais (V), ambos com 4 dias mais que o sexo masculino, em média (Figura 30).

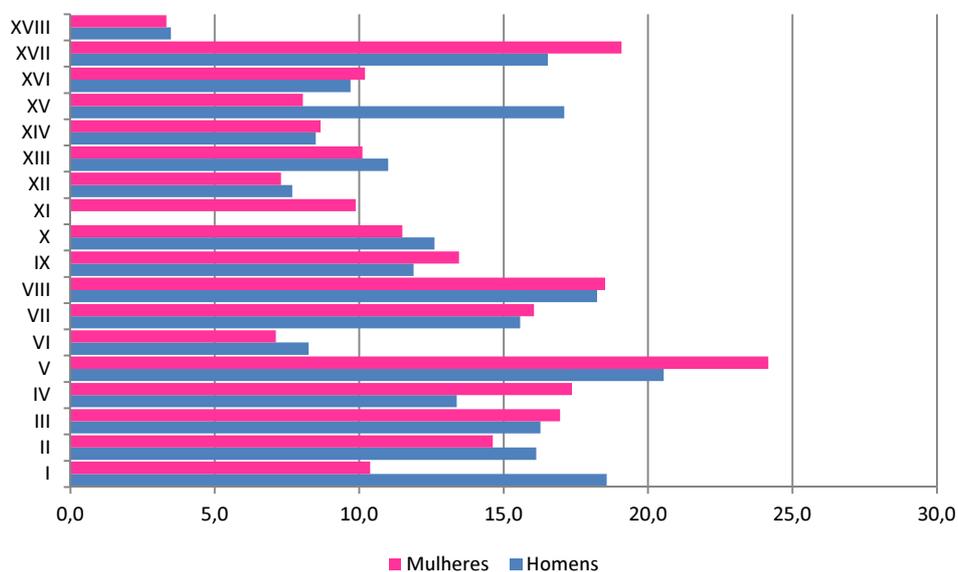


Figura 30. Demora média por género na área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9)²⁰, entre 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

3.2.3 Day Cases

No que diz respeito aos *Day Cases*²² ocorridos no HFF no período 2007-2009 - 50.348 -, verifica-se que 90% correspondem a episódios de doentes saídos cuja residência é na área de influência do HFF e 10% a utilizadores que residem fora da área de influência do HFF.

A distribuição segundo os grupos de doenças, permite concluir quais os grupos com valores mais baixos de *Day Cases* (Afecções Originadas no Período Perinatal (XV), Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV) e Transtornos Mentais (V)) dentro da área de influência do HFF. Em contraponto, os valores mais elevados, dentro da área de influência do HFF, observam-se nos grupos Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII), Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) e Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI) (Quadro Anexo nº2 e Figura 31).

²² Entende-se por *Day cases* os episódios que tiveram uma duração inferior a 24h.

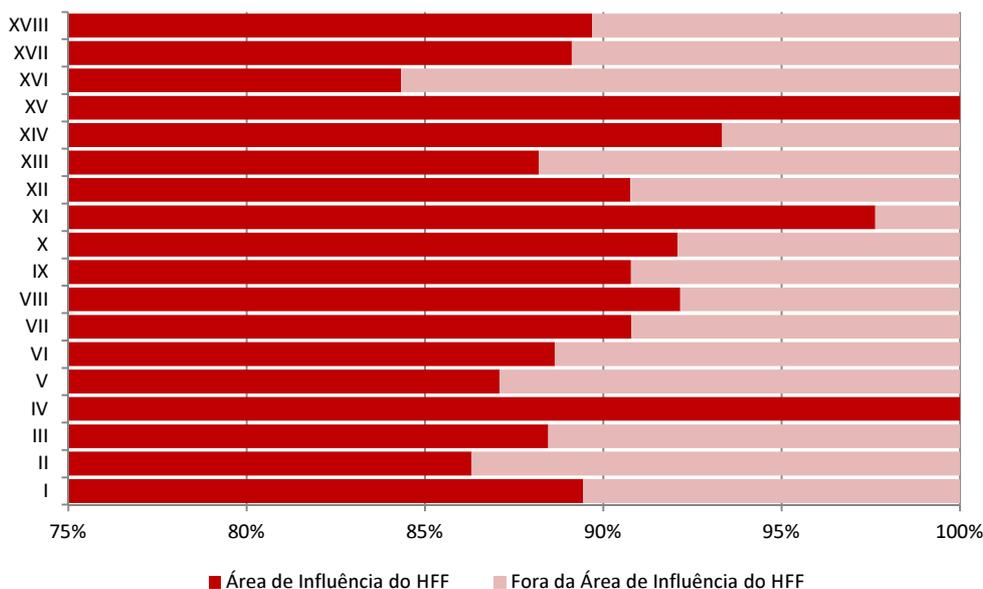


Figura 31. Total de *Day cases* de acordo com a pertença ou não à área de influência do HFF por grupo de doença (CID-9)²⁰, entre 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Verifica-se ainda que os grupos onde os *Day Cases* de doentes saídos residentes fora da área de influência do HFF detêm valores com maior expressão são os Sintomas, Sinas e Afecções Mal Definidas (XVI), Neoplasias (II) e Transtornos Mentais (V), 15,7%, 13,7% e 12,9%, respectivamente.

3.2.4 Letalidade Hospitalar

O total de óbitos ocorridos em 2007-2009 no HFF é de 5.985, 55% dos quais correspondem a indivíduos do sexo masculino. Os grupos de doenças com os menores valores (inferiores ou iguais a 3 óbitos) são Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI), Anomalias Congénitas (XIV) e Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV). Pelo contrário, o maior número de óbitos foi registado nos grupos Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) (1540), Doenças do Aparelho Circulatório (VII) (1458) e Neoplasias (II) (1275), com 25,7%, 24,4% e 21,3%, respectivamente (Quadro-Anexo nº2 e Figura 32).

Relativamente à residência na área de influência do HFF dos óbitos registados entre 2007 e 2009 no HFF, verifica-se que 97,2% dos óbitos correspondem a residentes na área de influência do HFF e apenas 2,8% habitam fora desta área de influência (Quadro-Anexo nº2 e Figura 32).

Considerando a análise segundo o género, observam-se valores mais altos para os Homens nos grupos de Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) (830 óbitos), Neoplasias (II) (759 óbitos) e

Doenças do Aparelho Circulatório (VII) (705 óbitos) e para as Mulheres nas Doenças do Aparelho Circulatório (VII) (712), para o grupo Doenças do Aparelho Respiratório (VIII) (685) e para Neoplasias (II) (468) (Quadro-Anexo nº2).

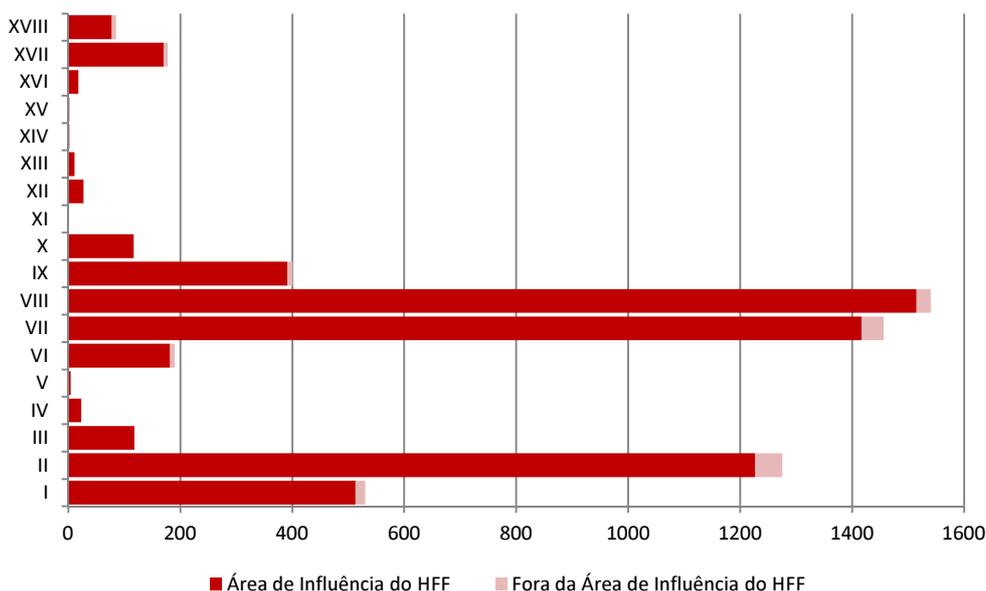


Figura 32. Óbitos segundo a pertença à área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9)²⁰ no período 2007-2009. Fonte: HFF, 2007, 2008, 2009a.

A percentagem de óbitos do sexo masculino é superior relativamente ao sexo feminino em 9 grupos de doenças, com destaque para os grupos Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII), Neoplasias (II) e Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV). Para o sexo feminino revelam-se as maiores discrepâncias XIII, XII, III (Quadro-Anexo nº2 e Figura 33).

A pirâmide etária relativa aos óbitos hospitalares na área de influência do HFF (Figura 34) revela maior número de óbitos com idades superiores a 65 anos, com 78% no período 2007-2009 (com destaque para as classes 85 e mais anos, para as mulheres e 80-84, para os homens). Observa-se também que as classes até aos 14 anos de idade representam 1% do total dos óbitos. As classes superiores a 19 anos revelam sempre maior número de óbitos do sexo masculino, com excepção da classe 85 e mais anos (Figura 34).

A letalidade no HFF é de 34,6 óbitos por 1000 doentes saídos no triénio 2007-2009, sendo as Doenças Infecciosas e Parasitárias (I) o grupo com maior letalidade hospitalar, com 147 óbitos por 1000 doentes saídos do HFF. Destaque também para as Neoplasias (II) e as Doenças do Aparelho Respiratório (VIII), com 139 e 114 óbitos por 1000 doentes saídos da área de influência do HFF, respectivamente. Em oposição, letalidade baixa é observada nos grupos: Complicações na Gravidez, no Parto e no Puerpério (XI), com 0,1 óbitos por 1000 doentes

saídos da área de influência do HFF; Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII), com 2 óbitos por 1000 doentes saídos; e Transtornos Mentais (V), com 2 óbitos por 1000 doentes saídos da área de influência do HFF (Quadro-Anexo nº2 e Figura 35).

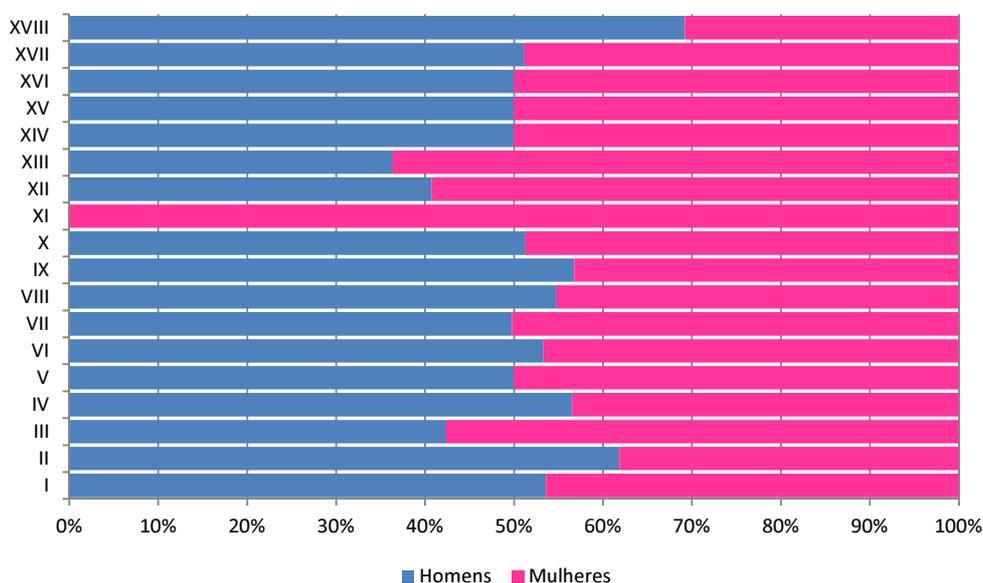


Figura 33. Óbitos por sexo na área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9)²⁰ no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

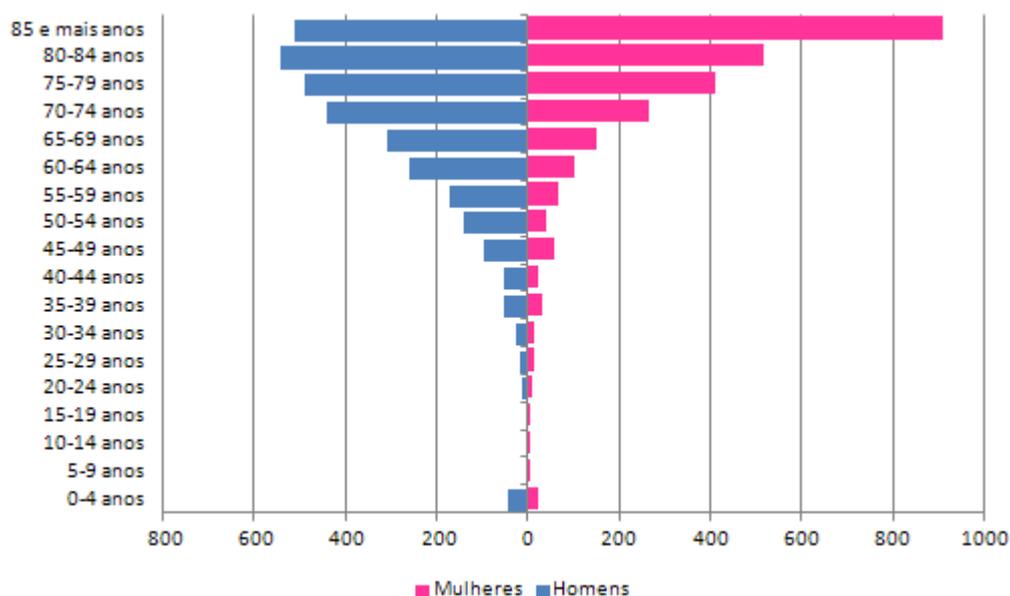


Figura 34. Pirâmide Etária de óbitos na área de influência do HFF em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

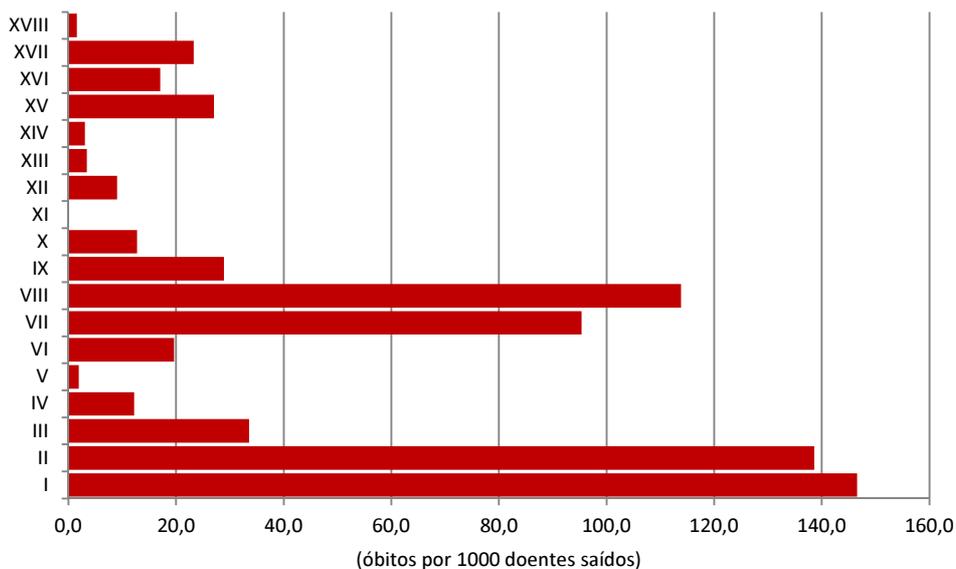


Figura 35. Letalidade Hospitalar na área de influência do HFF por grupos de doença (CID-9)²⁰ no período 2007-2009. Fonte: HFF, 2007, 2008, 2009a.

3.2.5 Morbilidades Específicas

O conjunto de patologias específicas seleccionadas (43)²³, presentes no Quadro-Anexo nº3, representa 24,3% do total de internamentos ocorridos no HFF. Observa-se, então, que a causa Doenças Cerebrovasculares regista maior número de doentes saídos no triénio 2007-2009, seguida pela Pneumonia e Cataratas (9,57%, 8,84% e 8,17%, respectivamente).

Estabelecendo uma comparação com as percentagens de doentes saídos apresentados pelo Continente no período 2006-2008²⁴, observa-se que o HFF revela menos 1,3% doentes saídos nas morbilidades específicas analisadas entre 2007-2009 (Quadro-Anexo nº3). No HFF verificou-se que em 24 patologias os números de doentes saídos eram inferiores aos revelados para o Continente (de um total de 43 morbilidades). Cataratas (-0,85%), Cardiopatia Isquémica (-0,47%), Outras Afecções do Rim e do Uréter (-0,47%) e Artrites Reumatóides e Artroses (-0,47%) são as que evidenciam as maiores diferenças relativamente ao Continente. Em

²³ A definição das causas específicas a analisar tem em conta a combinação de três pressupostos: a lista de patologias específicas revelada anualmente pela Direcção-Geral da Saúde na publicação *Morbilidade Hospitalar – Serviço Nacional de Saúde* (anexo nº2), a lista sucinta de morbilidades hospitalares (versão de 2008 para a CID-9) publicada pela OMS (anexo nº1) e o conhecimento prévio da realidade do HFF transmitida pelo seu Conselho de Administração, Direcção de Planeamento e Gestão e Direcção de Produção em 2010, considerando o elevado peso no internamento e os impactos sociais que determinadas patologias possuem (Capítulo II, p.23).

²⁴ Últimos anos disponibilizados pela DGS à data da elaboração da dissertação (DGS, 2008b; DGS, 2008c; DGS, 2010b).

contraponto, observam-se 19 causas de morbidade específica onde existe maior número de doentes saídos do HFF em comparação aos evidenciados para o Continente: Diabetes *Mellitus* (0,69%), Doenças Cerebrovasculares (0,44%) e Insuficiência Cardíaca (0,42%).

O padrão é o mesmo, quer se considere apenas os doentes saídos residentes na área de influência do HFF, quer os que procuram esta unidade de saúde embora residam fora da sua área de influência (Quadro-Anexo nº3).

Observando os doentes saídos da área de influência do HFF segundo o género, conclui-se que, para o sexo masculino, para além do Tumor Maligno da Próstata (100% de doentes saídos Homens), as causas que apresentam maior valor percentual são Perturbações Mentais e de Comportamento devido ao uso do Álcool (89,6%), Hérnia Inguinal (88,4%) e Doença Hepática Alcoólica (84,8%) (Figura 36).

Relativamente ao sexo feminino, excluindo Tumor Maligno da Mama, Tumor Maligno dos Ovários, Tumor Maligno do Útero e Dor, com 100% de doentes saídos mulheres, encontram-se ainda Dor Abdominal e Pélvica, Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores e Esclerose Múltipla com valores percentuais muito elevados (80,0%, 77,3% e 74,7%, respectivamente) (Figura 36).

De acordo com a taxa de morbilidades específicas para todas as causas, em 2007-2009 observa-se que a cada 1.000 habitantes da área de influência do HFF correspondem 71 doentes saídos do hospital, sendo as Doenças Cerebrovasculares, Pneumonia e Cataratas as morbilidades hospitalares que apresentam valores mais altos de doentes saídos por 1.000 residentes: 7,0, 6,5 e 5,7, respectivamente (Figura 37).

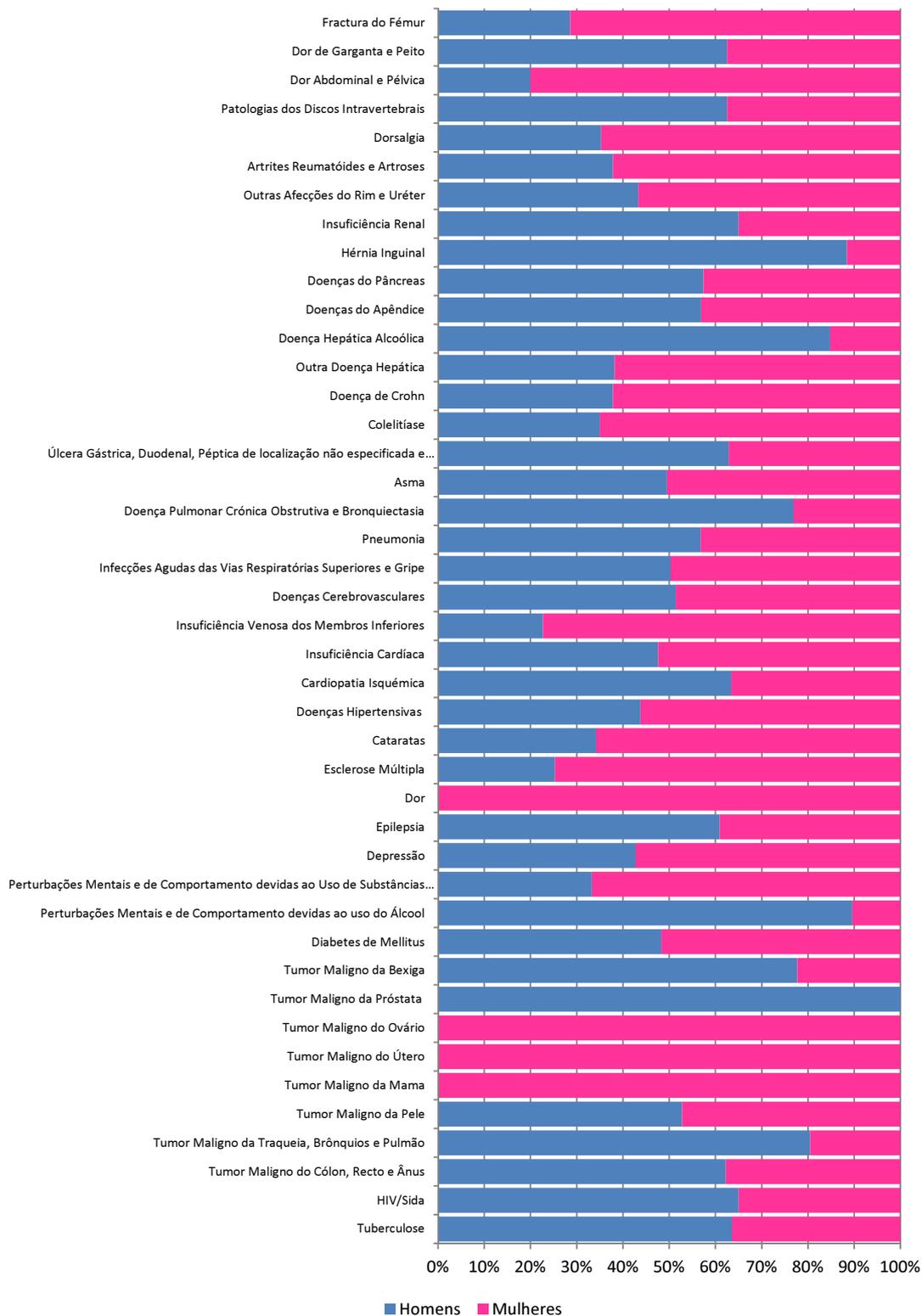
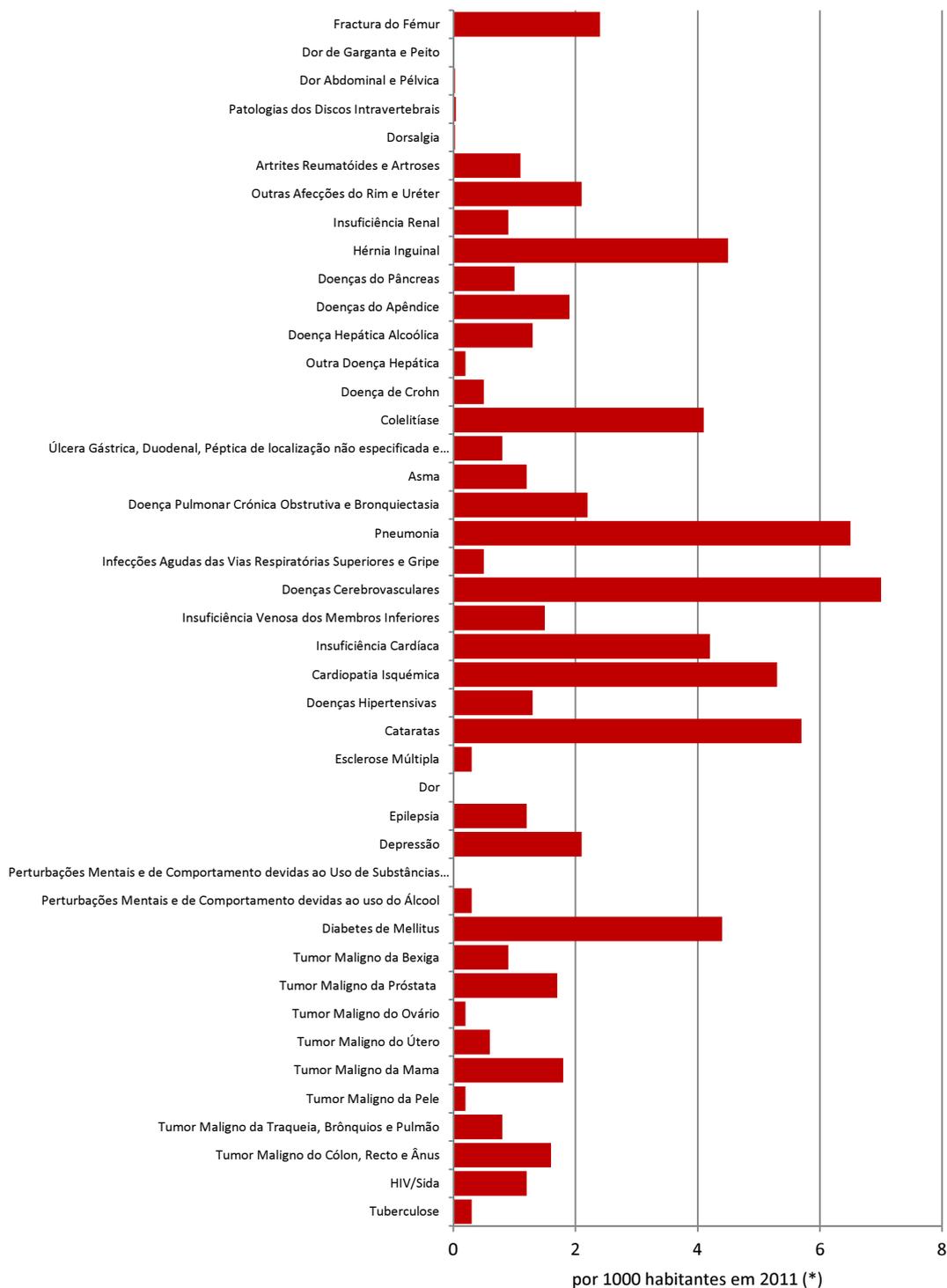


Figura 36. Doentes saídos no HFF residentes na sua área de influência por morbilidades específicas segundo o género no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 37. Taxa de Morbilidades Específicas do HFF na sua área de influência no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a e INE, 2011.

Nota: O cálculo da taxa de morbilidades específicas tem por base o total de população residente na área de influência do HFF em 2011.

Considerando a Razão Padronizada de Internamento (RPI) e os respectivos intervalos de confiança (IC) calculados para as 43 morbidades específicas analisadas entre 2007 e 2009 na área de influência do HFF, verifica-se que em apenas 4 causas se registam valores de RPI superiores à região padrão Grande Lisboa (superiores a 100), embora estes não sejam significativamente aumentados (Quadro-Anexo nº3 e Figura 38), correspondendo à Diabetes *Mellitus*, Epilepsia, Insuficiência Cardíaca e Asma. As causas Fractura do Fémur e Hérnia Inguinal revelam valores de internamento iguais à região padrão, de acordo com as suas taxas (Figura 38).

Com valores de RPI significativamente diminuídos contam-se 31 morbidades específicas; com valores de RPI diminuídas, mas não significativamente, verificam-se seis causas de internamento: Tumor Maligno da Próstata, Depressão, Dor, Esclerose Múltipla, Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Bronquiectasia e Úlcera Gástrica, Duodenal, Péptica de localização não especificada e Gastrojejunal) (Figura 38).

A distribuição por freguesia dos valores máximos de RPI é verificada nas freguesias de Falagueira, São Pedro de Penaferrim, Colares, São Brás e Montelavar, para as patologias Dor, Esclerose Múltipla (duas freguesias), Cataratas e Outra Doença Hepática, respectivamente. Os valores mínimos observam-se nas doenças Patologia dos Discos Intravertebrais (Rio de Mouro), Tumor Maligno da Pele (Santa Maria e São Miguel e Venteira) e Depressão (Montelavar e Pêro Pinheiro).

Considerando as doenças Tumor Maligno da Pele (Figura 40e)) e Outras Afecções do Rim e do Uréter (Figura 39ak)) verifica-se que todas as freguesias revelam valores de RPI significativamente diminuída (representada a verde na Figura 39). Esta classificação significa que na área de influência do HFF existe menor número de doentes saídos do que existiria se se verificassem as mesmas taxas de internamento da NUT III Grande Lisboa em 2007-2009. As causas Cardiopatia Isquémica, Cataratas e Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores revelam um padrão semelhante: a maioria das suas freguesias nesta classe (25, 24 e 24, num total de 28 freguesias em análise, respectivamente) (Figura 39t), 39r) e 39v)).

Tendo em atenção a RPI diminuída, mas não significativamente (representada a amarelo na Figura 39), evidenciam-se Outra Doença Hepática (20), Tumor Maligno do Útero (20) e Tumor Maligno da Bexiga (18), com o maior número de freguesias nesta classe (Figura 39ae), 39g) e 39j)).

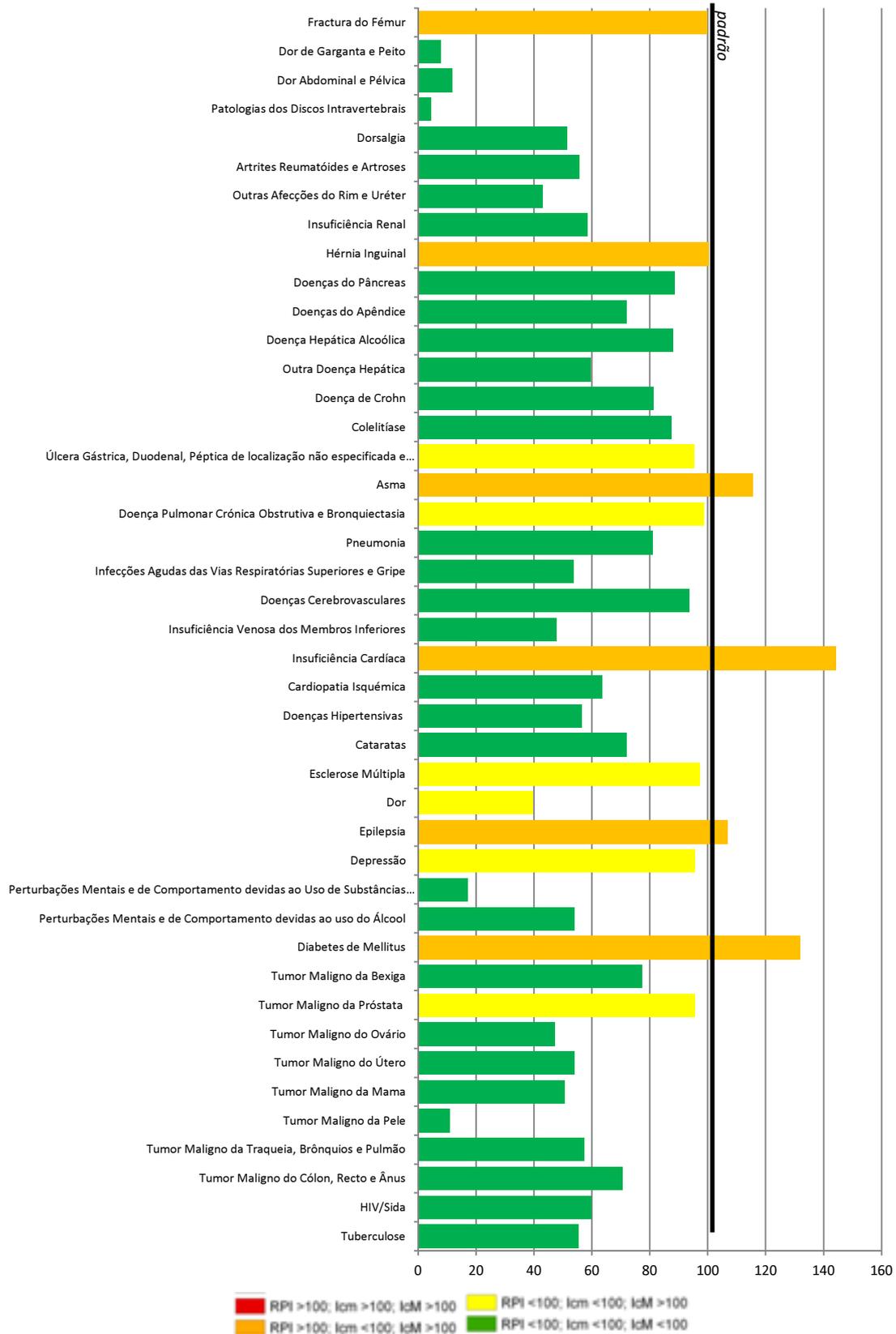
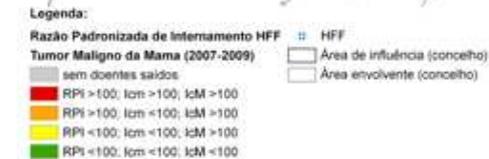
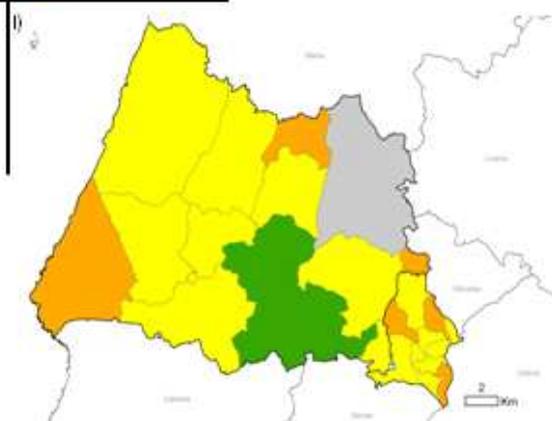
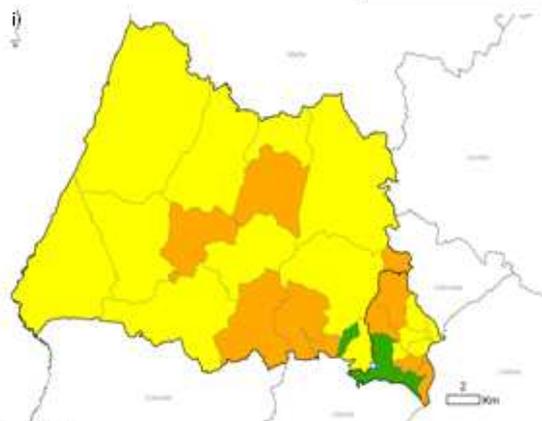


Figura 38. Razão Padronizada de Internamento da área de influência do HFF para as morbilidades específicas analisadas em 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a, INE, 2001 e ACSS, 2007, 2008, 2009a.

A RPI revela-se aumentada mas não significativamente (representada a cor-de-laranja na Figura 39), por exemplo, na Insuficiência Cardíaca (Figura 39u)), com 26 freguesias nesta classe (num total de 28 freguesias), a Diabetes *Mellitus* e Asma, respectivamente com 20 e 17 freguesias (Figura 39k) e 39aa)). Esta classe significa que existe maior número de doentes saídos do que seria de esperar, considerando as taxas de internamento da região padrão Grande Lisboa, entre 2007 e 2009.

Considerando a RPI significativamente aumentada (representada a vermelho na Figura 39) verifica-se que nenhuma causa de morbilidade apresenta doentes saídos residentes na área de influência do HFF.







Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF - Perturbações Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF Depressão (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

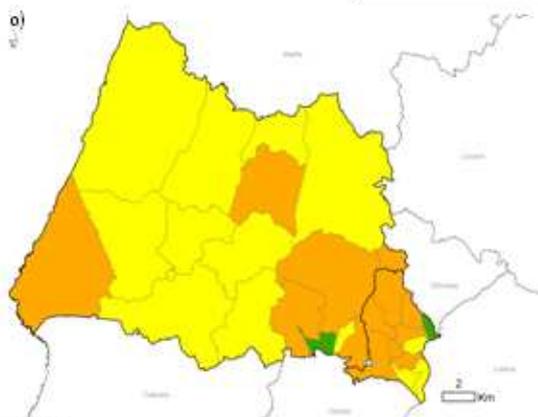
RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF Epilepsia (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF Dor (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF Esclerose Múltipla (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF Cataratas (2007-2009)

sem doentes saídos

RPI >100; ICM >100; ICM >100

RPI >100; ICM <100; ICM >100

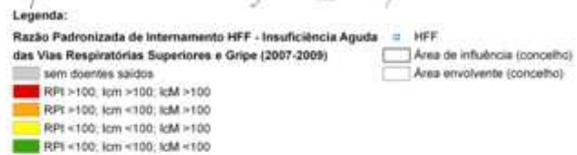
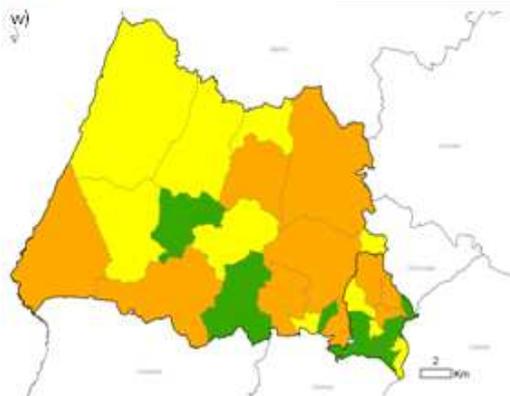
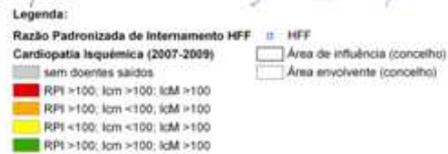
RPI <100; ICM <100; ICM >100

RPI <100; ICM <100; ICM <100

HFF

Área de influência (concelho)

Área envolvente (concelho)

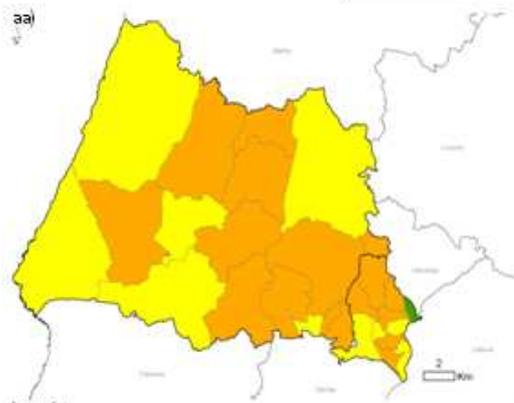




Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF - Insuficiência Aguda
Pneumonia (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF - Doença Pulmular
Obstrutiva Crónica e Bronquiectasia (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)



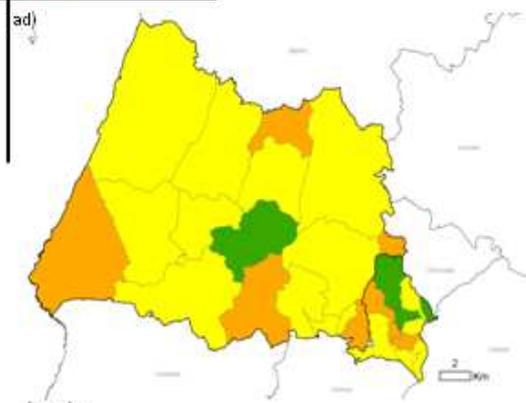
Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF
Asma (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)



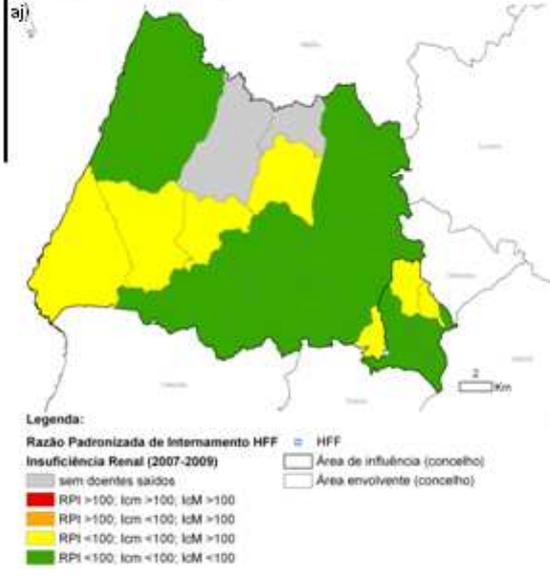
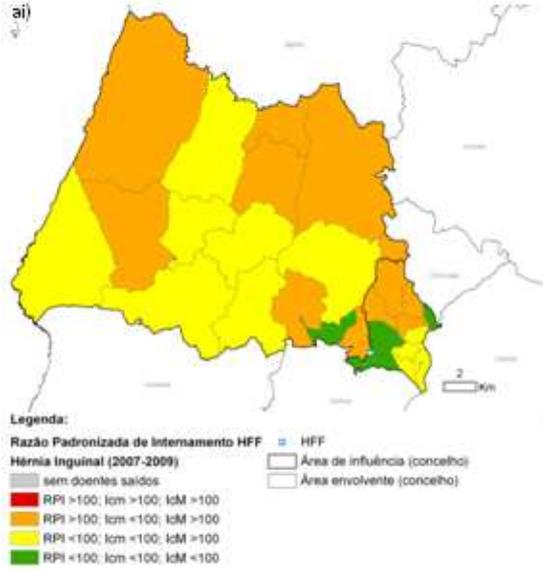
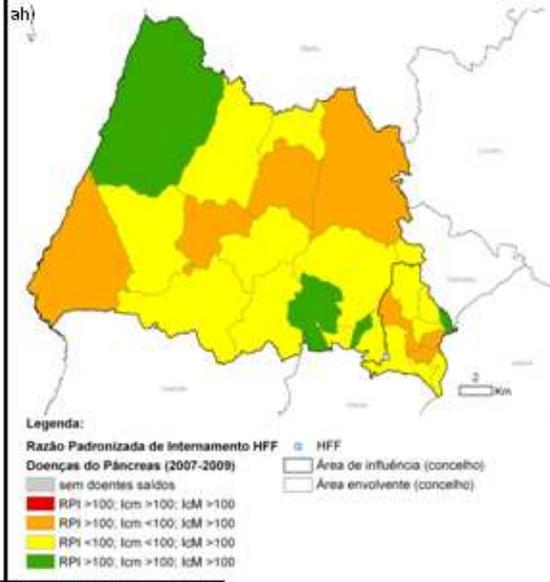
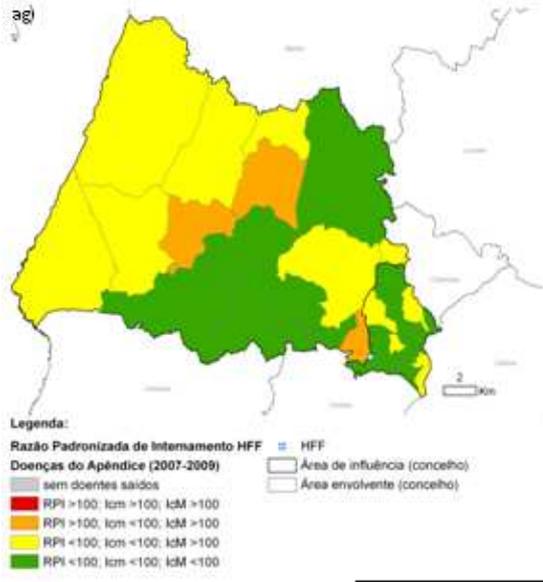
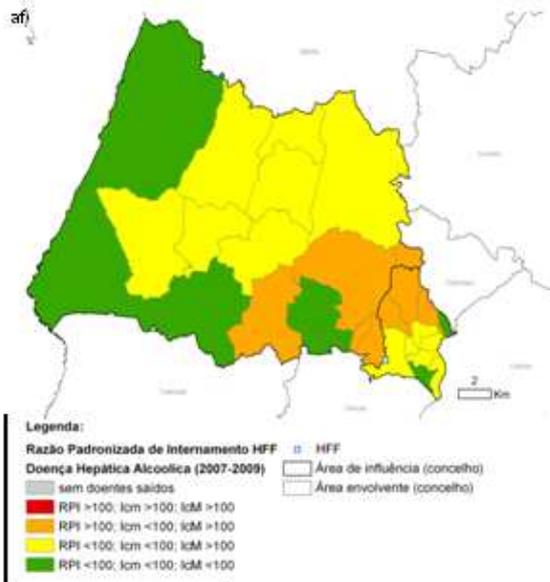
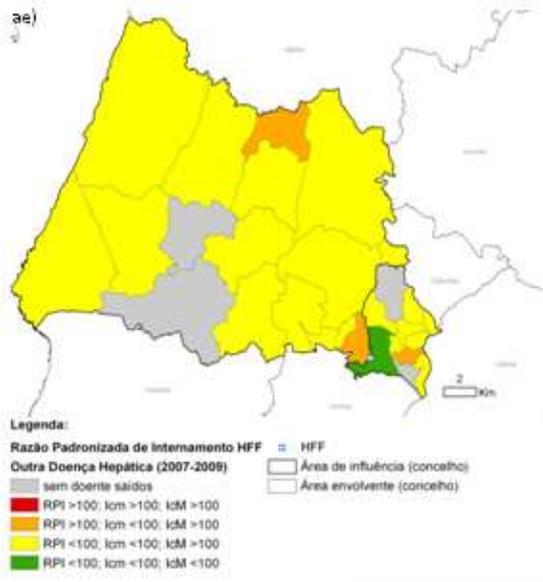
Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF - Úlceras Gástrica, Duodenal,
Péptica de Localização não Especificada e Gastrojejunal (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)



Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF
Coliteíase (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)

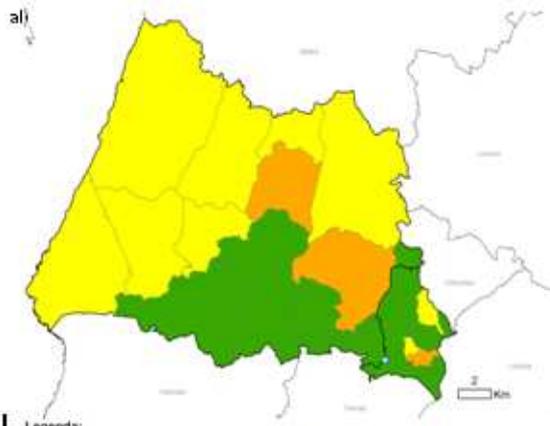


Legenda:
Razão Padronizada de Internamento HFF
Doença de Crohn (2007-2009)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100
 HFF
 Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)





Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Outras Afeições do Rim e do Ureter (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100



Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Artrites Reumatóides e Artroses (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100



Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Dorsalgia (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100



Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Patologias dos Discos Intravertebrais (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100



Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Dor Abdominal e Pélvica (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100



Legenda:
 Razão Padronizada de Internamento HFF ■ HFF
 Dor de Garganta e Peito (2007-2009) Área de influência (concelho)
 Área envolvente (concelho)
 sem doentes saídos
 RPI >100; ICM >100; ICM >100
 RPI >100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM >100
 RPI <100; ICM <100; ICM <100

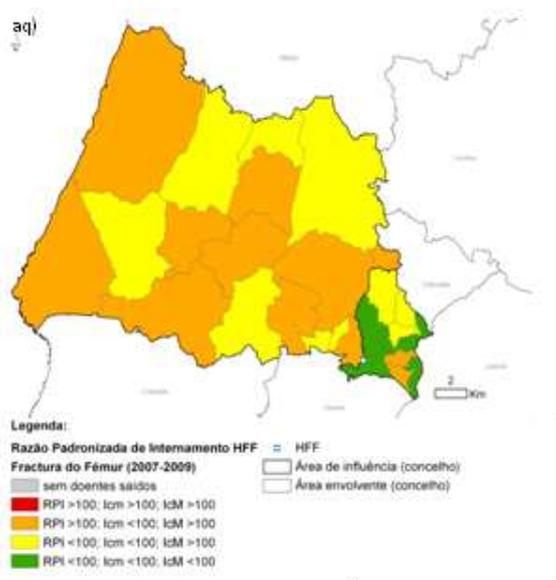


Figura 39. Razão Padronizada de Internamento para as morbilidades específicas²⁵ analisadas do HFF, em 2007-2009, por freguesias da área de influência do HFF. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a, INE, 2001 e ACSS, 2007, 2008, 2009a.

Para sintetizar a informação relativa à morbilidade específica da área de influência do HFF foi construído um mapa de *scores*, onde se apresentam as freguesias com o maior número de RPI mais elevadas (Figura 40). Neste contexto, abaixo da média da distribuição (menor morbilidade) encontram-se 13 freguesias e, por oposição, 11 freguesias apresentam valores acima da média (maior morbilidade). Com maior morbilidade revelam-se 5 freguesias do município de Amadora (de um total de 11 freguesias) e 6 do concelho de Sintra (de um total de 17 freguesias). Em contraponto, menor morbilidade pode ser observada em 5 freguesias de Amadora e 8 de Sintra.

No *score* de morbilidade mais elevada estão as freguesias de Brandoa (concelho de Amadora), Queluz e Pêro Pinheiro (concelho de Sintra), freguesias que aparecem 8 ou mais vezes no último decil de valores mais elevados de RPI; São João das Lampas, Almargem do Bispo,

²⁵ a) Tuberculose, b) HIV/Sida, c) Tumor Maligno do Cólon, Recto e Ânus, d) Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão, e) Tumor Maligno da Pele, f) Tumor Maligno da Mama, g) Tumor Maligno do Útero, h) Tumor Maligno do Ovário, i) Tumor Maligno da Próstata, j) Tumor Maligno da Bexiga, k) Diabetes de *Mellitus*, l) Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao uso do Álcool, m) Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao Uso de Substâncias Psicoactivas, n) Depressão, o) Epilepsia, p) Dor, q) Esclerose Múltipla, r) Cataratas, s) Doenças Hipertensivas, t) Cardiopatia Isquémica, u) Insuficiência Cardíaca, v) Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores, w) Doenças Cerebrovasculares, x) Infecções Agudas das Vias Respiratórias Superiores e Gripe, y) Pneumonia, z) Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Bronquiectasia, aa) Asma, ab) Úlcera Gástrica, Duodenal, Péptica de localização não especificada e Gastrojejunal, ac) Colelitíase, ad) Doença de Crohn, ae) Outra Doença Hepática, af) Doença Hepática Alcoólica, ag) Doenças do Apêndice, ah) Doenças do Pâncreas, ai) Hérnia Inguinal, aj) Insuficiência Renal, ak) Outras Afecções do Rim e Uréter, al) Artrites Reumatóides e Artroses, am) Dorsalgia, an) Patologias dos Discos Intravertebrais, ao) Dor Abdominal e Pélvica, ap) Dor de Garganta e Peito, aq) Fractura do Fémur.

Massamá e Monte Abraão, no concelho de Sintra e Alfofnelos e Alfragide, no concelho de Amadora, incluem-se no *score* de menor morbilidade, o que significa freguesias que aparecem 0 ou 1 vez no último decil de valores mais elevados de RPI.

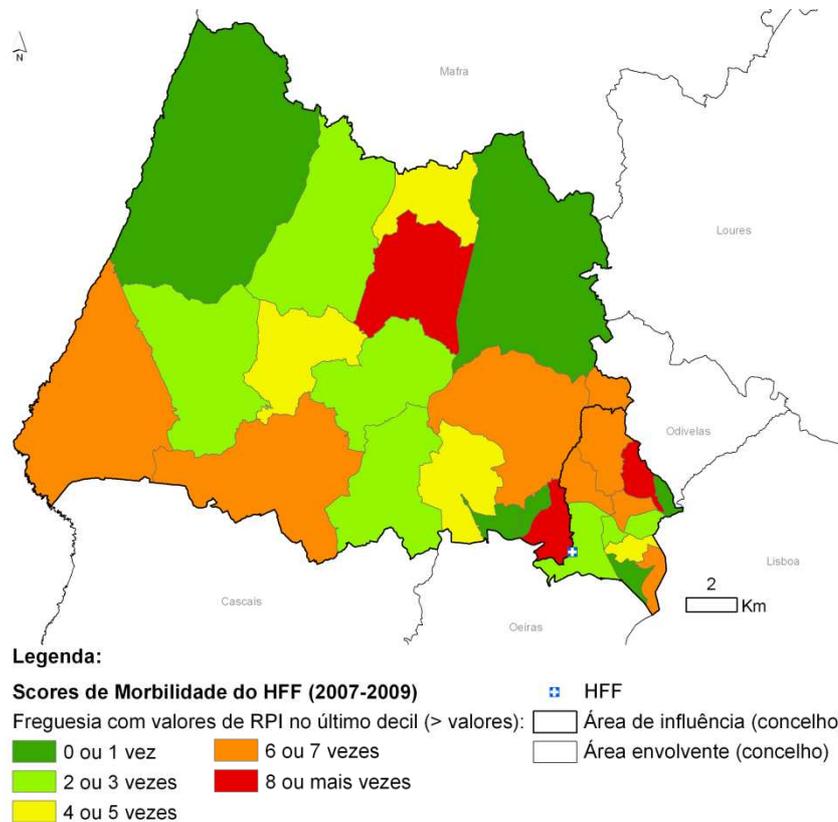
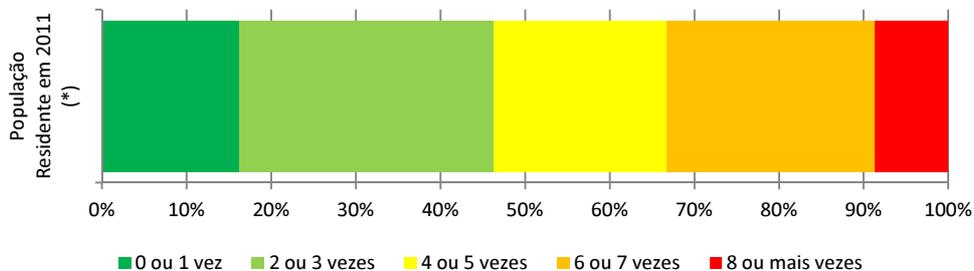


Figura 40. Scores de Morbilidade do HFF no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de CAO, 2001, HFF, 2007, 2008, 2009a, INE, 2001 e ACSS, 2007, 2008, 2009a

Nas classes de menor morbilidade reside, em 2011, quase metade da população (46%) (representadas a verde claro e escuro na Figura 41). Em sentido contrário, 33% reside nas freguesias com maior morbilidade (representadas a vermelho e cor-de-laranja na Figura 41). No entanto, apenas residem 9% no *score* de maior morbilidade (a vermelho na Figura 41) versus 16% no *score* de menor morbilidade (a verde escuro na Figura 41).



(*) Resultados Preliminares Censos 2011

Figura 41. População Residente por Scores de Morbilidade do HFF no período 2007-2009. Fonte: elaborado a partir de INE, 2011.

Foi estudada a população que utilizou o HFF entre 2007 e 2009, utilizando os GDH. Pretendia-se evidenciar quem procura, o que procura, a razão (grupo de doença) da procura e a sua proveniência geográfica (local de residência). Verifica-se que o HFF abrange 552.807 habitantes (INE, 2011), deteve 173.118 doentes saídos, 5.985 óbitos em regime de internamento, 35 óbitos por 1.000 doentes saídos (letalidade hospitalar), 1.761.577 dias de internamento, 10 dias de internamento por doente saído (demora média) e 50.166 *Day Cases*. A análise do perfil epidemiológico da população da área de influência do HFF revela que o grupo de doença com maior número de episódios de internamento é Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII). É ainda o que apresenta maior número de *Day Cases* e um dos grupos com maior número de Dias de Internamento (Quadro 4), embora se verifique a tendência para período curto de internamento. As Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) seguem o mesmo padrão, sendo o segundo grupo de doença com maior número de internamentos e elevado valor de *Day Cases*.

Em terceiro e quarto lugar, de acordo com o número de doentes saídos, estão os grupos Doenças do Aparelho Circulatório (VII) e Doenças do Aparelho Digestivo (IX), que apresentam um número de Dias de Internamento elevado. O grupo VII revela, simultaneamente, a maior percentagem de doentes saídos com idade superior a 65 anos e um número alto de óbitos (Quadro 4). Esse é, também, o padrão observado no país. Em Portugal, as Doenças do Aparelho Circulatório (VII) são o grupo de doença com maior mortalidade, representando 32% do total de óbitos em 2008 (DGS, 2010a) e 312 óbitos por 100.000 habitantes em 2006 (DGS, 2009b). Está associado a factores de contexto individual, que dizem respeito não só ao género (Perelman e outros, 2010) e idade, como também a estilos de vida, nomeadamente consumo de tabaco, sedentarismo, maus hábitos alimentares, *stress* excessivo (Godoy e outros, 2007), e a patologias como Diabetes *Mellitus*, Obesidade, Hipertensão Arterial e Hipercolesterolemia (MS, 2009). Estes factores de risco têm sido relacionados com o espaço onde se vive (Diez-Roux e outros, 1999; Diez-Roux e outros, 2001; Macintyre e outros, 2002; Harding e outros, 2008; Macdonald e outros, 2011), indicando que a área de influência do HFF poderá ser um contexto de risco para este grupo de doenças.

Os grupos de doença evidenciados pelo HFF com os valores máximos de doentes saídos são os mesmos apresentados pelo Continente, justificando assim o padrão de morbilidade hospitalar da sua área de influência.

Não obstante, não integrando os grupos de doenças com maior número de internamentos (Quadro 4), são de destacar: a) Doenças do Aparelho Respiratório (VIII), que detêm um número de doentes saídos elevado abaixo dos 14 anos, o maior número de óbitos em internamento na área de influência do HFF e uma letalidade hospitalar também elevada; b) Doenças Infecciosas e Parasitárias (I), com o valor máximo de letalidade hospitalar. O primeiro grupo de doença apresenta maior número de doentes saídos do sexo masculino e um elevado valor de dias de internamento por doente saído (demora média); o segundo grupo revela maior número de doentes saídos do sexo feminino.

Quadro 4. Matriz síntese de Indicadores de Internamento por grupos de doença (CID-9) para a Área de Influência do HFF, em 2007-2009.

Grupos de doença (CID-9)	Área de Influência do HFF (2007-2009)								
	Total de doentes saídos	% de Mulheres doentes saídos	% Homens doentes saídos	% doentes saídos ≥ 65 anos	Total de óbitos	Letalidade hospitalar	Dias de internamento	Demora média	Day Cases
Doenças Infecciosas e Parasitárias (I)						1º			
Neoplasias (II)									
Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III)									
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV)									
Transtornos Mentais (V)									
Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI)									
Doenças do Aparelho Circulatório (VII)									
Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)									
Doenças do Aparelho Digestivo (IX)									
Doenças do Aparelho Geniturinário (X)									
Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI)									
Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII)									
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)									
Anomalias Congénitas (XIV)									
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV)									
Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI)									
Lesões e Envenenamentos (XVII)									
Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII)									

1º (máximo)
 2º
 3º
 4º

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Nota: Estão representados os quatro valores mais elevados dos indicadores apresentados.

A evidência destes dois grupos de doença poderá reflectir, por um lado, a elevada taxa de mortalidade que Portugal evidencia para a primeira causa (109 óbitos por 100.000 habitantes) (DGS, 2009b); por outro lado, reflecte também o facto de o HFF ser um hospital localizado em contexto urbano, onde existe uma maior proliferação de patologias incluídas na segunda

causa, como a Tuberculose e a Sida (Região Lisboa e Vale do Tejo maior mortalidade evitável, Quadro 1, p.17) relacionadas com características de privação socioeconómica destes espaços (por exemplo, habitação, desemprego e escolaridade) e com grupos populacionais (por exemplo imigrantes), transformando-os em áreas de risco (Couceiro, 2008; Harding e outros, 2008; Couceiro e outros, 2011).

Considerando as desigualdades de género e idade, verifica-se que a área de influência do HFF apresenta maior percentagem de doentes saídos do sexo feminino (mais 11% relativamente ao sexo masculino), seguindo mais uma vez o padrão do Continente (Fernandes e outros, 2010). No entanto, quando se considera a idade, verifica-se que abaixo dos 14 anos o número de doentes saídos do sexo masculino é superior. O número de óbitos também é superior para o sexo masculino, nomeadamente nas classes superiores a 19 anos, que revela também uma demora média superior. De salientar ainda o elevado número de internamentos e de óbitos de indivíduos com 65 ou mais anos, de acordo com o padrão evidenciado pelo Continente (DGS, 2010b).

No que diz respeito ao território da área de influência do HFF verificam-se variações espaciais na análise da morbilidade geral. A freguesia de Agualva-Cacém destaca-se em todos os grupos de doença com o maior volume de internamentos, excepto para o grupo Transtornos Mentais (V) (Quadro 5). Os valores mínimos mais acentuados para o total de doentes saídos observam-se na freguesia de Montelavar, seguida de Terrugem e Alfovelos. De salientar ainda as freguesias de Alfragide e Pêro Pinheiro que apresentam, em todos os grupos de doença, valores mais baixos de doentes saídos.

O padrão observado está de acordo com os quantitativos populacionais das freguesias em 2011 (INE, 2011), com excepção de Alfovelos e Alfragide, que revelam taxas de internamento baixas, indiciando que a população destas freguesias, localizadas no limite da área de influência do HFF, poderá estar a utilizar outra estrutura de prestação de cuidados, dado a proximidade de outros hospitais, nomeadamente localizados na cidade de Lisboa (Figura 2, p. 29), estando de acordo com as baixas taxas de utilização de internamento (as mais baixas da área de influência do HFF) (Figura 14b, p.41).

A análise da prevalência na população residente (Quadro 6), revela um padrão de distribuição das doenças que se afasta do descrito anteriormente à excepção das freguesias de Alfovelos e Alfragide. Os valores mais elevados observam-se nas freguesias de Queluz e Pêro Pinheiro.

Queluz destaca-se com os valores mais elevados em todos os grupos de doença, à excepção de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII).

Os grupos de doença que revelam valores mais elevados são os mesmos que apresentam maior número de internamentos em 2007-2009, como seria de esperar. Em Queluz registam-

se as Complicações da Gravidez do Parto e do Puerpério (XI) (193 doentes saídos por 1000 habitantes do sexo feminino), Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII) (163 doentes saídos por 1000 habitantes) e Doenças do Aparelho Digestivo (IX) (44 doentes saídos por 1000 habitantes) e em Pêro Pinheiro Doenças do Aparelho Circulatório (VII) (56 doentes saídos por 1000 habitantes).

Quadro 5. Matriz síntese do Total de doentes saídos por grupos de doença (CID-9)²⁶ nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.

(quadro na página 95)

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Nota: As classes foram elaboradas de acordo com a média e o desvio padrão da distribuição de cada grupo de doença (CID-9): primeira classe (valores inferiores a $\bar{x} - 1,5 \sigma$), última classe (valores superiores a $\bar{x} + 1,5 \sigma$).

Quadro 6. Matriz síntese de Prevalência de doentes saídos na população residente (2011) por grupos de doença (CID-9)²⁶ nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.

(quadro na página 96)

¹ Dados Preliminares Censos 2011.

² Para o cálculo da Prevalência na População Residente de Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI) do HFF em 2007-2009 foi utilizada a população feminina com idade compreendida entre os 15 e os 45 anos no ano de 2001, dado a inexistência dessa informação para o ano 2011.

³ Neste grupo de doenças não se efectua a análise da prevalência na população residente, uma vez que não é possível obter informação relativa ao escalão etário específico quer para o ano 2011, só sendo disponibilizado pelo INE mediante autorização para o ano 2001.

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Nota: As classes foram elaboradas de acordo com a média e o desvio padrão da distribuição de cada grupo de doença (CID-9): primeira classe (valores inferiores a $\bar{x} - 1,5 \sigma$), última classe (valores superiores a $\bar{x} + 1,5 \sigma$)

²⁶ I-Doenças Infecciosas e Parasitárias; II-Neoplasias; III-Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários; IV-Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos; V-Transtornos Mentais; VI-Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos; VII-Doenças do Aparelho Circulatório; VIII-Doenças do Aparelho Respiratório; IX-Doenças do Aparelho Digestivo; X-Doenças do Aparelho Geniturinário; XI-Complicações da Gravidez do Parto e do Puerpério; XII-Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo; XIII-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; XIV-Anomalias Congénitas; XV-Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal; XVI-Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas; XVII-Lesões e Envenenamentos; XVIII-Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde;

Quadro 1. Matriz síntese do Total de doentes saídos por grupos de doença (CID-9) nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.

Grupos de doença (CID-9)	Total de doentes saídos (2007-2009)																											
	Sintra														Amadora													
	Aguilva-Cacém	Algueirão-Mem Martins	Almargem do Bispo	Belas	Colares	Montelavar	Queluz	Rio de Mouro	Santa Maria e São Miguel	São João das Lampas	São Martinho	São Pedro de Penaferrim	Terrugem	Pêro Pinheiro	Casal de Cambra	Massamá	Monte Abraão	Alfragide	Brandoa	Buraca	Damaia	Falagueira	Mina	Reboleira	Venteira	Alfornelos	São Brás	Venda Nova
I	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
II	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
III	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
IV	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
V	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
VI	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
VII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
VIII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
IX	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
X	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XI	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XIII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XIV	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XV	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XVI	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XVII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
XVIII	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red

■ Valor máximo
 ■ Valor mínimo
 ■ Valor na última classe
 ■ Valor na primeira classe

Quadro 2. Matriz síntese de Prevalência de doentes saídos na população residente (2011) por grupos de doença (CID-9) nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.

Grupos de doença (CID-9)	Prevalência de doentes saídos na população residente ¹ (2007-2009)																												
	Sintra													Amadora															
	Agalva-Cacém	Algueirão-Mem Martins	Almargem do Bispo	Belas	Colares	Montelavar	Queluz	Rio de Mouro	Santa Maria e São Miguel	São João das Lampas	São Martinho	São Pedro de Penaferrim	Terrugem	Pêro Pinheiro	Casal de Cambra	Massamá	Monte Abraão	Alfragide	Brandão	Buraca	Damaia	Falagueira	Mina	Reboleira	Venteira	Alfornelos	São Brás	Venda Nova	
I																													
II																													
III																													
IV																													
V																													
VI																													
VII																													
VIII																													
IX																													
X																													
XI ²																													
XII																													
XIII																													
XIV																													
XV ³																													
XVI																													
XVII																													
XVIII																													

Valor máximo

Valor mínimo

Valor na última classe

Valor na primeira classe

Considerando a análise das 43 morbilidades específicas, assinalam-se as Doenças Cerebrovasculares como o conjunto de patologias com maior número de internamentos e, por conseguinte, com maior prevalência na população residente da área de influência do HFF (7 doentes saídos em cada 1000 habitantes), seguido por Pneumonia, Cataratas e Cardiopatia Isquémica. O padrão é semelhante ao verificado no Continente, embora com hierarquia diferente (Cataratas, Pneumonia, Cardiopatia Isquémica e Doenças Cerebrovasculares).

Contudo, a análise das Razões Padronizadas de Internamento das morbilidades específicas do HFF, na comparação com o padrão Grande Lisboa (região NUT III), revela que a Insuficiência Cardíaca, Diabetes *Mellitus*, Asma e Epilepsia são as patologias com mais doentes saídos da área de influência do HFF, sendo os valores superiores ao que seria de esperar se se verificassem as taxas de internamento da região.

De realçar a presença de patologias do grupo Doenças do Aparelho Circulatório (VII) em ambas as análises, por se constituir como o segundo grupo de doença onde se registou o maior número de doentes saídos e, ainda, a presença da Diabetes *Mellitus*, doença factor de risco para o mesmo grupo.

Mais uma vez Pêro Pinheiro aparece associado aos valores máximos, sendo a freguesia com maior número de valores máximos de RPI, quase sempre superiores ao padrão (em 8 patologias específicas de 43 analisadas), que revelando um número de internamentos superior ao esperado se se observassem as taxas de internamento da Grande Lisboa (Quadro 7). As morbilidades específicas correspondem ao Tumor Maligno da Cólon, Recto e Ânus, Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão, Tumor Maligno da Próstata, Epilepsia, Asma, Artrite Reumatóide e Artroses e Dorsalgia. Algumas destas morbilidades têm sido associadas ao envelhecimento da população (House e outros, 1990), e, de facto, esta freguesia apresenta um dos maiores índices de envelhecimento da área de influência do HFF (Figura 8b, p.35).

Em contraponto, a freguesia de Alfovelos regista os valores mínimos de RPI (em 13 patologias específicas de 43 analisadas).

Os *scores* de morbilidade hospitalar revelam, em síntese, que as menores utilizações do HFF correspondem à população que reside nas freguesias de Alfovelos, Alfragide, Massamá, Monte Abraão, São das Lampas, Almargem do Bispo (16%, em 2011 (INE, 2011)). Todavia, estes valores de morbilidade estão associadas a características diferentes. No caso de Almargem do Bispo e São João das Lampas, as causas estão directamente dependentes da população residente, dos valores absolutos de internamento (Quadro 5), da taxa de utilização de internamento (Figura 14b, p.41), dos valores de RPI (Quadro 7) – todos estes valores são baixos. Deve ainda considerar-se a distância ao HFF (Figura 3a/b, p.30), como barreira à utilização dos cuidados prestados pelo hospital. Nas restantes freguesias, inseridas em

contexto urbano e com boa acessibilidade ao HFF, a morbidade hospitalar mais baixa poderá ser explicada pelo facto de serem territórios de fronteira, onde a mobilidade e conectividade com Lisboa é intensa, podendo os indivíduos procurar outros serviços de prestação de cuidados de saúde. De salientar ainda o facto de as freguesias de Alfovelos e Alfragide apresentarem 0 vezes valores de RPI no último decil, afirmando todos os resultados revelados atrás que indicam a sua menor morbidade hospitalar.

Pêro Pinheiro, Queluz e Brandoa são as que apresentam maior morbidade hospitalar na área de influência do HFF, correspondendo a 9% da população residente em 2011 (INE, 2011). As duas primeiras apresentam, ao longo das diversas análises, elevadas prevalências de internamento na população residente. A evidência de Queluz e Brandoa, considerando as RPI superiores ao padrão, destacam valores máximos nas patologias de Doenças do Pâncreas e Hérnia Inguinal, para a primeira e HIV/Sida, Pneumonia e Doença Hepática Alcoólica para a segunda. A maior morbidade e as patologias evidenciadas poderão estar associadas a características suburbanas, nomeadamente de privação sócio-material (Ellaway e outros, 2011), onde se registaram valores elevados para estas freguesias (nos últimos quintis, acima da média) (Figura 11b, p.38). Todavia, a área abrangida por estas freguesias tem boa acessibilidade ao HFF. Em sentido oposto, Pêro Pinheiro apresenta características rurais e de má acessibilidade ao hospital; contudo, são aí reveladas das maiores prevalências de internamento, que reiteram a sua taxa de utilização de internamento (em 100 indivíduos existem 48 doentes saídos) e as RPI mais elevadas em algumas patologias específicas. Outros estudos serão necessários para entender melhor este padrão, nomeadamente as condições ambientais em que reside e trabalha a população desta freguesia. Alguns autores defendem que o contexto é determinante em doenças infecciosas (Zieler e outros, 2000; Couceiro, 2008; Couceiro e outros, 2011). Nesse sentido, é relevante verificar-se, na área de influência do HFF, valores superiores ao padrão para HIV/Sida na Brandoa, tumores malignos (Nogueira, 2001), com valores superiores ao padrão para tumor maligno do cólon, recto e ânus, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e tumor maligno da próstata em Pêro Pinheiro, doenças respiratórias (Graham, 1990; Chiesa e outros, 2008), com valores superiores ao padrão para asma e pneumonia em Pêro Pinheiro e Brandoa.

Em síntese, foram reveladas desigualdades no perfil epidemiológico da área de influência do HFF. Estas variações em saúde encontram-se relacionadas, por um lado com os padrões de acesso e utilização dos cuidados de saúde por parte da população e, por outro lado, com os diversos contextos de vivência que interagem no processo de produção de saúde-doença.

Quadro 1. Matriz síntese de RPI para as morbilidades específicas em análise nas freguesias da área de influência do HFF em 2007-2009.

Fonte: elaborado a partir de HFF, 2007, 2008, 2009a.

Grupos de doença (CID-9)	RPI																												
	Sintra										Amadora																		
	Agualva-Cacém	Algueirão-Mem Martins	Almargem do Bispo	Belas	Colares	Montelavar	Queluz	Rio de Mouro	Santa Maria e São Miguel	São João das Lampas	São Martinho	São Pedro de Penaferrim	Terrugem	Pêro Pinheiro	Casal de Cambra	Massamá	Monte Abraão	Alfragide	Brandoa	Buraca	Damaia	Falagueira	Mina	Reboleira	Venteira	Alfornelos	São Brás	Venda Nova	
Tuberculose																													
HIV/Sida																													
Tumor Maligno do Cólon, Recto e Ânus																													
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão																													
Tumor Maligno da Pele																													
Tumor Maligno da Mama																													
Tumor Maligno do Útero																													
Tumor Maligno do Ovário																													
Tumor Maligno da Próstata																													
Tumor Maligno da Bexiga																													
Diabetes de <i>Mellitus</i>																													
Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao uso do Álcool																													
Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao uso de Substâncias Psicoactivas																													
Depressão																													
Epilepsia																													
Dor																													
Esclerose Múltipla																													
Cataratas																													
Doenças Hipertensivas																													
Cardiopatía Isquémica																													
Insuficiência Cardíaca																													
Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores																													
Doenças Cerebrovasculares																													
Infecções Agudas das Vias Respiratórias Superiores e Gripe																													
Pneumonia																													
Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Bronquiectasia																													
Asma																													
Úlceras Gástrica, Duodenal, Péptica de localização não especificada e Gastrojejunal																													
Colelitíase																													
Doença de Crohn																													
Outra Doença Hepática																													
Doença Hepática Alcoólica																													
Doenças do Apêndice																													
Doenças do Pâncreas																													
Hérnia Inguinal																													
Insuficiência Renal																													
Outras Afecções do Rim e Uréter																													
Artrites Reumatóides e Artroses																													
Dorsalgia																													
Patologias dos Discos Intravertebrais																													
Dor Abdominal e Pélvica																													
Dor de Garganta e Peito																													
Fractura do Fémur																													

■ Valor Máximo
 ■ Valor mínimo
 v RPI superior a 100 (ao padrão)

5.1 Propostas com base nos resultados

Os resultados observados no perfil epidemiológico da área de influência do HFF constituem um instrumento de apoio à decisão com influência na oferta de cuidados de saúde nos concelhos de Amadora e Sintra.

Neste sentido, após o conhecimento por parte do HFF dos padrões espaciais de morbilidade hospitalar e das desigualdades identificadas neste trabalho, propõe-se a adequação da prestação de serviços do hospital a estes padrões, de modo a colmatar as diferenças, melhorando o acesso e utilização da população a esta estrutura. Esta adequação deverá passar pela adopção de medidas e acções que visem tanto a prevenção da doença, como a promoção da saúde. Para isso, a articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde é essencial propondo-se, para tal, o estreitamento e consolidação da relação entre cuidados de saúde primários e secundários nesta área, juntamente com outros organismos públicos que interajam neste território, para uma visão integrada e um planeamento estratégico em saúde e dos seus determinantes.

5.2 Trabalhos Futuros

A análise dos resultados a que se chegou permitem concluir pela necessidade de aprofundar algumas das matérias aqui apresentadas e evoluir para trabalhos que integrem outras análises. Por um lado, seria interessante incluir nesta análise os utentes dos cuidados de saúde primários dos concelhos de Amadora e Sintra, de modo a poder construir o perfil epidemiológico dos cuidados de saúde da área de influência do HFF, caracterizando, deste modo, mais correctamente o padrão de saúde da população deste território.

Por outro lado, seria também pertinente identificar relações entre o perfil epidemiológico da área de influência do HFF e o seu contexto, através de metodologias de avaliação de impacto em saúde, com a utilização de processos estatísticos que reconhecessem relações entre a morbilidade e indicadores de contexto. Depois de testadas essas relações importaria identificar, na óptica do planeamento urbano saudável, acções/medidas que pudessem vir a atenuar a influência negativa do contexto na saúde das populações.

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011a), *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégias para a Saúde III.2) Eixos Estratégicos – Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão)*. Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa (pp.20).

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2006), *Base de Dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos 2006*, Ministério da Saúde.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2007), *Base de Dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos 2007*, Ministério da Saúde.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2008), *Base de Dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos 2008*, Ministério da Saúde.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2009a), *Base de Dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos 2009*, Ministério da Saúde.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2009b), *Unidades Locais de Saúde – Modalidade de Pagamento, Administração Central do Sistema de Saúde*, Ministério da Saúde, pp.18.

Almendra, R. (2010), *Geografia da Doença Cardiovascular: Enfarte Agudo do Miocárdio – padrões e sazonalidade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, pp.97.

Auchincloss, A. & Diez-Roux, A. (2008), “A New Tool for Epidemiology: The Usefulness of Dynamic-Agent Models in Understanding Place Effects on Health”. *American Journal of Epidemiology*, 168-1, p.1-8.

Auchincloss, A., Diez Roux, A., Mujahid, M., Shen, M., Bertoni, A. & Carnethon, M. (2009), “Neighborhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes (the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis)”. *Archives of Internal Medicine*, 169-18, p.1698-1704.

Bago D’Uva, T. (2010), “Equidade no sector da Saúde em Portugal”. In Simões, J. (coord.), *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Gulbenkian /APES, p.23-112.

- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A. & Scott-Samuel, A. (2009), "Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, p.38-44.
- Barcellos, C. & Bastos, F. (1996), "Geoprocessamento, ambiente e saúde uma união possível?", *Cadernos de Saúde Pública*, 12-3, p.389-397.
- Barcellos, C., Coutinho, K., Pina, M., Magalhães, M., Paola, J. & Santos, S. (1998), "Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco á saúde aplicada ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informação Geográficas". *Cadernos de Saúde Pública*, 14-3, p.597-605.
- Barreto, M. (1998), "Por uma epidemiologia da saúde coletiva". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1-2, p.104-30.
- Barton, H. & Tsourou, C. (2000), *Healthy Urban Planning*, Organização Mundial de Saúde, Spon Press, pp.178.
- Barton, J. & Pretty, J. (2010), "What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis". *Environmental Science & Technology*, 44, p.3947-3955.
- Bentham, G., Eimermann, J., Haynes, R., Lovett, A. & Brainard, J. (1995), "Limiting long term illness and its associations with mortality and indicators of social deprivation". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, p. 57-64.
- Benzeval, M. & Judge, K. (2001), "Income and health: the time dimension". *Social Science & Medicine*, 52, p. 1371-1390.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Fronteira, I., Antunes, A. & Ferrinho, P., (2005), *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*, Padrões Culturais Editora, Lisboa, pp.256 (Grande Prémio AstraZeneca 2005).
- Bosma, H., Mheen H., Borsboom, G. & Mackenbach, J. (2001), "Neighbourhood socioeconomic status and all cause mortality". *American Journal of Epidemiology*, 153, p.363-371.
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. (2011), "The Social Determinants of Health: Coming of Age". *Annual Review of Public Health*, 32, p.15-28.
- Brown, P. (1995), "Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature". *Environmental Research*, 69, p. 15-30.

Caiaffa, W., Almeida, M., Oliveira, C., Friche, A., Matos, S., Dias, M., Cunha, M., Pessanha, E. & Proietti, F. (2005), "The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil". *Cadernos de Saúde Pública*, 21-3, p.958-967.

Campar de Almeida, A. & Gama, A. (2003), "Geografia, conhecimento do espaço e cidadania", in Campar de Almeida, A.; Gama, A.; Cravidão, F.; Cunha, L. & Jacinto, R. (coord.), *Fragmentos de um retrato inacabado. A Geografia de Coimbra e as metamorfoses de um país*, IEG/CEG-FLUC, p. 85-89.

Chiesa, A., Westphal, M. & Akerman, M. (2008), "Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, 24-1, p.55-69.

Corburn, J. (2004), "Confronting the Challenges in Reconnecting Urban Planning and Public Health". *American Journal of Public Health*, 94-4, p. 541-546.

Cortez, A. (2009), *Utilização das urgências hospitalares e acesso aos cuidados de saúde primários: o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência (estudo preliminar)*, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (pp.63).

Costa, C. (2010), *Localização Ótima do Futuro Hospital de Sintra – Aplicação de Modelos Location-Allocation no Planeamento de Cuidados de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (pp.126).

Couceiro, L. (2008), *Lugar e risco: para uma geografia da tuberculose pulmonar*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Couceiro, L., Santana, P. & Nunes, C. (2011), "Pulmonary tuberculosis and risk factors in Portugal: a spatial analysis". *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Volume 15-9. DOI: 10.5588/ijtld.10.0302.

Cresswell, T. (2004), *Place: a short introduction*, Blackwell Publishing, United Kingdom (pp.154).

Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. & Macintyre, S. (2007), "Understanding and Representing 'place' in health research: a relational approach". *Social Science & Medicine*, 65, p.1825-1838.

Curtis, S. & Jones, I. (1998), "Is there a place for geography in the analysis of health inequality?". *Sociology of Health & Illness*, 20-5, p.645-672.

Curtis, S. (2010), *Space, Place and Mental Health*. Ashgate, pp.316.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006), *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.*, Organização Mundial de Saúde, Regional Office for Europe, Copenhaga, pp.137.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2006), *Risco de morrer em Portugal 2004*, Vol. II. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, pp.229.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2008a), *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.159.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2008b), *Morbilidade Hospitalar-Serviço Nacional de Saúde 2006*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.38.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2008c), *Morbilidade Hospitalar-Serviço Nacional de Saúde 2007*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.24.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2009a), *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2007*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.159.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2009b), *Risco de morrer em Portugal 2006*, Vol. I. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, pp.318.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2010), *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.159.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2010b), *Morbilidade Hospitalar-Serviço Nacional de Saúde 2008 Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, pp.27.

Diez-Roux, A. (1998), "Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis". *American Journal of Public Health*, 88-2, p.216-222.

Diez-Roux, A., Nieto, F., Caulfield, L., Tyroler, H., Watson, R. & Szklo, M. (1999), "Neighbourhood differences in diet: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, p. 55-63.

Diez-Roux, A., Merkin, S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, J., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H., Watson, R. (2001), "Neighbourhood of residence and incidence of coronary heart disease". *New England Journal of Medicine*, 345-2, p.99-106.

Diez-Roux, A. (2007), "Integrating Social and Biologic Factors in Health Research: a Systems View". *Annals of Epidemiology*, 17-7, p.569-574.

Ellaway, A., Benzeval, M., Green, M., Leyland, A. & Macintyre, S. "Getting sicker quicker": does living in a more deprived neighbourhood mean your health deteriorates faster?". *Health & Place* (no prelo).

Evans, R. & Stoddart, G. (1990), "Producing Health, Consuming Health Care". *Social Science & Medicine*, 31, p.1347-1363.

Fernandes, A., Perelman, J. & Mateus, C. (2010), *Health and health care in Portugal: does gender matter?*. Instituto Nacional Ricardo Jorge, Lisboa (pp.103).

Friel, S. & Marmot, M. (2011), "Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities Goes Global". *Annual Review of Public Health*, 32, p.225-236.

Furtado, C. & Pereira, J. (2010), *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Documento de Trabalho – Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (pp.52)

Godoy, M., Lucena, J., Miquelin, A., Paiva, F., Oliveira, D., Junior, J. & Neto, F. (2007), "Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil". *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88-2, p.200-206.

Goldbaum M. (1997) "A epidemiologia em busca da equidade em saúde". In: Barata R., Barreto, M., Almeida Filho, N., Veras, R. (ed.), *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*, FIOCRUZ/ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 63-80.

Graham, N. (1990), "The epidemiology of acute respiratory infections in children and adults: a global perspective". *Epidemiology Review*, 12, p.140-78.

Groenewegen, P., Berg, A., Vries, S. & Verheij, R. (2006), "Vitamin G: effects of green space on health, well-being, and social safety". *Bio Medical Central Public Health*, p.6-149.

Harding, S., Teyhan, A., Rosato, M. & Santana, P. (2008), "All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities". *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 15-6, p. 670-676.

Harries, K. (2000), "Filters, Fears, and Photos: Speculations and Explorations in the geography of crime". In: Goldsmith, V., McGuire, P., Mollenkopf, J. & Ross, T. (ed.), *Analysing Crime Patterns: Frontiers of Practice*. Sage Publications, Estados Unidos da América, pp.200.

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2009b), *Business-Plan 2009-2011*, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

House, J., Kessler, R. & Herzog, A. (1990), "Age, Socioeconomic Status and Health". *The Milbank Quarterly*, 68-3, p.383-411.

INE – Instituto Nacional de Estatística (1981), *Censos 1981: XII Recenseamento Geral da População. II Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Definitivos*. INE, Lisboa.

INE – Instituto Nacional de Estatística (1991), *Censos 1991: XIII Recenseamento Geral da População. III Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Definitivos*. INE, Lisboa.

INE – Instituto Nacional de Estatística (1996-2010), *Taxa de Crescimento Migratório ao Concelho*, INE, Lisboa.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2001), *Censos, 2001: XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Definitivos*. INE, Lisboa.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2011), *Censos, 2011: XV Recenseamento Geral da População. V Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Preliminares*. INE, Lisboa.

Kaplan, G, Pamuk, E., Lynch, J., Cohen, R. & Balfour, J. (1996), "Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways". *British Medical Journal*, 312, p. 1004-1013.

Kaplan, G. (2004), "What's wrong with Social Epidemiology, and How can we make it better?". *Epidemiological Reviews*, 26, p.124-135.

Krieger, N. (2003), "Place, Space, and Health: GIS and Epidemiology". *Epidemiology*, 14-4, p. 384-385.

Lynch, J., Kaplan, G., Pamuk, E., Cohen, R., Heck, K., Balfour, J. & Yen, I. (1998), "Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States". *American Journal of Public Health*, 88-7, p.1074–1080.

Maas, J., Dillen, S., Verheij, R. & Groenewegen, P. (2009), "Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health". *Health & Place*, 15-2, p. 586-595.

Macdonald, L., Ellaway, A., Ball, K. & Macintyre, S. (2011), "Is proximity to a food retail store associated with diet and BMI in Glasgow, Scotland?". *BioMed Central Public Health*, 11-464, p.1-9.

Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002), "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?". *Social Science & Medicine*, 55, p.125-139.

Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G. & Mackay, L. (2003), "What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland". *Health & Place*, 9-3, p.207-218.

Machado, M. (2009), "A Esperança Média de Vida e os seus determinantes". In *JANUS 2009 - Aliança de Civilizações: um caminho possível?*, Público-Observare, p. 2-6.

Mackenbach, J., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, Ö., Valkonen, T. & Kunst, A. (2003), "Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries". *International Journal of Epidemiology*, 32-5, p.830-837.

Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. (2008), "European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries". *New England Journal of Medicine*, 358, p.2468-2481.

Marmot, M. (2007), "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes", *Public Health – Lancet*, 370, p.1153-1163.

Mateus, C. (2010a), "Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão". In Simões, J. (coord.), *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Gulbenkian /APES, p.391-408.

Mateus, C. (2010b), Contributos para a avaliação económica de medicamentos em Portugal, Dissertação de Doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, pp.386.

Molnar, B., Gortmaker, S., Bull, F. & Buka, S. (2004), "Unsafe to Play? Neighborhood Disorder and Lack of Safety Predict Reduced Physical Activity Among Urban Children and Adolescents". *American Journal of Health Promotion*, 18-5, p. 378-386.

Morland, K., Wing, S. & Diez-Roux, A. (2002), "The Contextual Effect of the Local Food Environment on Residents' Diets: The Atherosclerosis Risk in Communities Study". *American Journal of Public Health*, 92-11, p.1761-1768.

Morland, K., Diez-Roux, A. & Wing, S. (2006), "Supermarkets, Other Food Stores, and Obesity: The Atherosclerosis Risk in Communities Study". *American Journal of Preventive Medicine*, 30-4, p.333-339.

Morris, R. & Carstairs, V. (1991), "Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes". *Journal of Public Health*, 13-4, p. 318-326.

Nogueira, H. (2001), *“Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde”*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, pp.387.

Nogueira, H. (2006), *Os Lugares e a Saúde. Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na área metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, pp.483.

Nogueira, H. (2007), *“Privação Sociomaterial e Saúde na Área Metropolitana de Lisboa. O exemplo da Mortalidade Prematura”*. In Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Ed. Almedina, Coimbra, p.155-162.

Nogueira, H. & Remoaldo, P. (2010), *Olhares Geográficos Sobre a Saúde*, Edições Colibri, Lisboa, pp.156.

Nogueira, P., Paixão, E. & Rodrigues, E. (2009), *Sazonalidade e Periodicidades do Internamento Hospitalar em Portugal Continental - 1998 A 2003*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa.

OESS – Observatório Europeu para a Situação Social (2005), *Health Status and Living Conditions in an Enlarged Europe*. London School of Economics, London.

Oliveira, A., Silva, D., Marinho, I., Lima, I. & Meneses, J. (2009), *“Perfil epidemiológico do bairro de Nova Cidade no município de Natal/RN”*. In: *Actas do II Seminário Nacional de Directrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (SEBAS) – (Re)Construção Básica de Cenários na Atenção Básica em Saúde*, Recife, Agosto.

Oliveira, M. & Bevan, G. (2003), *“Measuring geographic inequities in the Portuguese Health System: na estimation of Hospital care needs”*, *Health Policy*, 66, p.277-293.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1946), *Constituição*. OMS, Nova Iorque.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2010a), *Redução das Desigualdades no período de uma geração – igualdade na saúde através da acção sobre os determinantes sociais*, Organização Mundial de Saúde – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, pp.26.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2010b), *Equity, social determinants and public health programmes*, Blas, E. & Kurup, A. (ed.), Organização Mundial de Saúde, pp.291.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2010c), *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Organização Mundial de Saúde, Regional Office for Europe, Copenhaga.

- OMS – Organização Mundial de Saúde (2010d), *Portugal - Health system performance assessment: 2010*. Organização Mundial de Saúde, Regional Office for Europe, Copenhaga.
- Pereira, J. (1993), “What does equity in health mean?”. *Journal of Social Policy*, 22, p. 19-48.
- Pereira, J., Mateus, C. & Amaral, M. (1999) “Custos da Obesidade em Portugal”. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde – Documento de Trabalho*, 4, p.1-38.
- Pereira, J. & Pedro, J. (2004), “Education, income and health inequalities in Portugal”. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3, Suplemento52.
- Perelman, J., Mateus, C. & Fernandes, A. (2010), “Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal”, *Social Science & Medicine*, 71-1, p.25-29.
- Ribeiro, S. (2010), *Desigualdades Socioeconómicas na Doença Cardiovascular em Portugal: Estudo baseado no Inquérito Nacional de Saúde 2005/06*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Ramalho, W., Barcellos, C., Magalhães, M. & SANTOS, S. (2006), *Abordagens espaciais na Saúde Pública*. Série Capacitação e actualização em geoprocessamento em saúde. Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, pp.135.
- Roseira, M., Pinto, M. & Lemos, M. (2002), “Uma Perspectiva para o Sector da Saúde para o ano 2002”, in Monjardino, C. (coord.), *Contributos para uma Política Construtiva*, Âncora Editora, Lisboa, p. 111-122.
- Rushton, G. (2003), “Public health, GIS, and spatial analytic tools”. *Annual Review of Public Health*, 24, p.43-56.
- Santana, P. (1995), *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de saúde*. Ensaio metodológico em Geografia da Saúde. Comissão de Coordenação Regional do Centro/Administração Regional de Saúde do Centro, Coimbra.
- Santana, P. (2002a), “Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993”. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, p.107-145.
- Santana, P. (2002b), “Poverty, social exclusion and health in Portugal”. *Social Science & Medicine*, 55, p. 33-45.
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Ed. Almedina, Coimbra, pp. 342.

Santana, P., Nogueira, H., Santos, R. & Costa, C. (2007), "Avaliação da Qualidade Ambiental dos Espaços Verdes Urbanos no Bem-Estar e na Saúde". In Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Ed. Almedina, Coimbra, p.219-237.

Santana, P., Santos, R. & Nogueira, H. (2009), "The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal". *Social Science & Medicine*, 68, p. 601-609.

Santana, P. (2010), "Os Ganhos em Saúde e no acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação das últimas três décadas". In Simões, J. (coord.), *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Gulbenkian /APES, p.18-22.

Santos, S. (2008), *A Importância do Contexto Social de Moradia na Auto-Avaliação de Saúde*. Dissertação de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, pp.96.

Santos, S. & Noronha, C. (2001), "Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro". *Cadernos de Saúde Pública*, 17-5, p.1099-1110.

Schaap, M. (2010), *Socioeconomic inequalities in smoking in Europe*. Dissertação de Doutoramento, ErasmusMC, Univerity Medical Centre Rotterdam, Rotterdam.

Simões, J.(coord.) (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*. Edições Almedina, Coimbra, pp.658.

Taylor R, Rieger A. (1984), "Rudolf Virchow and the thifus epidemia in Upper Silesia: an introduction and translation". *Sociology of Health & Illness*, 6, p.210-217.

Terris, M. (1992), "The Society for Epidemiologic Research (SER) and the future of Epidemiology". *American Journal of Epidemiology*, 136, p.909-915.

Van Doorslaer, E., Koolman, X. (2004), "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries". *Health Economics*, 13, p.609-628.

Vasconcelos, J., Freire, E., Morais, J., Machado, J. & Santana, P. (2011), "The health impacts of poor housing conditions and thermal discomfort". *Procedia Environmental Sciences*, 4, p.158-164.

Wilkinson, R. (1996), *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. Routledge, London, pp.255.

Wilson, K., Eyles, J., Ellaway, A., Macintyre, S. & Macdonald, L. (2010), "Health status and health behaviours in neighbourhoods: a comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada". *Health & Place*, 16, p. 331-338.

Yen, I. & Kaplan, G. (1999), "Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study". *International Journal of Epidemiology*, 28-1, p.90-94.

Yen, I. & Syme, S. (1999), "The Social Environment and Health: a discussion of the epidemiologic literature". *Annual Review of Public Health*, 20, p.287-308.

Zierler, S., Krieger, N., Tang, Y., Coady, W., Siegfried, E., DeMaria, A. & Auerbach, J. (2000), "Economic deprivation and AIDS incidence in Massachusetts". *American Journal of Public Health*, 90-7, p.1064-1073.

Zuchi, P., Del Nero, C. & Malik, A. (2000), Gastos em saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9-1/2, p.127-150.

OUTRAS FONTES

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010), *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Alto Comissariado da Saúde, Lisboa - <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/03/14/atlas-pns/> (consultado em 11.03.2011).

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011b), Web-SIG Mapas Interactivos, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde - <http://www.websig.acs.min-saude.pt/> (consultado em 14.03.2011).

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2011), *Grupos de Diagnósticos Homogéneos*. Portal de Codificação e dos GDH – Administração Central do Sistema de Saúde – [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH)) (consultado em 05.09.2011).

Borges, B. (2011), "Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH)". Portal de Codificação e dos GDH – [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH)) (consultado em 05.09.2011).

CAO – Carta Administrativa Oficial (2001), *Limites administrativos dos concelhos e freguesias de Portugal* - <http://www.igeo.pt/produtos/cadastro/caop/versao1.htm> (consultado em 10.03.2011).

CAOP – Carta Administrativa Oficial de Portugal (2011), *Limites administrativos dos concelhos e freguesias de Portugal* - <http://www.igeo.pt/produtos/cadastro/caop/inicial.htm> (consultado em 10.03.2011).

CM Amadora – Câmara Municipal de Amadora (2010), Informação Cartográfica: Loteamentos e Urbanizações aprovadas.

CM Sintra – Câmara Municipal de Sintra (2010), Informação Cartográfica: Loteamentos e Urbanizações aprovadas.

DL – Decreto-Lei 56/79 (1979), Decreto-Lei 56/79, Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 15 de Setembro.

DL – Decreto-lei 382/91 (1991), Decreto-Lei 382/91, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 9 de Outubro.

DL – Decreto-lei 203/08 (2008), Decreto-Lei 203/08, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 10 de Outubro.

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2007), Base de dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2008), Base de dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2009a), Base de dados Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2011), *Serviços Clínicos*, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca - http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/servicos-clinicos_5 (consultado em 01.08.2011).

ICD9 – International Classification of Diseases 9 (2011) - <http://icd9cm.chrisendres.com/index.php?action=child&recordid=10422> (consultado em 05.09.2011)

IGP – Instituto Geográfico Portugues (2000), *Projecto Corine Land Cover 2000* – <http://www.igeo.pt/gdr/projectos/clc2000/> (consultado em 10.03.2011).

IGP – Instituto Geográfico Portugues (2006), *Projecto Corine Land Cover 2006* – <http://www.igeo.pt/gdr/projectos/clc2006/> (consultado em 10.03.2011).

MS – Ministério da Saúde (2008), *Composição do Serviço Nacional de Saúde*, Portal da Saúde – <http://www.min->

saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/composicao+do+sns/sns2.htm (consultado em 01.08.2011).

MS – Ministério da Saúde (2010), *História do Serviço Nacional de Saúde*, Portal da Saúde – <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> (consultado em 01.08.2011).

MS – Ministério da Saúde (2011), *Novos Centros Hospitalares*, Portal da Saúde – <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/3/centros+hospitalares.htm> (consultado em 01.08.2011).

OMS – Organização Mundial de Saúde, Eurostat & OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2008), *International shortlist for hospital morbidity tabulation (ISHMT)* - <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/implementation/hospitaldischarge.htm> (consultado em 17.11.2010).

Anexo nº 1 – Doentes saídos e óbitos do HFF por Grupos de Doença (CID-9), 2007-2009.

Anexo nº 2 – Dias de Internamento, Demora Média e Day Cases ocorridos no HFF por Grupos de Doença (CID-9), 2007-2009.

Anexo nº 3 – Doentes Saídos por morbilidades específicas na área de influência do HFF, 2007-2009.

Anexo nº 1 – Doentes saídos e óbitos do HFF por Grupos de Doença (CID-9), 2007-2009.

Grupos de doença (CID-9)	Doentes Saídos ⁽¹⁾															Óbitos											
	Total (HM)							H (Área Infl. HFF ⁽³⁾)			M (Área Infl. HFF ⁽³⁾)			Grupos Etários (Área Infl. HFF ⁽³⁾)			HM				H (Área Infl. HFF ⁽⁴⁾)		M (Área Infl. HFF ⁽⁴⁾)		Letalidade e Hosp.		
	Nº	% (HFF)	% (Cont. ⁽²⁾)	Área Infl. HFF ⁽³⁾		Fora Área Infl. HFF ⁽³⁾		Nº	%	% (Cont. ⁽²⁾)	Nº	%	% (Cont. ⁽²⁾)	0-14	15-64	≥65	Nº	%	Área Infl. HFF ⁽⁴⁾		Fora Área Infl. HFF ⁽⁴⁾		Nº	%	Nº	%	% ₀₀
				Nº	%	Nº	%												Nº	%	Nº	%					
Total	173.118	100	100	160.468	92,7	12.593	7,3	71.329	44,5	45,7	89.139	55,5	54,3	21.699	82.402	56.367	5.985	100	5.816	97,2	165	2,8	3.180	54,7	2.636	45,3	36,2
Doenças Infecciosas e Parasitárias (I)	3.649	2,1	1,6	3.498	95,9	149	4,1	1.297	37,1	56,3	2.203	62,9	43,7	288	2.506	706	531	8,9	513	96,8	17	3,2	275	53,6	238	46,4	146,6
Neoplasias (II)	9.591	5,5	6,8	8.853	92,3	738	7,7	4.372	49,4	45,3	4.479	50,6	54,7	74	4.798	3.979	1.275	21,3	1.227	96,2	48	3,8	759	61,9	468	38,1	138,6
Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III)	3.767	2,2	1,7	3.517	93,4	248	6,6	1.553	44,2	37,8	1.964	55,8	62,2	117	1.217	2.183	119	2,0	118	100	0	0	50	42,4	68	57,6	33,6
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (IV)	1.932	1,1	0,5	1.880	97,3	52	2,7	798	42,4	43,9	1.082	57,6	56,1	254	670	956	23	0,4	23	100	0	0	13	56,5	10	43,5	12,2
Transtornos Mentais (V)	2.112	1,2	1,3	2.055	97,3	56	2,7	1.048	51,0	49,4	1.007	49,0	50,6	17	1.592	446	4	0,1	4	100	0	0	≤3	50,0	≤3	50,0	1,9
Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI)	10.261	5,9	6,2	9.267	90,4	988	9,6	3.694	39,9	38,3	5.573	60,1	61,7	593	4.130	4.544	190	3,2	182	95,8	8	4,2	97	53,3	85	46,7	19,6
Doenças do Aparelho Circulatório (VII)	15.549	9,0	9,5	14.858	95,6	686	4,4	7.536	50,7	52,6	7.322	49,3	47,4	42	5.418	9.398	1.458	24,4	1.417	97,3	39	2,7	705	49,8	712	50,2	95,4
Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)	14.009	8,1	6,8	13.307	95,0	696	5,0	7.569	56,9	56,1	5.738	43,1	43,9	4.177	3.635	5.495	1.540	25,7	1.515	98,4	25	1,6	830	54,8	685	45,2	113,8
Doenças do Aparelho Digestivo (IX)	14.710	8,5	7,9	13.535	92,0	1.169	8,0	7.979	59,0	56,5	5.556	41,0	43,5	1.576	7.560	4.399	401	6,7	391	97,5	10	2,5	222	56,8	169	43,2	28,9
Doenças do Aparelho Geniturinário (X)	9.922	5,7	5,4	9.163	92,4	759	7,6	3.804	41,5	36,8	5.359	58,5	63,2	989	4.988	3.186	118	2,0	117	99,2	≤3	0,8	60	51,3	57	48,7	12,8
Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI)	16.344	9,4	7,3	15.376	94,1	964	5,9	-	-	-	15.376	100	100	21	15.355	0	≤3	0,02	≤3	100	0	0	0	≤3	100	0,1	
Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII)	3.226	1,9	1,2	2.976	92,3	250	7,7	1.579	53,1	54,7	1.397	46,9	45,3	290	2.226	460	27	0,5	27	100	0	0	11	40,7	16	59,3	9,1
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)	3.549	2,1	2,9	3.227	91,0	319	9,0	1.409	43,7	41,8	1.818	56,3	58,2	146	2.164	917	11	0,2	11	100	0	0	4	36,4	7	63,6	3,4
Anomalias Congénitas (XIV)	735	0,4	0,6	657	89,5	77	10,5	443	67,4	59,9	214	32,6	40,1	460	178	19	≤3	0,03	≤3	100	0	0	≤3	50,0	≤3	50,0	3,0
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV)	85	0,05	0,2	74	87,1	11	12,9	52	70,3	58,9	22	29,7	41,1	74	0	0	≤3	0,1	≤3	66,7	≤3	33,3	≤3	50,0	≤3	50,0	27,0
Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI)	1.144	0,7	1,0	1.055	92,2	89	7,8	541	51,3	55,5	514	48,7	44,5	392	480	183	19	0,3	18	94,7	≤3	5,3	9	50,0	9	50,0	17,1
Lesões e Envenenamentos (XVII)	7.632	4,4	4,9	7.295	95,7	326	4,3	3.532	48,4	53,1	3.763	51,6	46,9	491	3.677	3.127	178	3,0	170	95,5	8	4,5	87	51,2	83	48,8	23,3
Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII)	54.901	31,7	34,3	49.875	90,9	5.016	9,1	24.123	48,4	50,0	25.752	51,6	50,0	11.698	21.808	16.369	85	1,4	78	91,8	7	8,2	54	69,2	24	30,8	1,6

(1) Corresponde ao número de episódios de internamento.

(2) Os valores do Continente correspondem ao período de 2006-2008.

(3) Existem 57 doentes saídos que não detém informação relativa à sua residência não sendo possível aferir a sua pertença ou não à área de influência do HFF.

(4) Existem 4 óbitos que não detém informação relativa à sua residência não sendo possível aferir a sua pertença ou não à área de influência do HFF.

(5) O cálculo da taxa de mortalidade tem por base o total de população residente na área de influência do HFF em 2011.

Fonte: HFF, 2007, 2008, 2009a; INE, 2011; DGS, 2008a, 2009a, 2010a.

Anexo nº 2 – Dias de Internamento, Demora Média e Day Cases ocorridos no HFF por Grupos de Doença (CID-9), 2007-2009.

Grupos de doença (CID-9)	Dias de Internamento					Demora Média (dias)			Day cases				
	Total	Área Infl. HFF ⁽¹⁾		Fora Área Infl. HFF ⁽¹⁾		Total	Área Infl. HFF ⁽¹⁾	Fora Área Infl. HFF ⁽¹⁾	Total	Área Infl. HFF ⁽²⁾		Fora Área Infl. HFF ⁽²⁾	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%
Total	1.761.577	1.670.402	94,8	90.529	5,2	10,2	10,4	7,2	50.166	45.186	90,1	4.966	9,9
Doenças Infecciosas e Parasitárias (I)	48.337	46.965	97,2	1.372	2,8	13,3	13,4	9,2	142	127	89,4	15	10,6
Neoplasias (II)	144.866	136.019	93,9	8.847	6,1	15,1	15,4	12,0	979	845	86,3	134	13,7
Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (III)	61.750	58.583	94,9	3.167	5,1	16,4	16,7	12,8	547	483	88,3	63	11,5
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos (IV)	30.162	29.463	97,7	699	2,3	15,6	15,7	13,4	21	21	100	0	0
Transtornos Mentais (V)	47.674	45.856	96,2	1.818	3,8	22,6	22,3	32,5	31	27	87,1	4	12,9
Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (VI)	76.857	70.091	91,2	6.766	8,8	7,5	7,6	6,8	2.027	1.795	88,6	230	11,3
Doenças do Aparelho Circulatório (VII)	242.730	234.823	96,7	7.907	3,3	15,6	15,8	11,5	663	601	90,6	61	9,2
Doenças do Aparelho Respiratório (VIII)	252.557	244.220	96,7	8.337	3,3	18,0	18,4	12,0	306	282	92,2	24	7,8
Doenças do Aparelho Digestivo (IX)	180.113	169.575	94,1	10.538	5,9	12,2	12,5	9,0	347	315	90,8	32	9,2
Doenças do Aparelho Geniturinário (X)	114.901	109.544	95,3	5.357	4,7	11,6	12,0	7,1	1.592	1.466	92,1	126	7,9
Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (XI)	163.274	151.935	93,1	11.339	6,9	10,0	9,9	11,8	2.614	2.550	97,6	62	2,4
Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (XII)	24.291	22.318	91,9	1.973	8,1	7,5	7,5	7,9	725	658	90,8	67	9,2
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)	37.252	33.873	90,9	3.379	9,1	10,5	10,5	10,6	144	127	88,2	17	11,8
Anomalias Congénitas (XIV)	6.320	5.616	88,9	704	11,1	8,6	8,5	9,1	60	56	93,3	4	6,7
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (XV)	1.493	1.066	71,4	427	28,6	17,6	14,4	38,8	2	2	100	0	0
Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (XVI)	11.022	10.487	95,1	535	4,9	9,6	9,9	6,0	83	70	84,3	13	15,7
Lesões e Envenenamentos (XVII)	134.345	130.223	96,9	4.122	3,1	17,6	17,9	12,6	295	262	88,8	32	10,8
Factores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contacto com Serviços de Saúde (XVIII)	182.987	169.745	92,8	13.242	7,2	3,3	3,4	2,6	39.588	35.499	89,7	4.082	10,3

(1) Existem 646 dias de internamento, correspondentes a 57 doentes saídos, que não detém informação relativa à sua residência não sendo possível aferir a sua pertença ou não à área de influência do HFF.

(2) Existem 14 *Day cases*, correspondentes a doentes saídos que não detém informação relativa à sua residência não sendo possível aferir a sua pertença ou não à área de influência do HFF.

Fonte: HFF, 2007, 2008, 2009a.

Anexo nº 3 – Doentes Saídos por morbilidades específicas na área de influência do HFF, 2007-2009.

Causas de Morbilidade (CID-9)	Doentes Saídos ⁽¹⁾																	
	Total								Área Infl. HFF									
	Nº	%	% (HFF)	% (Cont. ⁽²⁾)	H	%	M	%	Nº	% (Total)	H	%	M	%	Taxa ⁽³⁾ (‰)	RPI	ICm	ICM
Total	42.101	100	24,32	25,60	22.305	53,0	19.796	47,0	39.604	94,1	20.948	52,9	18.656	47,1	71,6	-	-	-
Tuberculose	196	0,47	0,11	0,10	125	63,8	71	36,2	187	95,4	119	63,6	68	36,4	0,3	55	66	80
HIV/Sida	688	1,63	0,40	0,23	444	64,5	244	35,5	672	97,7	437	65,0	235	35,0	1,2	60	66	90
Tumor Maligno do Cólon, Recto e Ânus	935	2,22	0,54	0,61	572	61,2	363	38,8	865	92,5	538	62,2	327	37,8	1,6	71	76	92
Tumor Maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão	580	1,38	0,34	0,32	484	83,4	96	16,6	461	79,5	371	80,5	90	19,5	0,8	57	64	88
Tumor Maligno da Pele	139	0,33	0,08	0,46	72	51,8	67	48,2	125	89,9	66	52,8	59	47,2	0,2	11	17	45
Tumor Maligno da Mama	577	1,37	0,33	0,43	-	-	577	100	513	88,9	-	-	513	100	1,8	50	57	88
Tumor Maligno do Útero	195	0,46	0,11	0,17	-	-	195	100	178	91,3	-	-	178	100	0,6	54	65	79
Tumor Maligno do Ovário	72	0,17	0,04	0,06	-	-	72	100	67	93,1	-	-	67	100	0,2	47	64	64
Tumor Maligno da Próstata	460	1,09	0,27	0,21	460	100,0	-	-	438	95,2	438	100	-	-	1,7	95	105	90
Tumor Maligno da Bexiga	543	1,29	0,31	0,30	428	78,8	115	21,2	497	91,5	386	77,7	111	22,3	0,9	77	85	90
Diabetes de Mellitus	2.623	6,23	1,52	0,83	1.280	48,8	1.343	51,2	2.451	93,4	1.184	48,3	1.267	51,7	4,4	132	136	96
Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao uso do Álcool	159	0,38	0,09	0,18	141	88,7	18	11,3	154	96,9	138	89,6	16	10,4	0,3	54	66	78
Perturbações Mentais e de Comportamento devidas ao Uso de Substâncias Psicoactivas	13	0,03	0,01	0,04	5	38,5	8	61,5	12	92,3	4	33,3	8	66,7	0,02	17	41	-40
Depressão	1.194	2,84	0,69	0,40	509	42,6	685	57,4	1.167	97,7	498	42,7	669	57,3	2,1	95	101	94
Epilepsia	732	1,74	0,42	0,22	432	59,0	300	41,0	639	87,3	389	60,9	250	39,1	1,2	107	115	92
Dor	≤3	0,007	0,002	0,12	≤3	33,3	≤3	66,7	≤3	33,3	0	0	≤3	100	0,00	39	165	-219
Esclerose Múltipla	166	0,39	0,10	0,05	39	23,5	127	76,5	154	92,8	39	25,3	115	74,7	0,3	97	113	84
Cataratas	3.439	8,17	1,99	2,84	1.194	34,7	2.245	65,3	3.134	91,1	1.073	34,2	2.061	65,8	5,7	72	75	96
Doenças Hipertensivas	736	1,75	0,43	0,41	326	44,3	410	55,7	715	97,1	313	43,8	402	56,2	1,3	56	62	90
Cardiopatía Isquémica	3.018	7,17	1,74	2,22	1.919	63,6	1.099	36,4	2.904	96,2	1.841	63,4	1.063	36,6	5,3	63	66	95
Insuficiência Cardíaca	2.375	5,64	1,37	0,95	1.140	48,0	1.235	52,0	2.292	96,5	1.092	47,6	1.200	52,4	4,2	144	149	97
Insuficiência Venosa dos Membros Inferiores	935	2,22	0,54	0,87	215	23,0	720	77,0	840	89,8	191	22,7	649	77,3	1,5	48	52	90
Doenças Cerebrovasculares	4.027	9,57	2,33	1,89	2.084	51,8	1.943	48,2	3.881	96,4	1.995	51,4	1.886	48,6	7,0	94	97	97
Infecções Agudas das Vias Respiratórias Superiores e Gripe	310	0,74	0,18	0,20	158	51,0	152	49,0	296	95,5	149	50,3	147	49,7	0,5	53	62	84
Pneumonia	3.721	8,84	2,15	2,44	2.120	57,0	1.601	43,0	3.617	97,2	2.056	56,8	1.561	43,2	6,5	81	84	96
Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Bronquiectasia	1.209	2,87	0,70	0,65	929	76,8	280	23,2	1.186	98,1	912	76,9	274	23,1	2,2	98	104	94
Asma	682	1,62	0,39	0,18	340	49,9	342	50,1	664	97,4	329	49,5	335	50,5	1,2	115	124	93
Úlcera Gástrica, Duodenal, Péptica de localização não especificada e Gastrojejunal	451	1,07	0,26	0,26	283	62,7	168	37,3	437	96,9	275	62,9	162	37,1	0,8	95	104	90
Colelitíase	2.470	5,87	1,43	1,35	837	33,9	1.633	66,1	2.260	91,5	792	35,0	1.468	65,0	4,1	87	91	95
Doença de Crohn	329	0,78	0,19	0,12	123	37,4	206	62,6	278	84,5	105	37,8	173	62,2	0,5	81	92	87
Outra Doença Hepática	93	0,22	0,05	0,18	34	36,6	59	63,4	89	95,7	34	38,2	55	61,8	0,2	60	76	73
Doença Hepática Alcoólica	750	1,78	0,43	0,36	634	84,5	116	15,5	729	97,2	618	84,8	111	15,2	1,3	88	95	92
Doenças do Apêndice	1.109	2,63	0,64	0,67	640	57,7	469	42,3	1.058	95,4	602	56,9	456	43,1	1,9	72	77	93
Doenças do Pâncreas	548	1,30	0,32	0,47	306	55,8	242	44,2	526	96,0	302	57,4	224	42,6	1,0	88	97	91
Hérnia Inguinal	2.793	6,63	1,61	1,24	2.470	88,4	323	11,6	2.476	88,7	2.188	88,4	288	11,6	4,5	100	104	96
Insuficiência Renal	531	1,26	0,31	0,40	348	65,5	183	34,5	511	96,2	332	65,0	179	35,0	0,9	58	65	88
Outras Afecções do Rim e Uréter	1.254	2,98	0,72	1,20	540	43,1	714	56,9	1.172	93,5	507	43,3	665	56,7	2,1	43	47	91
Artrites Reumatóides e Artroses	643	1,53	0,37	0,84	244	37,9	399	62,1	584	90,8	221	37,8	363	62,2	1,1	56	62	89
Dorsalgia	17	0,04	0,01	0,04	6	35,3	11	64,7	17	100	6	35,3	11	64,7	0,03	51	86	32
Patologias dos Discos Intravertebrais	27	0,06	0,02	0,22	16	59,3	11	40,7	24	88,9	15	62,5	9	37,5	0,04	4	13	-95
Dor Abdominal e Pélvica	15	0,04	0,01	0,10	≤3	20,0	12	80,0	15	100	≤3	20,0	12	80,0	0,03	12	30	-57
Dor de Garganta e Peito	8	0,02	0,00	0,04	5	62,5	3	37,5	8	100	5	62,5	≤3	37,5	0,01	8	27	-154
Fractura do Fémur	1.336	3,17	0,77	0,77	388	29,0	948	71,0	1.310	98,1	375	28,6	935	71,4	2,4	100	105	94

