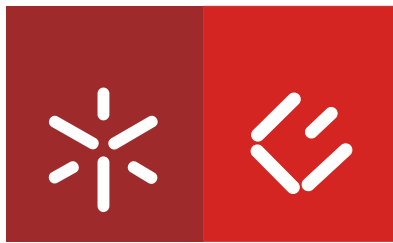


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Cátia de Brito Gonçalves dos Santos

**Disparidades na Distribuição Geográfica
de Recursos de Saúde em Portugal**



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Cátia de Brito Gonçalves dos Santos

Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Economia e Política da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
**Professora Doutora Paula Alexandra Correia
Velooso Veiga Benesch**

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A
REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Começo por agradecer à minha orientada, Professora Doutora Paula Benesch, pela sua compreensão, disponibilidade e orientação.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela paciência e por acreditarem sempre em mim.

Um agradecimento especial à minha prima Vera pela sua disponibilidade, pelas suas valiosas opiniões e palavras sábias, obrigada por tudo!

Ao meu amigo Fábio Sánchez que esteve sempre presente neste percurso e que me ajudou a ultrapassar alguns desafios.

Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal

Resumo

Um dos principais objetivos dos sistemas de saúde é a redução das desigualdades, em particular as que estão associadas ao nível socioeconómico das populações, o que implica conhecer a dimensão e a sua natureza das desigualdades no acesso, resultados e financiamento de saúde. A desigualdade está fortemente relacionada com a distribuição dos recursos de saúde, em particular dos recursos públicos.

O acesso aos cuidados de saúde tem um papel fundamental nos sistemas de saúde públicos para a prossecução dos objetivos de maior eficiência e equidade. Compreender a distribuição dos recursos de saúde, em particular os recursos do Serviço Nacional de Saúde, é um dos aspetos relevantes para a compreensão do acesso e da equidade.

A análise feita no presente estudo centra-se na distribuição geográfica dos recursos e na sua desigualdade geográfica e baseia-se na construção e interpretação de índices de desigualdade frequentemente utilizados na literatura, a saber: índice de Gini, índice de dissimilaridade, coeficiente de variação, razão de taxas e diferença de taxas.

Os dados recolhidos são provenientes da base de dados do INE (www.ine.pt) e englobam os 308 concelhos de Portugal continental e ilhas. Estes dados correspondem ao último ano disponível, 2009 ou 2010 conforme as variáveis.

Os resultados obtidos com base nas medidas de desigualdade mostram fortes assimetrias geográficas na distribuição dos recursos de saúde em Portugal e sugerem que o sistema está longe de alcançar o objetivo de equidade no acesso.

Concluiu-se que existem áreas geográficas com elevada concentração de recursos. A concentração é maior nos concelhos urbanos e no litoral. Em contrapartida existe uma falta acentuada de recursos nos concelhos mais rurais do interior. Através deste padrão de distribuição, verificou-se que não existe uma relação entre a taxa de envelhecimento da população e a disponibilidade de recursos de saúde.

Palavras-Chave: SNS; equidade; desigualdade; oferta; recursos.

Geographical Disparities in the Distribution of Health Resources in Portugal

Abstract

One of the main objectives of the health systems is the reduction of the inequities, in particular those related to socioeconomic background, hence, it is important to know its size and nature. The inequality is strongly associated with the distribution of health resources, particularly of public resources.

The access to health care has a key role in the health care systems, and in pursuing their objectives of a greater efficiency and equity. Understanding the distribution of health resources, specifically the resources of the National Health Service is one of the most relevant aspects the understanding of the access and equity.

This analysis is focused on the geographical distribution of resources and is based on the construction and interpretation of inequality indexes commonly used in literature, namely: the Gini index, dissimilarity index, coefficient of variation, rate ratio and rate difference.

The data have been collected from the database INE (www.ine.pt) and include the 308 municipalities of Portugal mainland and islands. The obtained values are measured up with the last year available, 2009 or 2010 depending on the variables.

The results based on the measures of inequality show that there is no equality in the distribution of resources in Portugal and suggest that the system is far from achieving the goal of equal access.

It was concluded that the higher concentrations of resources are located in urban municipalities near the seacoast. However there is a pronounced lack of resources in the most rural municipalities. Through this pattern, there is not a relation between the aging rate and the availability of health care resources.

Keywords: NHS, equity, inequality, supply, resources.

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Índice Geral	vi
Índice de Figuras	viii
Índice de Quadros	viii
Índice de Tabelas	viii
Índice de Gráficos.....	ix
Índice de abreviaturas e siglas.....	x
Capítulo I – Introdução.....	1
Capítulo II- O Sistema Nacional de Saúde e as suas reformas	3
2.1. Sistema de Saúde Português.....	3
2.2. Políticas de Saúde de 1985 a 1995	7
2.3. O sistema de saúde de 1995 a 2002	8
2.4. O sistema de saúde depois de 2005	10
2.5. Estrutura e financiamento do SNS.....	12
2.6. Acesso aos cuidados de Saúde	16
Capítulo III - Princípios de Equidade	19
3.1. Equidade em saúde	19
3.2. Equidade versus Igualdade.....	22
3.3. Evidência Empírica	24
Capítulo IV – Metodologia.....	28
4.1. Dados.....	28
4.2. Medidas de desigualdade e iniquidade	30
4.2.1. Métodos Utilizados.....	30
Capítulo V – Resultados	35
5.1. Distribuição da Oferta	35
5.2. Índice de Dissimilaridade	48
5.3. Índice de Gini	49
5.4. Coeficiente de Variação, Razão de Taxas e Diferença de Taxas	50
5.5. Coeficiente de correlação de recursos/taxa de envelhecimento	51

Capítulo VI – Discussão	53
6.1. Limitações dos dados utilizados	53
6.2. Principais resultados.....	54
Capítulo VII – Conclusão	59

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução do sistema de saúde português (reproduzido de OPSS, 2004).....	11
Figura 2 - Relação entre necessidades de saúde, procura e oferta de serviços (reproduzido de OPSS, 2011).....	24
Figura 3 - Abordagem da Iniquidade em Saúde (retirado de Dahlgren & Whitehead, 2006, cit in, Pereira & Furtado, 2010).....	27
Figura 4 - Distribuição geográfica do número de centros de saúde por concelho.	37
Figura 5 - Distribuição geográfica de enfermeiros por cada mil habitantes.	41
Figura 6 - Distribuição geográfica de médicos por cada mil habitantes.	44
Figura 7 - Disparidades geográficas da distribuição do índice de envelhecimento.	47

Índice de Quadros

Quadro 1 - Índice de envelhecimento.	29
Quadro 2 - Cálculo do índice de dissimilaridade (Andrade <i>et al.</i> , 2004).	31
Quadro 3 - Cálculo do índice de Gini	32
Quadro 4 - Cálculo Coeficiente de Variação.....	33
Quadro 5 - Cálculo da Razão de Taxas e da Diferença de Taxas (Schneider <i>et al.</i> , 2002).	34

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dados utilizados para a realização da análise.	28
Tabela 2 – Número de centros dos centros de saúde, por região.....	36
Tabela 3 - Número médio de habitantes por centro de saúde.	38
Tabela 4 – Número médio de habitantes por centro de saúde.....	38
Tabela 5 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.	42
Tabela 6 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.	43
Tabela 7 - Médicos por 1.000 habitantes.....	44
Tabela 8 - Médicos por 1.000 habitantes.....	45
Tabela 9 - Médicos por 1.000 habitantes.....	45
Tabela 10 - Índice de Dissimilaridade.	48
Tabela 11 - Coeficiente de Gini.	49
Tabela 12 - Coeficiente de Variação, Razão e Diferença de Taxas.	50
Tabela 13 - Correlação entre os recursos e a taxa de envelhecimento.	51
Tabela 14 - Comparação entre o número de médicos e o índice de envelhecimento em alguns concelhos.	56
Tabela 15 - Resumo dos concelhos com mais e menos recursos disponíveis.....	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Proporção de centros de saúde com internamento e sem internamento, por região.	36
Gráfico 2 - Camas de Internamento por 1.000 habitantes.	39
Gráfico 3 - Camas em centros de saúde por 1.000 habitantes.....	40
Gráfico 4 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.....	41
Gráfico 5 - Médicos por 1000 habitantes.	43
Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento, por regiões.....	46

Índice de abreviaturas e siglas

ARS - Administração Regional da Saúde

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FMM - Forças Militares e Militarizadas

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OPSS - Observatório Português do Sistema de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

QCA - Quadro Comunitário de Apoio

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SMS - Serviços Médicos Sociais

SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social

SNIG - Sistema Nacional de Informação Geográfica

Capítulo I – Introdução

O setor dos cuidados de saúde ocupa atualmente um espaço muito visível na nossa sociedade e economia.

Em Portugal, a oferta da prestação de cuidados de saúde a nível nacional é assegurada, em grande parte pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Dinis, 2008). O acesso universal aos cuidados de saúde é um pilar fundamental da organização do SNS e da definição de políticas de saúde. Trata-se de um conceito complexo e multifacetado sendo indissociável da questão da equidade no sistema de saúde.

As necessidades de saúde da população portuguesa têm exigido do SNS respostas cada vez mais complexas, em particular resultado de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico decorrente do envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência de patologias incapacitantes e dispendiosas. É necessário que o sistema atual de saúde português acompanhe esta alteração epidemiológica, procedendo a adaptações na oferta de cuidados de saúde (Simões *et al.*, 2007).

Neste estudo, dar-se-á especial atenção ao acesso aos cuidados de saúde numa ótica geográfica. Isto é, o conceito de desigualdade que se pretende chegar é o de distribuição de recursos ao nível de concelho. Por equidade espacial deve entender-se a justa e equilibrada distribuição geográfica de recursos de saúde, que atenda às necessidades das populações. Partiu-se do pressuposto que as regiões mais envelhecidas têm necessidade acrescida de cuidados de saúde.

Nesta dissertação pretende-se estudar as disparidades geográficas na distribuição de alguns recursos de saúde em Portugal. Os indicadores para medir as desigualdades são a base da análise empírica e foram aplicados a um conjunto de variáveis (centros de saúde, camas em hospitais e centros de saúde, médicos, enfermeiros e índice de envelhecimento).

A presente dissertação encontra-se estruturada do seguinte modo:

No capítulo II apresentam-se as principais características do sistema saúde português, nomeadamente a história do SNS.

No capítulo III efetua-se uma análise à estrutura organizacional do SNS. Expõe-se neste capítulo uma análise do acesso aos cuidados de saúde, da distribuição dos recursos bem como uma abordagem a conceitos como igualdade, equidade, desigualdade e iniquidades.

A metodologia encontra-se descrita no capítulo IV. Começa-se por apresentar a recolha de dados e, posteriormente, a descrição dos métodos que irão ser utilizados para a análise dos resultados.

Os resultados são apresentados no capítulo V, subdividido em cinco subcapítulos. É realizada uma análise global aos concelhos em Portugal, seguida de uma análise das medidas de desigualdade.

A discussão dos resultados obtidos é apresentada no capítulo VI.

Por fim, o capítulo VII sumariza as principais conclusões deste trabalho.

Capítulo II- O Sistema Nacional de Saúde e as suas reformas

Este capítulo aborda questões relacionadas com a caracterização do Serviço Nacional de Saúde português, dando especial ênfase aos aspetos políticos e às questões de equidade na distribuição dos recursos. Realçamos a estrutura organizacional do sistema de saúde português, do financiamento, do acesso aos cuidados de saúde e por fim dar-se-á ênfase à distribuição dos recursos em Portugal.

2.1. Sistema de Saúde Português

Em Portugal, antes da criação do SNS (que ocorreu em 1979), os cidadãos não cobertos pela Previdência, pela ADSE ou por um dos diferentes subsistemas de saúde (forças militares, militarizadas, Ministério da Justiça, bancários e grandes empresas) só podiam ser assistidos nos hospitais depois de se submeterem a um “inquérito assistencial” que os classificava como pensionistas, porcionistas ou gratuitos, sendo esta classificação feita de acordo com a sua situação económica e social. Isto revela que os cuidados de saúde não chegavam a todos os cidadãos da mesma forma. Havia uma baixa capacidade de financiar os serviços de saúde sendo que as instituições com responsabilidade na prestação de cuidados de saúde eram precárias. Havia também uma gestão institucional do tipo “comando e controlo” (Campos, 2008).

De acordo com o Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2001), antes da criação do SNS, a saúde em Portugal era caracterizada por várias vias sobrepostas, sendo estas:

- As misericórdias (instituições centenárias de solidariedade social), que ocupavam um lugar de relevo na saúde, geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o país;
- Os Serviços Médico-Sociais prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência;
- Os Serviços de Saúde Pública vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental);

- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;
- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos sócio-económicos mais elevados.

Era um sistema de saúde frágil e de acesso limitado à população (Campos, 2008; Simões, 2009). Os baixos níveis de saúde revelavam as deficiências do acesso aos cuidados de saúde. Os gastos totais em saúde, em percentagem do PIB, eram de 3,9% em 1974, de 5,2% em 1976 aumentando para 5,6% em 1988 (Simões, 2009).

As profissões da área da saúde, nomeadamente os médicos, adaptavam-se às limitações económicas do setor e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações de forma a conseguir um melhor nível de remunerações (Barbosa, 2006; Sakellarides *et al.*, 2006)

As maiores reformas no sistema de saúde português assim como na sociedade portuguesa surgiram na década de 70 (Simões, 2009). O Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro representou um marco histórico na evolução da política de saúde nacional, promovendo o desenvolvimento da saúde pública e da cobertura médico-social (conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira). Segundo este Diploma, o Estado deixava de ter uma intervenção complementar para passar a ter uma responsabilidade pela política da saúde assim como pela sua execução.

Foi através do regulamento jurídico¹ que se organizou o Ministério da Saúde e da Assistência. Segundo Ferreira (1990) e Simões (2009) esta reforma deu orientações ao grupo de trabalho responsável na elaboração deste Diploma, visando:

- Uma política unitária de saúde nacional;
- O reconhecimento do direito à saúde e o delineamento do esforço legislativo e administrativo a empreender para o generalizar a toda a população;
- A necessidade da progressiva instauração de um sistema nacional de saúde com capacidade para executar essa política;
- O reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e assistência e responsável pela sua execução;

¹ Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro

- A integração de todas as atividades de saúde e assistência, designada nos planos local e regional;
- O planeamento geral dessas atividades, a elaborar ao nível central.

A nova orgânica do Ministério da Saúde reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais, criando a partir dos distritos duas estruturas funcionais: os centros de saúde e os hospitais².

O Diploma de 27 de setembro de 1971 criou também três importantes órgãos: o Instituto Nacional de Saúde (com funções científicas e técnicas); o Gabinete de Estudos e Planeamento (responsável pelo planeamento e pela avaliação dos resultados globais e dos serviços); e a Secretaria-Geral (com funções técnicas, administrativas e instrumentais na reforma do Ministério da Saúde)¹.

No entanto, a reforma do sistema de saúde e da assistência constitui apenas um esboço de um Serviço Nacional de Saúde, que demorou oito anos para ser implementada. A revolução de 1974 e a nova constituição de 1976 mudaram profundamente Portugal.

O direito à proteção da saúde é consagrado no artigo 64º da Constituição da República (2005, p. 4652), o qual salienta que “todos têm direito à proteção da Saúde e o dever de a defender e promover”, “incube prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, (...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos o unidades de saúde”.

Em 1979 criou-se o Serviço Nacional de Saúde³. O sistema criado é baseado no sistema clássico do modelo do SNS, caracterizado pela cobertura universal da população e financiado por impostos. Todos os portugueses passaram a ser assistidos de forma gratuita nos hospitais públicos ou nos antigos hospitais das misericórdias. No entanto, o SNS não eliminou os subsistemas de saúde.

Existem dois aspetos fundamentais que caracterizaram a estrutura do SNS (OPSS, 2002):

² Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro

³ Lei n.º 56/79, de 15 de setembro

- O financiamento a partir do orçamento geral do estado;
- A integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados, no entanto, a integração dos centros de saúde com os postos médicos do SNS só teve lugar em 1984. Contudo, faltou um elemento importante: a Administração Central do SNS surgindo apenas em 2007⁴.

A difícil conjuntura económica que o país atravessava, levou a que existissem dificuldades e fragilidades na criação do SNS, nomeadamente no que respeita à frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão. Na altura, começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS: um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados; dificuldades de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (OPSS, 2003). As limitações associadas com o contexto em que o SNS foi criado e a incapacidade do sistema político de lidar com elas, condicionaram de forma profunda o posterior desenvolvimento do SNS.

Desde 1979, Portugal passou por profundas transformações políticas e sociais. Essas transformações foram desenhando o que é hoje a atual configuração do SNS. A evolução do SNS ficou também condicionada pelos ciclos políticos.

Em 1992 foram criadas 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS) com o objetivo de potenciar a eficiência do SNS, financiadas pelo Ministério da Saúde. Cabe às ARS a responsabilidade da implementação da política da saúde dentro da região. As ARS tinham como objetivos a coleta de dados, a fiscalização e controlo da atividade profissional, o planeamento e avaliação dos serviços e estabeleciam os contratos com as oito agências fora do SNS.

⁴ Decreto-lei nº 219/2007

2.2. Políticas de Saúde de 1985 a 1995

Segundo Simões (2009), a década de 80 caracteriza-se pelos debates da reforma do sistema de saúde, na qual se defendeu um papel mais ativo do setor privado, uma maior responsabilidade individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS.

De acordo com o autor supra citado, no que respeita aos indicadores de saúde, neste período de tempo, Portugal aproximou-se muito das médias comunitárias, resultado do processo de desenvolvimento económico e social do país mas também da eficácia do sistema de saúde.

Os dados referem que em cada 37,9 óbitos por cada 1.000 nascimentos em 1974 passou-se para 11 óbitos por cada 1.000 nascimentos em 1990, o que revela a evolução positiva deste indicador. No que diz respeito ao indicador esperança média de vida passou-se de 68,9 anos em 1974 para 73,8 anos em 1990 (OCDE, 2006).

Em 1990, a lei de bases⁵ trouxe um novo quadro legal ao SNS. Essas mudanças refletiram-se no âmbito da redução do Estado na prestação dos cuidados de saúde e também no incentivo aos cidadãos como primeiros responsáveis pela sua própria saúde.

De acordo com a Base II, 1-b “é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”. Na Base XXIV, d, é referido na caracterização do SNS que deve “garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”.

A lei de Bases apela às questões da equidade na distribuição dos recursos e na utilização de serviços, reforçando a importância destes para a população.

O estatuto do SNS de 1993⁶ trouxe também alterações normativas, nomeadamente na separação entre sistema de saúde e SN, a saber, a regionalização da administração regional da saúde com mais poderes e autonomia; nos incentivos trouxe a opção de seguros de saúde e na criação de unidades de saúde que agrupariam hospitais e centros de saúde numa região.

⁵ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto

⁶ Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de janeiro

No período de 1993-1999, a agenda política centrou-se na possibilidade de aumentar o financiamento privado no sistema de saúde e na ideia da gestão privada das unidades públicas de saúde. As listas de espera cirúrgicas nos hospitais portugueses começam a aumentar, surgindo o programa de recuperação das listas de espera (PERLE). Neste ciclo aprova-se a experiência da gestão privada no Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) (Sakellarides *et al.*, 2006).

Devido ao grande número de ARS, o Ministério da Saúde teve dificuldade na sua coordenação. Com vista a reduzir este problema o Decreto-lei n.º 11/93, estabeleceu que as 18 ARS deveriam ser substituídas por 5 ARS, que por sua vez seriam subdivididas em 18 sub-regiões de saúde, responsáveis por monitorizar o estado de saúde da população, fiscalizando os prestadores para as três redes e a distribuição de recursos financeiros para os prestadores em cada região de saúde que gerem (Oliveira & Beven, 2003). A descentralização permite que haja um interlocutor entre o poder central e local (Santana, 2005).

Durante este período realizaram-se investimentos nas infraestruturas do SNS, centros de saúde e hospitais. Contudo, nos recursos humanos faltou uma política sustentada, o que levantou sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde (Sakellarides *et al.*, 2006).

2.3. O sistema de saúde de 1995 a 2002

O sistema de saúde continua a expandir-se, mas sem corresponder ao desafio crítico da sua qualificação. Os problemas do acesso aos cuidados de saúde, como consultas e cirurgias, começam a tornar-se cada vez mais evidentes, assim como a desadequação do modelo de administração pública, tradicional às necessidades da saúde (OPSS, 2003).

A manutenção de um SNS universal era uma ideia unânime, no entanto as ideologias dos programas políticos e as alterações passaram por “uma separação entre financiamento e prestação e a própria entre financiamento e regulação do sistema; criação de um mercado interno regulado pelo Estado; a concessão de maior autonomia e responsabilização às unidades prestadoras públicas; alteração do processo de financiamento das entidades prestadoras

(hospitais e centros de saúde); afetação regional do financiamento de acordo com padrões de consumo efetivo de cuidados” (Simões, 2009, p.128).

No período entre 1995 e 1999 a saúde não é considerada como uma prioridade política da legislatura, atribuída à educação e ao combate à pobreza, contudo havia uma crescente expectativa por parte dos cidadãos na melhoria do acesso aos cuidados de saúde (OPSS, 2002).

Entre 1995 e 2002 assistiu-se a uma reestruturação do modelo do SNS, com reformas focadas na reestruturação da oferta e do seu financiamento e com importância na complementaridade entre os setores públicos e privados (Oliveira & Pinto, 2005).

Algumas das iniciativas tomadas no período de 1995 a 1999 tiveram seguimento nos períodos entre 2000 a 2002. Segundo a OPSS (2005) o conjunto de medidas teve um impacto diminuto devido à mudança dos titulares da pasta da saúde. A iniciativa dos Hospitais-Empresa continuou na agenda, sendo o Hospital de Santa Maria da Feira, em 1998, o primeiro hospital EPE (OPSS, 2005).

O instituto da qualidade (instituição técnica de apoio ao desenvolvimento e garantia da qualidade em saúde, estabelecida em 1998) continua em funções. Contudo, iniciativas como os centros de saúde de 3ª geração, sistemas locais de saúde, sistemas de qualidade da saúde e a regulação do setor privado, foram interrompidas. Algumas das iniciativas perderam enquadramento e importância, tais como os cuidados continuados, a contratualização, entre outros (OPSS, 2005).

Com a mudança de governo, em 1995, surge uma nova reforma no sistema de saúde. Esta reforma fundamentou-se nos princípios da “Nova Gestão Pública”, a qual, de acordo com OPSS (2003), tinha como principais características:

- Mudança dos modelos de gestão dos hospitais públicos e centros de saúde para um modelo mais flexível e autónomo, semelhante à gestão das empresas privadas, ficando estabelecido que em 1996 todos os hospitais deviam seguir este modelo;
- Desenvolvimento dos sistemas de qualidade com a criação do "Instituto da Qualidade em Saúde";
- Como forma de aumentar a qualidade dos recursos humanos, criaram-se duas novas escolas de medicina e reforçaram-se os centros de pesquisa em ciências da saúde;

- Estabeleceram-se agências de contrato para maior autonomia das Administrações Regionais de Saúde nos contratos com hospitais, centros de saúde e grupos independentes de médicos, de forma a promover a separação entre fornecedores e compradores, assim como aumentar a participação dos cidadãos na tomada de decisão na saúde;
- Implementação de programas para reduzir as listas de espera para cirurgias e criação do cartão do usuário, "cartão do utente", com a finalidade de identificar o utente contendo o nome, endereço, data de nascimento e outros dados, que deve ser apresentado cada vez que o utente usa qualquer serviço do SNS.

2.4. O sistema de saúde depois de 2005

Entre 2002 e 2005, o ciclo económico adotou uma nova agenda política para a saúde onde as questões de continuidade ou descontinuidade não se colocam (OPSS, 2005).

Na agenda política estiveram temas como: a nova lei de gestão hospitalar; implementação de 31 Hospitais S.A.; adoção de uma lei sobre centros de saúde; preparação de um plano de saúde; parcerias público-privadas, entre outros (OPSS, 2005).

Segundo Sakellarides *et al.* (2006), existem três tipos de contemplanções que possibilitam um processo mais estável e sustentado no desenvolvimento das políticas de saúde do país:

- O Plano Nacional de Saúde [PNS] (2004-2005);
- Iniciativa parlamentar da organização de uma jornada sobre o Plano Nacional de Saúde, com participação dos partidos parlamentares;
- A inclusão do PNS no programa do Governo de 2005, reforçando-o e dando-lhe continuidade.

No entanto, também é possível observar aspetos negativos relacionados com a governação da saúde entre 2002 e 2005, tais como: fundamentação técnica das medidas, ou seja, reunir a argumentação disponível sobre as vantagens da solução adotada face a outras alternativas, antecipando os resultados da medida a adotar, avaliando a situação de forma a

aprender com a experiência. Os Hospitais S.A., as parcerias público-privadas e a ERS, afastam-se desta noção no excessivamente exigente, de fundamentação técnica das medidas políticas (Sakellarides *et al.*, 2006).

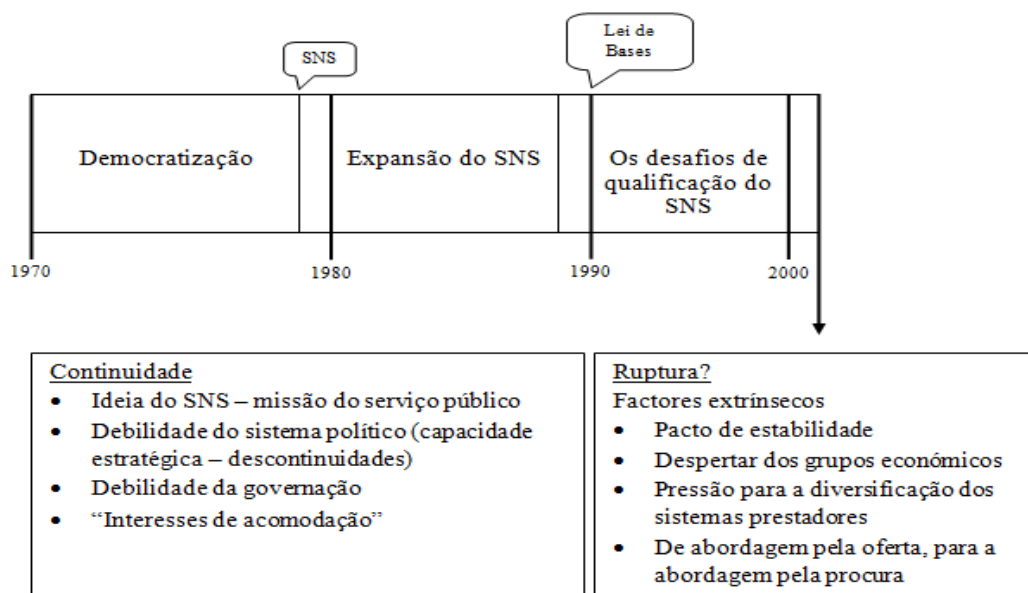


Figura 1 - Evolução do sistema de saúde português (reproduzido de OPSS, 2004).

Nos últimos 30 anos as mudanças no sistema de saúde português têm sido incrementais. A figura 1 representa uma síntese da evolução do SNS, desde o período de democratização até aos seus atuais desafios.

As distorções e tensões acumuladas durante anos, as expectativas frustradas de uma reforma mais profunda e a emergência de poderosos fatores exógenos de mudança, segundo a OPSS (2004), podem ter ajudado a criar as condições para sair do incrementalismo tradicional e ensaiar rupturas visíveis na evolução dos sistemas de saúde.

Entre 2001 e 2008, a utilização do SNS apresentou um aumento significativo no acesso aos cuidados de saúde pública, principalmente aos centros de saúde. As consultas hospitalares tornaram-se mais difíceis, a procura aumentou mais do que a oferta, ou seja, verifica-se uma maior utilização com maior espera. Em 2008, o funcionamento dos centros de saúde é avaliado de forma mais positiva pelos utilizadores efetivos, permanecendo, no entanto, uma avaliação negativa em relação aos tempos de espera para as consultas. Observou-se também uma maior

dificuldade em aceder a determinados cuidados de saúde, como por exemplo as idas ao dentista. Continuam, no entanto, a existir múltiplos mecanismos que afetam negativamente a equidade na saúde em Portugal, não só no estado e hábitos de saúde, como também no acesso (OPSS, 2011).

2.5. Estrutura e financiamento do SNS

O estatuto do SNS (1993, p.129) definiu-o como sendo “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde”⁷.

A estrutura organizacional do sistema de saúde português é complexa porque compreende a coexistência de três sistemas, os quais os portugueses podem beneficiar: SNS, sub-sistemas e seguros privados (Pinho, 2009).

Constitucionalmente, o sistema de saúde português tem um controlo centralizado e uma gestão descentralizada, mas na prática mantém-se uma estrutura centralizada com o sistema dominado pela orientação pública nas áreas da prevenção e da hospitalização (Pinho, 2009).

O Ministério da Saúde é quem coordena toda a oferta de cuidados de saúde e é responsável pelo financiamento dos serviços públicos de saúde. O financiamento do SNS tem um carácter misto: público e privado (Pinho, 2009).

De acordo com a lei de Bases da Saúde, o SNS é tutelado pelo Ministério da Saúde e é administrado, ao nível de cada região de saúde, pelo Conselho de Administração da respetiva administração regional de saúde⁸.

O financiamento do SNS apresenta-se segundo as características de recolha de fundos da população (Simões *et al.*, 2007):

- Despesa privada familiar: corresponde à despesa direta das famílias portuguesas;
- Impostos;
- Seguros privados;

⁷ Decreto-lei n.º 11/93

⁸ lei n.º 48/90, de 24 de agosto

- Seguro social.

O acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade à população de uma respetiva área geográfica é garantido através de Administrações Regionais de Saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

A ARS é uma pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Em Portugal existem cinco ARS: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. São atribuições da ARS, entre outras:

- Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde da população;
- Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde, de modo a garantir o cumprimento da rede de referência;
- Desenvolver e consolidar a rede de cuidados continuados integrados e supervisionar o seu funcionamento de acordo com as orientações definidas;
- Afetar recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo Serviço Nacional de Saúde, através da negociação, celebração e acompanhamento de contratos-programa.

Subsistemas

Os subsistemas de saúde podem ser definidos como esquemas de seguros de saúde, nos quais a qualidade de membro está dependente da pertença a uma determinada categoria profissional ou ocupacional, representando assim uma cobertura adicional à proporcionada pelo SNS. Parte da população pode escolher entre o SNS e os subsistemas de saúde, podendo mesmo usufruir da utilização de ambos (Simões *et al.*, 2007).

Os subsistemas de saúde atuam como mecanismos de seguro, com características bastante semelhantes às de um seguro público na sua função angariação - contribuições recolhidas, de uma forma geral, de acordo com o rendimento da pessoa - embora possuindo uma maior liberdade de ação na componente de estruturação de pagamento aos prestadores (Barros, 2009).

Os subsistemas, em Portugal, cobrem cerca 185.500 indivíduos, a maioria através da ADSE. Estes subsistemas de menor dimensão do que o SNS têm a possibilidade de prestarem serviços de melhor qualidade, além de implicarem, por vezes, uma duplicação com a utilização do SNS (Giraldes, 2002).

Giraldes (2002) conclui que em Portugal a população coberta pelos sub-sistemas concentram-se mais na Região de Lisboa, o que leva a uma menor percentagem da cobertura do SNS nessa região.

Serviços e seguros privados

Segundo a lei de base⁹, “a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior” (p.3452). Com a lei de bases foi reconhecida a importância do setor privado desenvolvendo-se em paralelo com o SNS.

Uma das áreas em que os indivíduos recorrem, sistematicamente, ao privado é na saúde oral. Devido à dificuldade em conseguir uma consulta de dentista no SNS, os portugueses têm necessidade de recorrer ao setor privado.

Apesar da cobertura universal e geral (artigo 64º) no acesso aos cuidados de saúde, na saúde oral, durante décadas, o SNS não teve capacidade de resposta para o total da população. Inicialmente, devido à falta de profissionais, por atavismo conservador, mas depois, principalmente, por receio de elevados custos que pusessem em causa a sustentabilidade do sistema público (Campos, 2008).

Os seguros privados podem ser complementares ao SNS. Os indivíduos adquirem-nos para complementar o acesso a serviços que não são cobertos pelo SNS, ou o são apenas parcialmente. Neste último caso, o seguro privado complementar destina-se a cobrir copagamentos impostos pelo Estado (Santos, 2007). O Estado apoia o setor privado através das convenções e financiamento do mesmo (Simões, 2010). As apólices de seguro tendem a ser

⁹ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto

seletivas, ou seja, a idade encontra-se fortemente associada ao aumento dos custos de saúde dos indivíduos.

2.6. Acesso aos cuidados de Saúde

Após a criação do SNS, a prestação dos cuidados de saúde sofreu muitas alterações, sendo o acesso universal aos cuidados de saúde um pilar das políticas de saúde (Furtado & Pereira, 2010).

Justo (2004) define o acesso aos cuidados de saúde como sendo a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem em obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, em quantidades e a um custo adequado, com o objetivo de obter ganhos em saúde.

Goddard e Smith (2001) definem o acesso aos cuidados de saúde como um problema de oferta, indicando o nível de serviço que o sistema de saúde oferece ao indivíduo, dependente do contexto da análise. O conceito de acesso aos serviços de saúde envolve vários fatores, estando relacionado com a perceção das necessidades de saúde, a procura e a utilização dos serviços.

Mais abrangente do que a garantia de acesso direto às ações e aos serviços de saúde, o princípio da universalidade tem como desafio a oferta e acesso a todos os que apresentam necessidade de cuidados. As variações em relação à perspetiva do acesso podem gerar conceitos que evidenciam as características dos indivíduos, da oferta, ou da relação entre os indivíduos e os serviços/oferta. Na Europa, onde quase todos os cidadãos têm seguro de saúde, o acesso pode ser um conceito mais subtil, referindo-se à garantia de um leque de serviços, com determinado nível de qualidade e de informação (Travassos & Martins, 2004).

Para Hulka e Wheat (1985) o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é, principalmente, explicado pelo seu perfil de necessidade em saúde.

Para Furtado e Pereira (2010) o acesso aos cuidados de saúde é, particularmente, uma questão de permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde, devendo ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos. As questões de acesso aos cuidados de saúde não se podem separar de questões de equidade em que o elemento mais importante na realização do direito de acesso aos cuidados de saúde é a questão de justiça distributiva no sistema.

O acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos determinantes da saúde que está interligado com os determinantes sociais (literacia, atitudes perante os serviços de saúde e estado de saúde). Estes fatores, assim como as características do sistema de prestação de cuidados, influenciam a utilização dos cuidados de saúde. Para Furtado e Pereira (2010), a explicitação dos diferentes fatores que afetam o acesso permite compreender que as melhorias nas desigualdades no acesso envolvem não só o sistema de saúde, mas também os fatores macro que determinam as condições socioeconómicas das populações.

Para Santana (2005) o acesso aos cuidados de saúde deve ser analisado mediante a oferta (hospitais, centros de saúde, médicos, etc.) e a procura (utilizadores) dos serviços de modo a examinar as características destas duas componentes. Os autores notam que existem barreiras no acesso tanto do lado da oferta como do lado da procura.

Os problemas no acesso aos cuidados de saúde baseiam-se na desigual distribuição dos recursos humanos, nas barreiras no acesso à medicina familiar e a cuidados de saúde básicos, reduzidos níveis de educação, dificuldades em aceder à informação disponível, entre outros (OPSS, 2001).

Segundo Pinho (2009) os recursos destinados à saúde são escassos, existindo, de alguma forma, um racionamento dos mesmos. Contudo, esse racionamento em saúde é um processo complexo, levantando questões de eficiência e de justiça.

Santana (2005) considera como barreiras do lado da oferta:

- O tempo de deslocação dos utentes;
- O tempo de espera no dia da consulta;
- A oferta de serviços ou profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros;
- O horário de atendimento.

Em relação à procura, identifica como barreiras:

- A idade: os mais velhos têm necessidades diferentes dos mais novos, necessitando mais dos cuidados de saúde;
- O género: sendo as mulheres as que utilizam mais os cuidados de saúde;

- Rendimento: o baixo rendimento é sinónimo de mais problemas de saúde e, consequentemente, pior acesso;
- Local de residência: as áreas rurais têm menor acesso aos cuidados de saúde.

Para Travassos *et al.* (2000), a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos e a localização geográfica, são alguns aspetos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde.

O acesso e utilização não são sinónimos. A utilização dos serviços de saúde está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à forma como está estruturada a oferta de serviços, quanto às preferências e escolhas do utente (Wennberg, 1985).

Guichard (2004) estudou a distribuição geográfica dos serviços de saúde em Portugal, concluindo que há prevalência de fortes desigualdades. Os dados indicam que as instalações médicas, hospitais, equipamentos de alta tecnologia, assim como médicos e enfermeiros, concentram-se, principalmente, nas zonas do litoral, em particular nas regiões de Lisboa, Porto e Coimbra, sendo esses recursos mais escassos nas zonas rurais. No mesmo sentido, Simões *et al.* (2006) indicam que existe uma grande disparidade na distribuição da oferta de cuidados de saúde, concentrando-se a maioria dos recursos de saúde nas zonas de maior densidade populacional.

O OPSS (2005) nos períodos de 2003 a 2005 dá especial ênfase ao discurso para um melhor acesso aos cuidados de saúde, quer no combate às listas de espera, quer na preocupação manifestada quanto ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e às redes de cuidados.

Capítulo III - Princípios de Equidade

Nos seguintes capítulos falar-se-á das questões de equidade e de igualdade na redistribuição dos recursos.

3.1. Equidade em saúde

A equidade é reconhecida como um dos objetivos mais importantes das políticas da saúde (Wagstaff & Doorslaer, 2000), assim como a igualdade de acesso aos cuidados de saúde (Goddard & Smith, 2001). Vários países partilham o objetivo de que os sistemas de saúde devem ter por objetivo a garantia de acesso universal e equitativo a cuidados de saúde de qualidade para os seus cidadãos (Oliver & Mossialos, 2004). Espera-se que os sistemas de saúde sejam equitativos. No entanto, estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social, afastando-se assim do seu objetivo de reduzir as iniquidades em saúde (WHO, 2008).

É importante conhecer a extensão e compreender a natureza das iniquidades e da exclusão para se poderem desenvolver objetivos de mudança, uma vez que o próprio setor da saúde é capaz de tomar medidas significativas que contribuem para o progresso da equidade em saúde (WHO, 2008).

O tema da equidade em saúde foi impulsionado com o famoso *Relatório Black*, elaborado no Reino Unido, na década de 80 (Giraldes, 1997). O relatório teve como objetivo avaliar as desigualdades no âmbito do serviço de saúde inglês e suscitou um importante debate académico e político. O tema não é, no entanto, novo, dado que a equidade na saúde e em outras áreas é um debate antigo na ciência política e na economia.

A Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde propôs definições de equidade – ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspetos entre populações – e iniquidade – termo a reservar para a existência de diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis – em serviços de saúde, que são aceites socialmente (Riutort & Cabarcas, 2006).

Economistas como Le Grand (1988) contribuíram para o debate e para a clarificação do conceito equidade. Mais recentemente, Sen (2002) foi um dos autores mais influentes nesta temática.

Le Grand (1988) defende que uma distribuição é equitativa se for resultado da tomada de decisões individuais em igualdade de situações condicionantes, isto é, disparidades em estados de saúde que resultem de indivíduos bem informados que exerçam a sua possibilidade de escolha perante um mesmo conjunto de escolhas na saúde, contrariamente, disparidades em saúde que possam ser relacionadas com diferenças nas condicionantes não são consideradas equitativas.

Sen (2002) defende que a equidade na saúde deve ser encarada como uma disciplina abrangente e não como uma definição restrita de critérios.

Para Giraldes (2005), o conceito de equidade conduz a múltiplas interpretações que dependem dos valores dos indivíduos que utilizam os recursos e dos objetivos a atingir com essa redistribuição.

Segundo Furtado e Pereira (2010, p.4), a equidade em saúde pode ser definida como “a ausência de diferentes sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente.”

Culyer (2001) considera que o foco da discussão sobre equidade está na distribuição dos recursos. Para a adequada distribuição dos recursos financeiros há desafios a serem transpostos pelos sistemas de saúde, como diferenças regionais no perfil de saúde, mudanças no perfil epidemiológico com o envelhecimento da população, e o aumento do custo dos serviços pela incorporação de novas tecnologias, entre outros. Alguns autores contrariam esta posição e defendem que a equidade no acesso a cuidados médicos e na distribuição de recursos será apenas instrumental para atingir uma meta mais fundamental na equidade na saúde (Williams & Cookson, 2000).

Whitehead (1991) indica que o conceito de equidade implica três componentes:

- Acesso igual aos serviços disponíveis de acordo com necessidades iguais;
- Utilização igual para procuras iguais;
- Qualidade dos serviços de saúde igual para todos.

Smith (2001) propõe um conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde numa noção objetiva, independente do julgamento ético, não considerando a questão da equidade vertical, justificando que a questão da equidade vertical é menos abordada e dá origem a questões profundas de julgamento ético relacionadas, por exemplo, na medida em que um elemento de eficácia deve ser sacrificado em busca de um objetivo: a equidade vertical.

Simões *et al.* (2006) aborda a equidade no acesso aos cuidados de saúde como equidade horizontal, isto é, tratamento igual para pessoas em iguais condições sem qualquer efeito distributivo associado a diferenças de estratos sociais.

Para Nunes e Rego (2002), a equidade enquanto princípio estruturante da afetação de recursos para a saúde, procura promover a igualdade de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos para, deste modo, se atingir um igual nível de saúde entre os diferentes grupos da sociedade. Já para Riutort e Cabarcas (2006) a equidade na distribuição de serviços de saúde é definida como a distribuição de recursos e serviços de saúde de acordo com as necessidades, sendo esses serviços financiados de acordo com a capacidade de pagamento da população.

A equidade é assegurada através da garantia de acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde prestados, em condições de efetiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelas unidades de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

A ausência de uma clara definição de acesso equitativo é problemática, pois prejudica a adoção de uma referência para se avaliar a coerência das políticas de saúde (Oliver & Mossialos, 2004).

A equidade em saúde é reconhecida como uma dimensão importante da qualidade dos cuidados de saúde e constitui um atributo chave na avaliação destes, tendo-se constatado que as iniciativas para aperfeiçoar a qualidade eram incompletas enquanto as iniquidades não fossem minimizadas (Giraldes, 2001; 2005).

Segundo Furtado e Pereira (2010) as iniquidades em saúde têm origem nos determinantes sociais da saúde, como a educação, o trabalho e os estilos de vida da população. Assim, o estado de saúde das populações deve ser encarado em função dos serviços de saúde, mas também em função das condições em que as pessoas nascem, crescem, habitam e trabalham. A diminuição das desigualdades em saúde obtém-se atuando nos fatores determinantes, entre os quais o acesso aos cuidados de saúde.

3.2. Equidade versus Igualdade

De acordo com Medeiros (1999), equidade e igualdade fundamentam, reciprocamente, estratégias de universalização e de focalização. A adoção de uma ou outra estratégia produzirá implicações distintas na estrutura de desigualdades da sociedade e no custo de implementação e controle das políticas públicas. A separação entre estes princípios não se dá na distinção de direitos entre os indivíduos, já que todos têm igualdade de direitos nas duas óticas. A separação ocorre na forma como esse direito é visto, o que resulta em perspectivas diferentes em relação a regras distributivas.

Whitehead (2007) definiu, do ponto de vista conceitual e terminológico, “equidade” (*equity*) por referência a dois antónimos: desigualdade (*inequality*) e inequidade (*inequity*). Para a autora, o termo desigualdade conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis, entre os membros de uma dada população. Enquanto que o termo inequidade conota aquelas diferenças e variações que são, não apenas desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. Conclui-se que as inequidades (*inequities*) em saúde podem ser compreendidas como modalidades restritas ou, em algum caso particular, de diferenças ou disparidades em saúde que, para além de evitáveis, são também injustas.

Daniels, *et al.* (2000) questionam a definição de inequidade-equidade de Whitehead no que respeita tanto a “justiça” quanto a “evitabilidade”, pelo facto de que ambos os conceitos envolvem questões complexas e não resolvidas. No que diz respeito ao primeiro critério, esses autores interpretam-no a partir da teoria de Rawls (1971), com base no conceito liberal de autonomia, que apresenta como justiça a garantia de igualdade de oportunidades.

Para Pinho (2009) definir uma desigualdade - questão factual - não é o mesmo que definir uma iniquidade - questão moral. A autora afirma que “requer uma análise da situação dentro de um contexto ético”, ou seja, “só assim é possível inferir se uma determinada iniquidade é aceite ou não” (p.158). O que significa que, se as desigualdades na saúde resultarem de políticas económicas ou reformas sociais, então o facto de haver desigualdade na saúde será materialmente relevante. Porém, se a potencial desigualdade for o resultado de

fatores sobre o controlo dos indivíduos, nomeadamente o estilo de vida, então a desigualdade já não tem de ser considerada, necessariamente, uma iniquidade.

Simões (2010) definiu o conceito de desigualdade como sendo, quando se observam diferentes níveis de utilização, enquanto que iniquidade considera apenas as diferenças ilegítimas, ou seja, aquelas não associadas com fatores de necessidade. Simões (2010) considera ainda, como fatores de necessidade, as variáveis descritivas do estado de saúde dos indivíduos assim como a idade e o sexo, assumindo que estes dois fatores complementam as medidas do estado de saúde, visto que as mulheres têm tendência para visitar com mais frequência os cuidados de saúde médicos. A maioria dos estudos tende a considerar como fatores de “não-necessidade” o estatuto sócio-económico como o rendimento, educação, atividade económica, entre outros, assim como o grupo étnico e a região de residência.

A literatura fala também no conflito entre “necessidade enquanto capacidade de benefício” e “necessidade enquanto doença” (Culyer & Wagstaff, 1993; Olsen, 1997).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2011-2016), o planeamento da acessibilidade tem por base a avaliação das necessidades da população, os critérios de qualidade dos serviços e os princípios de gestão de recursos. A adequação de cuidados responde, assim, a necessidades e realidades locais. A avaliação de necessidades: Justiça entre necessidades (apercebidas, expressas e passíveis de resposta pelo sistema de saúde), a procura de serviços de saúde e a resposta do serviço de saúde, permite compreender a adequação dos serviços às necessidades em saúde, identificar as necessidades não satisfeitas e as que necessitam de intervenção de outros setores (figura 2).

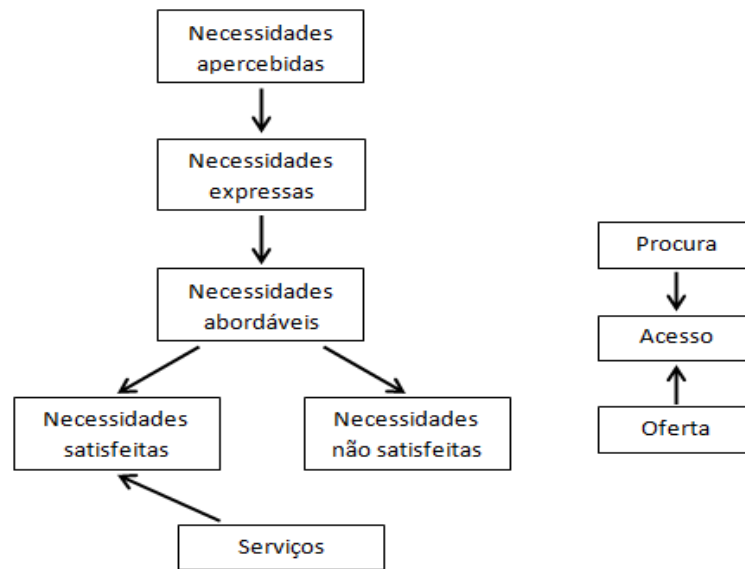


Figura 2 - Relação entre necessidades de saúde, procura e oferta de serviços (reproduzido de OPSS, 2011).

3.3. Evidência Empírica

Nos últimos 30 anos houve um aumento e uma melhoria na oferta dos cuidados, com o crescimento em diversos subsectores tais como: primários, secundários e continuadas (Simões, 2010; Santana 2005). O setor privado contribuiu para o aumento da oferta dos cuidados de saúde, mas de uma forma mais seletiva.

Em Portugal, a oferta de cuidados de saúde sofreu grandes alterações e tem sido influenciada por fatores tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no setor da saúde e a dinâmica do setor privado (Barros, 2009; Simões, 2010).

O aumento, em número, dos recursos de saúde não aprecem, no entanto, estar a contribuir para uma distribuição geográfica mais equilibrada dos recursos. De acordo com Campos (2008), os portugueses desejam que o SNS possua meios materiais suficientes para

uma distribuição equitativa dos recursos (humanos, materiais, financeiros) , segundo as necessidades para proteger os problemas de saúde.

De acordo com um relatório do Tribunal de Contas (2009) conclui-se que não estão a ser cumpridos os princípios de equidade e universalidade a diversos níveis da prestação dos cuidados de saúde.

Oliveira e Bevan (2003) avaliaram a iniquidade na distribuição geográfica de recursos hospitalares. A análise teve em conta as diferentes necessidades de cuidados hospitalares nos diferentes distritos, definidas pelas taxas de mortalidade estandardizadas e pela distribuição idade-sexo. Os autores compararam os níveis reais de recursos com as necessidades estimadas, refletidas por uma fórmula de capitação que incluía a população, sexo, idade e mortalidade. O estudo revelou que, entre 1990 e 1998, a população do litoral norte aumentou enquanto que a população do interior sul e dos distritos rurais diminuiu. Estes movimentos populacionais parecem contrários aos movimentos dos recursos de saúde. Os resultados mostram que esta deverá ser a tendência nas próximas décadas. De acordo com o estudo, os hospitais públicos portugueses gastam mais recursos com a população idosa. No entanto, os hospitais centrais localizam-se, nas regiões, onde a população tem necessidades de saúde menores. O estudo revelou a existência de iniquidades na distribuição dos recursos em especial nos médicos, estando estes mais concentrados no distrito de Lisboa.

Alguns estudos ditam a existência de iniquidades no sistema de saúde público, o que leva a que os indivíduos com menor rendimento são os que mais utilizam o sistema de saúde público sendo também a classe que representa níveis de necessidade superiores aos de utilização (Simões *et al.*, 2006).

Vários autores têm contribuído para o debate sobre iniquidades, tais como Bago d’Uva *et al.* (2009); Van Doorslaer *et al.*, (2004); Van Doorslaer *et al.*, (2006). Estes autores têm estudos sobre o número de consultas médicas de especialidade e clínica geral, durante um período de tempo. Os resultados que obtiveram nos seus estudos foram semelhantes. Van Doorslaer *et al.*, (2004) compararam 13 países europeus, Bago d’Uva *et al.* (2009) seguiram entre 1995 e 2001 os mesmos indivíduos e Van Doorslaer *et al.*, (2006), em 2000, comparou 21 países da OCDE.

O estudo de Van Doorslaer *et al.* (2006) revelou um acentuado padrão de iniquidade nas consultas de clínica geral e de especialidade apresentando um nível de desigualdade no número

de consultas de especialidade. Concluíram também que em Portugal os cuidados primários estão maioritariamente a favor dos mais pobres, enquanto que os mais ricos usufruem, com mais frequência, dos cuidados especializados.

Correia e Veiga (2010) estudaram a distribuição geográfica dos médicos pelos 278 municípios com base nos dados publicados no INE entre 1996 e 2007. As autoras concluíram a existência de uma grande desigualdade a nível regional na distribuição dos médicos, estando estes mais concentrados no litoral, principalmente em Lisboa e Porto.

Existem diversas abordagens na redução das desigualdades em saúde nos países europeus. Por um lado, existem países onde as desigualdades em saúde nem sequer são medidas ou monitorizadas. Por outro lado, existem países que têm sistemas de informação e monitorização rebuscados que detetam diferenças em saúde, mas estas, ou não são reconhecidas como um problema, ou então há negação ou indiferença. Ainda existem outros países, que revelam preocupação com as iniquidades identificadas, mas perante a complexidade do problema revelam um género de bloqueio mental onde se apela ao aprofundamento da investigação, mas não se procede à ação que permita reduzir as desigualdades. Contudo, existem vários países que adotaram iniciativas e ações de redução das iniquidades (figura 3), havendo mesmo alguns que caminharam para estratégias nacionais de atenuação do problema (Pereira & Furtado, 2010).

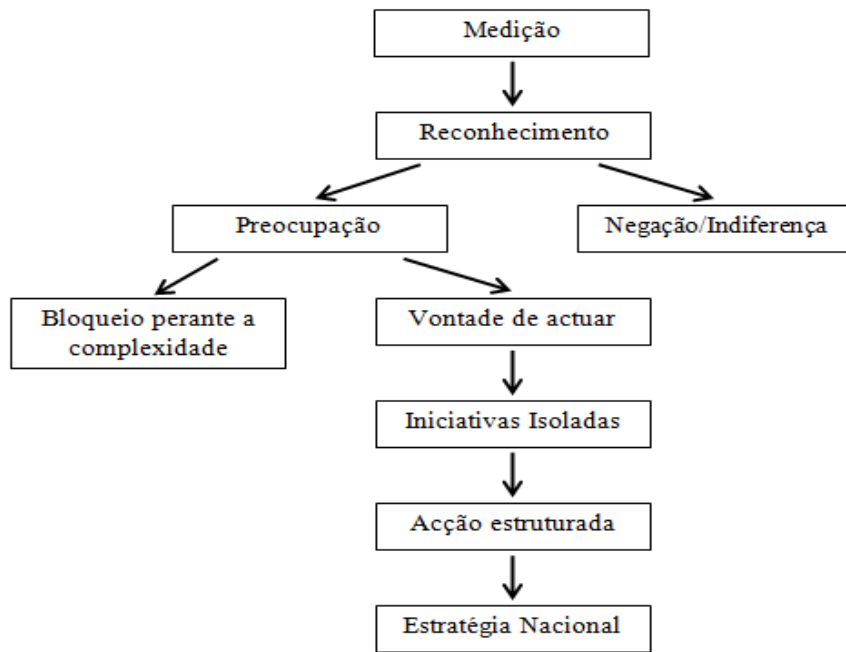


Figura 3 - Abordagem da Iniquidade em Saúde (retirado de Dahlgren & Whitehead, 2006, cit in, Pereira & Furtado, 2010).

Capítulo IV – Metodologia

Neste capítulo abordam-se os dados e a metodologia utilizados neste estudo.

4.1. Dados

Os dados relativos aos indicadores de saúde selecionados foram recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009; 2010). Os indicadores foram selecionados com base na informação disponível e na revisão da bibliografia. Os dados do INE estão disponíveis no *site* do Instituto.

Os indicadores utilizados referem-se à oferta existente de recursos que estão disponíveis à população. Estes indicadores serão analisados ao nível dos 308 concelhos de Portugal continental e ilhas no ano de 2009. Para algumas das variáveis, estão disponíveis dados de 2010. A Tabela 1 apresenta os indicadores usados e as fontes dos dados para a sua construção.

Tabela 1 - Dados utilizados para a realização da análise.

Indicador	Fonte	Ano
Nº Camas dos hospitais por 1.000 Habitantes	Estatísticas da Saúde, INE	2009
Centros de Saúde por 1.000 Habitantes	Estatísticas da Saúde, INE	2009
Enfermeiros por 1.000 Habitantes	Estatísticas da Saúde, INE	2009
Médicos por 1.000 Habitantes	Estatísticas da Saúde, INE	2010
Índice de Envelhecimento	Estatísticas da População, INE	2010

Centros de Saúde por 1.000 Habitantes

Este indicador dá-nos o número de centros de saúde por mil habitantes.

Nº de camas de hospitais por 1.000 Habitantes

Este indicador dá-nos o número de camas do internamento dos hospitais e centros de saúde por lotação praticada por mil habitantes.

Enfermeiros por 1.000 Habitantes e Médicos por 1.000 Habitantes

Estes dois indicadores dão-nos a realidade da oferta dos recursos humanos. São bons indicadores para explicar a distribuição dos recursos, visto serem dos recursos mais importantes na saúde. De notar, que no caso dos médicos, o indicador refere-se à sua área de residência e não ao seu local de trabalho. É particularmente importante analisar o acesso a estes recursos, não só porque uma melhor organização e adequação dos recursos podem ter um impacto positivo na saúde das populações, mas também porque desigualdades a este nível repercutem-se nos restantes níveis de cuidados de saúde. Os indicadores dos recursos por 1.000 habitantes permitem-no, sobretudo, discutir relativamente ao grau de desigualdade da distribuição geográfica dos recursos.

Índice de envelhecimento

A análise da equidade na distribuição de recursos deve entrar em consideração com critérios de necessidade de cuidados de saúde. Para tal, calculamos o índice de envelhecimento para cada distrito assumindo que as populações dos distritos mais envelhecidos têm, em média, maior necessidade de cuidados de saúde. Este indicador dá-nos a relação entre a população idosa e a população jovem. É definido como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (quadro 1). Como é conhecido, a população mais idosa é a que necessita e procura mais os cuidados de saúde (Santana, 2005).

Quadro 1 - Índice de envelhecimento.

$$\text{IndEnv} = \frac{\text{Pop} > 64 \text{ anos}}{\text{Pop} 0 - 14 \text{ anos}} \times 100$$

4.2. Medidas de desigualdade e iniquidade

O capítulo 4.2. é dedicado à apresentação e descrição dos métodos aplicados aos dados recolhidos.

4.2.1. Métodos Utilizados

Existem vários métodos para medir desigualdades em saúde. A escolha do indicador deve ser coerente com o objetivo da pesquisa, apresentando, cada um, vantagens e desvantagens.

Um indicador, para medir desigualdades, deve ter as seguintes características (Schneider *et al.*, 2002, p. 3):

- “Refletir a dimensão socioeconómica das desigualdades em saúde;
- Incorporar informações sobre todos os grupos populacionais definidos pelo indicador;
- Ser sensível às mudanças na distribuição e tamanho da população ao longo da escala socioeconómica”.

Neste estudo, dar-se-á especial ênfase aos seguintes indicadores, que serão explicados posteriormente:

1. Índice Dissimilaridade.
2. Coeficiente de Gini.
3. Coeficiente de variação.
4. Razão de Taxas e Diferença de Taxas.

Índice de Dissimilaridade

O índice de dissimilaridade dá-nos a proporção de eventos (exemplo: recursos humanos e financeiros) que deveriam ser redistribuídos para assegurar uma situação igualitária (Nunes *et al.*, 2001; Schneider *et al.*, 2002).

É um indicador frequentemente utilizado para medir desigualdade em variáveis relacionadas com serviços de saúde, como por exemplo, para saber qual o número de médicos por habitante que teriam de ser redistribuídos entre as diversas áreas para se atingir a equidade (Schneider *et al.*, 2002).

O índice de dissimilaridade é alto quando há poucas pessoas nos grupos intermediários e existe uma grande parte da população nos grupos socioeconómicos baixos e altos (Schneider *et al.*, 2002).

O método de cálculo desta medida está descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Cálculo do índice de dissimilaridade (Andrade *et al.*, 2004).

<p>n_i = População para cada nível sócio-económico ($i = 1, \dots, k$)</p> $n = \sum_{i=1}^k n_i$ <p>O_i = Número observado de casos esperados para o nível sócio-económico i, $i = 1, \dots, k$</p> $O = \sum_{i=1}^k O_i$ <p>E_i = Número de casos caso houvesse igualdade no nível sócio-económico i, $i = 1, \dots, k$</p> $E = \sum_{i=1}^k E_i$ <p>Para o cálculo do índice de dissimilaridade, utiliza-se:</p> $E_i = \frac{n}{O} \times 100\%$ $ID = \frac{\sum O_i - E_i }{O} \times 100\%$

Este indicador apresenta algumas desvantagens, por exemplo, não é sensível à direção da associação entre o nível socioeconómico e o de saúde. Em alguns indicadores de saúde, do ponto de vista ético, a sua aplicação é duvidosa, pois não faz sentido falar em redistribuição, por

exemplo, de óbitos ou de doenças. Tem a vantagem de ser fácil de calcular e permite estabelecer metas (Nunes *et al.*, 2001; Schneider *et al.*, 2002).

Coefficiente de Gini

Este índice baseia-se na curva de Lorenz, comparando a distribuição observada de uma variável com a sua distribuição uniforme (Schneider *et al.*, 2002).

O Coeficiente de Gini foi primeiramente usado para medir a concentração do rendimento, contudo veio depois a ser generalizado, nomeadamente, para o estudo da distribuição de saúde nas populações. Neste estudo, irá ser usado como forma de medir a desigualdade nos recursos de saúde existente entre os concelhos portugueses.

O índice de Gini equivale a duas vezes a área entre a curva de Lorenz e a diagonal, assumindo valores entre 0 (perfeita igualdade) e 1 (total desigualdade).

Há várias fórmulas alternativas para o cálculo do Coeficiente de Gini. A fórmula implementada no comando do STATA usado (INEQUAL.do) está á descrita no quadro 3. Como as variáveis de interesse estão expressas em termos de 1.000 habitantes, Y_i é a proporção acumulada de médicos por 1.000 habitantes.

Quadro 3 - Cálculo do índice de Gini

$$G = \frac{2}{n^2 \bar{Y}} \sum_{i=1}^n i(Y_i - \bar{Y})$$

De acordo com Lynch e Harper (2007), as vantagens na utilização do Coeficiente de Gini, como medida de disparidades são:

- Utiliza informações sobre todos os grupos sociais em toda a população representada;
- O tamanho dos grupos sociais está representado na medida;
- Não exige que os grupos sociais sejam ordenados;
- É válido para uso ao longo do tempo;
- Esta medida pode ser representada graficamente, o que geralmente permite uma melhor compreensão.

Contudo, também existem desvantagens no uso do Coeficiente de Gini como medida de disparidade (Lynch & Harper, 2007):

- É mais difícil de calcular e de interpretar;
- Não reflete a dimensão socio-económica da saúde. A base de comparação é apenas a proporção cumulativa da população em relação à proporção acumulada do desfecho de interesse particular.

Coeficiente de variação

O coeficiente de variação descreve a dispersão da variável, para que esta não dependa da unidade em que é medida.

A fórmula padrão do coeficiente de variação (quadro 4) é a razão entre o desvio padrão e a média da variável. Quanto maior o CV, maior a dispersão da variável.

Quadro 4 - Cálculo Coeficiente de Variação.

$$C_v = \frac{\sigma}{\mu}$$

Razão de Taxas e Diferença de Taxas

Nesta medida de efeito, são comparados dois grupos extremos. Os grupos extremos não devem ser excessivamente atípicos, pois poderão mascarar a maior parte das desigualdades existentes. Os grupos também não devem ser muito grandes, ao ponto de fazer com que as medidas-resumo não detetem a real dimensão das desigualdades na população (Schneider *et al.*, 2002).

A interpretação desta medida é baseada na razão ou na diferença entre as taxas das variáveis em estudo, do grupo mais baixo em relação ao mais alto: quanto maior for o valor da razão ou da diferença, maior a desigualdade.

O método de cálculo desta medida está descrito no quadro 5.

Quadro 5 - Cálculo da Razão de Taxas e da Diferença de Taxas (Schneider *et al.*, 2002).

Calcular a Razão de Taxas (RT) entre o concelho com a pior situação e o concelho com a melhor situação:

$$RT = \frac{\text{Concelho com menor } n^{\circ}}{\text{Concelho com maior } n^{\circ}}$$

Calcular a Diferença da Taxas (DT) entre o concelho com a pior situação e o concelho com a melhor situação:

$$DT = \text{Concelho com menor } n^{\circ} - \text{Concelho com maior } n^{\circ}$$

Análise Correlacional

O coeficiente de correlação é uma medida de dependência linear entre duas variáveis aleatórias, que não dependem das unidades de medida, limitado entre -1 e 1 (Guimarães & Cabral, 2007). A intensidade da associação linear existente entre as variáveis pode ser quantificada através do chamado coeficiente de correlação linear de Pearson.

O valor do coeficiente de correlação dependerá do grau de relacionamento linear entre as variáveis em causa sendo:

- No caso de as variáveis serem positivamente correlacionadas, se a correlação for "perfeita" o coeficiente de correlação será igual a 1;
- No caso de as variáveis serem negativamente correlacionadas. Se a correlação for "perfeita" o coeficiente de correlação será igual a -1.
- Em caso de "absoluta independência" o coeficiente de correlação será igual a 0.

A principal vantagem da análise de correlação é permitir analisar facilmente a relação de associação entre as variáveis num único estudo. A principal desvantagem é que não permite estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis.

Capítulo V – Resultados

Este capítulo divide-se em cinco subsecções, de forma a possibilitar uma discussão coerente da análise efetuada e a retirada de conclusões refletidas a partir desta.

No ponto 5.1 falar-se-á da distribuição da oferta de recursos de saúde, consoante as variáveis em análise.

Expõe-se no ponto 5.2. a análise do índice de dissimilaridade das variáveis a nível dos concelhos.

No ponto 5.3 apresentar-se-á o estudo do índice de Gini, em relação às diferentes variáveis.

Por fim, nos subcapítulos 5.4 e 5.5, respetivamente, desenvolver-se-á a análise do CV, razão de taxas, diferenças de taxas e a análise da correlação das variáveis em estudo.

5.1. Distribuição da Oferta

Este subcapítulo foca-se na distribuição de recursos de prestação de cuidados de saúde, segundo os vários indicadores definidos anteriormente. Fazer uma descrição da distribuição da oferta de cuidados de saúde possibilita ter uma visão global de como os recursos de saúde estão distribuídos em Portugal.

Centros de Saúde

Em Portugal existem 375 centros de saúde distribuídos por todos os concelhos à exceção do concelho Laje das Flores.

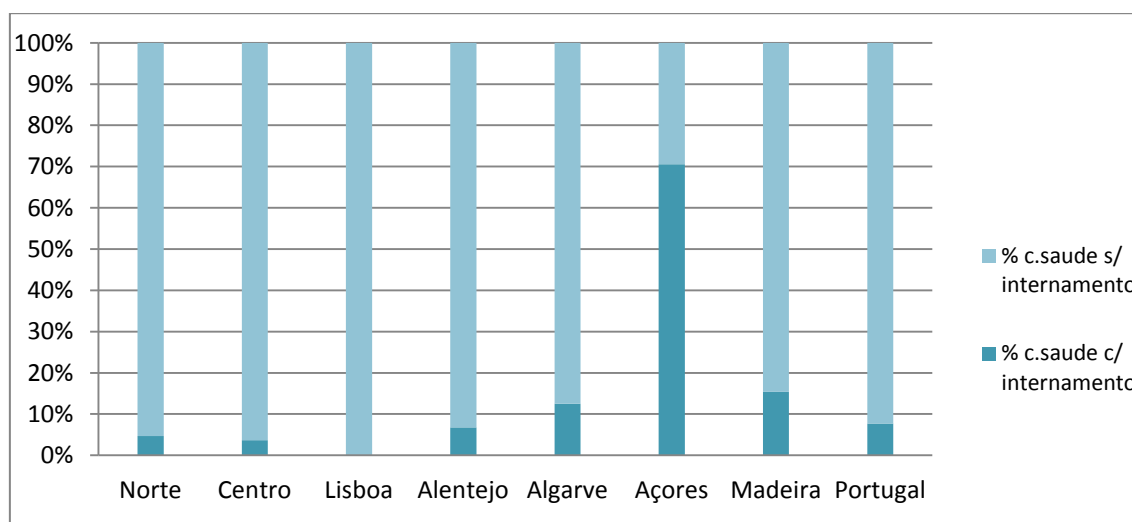
A tabela 2 apresenta a distribuição de centros de saúde, com e sem internamento, nas regiões de Portugal continental e nas regiões autónomas.

Tabela 2 – Número de centros dos centros de saúde, por região.

Região	Total de Centros de Saúde	Centros de saúde com internamento	Centros de saúde sem internamento
Norte	107	5	102
Centro	109	4	105
Lisboa	54	0	54
Alentejo	59	4	55
Algarve	16	2	14
Açores	17	12	5
Madeira	13	2	11
Total	375	29	346

Conforme se mostra na tabela 2, é nas regiões Norte e Centro onde se localizam o maior número de centros de saúde. Nos Açores a proporção de centros de saúde com internamento é maior, ao passo que na região de Lisboa nenhum centro de saúde possui internamento (gráfico 1).

Gráfico 1 - Proporção de centros de saúde com internamento e sem internamento, por região.



A figura 4 apresenta a distribuição de centros de saúde em Portugal continental e regiões autónomas. A figura foi elaborada a partir de uma base de dados do SNIG, no qual se

introduziu a informação disponível pelo INE referente à variável em estudo. A distribuição foi feita automaticamente através do programa *Quantun Gis*.¹⁰

Nesta figura pode observar-se que a maioria dos concelhos possui apenas um centro de saúde. As disparidades, por concelhos, são evidentes.

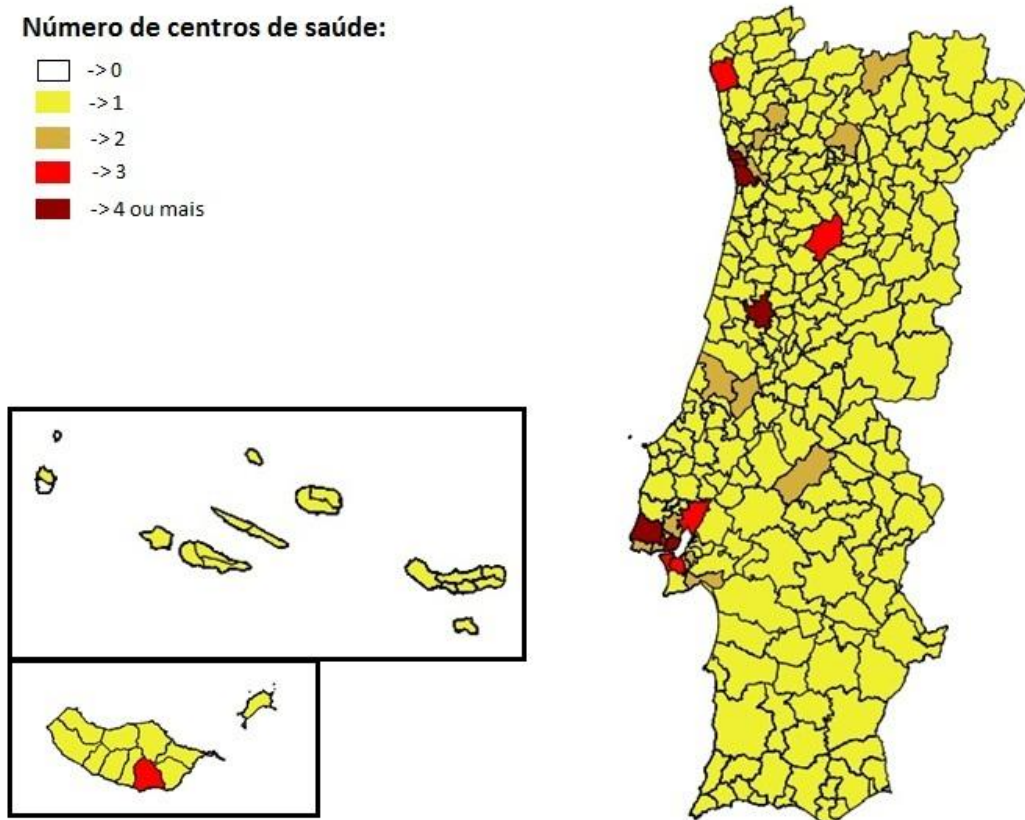


Figura 4 - Distribuição geográfica do número de centros de saúde por concelho.

No entanto, mais importante que o número de centros de saúde é o número de utentes por cada centro de saúde. Os concelhos em que cada centro de saúde, em média, serve um menor número de habitantes estão listados na tabela 3. Como se observa, na tabela abaixo indicada, os concelhos com poucos habitantes, por centro de saúde, estão localizados, sobretudo, em áreas rurais do interior ou das ilhas. Este resultado sugere que estas populações têm melhor acesso aos cuidados de saúde, mas uma conclusão mais robusta implicaria considerar a distância média e a acessibilidade aos centros.

¹⁰ Os mapas que se seguem, neste estudo, foram elaborados com o mesmo programa.

Tabela 3 - Número médio de habitantes por centro de saúde.

Concelhos	Habitantes por centro de saúde
Santa Cruz das Flores	2.625
Alcoutim	2.967
Vila de Rei	2.988
Fronteira	3.000
Calheta (R.A.A.)	3.794
Lajes do Pico	4.631

A tabela 4 apresenta os concelhos onde, em média, cada centro de saúde serve um maior número de habitantes. Tal como se observa, estes concelhos são, predominantemente, urbanos e situados em regiões de elevada concentração geográfica.

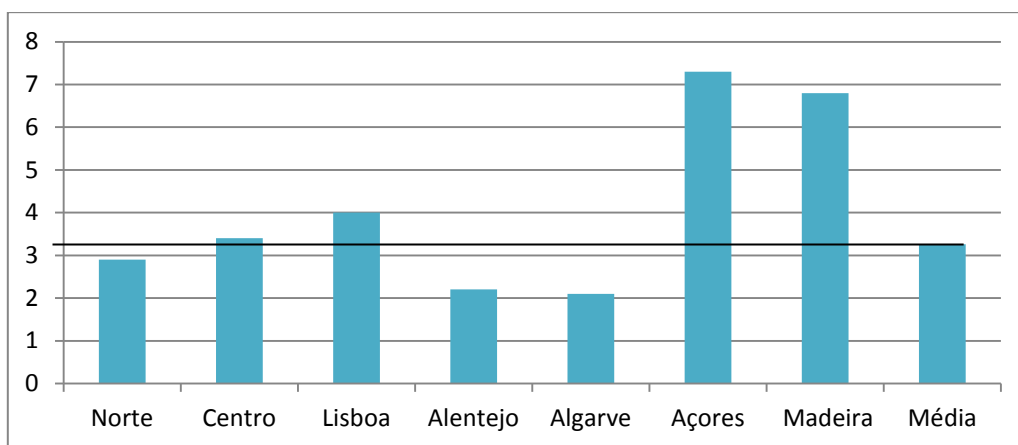
Tabela 4 – Número médio de habitantes por centro de saúde.

Concelhos	Habitantes por centro de saúde
Braga	177.940
Santa Maria da Feira	149.337
Vila Nova de Famalicão	135.959
Barcelos	124.395
Lisboa	96.086
Mafra	75.277
Leiria	64.000

Nº de Camas de internamento (hospitais + centros de saúde)

Em 2009, havia em Portugal uma média de 3,26 camas de internamento por cada 1.000 habitantes. As regiões autónomas dos Açores e da Madeira são as que possuem uma maior proporção de camas de internamento, sendo o seu valor claramente superior à média nacional. Em oposição, o Alentejo e o Algarve são as regiões com os valores mais baixos (Gráfico 2). Considerando a distribuição por concelhos, o concelho de Coimbra é o que tem mais camas por 1.000 habitantes (cerca de 21), seguindo-se o Porto (17,1) e Lisboa (14,1).

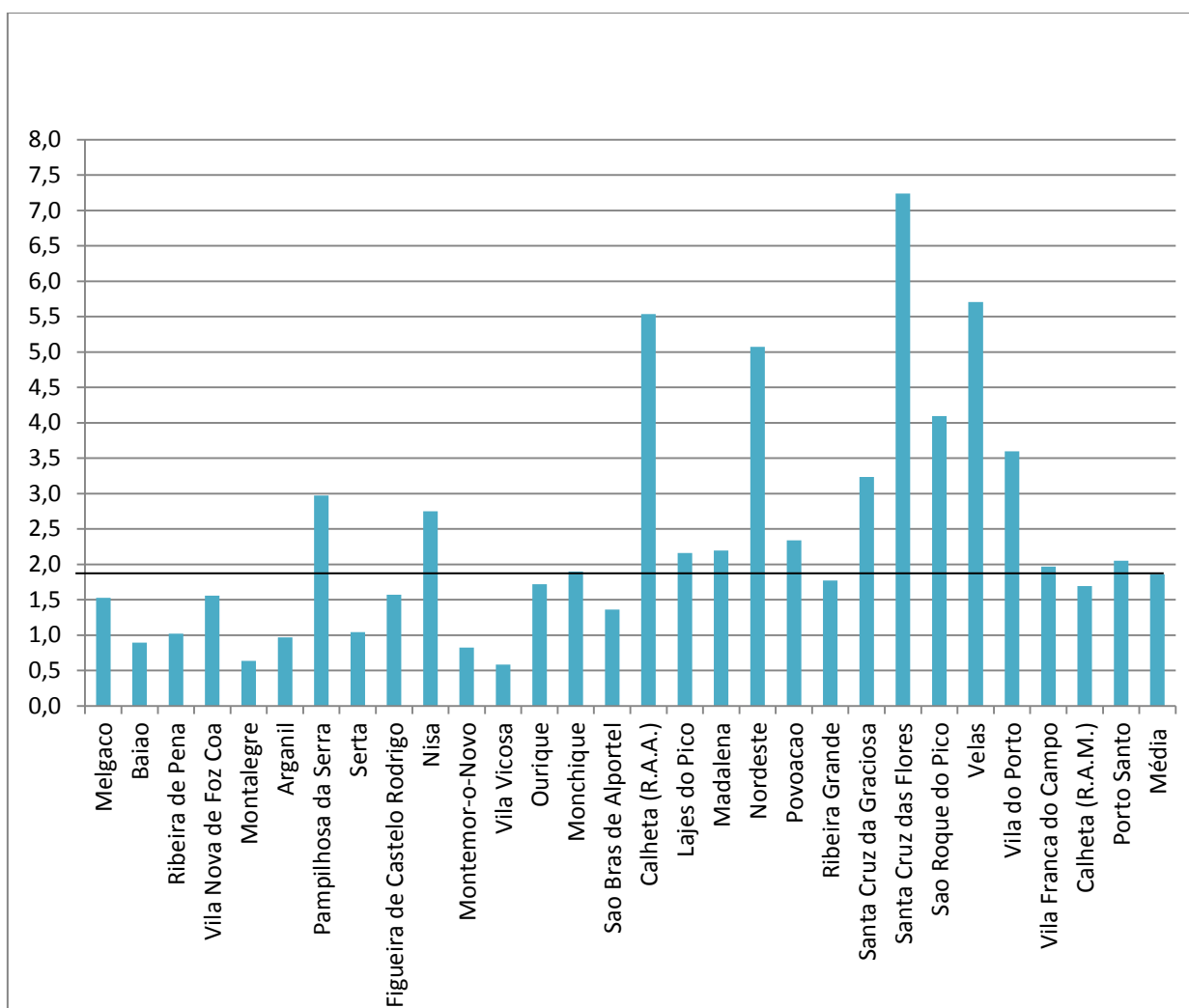
Gráfico 2 - Camas de Internamento por 1.000 habitantes.



No que respeita ao internamento (camas) nos centros de saúde, a média de camas é relativamente baixa, isto porque poucos são os concelhos com camas nos centros de saúde. De facto, em 308 concelhos, apenas 29 possuem internamento em centros de saúde, concentrando-se a maioria nos concelhos dos arquipélagos.

Se considerarmos só os concelhos que têm internamento, estes apresentam uma média de 1,86 camas por cada 1.000 habitantes. O gráfico 3 representa os 29 concelhos onde existe internamento. Tal como se observa, é no concelho de Santa Cruz das Flores que se concentra o maior número de camas em centros de saúde.

Gráfico 3 - Camas em centros de saúde por 1.000 habitantes.

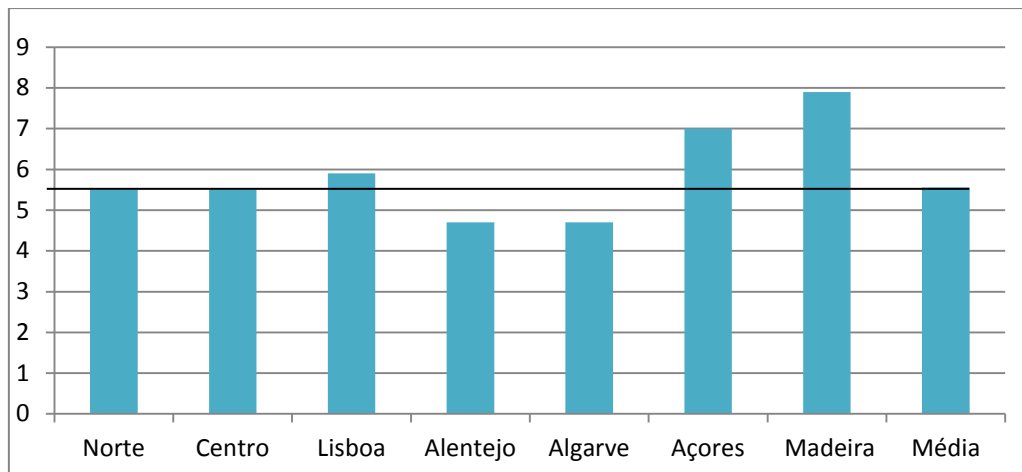


Recursos Humanos

Enfermeiros por 1.000 habitantes

Em Portugal, em 2009, existiam cerca de seis enfermeiros por 1.000 habitantes. No entanto, existe uma forte assimetria na distribuição geográfica. O gráfico 4 mostra que, a nível regional, é nos arquipélagos que se concentram o maior número de enfermeiros.

Gráfico 4 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.



O número de enfermeiros é claramente superior à média nacional nas regiões da Madeira e dos Açores. Em oposição, o Alentejo e o Algarve são as regiões com menor número de enfermeiros por cada 1.000 habitantes. O Norte e Centro encontram-se muito perto da média nacional.

A figura 5 mostra o panorama da distribuição dos enfermeiros pelos diversos concelhos. Este indicador mostra igualmente uma distribuição assimétrica dos recursos.

Número de enfermeiros por 1000 habitantes

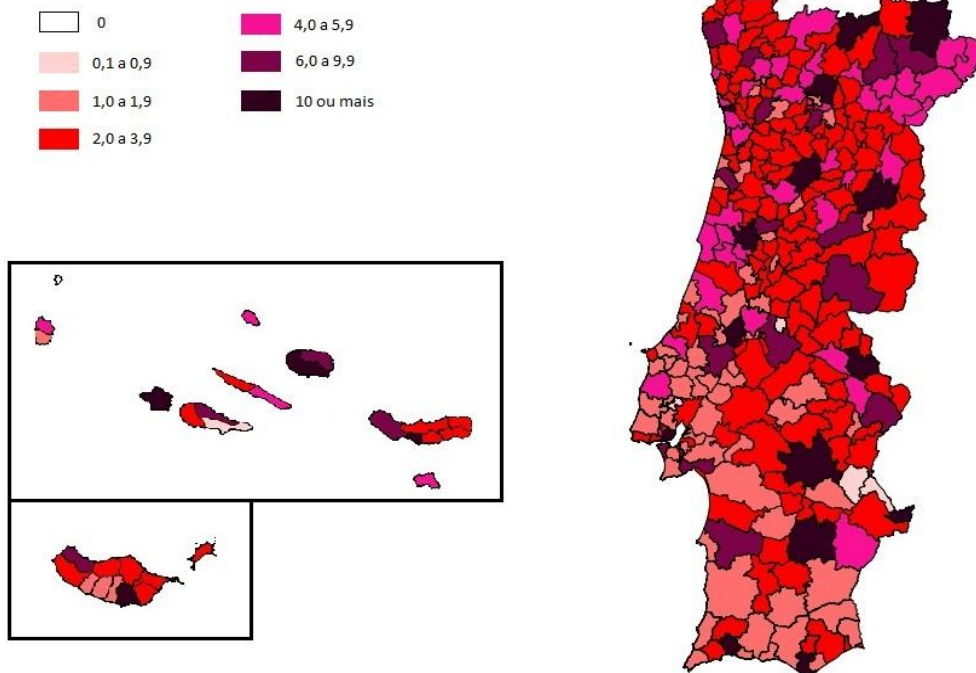


Figura 5 - Distribuição geográfica de enfermeiros por cada mil habitantes.

Na tabela 5 estão listados os 20 concelhos com maior número de enfermeiros *per-capita* e o respetivo rácio. O maior número de enfermeiros, por habitante, encontra-se nos concelhos mais densamente povoados com elevada concentração de recursos hospitalares.

Tabela 5 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.

Concelhos	Enfermeiros por 1.000 habitantes
Coimbra	25,8
Porto	23,8
Lisboa	19,8
Funchal	16,6
Portalegre	15,1
Bragança	14,3
Faro	14,3
Beja	13,4
Évora	12,6
Vila Real	12,9
Guarda	11,7
Portimão	11,7
Lagoa	11,9
Viseu	10,9
Barrancos	10,8
Chaves	10,2
Torres Novas	10,1
Vila Real de Santo António	10,1
Angra do Heroísmo	10,1

Existe uma grande disparidade entre estes dezanove concelhos representados na tabela 5 comparando com os concelhos que se encontram na tabela 6.

A tabela 6 apresenta sete dos concelhos com menor número de enfermeiros por habitante. Como se pode constatar o número de enfermeiros por mil habitantes, nestes concelhos diverge, claramente, da média nacional.

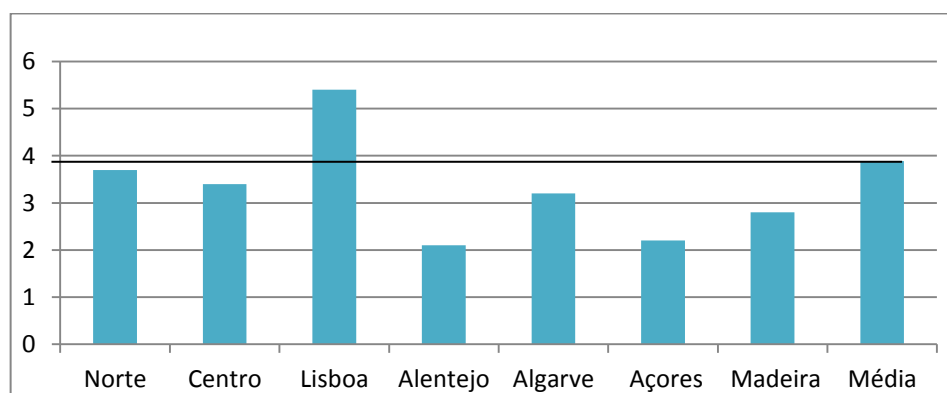
Tabela 6 - Enfermeiros por 1.000 habitantes.

Concelhos	Enfermeiros por 1.000 habitantes
Corvo	0
Ferreira do Zêzere	1
Vizela	1,10
Mafra	1,30
Ponta do Sol	1,30
Vila Nova de Poiares	1,60
Carregal do Sal	1,70

Médicos por 1.000 habitantes

A média nacional de médicos é cerca de quatro médicos por cada 1.000 habitantes. A distribuição de médicos não difere muito da dos enfermeiros. São os concelhos do litoral de Portugal que possuem um maior número de médicos por 1.000 habitantes.

Gráfico 5 - Médicos por 1000 habitantes.



O gráfico 5 representa a proporção dos médicos por 1.000 habitantes em cada região, apontando a região de Lisboa como sendo a que possui maior cobertura deste recurso.

A figura 6 mostra como os médicos estão dispersos em Portugal, evidenciando a grande concentração de médicos nos concelhos de Lisboa e do Norte do país.

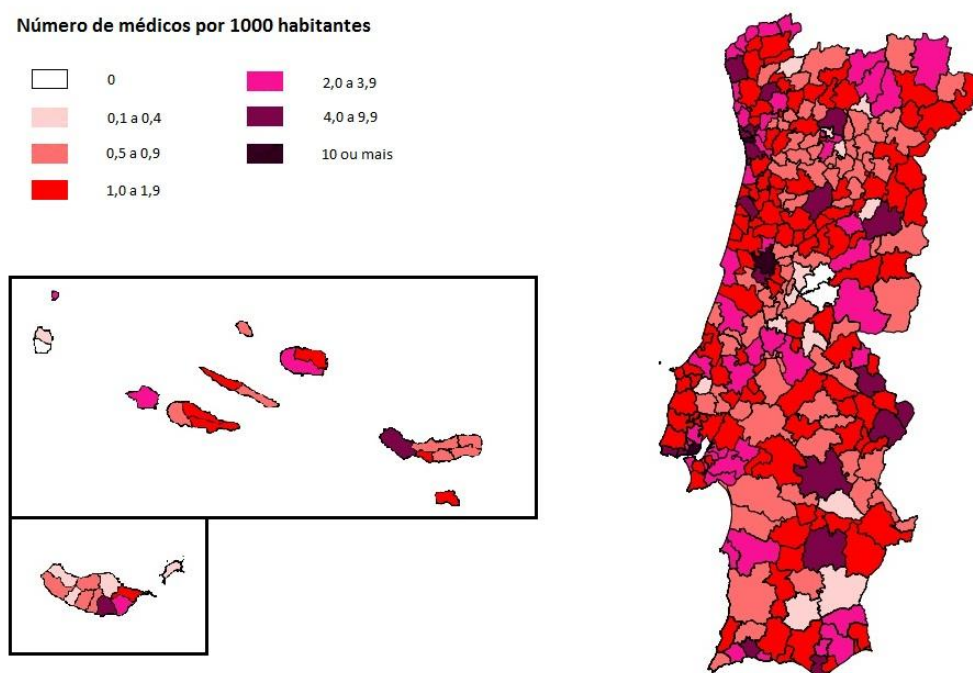


Figura 6 - Distribuição geográfica de médicos por cada mil habitantes.

Na tabela 7 estão representados os três concelhos com o maior número de médicos por mil habitantes. A diferença para o concelho ordenado em 4º lugar (Faro) é de -8,1 médicos por 1.000 habitantes.

Tabela 7 - Médicos por 1.000 habitantes.

Concelhos	Médicos por 1.000 habitantes
Coimbra	27,4
Porto	20,6
Lisboa	17

Existe um pequeno conjunto de concelhos com valores intermédios no número de médicos por 1.000 habitantes. São concelhos onde existe um grande número populacional e onde o número de médicos difere, consideravelmente, dos três concelhos referidos anteriormente (tabela 8).

Tabela 8 - Médicos por 1.000 habitantes.

Concelhos	Médicos por 1.000 habitantes
Faro	8,9
Oeiras	8,6
Campo Maior	6,8
Évora	5,5
Viseu	5,1
Aveiro	4,9
Beja	4,8
Portalegre	4,8

O menor número de médicos regista-se em alguns dos concelhos mais rurais das ilhas e do continente. A tabela 9 mostra alguns dos concelhos onde existe apenas um médico por cada 1.000 habitantes, número mínimo recomendado pela OMS.

Tabela 9 - Médicos por 1.000 habitantes.

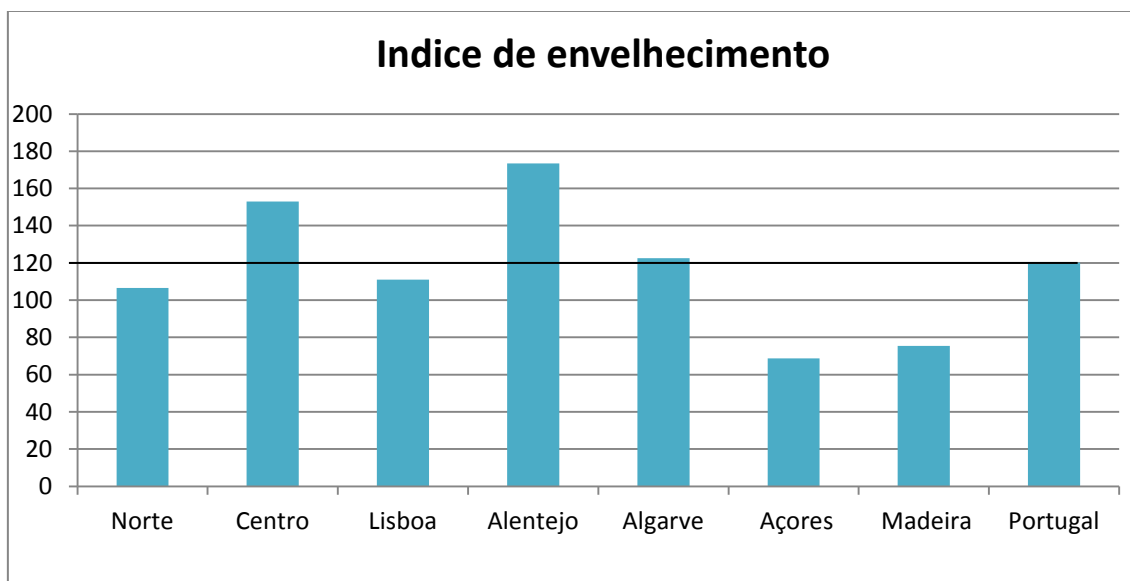
Concelhos	Médicos por 1.000 habitantes
Lajes das Flores	0
Ponta do Sol	0,1
Murça	0,2
Góis	0,2
Ferreira do Zêzere	0,2
Santa Marta do Penaguião	0,3

Índice de Envelhecimento

É reconhecido que a idade constitui um fator muito importante, quer no que respeita à aquisição de doenças, quer no que se refere ao consumo de cuidados de saúde (Santana, 2009). Da análise do gráfico 6, verifica-se que o Alentejo é a região mais envelhecida do país, seguindo-se a região Centro. Por outro lado, as regiões insulares têm menores taxas de envelhecimento. O índice de envelhecimento do país é de 120,1. Este índice representa o envelhecimento acentuado da população.

De acordo com a interpretação da fórmula de cálculo do índice de envelhecimento, os valores elevados do índice revelam um elevado peso da população com idade superior a 64 anos.

Gráfico 6 - Índice de Envelhecimento, por regiões.



Através da figura 7, conseguimos observar que a grande mancha de envelhecimento da população localiza-se na região do interior e no sul do país. No continente, verifica-se que os concelhos mais jovens estão situados na zona litoral, principalmente no Grande Porto e na Grande Lisboa. Curiosamente, os concelhos de Lisboa e do Porto apresentam índices de envelhecimento mais elevados do que os concelhos circundantes. Também se pode verificar que nas Regiões Autónomas, a maioria dos concelhos possuem índices de envelhecimento relativamente baixos.

Em relação, aos concelhos do interior, são os mais rurais que apresentam os índices de envelhecimento mais elevados, podendo nalguns casos ser superior a 500 (Penamacor, Vila Velha de Rodão, Oleiros e Alcoutim), enquanto Lajes das Flores, Ribeira Brava, e Lousada são as regiões que apresentam índices mais baixos.

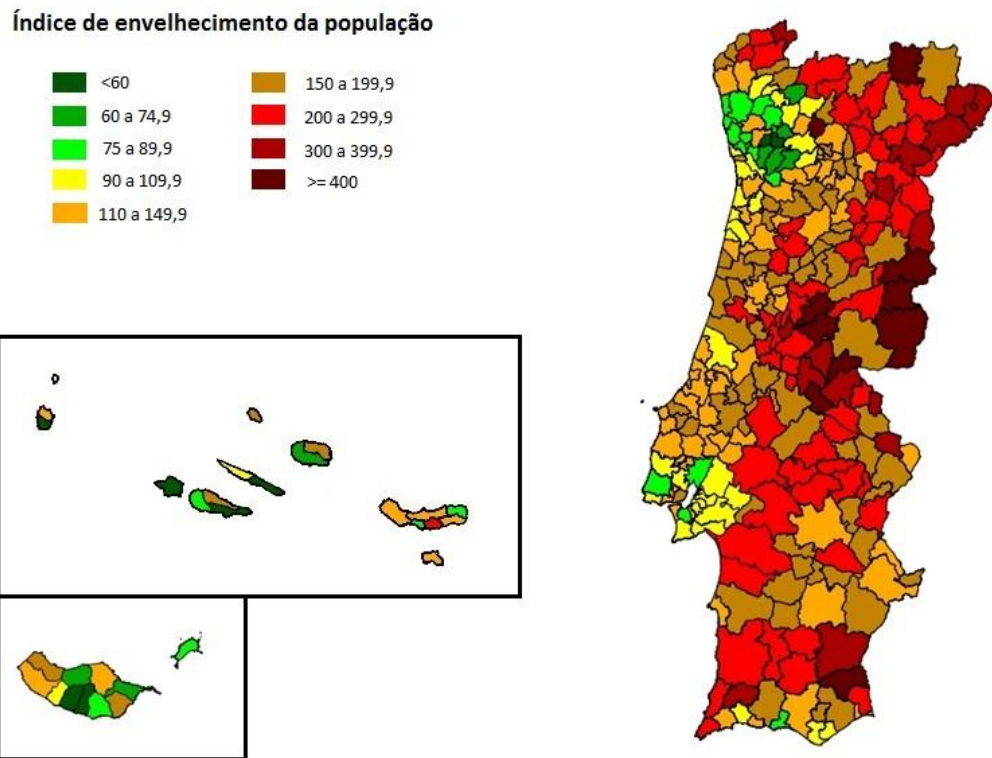


Figura 7 - Disparidades geográficas da distribuição do índice de envelhecimento.

MEDIDAS DE DESIGUALDADE

5.2. Índice de Dissimilaridade

Neste subcapítulo apresentamos os resultados do cálculo do índice de dissimilaridade. Como referido anteriormente, este indicador mostra-nos quantos recursos necessitavam ser redistribuídos, para que os recursos estejam distribuídos com igualdade pelos 308 concelhos.

A tabela 10 apresenta o resultado do cálculo do índice de dissimilaridade, com base nos 308 concelhos.

Tabela 10 - Índice de Dissimilaridade.

	Índice de Dissimilaridade Absoluto	Índice de Dissimilaridade Relativo (%)
Centros de Saúde por 1.000 habitantes	130	34,66
Camas em hospitais e centros de saúde por 1.000 habitantes	168	69,00
Camas em centros de saúde por 1.000 habitantes	472	97,52
Enfermeiros por 1.000 habitantes	20,7	34,93
Médicos por 1.000 habitantes	16,2	39,03

De acordo com os resultados, teriam de ser redistribuídas aproximadamente 69% das camas para estarem distribuídas uniformemente pelos diversos concelhos. Em relação aos centros de saúde, para estarem distribuídos de forma a assegurar a equidade, teriam de ser redistribuídos aproximadamente 34%.

No que toca aos enfermeiros por 1.000 habitantes, o índice de dissimilaridade relativo apresenta um valor de 34,9% sendo ligeiramente inferior à variável médicos por 1.000 habitantes (39,0%).

Este resultado sugere desigualdade na distribuição geográfica dos recursos.

5.3. Índice de Gini

Na tabela 11 apresentam-se os cálculos do índice de Gini.

Tabela 11 - Coeficiente de Gini.

	Coeficiente de Gini
Camas em hospitais e centros de saúde por 1.000 habitantes	0,880
Centros de Saúde por 1.000 habitantes	0,472
Enfermeiros por 1.000 habitantes	0,384
Médicos por 1.000 habitantes	0,452

Os resultados obtidos evidenciam uma elevada desigualdade na variável “camas em hospitais e centros de saúde por 1.000 habitantes” com um Coeficiente de Gini de 0,88. Os centros de saúde apresentam um índice de Gini de 0,472, o que revela, igualmente, a existência de importantes desigualdades.

Nos indicadores respeitantes aos recursos humanos de saúde, observa-se, tal como nas variáveis anteriores, desigualdades. O Coeficiente de Gini dos enfermeiros é de 0,384 e o dos médicos é de 0,452. Ambos os resultados sugerem uma distribuição geográfica assimétrica dos recursos humanos na saúde, mais acentuada para o caso dos médicos.

5.4. Coeficiente de Variação, Razão de Taxas e Diferença de Taxas

A tabela 12 mostra os resultados obtidos no cálculo das diferentes medidas de desigualdade dos dados estudados. Considerando os médicos por cada 1.000 habitantes, a diferença de taxas é de -27,4, o que reflete uma enorme desigualdade existente em Portugal no que respeita a esta variável. De forma semelhante, a razão de taxas está num patamar igual a zero.

Tabela 12 - Coeficiente de Variação, Razão e Diferença de Taxas.

Variáveis	CV	Razão de Taxas	Valor Máximo	Valor Mínimo	Diferença de taxas
Médicos por 1.000 habitantes	1,33	0	27,4 (Coimbra)	0 (Ponta de Sol)	-27,4
Camas por 1.000 habitantes	2,77	0	20,9 (Coimbra)	0 ¹¹	-20,9
Enfermeiros por 1.000 habitantes	0,89	0	25,8 (Coimbra)	0 (Corvo)	-25,8
Centros de Saúde por 1.000 habitantes	0,93	0	0,39 (Porto Moniz)	0 (Corvo)	-0,30

Como se pode verificar pela tabela 12, existe uma grande dispersão nos valores apresentados do coeficiente de variação. No número de médicos existe uma grande variação entre os concelhos. O mesmo acontece com o número de camas por 1.000 habitantes. Os enfermeiros e centros de saúde por cada 1000 habitantes, entre as quatro variáveis, são os que apresentam um CV mais baixo.

O concelho de Coimbra, tal como se pode verificar pela tabela 12, é o que apresenta mais recursos no que respeita a médicos, camas e enfermeiros, em oposição às regiões insulares. A desigualdade entre os concelhos é evidente ao analisar a diferença de taxas, isto porque apresentam valores negativos para todas as variáveis.

¹¹ Nesta variável muitos concelhos não apresentam valor.

5.5. Coeficiente de correlação de recursos/taxa de envelhecimento

De forma a analisar a existência de relações entre o nº de médicos, camas, enfermeiros e centros de saúde em relação à Taxa de Envelhecimento, estimou-se o coeficiente de Pearson entre estas variáveis. Os resultados obtidos encontram-se na tabela a seguir apresentada.

Tabela 13 - Correlação entre os recursos e a taxa de envelhecimento.

Variáveis	Coeficiente	Desvio padrão
	Índice de envelhecimento	
Médicos por 1.000 habitantes	-0,1621	0,0043
Camas em hospitais e centros de saúde por 1.000 habitantes	-0,0520	0,3998
Enfermeiros por 1.000 habitantes	-0,1023	0,0729
Centros de Saúde por 1.000 habitantes	0,4812	0,000

Como podemos verificar através da análise da tabela 13, as variáveis médicos, camas e enfermeiros por cada 1.000 habitantes, apresentam uma correlação negativa fraca com o índice de envelhecimento, ou seja, a tendência é que, o número de médicos, camas e enfermeiros estejam negativamente correlacionados com a da taxa de envelhecimento nos concelhos. Dito de outra forma, concelhos com maiores índices de envelhecimento têm, em média, menos recursos de saúde per 1.000 habitantes. A exceção é o número centro de saúde per 1.000 que está positivamente associado com a taxa de envelhecimento. Da análise do coeficiente não podemos concluir sobre a causalidade da relação.

Os resultados obtidos apontam para a existência de relação significativa ($p=0,0043$) entre os médicos por 1.000 habitantes e o índice de envelhecimento, e para a existência de relação significativa entre os centros de saúde por 1.000 habitantes e o índice de

envelhecimento. As outras correlações estimadas não são estatisticamente significativas a níveis convencionais de significância.

Capítulo VI – Discussão

No capítulo V foram avaliados vários panoramas para analisar a distribuição geográfica dos recursos de Saúde em Portugal. No entanto, convém realçar que a análise dos resultados obtidos deve ter em consideração as fontes de dados utilizadas e as suas limitações subjacentes.

Neste capítulo pretende-se discutir os principais resultados obtidos e as principais limitações inerentes às variáveis utilizadas na concretização da análise dos recursos.

6.1. Limitações dos dados utilizados

Salienta-se, novamente, que os dados sobre os indicadores utilizados neste trabalho foram retirados do INE. Como já se referiu, esta fonte de dados apresenta algumas limitações, isto porque os dados mais recentes são do ano de 2009 e 2010. O objetivo seria verificar dados mais recentes, de 2011, no entanto, esta informação não está disponível, o que se tornou uma limitação neste estudo.

No caso dos médicos o indicador refere-se à área de residência e não ao local de trabalho. Trata-se de uma limitação neste estudo porque a análise das decisões do local de residência podem não corresponder às decisões do local de trabalho. Verifica-se que os médicos tendem a ter mais de um posto de trabalho, o que não é tido em consideração neste estudo.

Em relação aos centros de saúde, os dados utilizados não referem o número de extensões que estão associadas a cada estabelecimento, nem o número de funcionários que neles trabalham. Esta omissão dificulta a comparação da funcionalidade dos centros de saúde em cada concelho.

6.2. Principais resultados

Os resultados foram divididos em cinco partes distintas de forma a permitir a sua análise clara e objetiva. Os principais resultados também serão apresentados tomando em consideração essa divisão.

No subcapítulo 5.1. é apresentada a distribuição de oferta dos recursos. Verificou-se que a distribuição de recursos é desigual, havendo concelhos onde existe uma grande oferta e, em contrapartida, outros concelhos que possuem um menor número de recursos.

O centro de saúde, como primeira linha de atuação do SNS, é efetivamente um recurso de proximidade com a população, isto porque praticamente todos os concelhos possuem pelo menos um centro de saúde. O único concelho que não tem um centro de saúde é Laje das Flores. Contudo, a ilha das Flores ocupa uma superfície menor que a maioria dos concelhos de Portugal continental e a distância ao centro de saúde mais próximo (Santa Cruz das Flores) é curta.

O facto de alguns concelhos terem mais de um centro de saúde está relacionado com o nível populacional do concelho, ou à existência de outro agregado populacional importante (além da sede de concelho), como é o caso dos concelhos de Lisboa e Porto.

Os resultados obtidos refletem que são os concelhos menos populosos que possuem menor população servida por um centro de saúde e que, o concelho de Braga, possui o maior número médio de população servida por centro de saúde (177940 pessoas). Existem as extensões de saúde que não foram abordadas neste estudo e que podem, eventualmente, agravar ou aliviar as desigualdades.

No caso do internamento nos centros de saúde (número de camas) dos 308 concelhos em análise, apenas 29 possuem internamento. A maioria dos concelhos não tem internamento nos centros de saúde.

Os arquipélagos dos Açores e da Madeira são as regiões que possuem a maior proporção de centros de saúde com internamento em relação aos restantes concelhos. As grandes distâncias (tempo percorrido) que alguns concelhos estão dos centros urbanos e a realidade que é viver no continente, ou nos arquipélagos (tendo em conta que no continente

existe uma proximidade do internamento nos Hospitais), são razões que podem justificar a presença de internamento num centro de saúde.

Em relação aos recursos humanos, os dados revelam importantes desigualdades entre os concelhos. No caso dos médicos, existe uma média de aproximadamente quatro médicos por 1.000 habitantes, valor superior ao valor mínimo recomendado pela OMS (1 médico por 1.000 habitantes) e próximo dos valores médios da OCDE. No entanto, foram encontradas grandes diferenças entre as regiões e os concelhos. Muitos concelhos do interior do país, com uma população maioritariamente rural, apresentaram valores inferiores a um médico por mil habitantes. No lado oposto, em concelhos como Coimbra e Porto, verifica-se a existência de mais de vinte médicos por 1.000 habitantes. No caso dos enfermeiros, as disparidades encontradas foram semelhantes às dos médicos, e verificou-se que as capitais de distrito apresentaram, em geral, valores elevados comparativamente a outras regiões.

Em relação ao índice de envelhecimento, conclui-se que a população envelhecida concentra-se, desproporcionalmente, na região do Alentejo e em concelhos do interior do país. Como a população idosa tem, em geral, maiores necessidades de cuidados de saúde, muitos dos concelhos mais envelhecidos não se encontram em situação favorável. Em geral, a distribuição de recursos não parece seguir o critério da necessidade, medido aqui pela taxa de envelhecimento da população.

Tabela 14 - Comparação entre o número de médicos e o índice de envelhecimento em alguns concelhos.

Concelhos	Número de médicos por 1.000 habitantes	Índice de envelhecimento
Coimbra	27,4	144
Viseu	5,1	112,1
Leiria	2,9	109,8
Mértola	0,3	352,5
Vila Velha de Ródão	0,6	511,5

As disparidades dos concelhos apresentados são grandes. Os concelhos que têm os índices de envelhecimento mais elevados possuem menor número de médicos por 1.000 habitantes (tabela 14).

Em relação ao ponto 5.2 (índice de dissimilaridade) evidenciou-se uma percentagem elevada no índice de dissimilaridade relativo em relação ao número de camas. Os dados indicaram que para uma distribuição geográfica igualitária teriam de ser redistribuídas 168 camas. Este valor denota, por si só, a existência de uma elevada disparidade. Esta redistribuição, apesar de necessária, é inviável, porque teriam, muito provavelmente, de ser construídas novas infraestruturas para que esta redistribuição fosse possível.

No que se refere aos centros de saúde, verificou-se que, para que todos os concelhos tivessem uma distribuição igualitária por 1.000 habitantes teriam de ser redistribuídos 130 centros de saúde. No que toca aos recursos humanos, para atingir a equidade teriam de ser redistribuídos mais médicos que enfermeiros, isto porque o número de enfermeiros é superior ao dos médicos. A existência de recursos humanos, principalmente os médicos e o acesso a esses recursos constituem um fator muito importante no estado de saúde das populações.

No capítulo 5.3 apresentou-se os resultados da análise do índice de Gini. O valor do Coeficiente de Gini relativo ao número de médicos per 1.000 habitantes é de 0,452, o que traduz um nível de desigualdade médio. Tratando-se de um recurso imprescindível no setor da saúde, este resultado adquire particular relevância. O facto de a área de residência de um

indivíduo condicionar de algum modo o seu direito ao acesso a cuidados de saúde viola o pressuposto de igualdade de acesso patente na Constituição.

Os centros de saúde são considerados a primeira resposta à necessidade de cuidados médicos e de enfermagem, contudo, verifica-se uma elevada desigualdade, o que pode levar a que nem toda a população tenha acesso aos primeiros cuidados de saúde. Esta situação não vai de encontro ao que está estipulado na Constituição, a qual refere que todos os cidadãos deverão ter igual acesso aos serviços de saúde.

Os resultados refletem a existência de desigualdades no acesso aos cuidados primários o que indicia a existência de barreiras no acesso à saúde em alguns concelhos de Portugal. Mais uma vez, estas barreiras não deveriam existir, dado que, o que se pretende é um maior e mais eficaz acesso aos cuidados de saúde.

No subcapítulo 5.4, analisou-se os dados em relação ao CV, razão e diferença de taxas. Os resultados mostraram as disparidades associadas aos diferentes concelhos, evidenciando as diferenças que existem entre os concelhos que têm mais e os que têm menos recursos. A tabela 15 sintetiza os três concelhos que apresentam mais e menos recursos em cada uma das variáveis. Como se pode observar, é o concelho de Coimbra que tem mais recursos por 1.000 habitantes (médicos, enfermeiros e camas). Em oposição, é no interior e nas regiões insulares que se encontram menos recursos, sendo estes concelhos mais envelhecidos.

Verifica-se que esta situação está de acordo com o esperado, dado que Coimbra é a cidade que tem a Universidade mais antiga de medicina e está bem localizada a nível geográfico, o que pode impulsionar a fixação de mais recursos de saúde. O concelho de Coimbra está, desde sempre, associado à oferta de cuidados de saúde, sejam eles públicos ou privadas.

Tabela 15 - Resumo dos concelhos com mais e menos recursos disponíveis.

Variáveis	Concelhos	
	Valores máximos	Valores mínimos
Camas por 1.000 habitantes	Coimbra	Arcos de Valdevez
	Funchal	Caminha
	Porto	Monção
Centros de Saúde por 1.000	Porto Moniz	Corvo
	Santa Cruz das Flores	Lajes da Flores
	Fronteira	Gondomar
Médicos por 1.000 habitantes	Coimbra	Lajes das Flores
	Porto	Ponta do Sol
	Lisboa	Murça
Enfermeiros por 1.000 habitantes	Coimbra	Corvo
	Porto	Ferreira do Zêzere
	Lisboa	Vizela
Índice de Envelhecimento	Penamacor	Câmara dos Lobos
	Alcoutim	Calheta
	Pampilhosa da Serra	Paços de Ferreira

Por fim, no ponto 5.5, analisou-se a correlação existente entre as variáveis médicos, camas, enfermeiros e centros de saúde, em relação ao índice de envelhecimento. Ao nível das variáveis presentes, conclui-se que não existe uma relação entre a distribuição dos recursos em relação ao índice de envelhecimento, isto é, os concelhos mais envelhecidos não são os que possuem mais recursos. A adequação dos recursos às necessidades das populações não é uma realidade verificada, o que leva a que determinados grupos vulneráveis, como, por exemplo, os mais idosos, não tenham facilidade no acesso aos cuidados de saúde.

Os resultados refletem que não existe relação entre a distribuição dos recursos em relação ao índice de envelhecimento. Esperava-se que a distribuição dos recursos estivesse relacionada com o nível de necessidades da população, contudo não se verificou tal tendência.

Capítulo VII – Conclusão

A análise da distribuição dos recursos de saúde em Portugal mostra-nos um país onde ainda existem desequilíbrios geográficos.

O estudo realizado mostrou que existem áreas com elevada concentração de recursos e, em contrapartida, concelhos com falta de recursos. Sumariamente, existe dicotomia rural/urbano e litoral/interior na distribuição dos recursos. Os concelhos mais envelhecidos são os rurais. Em termos demográficos, nestes concelhos, vive uma população que, não sendo numerosa, tende a ter maiores necessidades de cuidados de saúde. Todavia, encontram-se numa situação geográfica mais desfavorável porque residem em locais distantes dos recursos de saúde como médicos, enfermeiros, hospitais, etc. A distribuição não parece assim de acordo com a necessidade das populações. Considerando a necessidade como o critério para ajuizar a equidade da distribuição, o estudo sugere a presença de fortes inequidades.

A distribuição dos serviços do SNS é uma decisão política relevante para a equidade em saúde, já que a concentração de recursos públicos tende a gerar ainda mais concentração de recursos de saúde. Em particular, os hospitais centrais atraem mais recursos humanos (médicos e enfermeiros). Em consequência, algumas cidades como Lisboa, Porto e Coimbra tendem a atrair igualmente mais recursos privados, o que reforça as desigualdades. Nestas circunstâncias, uma política de incentivos em relação à localização dos recursos poderia ser eficaz. Seria importante o sistema de prestação de cuidados de saúde organizar-se e adotar medidas que permitam melhorar o acesso, em particular aos grupos populacionais mais vulneráveis, em particular as populações mais envelhecidas.

Seria relevante identificar as áreas geográficas ou os grupos socioeconómicos onde as desigualdades são superiores e planear estratégias de forma a diminuir a desigualdade e inequidade

Espera-se que esta dissertação fomente nas entidades responsáveis, a preocupação e determinação para promover a equidade na distribuição dos recursos.

Referências Bibliográficas

Andrade, C., Szwarcwalg, C., Gama, S. & Leal, M. (2004). Desigualdade sócio-económicos do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. *Cadernos Saúde Pública*, 20, 44-55

Bago D'Uva, T., Jones, A. & Van Doorslae, E. (2009). Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European Panel data. *Journal of Health Economics*, 28(2), 280-289.

Barros, P. (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Campos, A. (2008). *Reformas da saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almedina.

Correia, I. & Veiga, P. (2010). Geographic distribution of physicians in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 11(4), 383-93.

Culyer, A. & Wagstaff, A. (1993) "Equity and equality in health and health care" *Journal of Health Economics*, 12: 431-457.

Culyer, J. (2001). Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, London, 27, 275-83.

Daniels, N. Kennedy, B. & Kawachi, I. (2000). Daniels, Kennedy, and Kawachi Response to Justice is good for our health. *Boston Review*.

Dinis, A. (2008), Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP - Espaços, Edifícios e Empresas*, 14-22.

Ferreira, G. (1990). *Histórias da Saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Furtado, C. & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Documento de Trabalho, Escola Nacional de Saúde Pública, 1-52.

Giraldes, M. (1997). *Equidade e Despesa em Saúde*. Lisboa: Editorial Estampa.

Giraldes, M. (2001). Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3), 533-544.

Giraldes, M. (2002). Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal. *Análise Social*, 37 (164), 939-947.

Giraldes, M. (2005). Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência. *Revista portuguesa da saúde pública*, 23 (2), 21-44.

Goddard, M. & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53, 1149-1163.

Guichard, S. (2004). The Reform of the Health Care System in Portugal. *Economics Department Working Papers* (OCDE), 405.

Guimarães, R, & Cabral, J. (2007). *Estatística*. Madrid: McGraw-Hill.

Hulka, B. & Wheat, J. (1985). Patterns of utilization. The patient perspective. *Medical Care*, 23(5), 438-460.

Justo, C. (2004). *Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?.* Lisboa: Campo da Comunicação.

Le Grand, J. (1988). Equity, health and health care. Gran Canaria: Conferência apresentada nas VIII *Jornadas de Economia da Saúde*.

Lynch, J. & Harper, S. (2007). *Measuring Health Disparities. Center for Social Epidemiology and Population health, Department of Epidemiology.* University of Michigan. Disponível em <http://open.umich.edu/education/sph/health-disparities/fall2007>

Medeiros, M. (1999). Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. *Instituto de Pesquisa Económica Aplicada*, 1415-4765.

Ministério da Saúde (2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007 – 2009.* Missão para os cuidados de saúde primários, Lisboa.

Nunes, A., Santos, J., Barata, R. & Viana, S. (2001). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.* Brasília: Organização Pan – América da Saúde.

Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde.* Lisboa: McGraw-Hill.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da Saúde.* Relatório de primavera 2001, Síntese. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *O estado da saúde e a saúde do Estado*. Relatório de primavera 2002. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde: que ruturas?* – Relatório de primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004). *Incertezas gestão da mudança na saúde*. Relatório de primavera 2004. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). *Novo serviço público da saúde. Novos desafios*. Relatório de primavera 2005. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Da depressão da crise para Governação prospetiva da saúde*. Relatório de primavera 2011. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Oliver, A. & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 655-658.
- Oliveira, M. & Bevan, G. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy*, 66, 277-293.
- Oliveira, M. & Pinto, C. (2005). Health Care Reform in Portugal: An Evaluation of the NHS Experience. *Health Economics*, 14, 203-220.
- OCDE (2005). *Health at a Glance: OCDE Indicators -2005*. Edition.
- Olsen, J. (1993). On what basis should health be discounted?. *Journal of Health Economics*, 12: 39-53.
- Pinho, M. (2009). *O Racionamento dos Recursos da Saúde Através do Estabelecimento de Prioridades: Uma Perspetiva Social*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho: Braga, 429 pgs.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.
- Riutort, M. & Cabarcas, F. (2006). Descentralización y Equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, 22-36.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2006) *O futuro do sistema de saúde português*. In: Estudos temáticos para a preparação do próximo ciclo de intervenções estruturais QREN 2007-2013, Lisboa: Observatório do QCA III.

Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Santos, A. (2006). A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência Saúde Coletiva*, 11 (4), 895-910.

Schneider, M, Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16 (2), 1-17

Sen, A. (2002). *Why health equity?*. Health Economics, 11: 659-666.

Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Perira, J. Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M. Hespanhol, A., Ferreira, P. & Silva, S. (2007). *Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório final*.

Simões A, Paquete A, & Araújo, M. (2006). Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho:3.

Simões, J. (2009). *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões, J. (coord.) (2010). 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado. Coimbra: Almedina.

Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 190-198.

Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C. & Almeida, C. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 133-149.

Tribunal de Contas (2009), *Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC”*, Relatório N° 27/09 – 2ª Série Volume I.

Van Doorslaer, E., Koolman X & Jones A (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629-647.

Van Doorslaer, E., Masseria, C. & Xander, K. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*. 174, 177-183.

Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (2000). *Equity in health care finance and delivery*. In Handbook of Health Economics edited by A. Culyer e P. Newhouse. North-Holland: Elsevier.

Wennberg, J. (1985). On patient need, equity, supplier induced demand and the need to assess the outcomes of common medical practices. *Medical Care*, 23(5), 512-520.

Whitehead, M. (1991). *The Concept and Principles of Equity and Health*. Washington, DC: Organização Pan-americana da Saúde (CID/HSP/OPAS).

Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473-478.

World Health Organization (WHO) (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever 2008*. Geneva: World Health Organization.

Sites consultados

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

<http://www.ers.pt>

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www.observaport.org/>

Portal da Saúde

<http://www.portaldasaude.pt/>

Legislação

Diário da República, Assembleia da República (1990) “Lei 48/90: Lei de Bases da Saúde”.
Diário da República, 195: 3452-3459.

Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro.

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro