

## Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal

### INTRODUÇÃO

O sistema de saúde português caracteriza-se pela existência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma qualidade relativamente boa, apesar das grandes listas de espera existentes em algumas especialidades, que cobre a totalidade da população (cerca de 10 milhões de habitantes). O SNS apresenta-se bem preparado para enfrentar o novo milénio, dado que possui um relativamente baixo número de camas *per capita* (3,6 camas por 1000 habitantes), mais baixo do que o valor médio da UE, de 5,1 camas por 1000 habitantes, compatível com a noção de hospital do futuro. Segundo Braithwaite *et al.* (1995), esta noção implica a completa reconceptualização da noção de hospital, em que os grandes hospitais universitários serão substituídos por pequenas unidades de mais fácil gestão, acompanhadas do reforço de novas estruturas de apoio ao hospital, administradas pelas autarquias ou por instituições com ou sem finalidade lucrativa, assim como por bons serviços de apoio domiciliário.

O SNS português é igualmente caracterizado por uma boa rede de cuidados de saúde primários, apesar de a qualidade dos serviços prestados dever ser ainda aumentada. Deverá dar-se uma especial atenção ao *trade-off* entre cuidados de saúde primários e hospitalares, na medida em que muitas das urgências hospitalares podem considerar-se falsas urgências.

Pode considerar-se razoável a percentagem de despesa total em saúde no PIB, de cerca de 8,7% no ano 2000. A questão principal neste domínio é a elevada despesa privada em saúde, não reembolsável, de cerca de 50% na-

---

\* Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

quele ano, o que representa um grande esforço *out-of-pocket* por parte do consumidor de serviços de saúde.

Além do SNS, existem em Portugal vários subsistemas de saúde, dos quais os principais são os da ADSE (Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública), que abrange 1,2 milhões de indivíduos, do FMM (Forças Militares e Militarizadas), com cerca de 174 500 utilizadores, e do SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários), que compreende 185 500 indivíduos. 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.

Finalmente, Portugal tem um ainda incipiente sector privado de saúde, que poderá expandir-se futuramente, no que respeita a cuidados de saúde em ambulatório, em grupos de médicos organizados, tal como os PGP (Prepaid Medical Group Practice), HMO (Health Maintenance Organizations) ou outros, como já acontece em alguns países europeus.

Não existe dúvida de que a última década trouxe consigo reformas nos sistemas de saúde que vão no sentido de aumentarem o sector privado de saúde, como referem, entre outros, Saltman (1991), Anderson (1992), Light (1992), Rosenthal (1992), Diderichen (1993), Helms (1993), Whyne (1993), Glennerster e Matsaganis (1994) e Hakansson (1994).

## OBJECTIVOS

Constitui o principal objectivo deste artigo a análise da existência de equidade de acesso entre as diversas regiões geográficas portuguesas. Em princípio, o SNS cobre a totalidade da população portuguesa. Será essa cobertura uniforme ou algumas regiões estarão a utilizar mais o SNS, por exemplo, devido ao facto de não existirem outros subsistemas?

Os subsistemas concentram-se mais na Região de Lisboa. Existirão outras regiões em que os subsistemas tenham uma diferente equidade de acesso devido a outras razões?

## EQUIDADE DE ACESSO

A equidade deve ser um princípio básico em qualquer sistema de saúde. Este aspecto tem sido defendido por diversos autores, como, por exemplo, Rawls (1972), Culyer (1976), Maynard (1981), Gray (1982), Le Grand (1982), Ritch (1994), Whitehead (1994) e Pollock (1995).

Mooney (1983) faz uma excelente distinção entre os diversos conceitos de equidade. A «igualdade de recursos para igual necessidade» toma em consideração a estrutura da população, por sexos e grupos etários, e outros factores

que possam influenciar as necessidades, como a taxa de fertilidade ou o nível de rendimento. Este tipo de conceito é principalmente utilizado na distribuição de recursos a nível regional ou distrital. A «igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade» terá apenas lugar quando todos os consumidores, em todos os distritos, tenham acesso aos mesmos serviços ao mesmo custo (em custo do transporte e em tempo perdido). Este conceito preocupa-se com a perspectiva da oferta. A «igualdade de utilização para igual necessidade» implica uma discriminação positiva a favor daqueles que tenham uma menor propensão para utilizar os serviços de saúde, numa perspectiva de assegurar a procura desses serviços, e implica a existência de recursos adicionais com vista a possibilitar uma intervenção na comunidade (visitas domiciliárias, educação para a saúde). Segundo Giraldes (1991), é este o mais perfeito conceito de equidade. A «igualdade na satisfação de necessidades marginais» reconhece que a equidade será atingida se cada distrito deixar de tratar o mesmo tipo de necessidade, caso se verifique um corte orçamental idêntico, o que implica que todos os distritos atribuam uma prioridade igual às respectivas necessidades. Finalmente, o conceito de «igualdade de resultados» tem como objectivo atingir a igualdade no nível de saúde entre distritos/regiões, ao partir do princípio de que se verificará uma política intersectorial, o que é, sem dúvida, um objectivo utópico.

Como o presente artigo se debruça sobre a análise da equidade a nível das regiões geográficas em Portugal, o conceito escolhido foi o de equidade de acesso.

## MÉTODOS

Calcularam-se as desigualdades regionais, utilizando-se dados publicados do Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 (INS 1995/96), em relação à população inquirida que utiliza os subsistemas de saúde. Os subsistemas analisados foram o SNS, a ADSE, o FMM e o SAMS.

O INS 1995/96 possui uma amostra de 18 000 famílias, das quais 4644 pertencem à Região Norte, 3730 à Região Centro, 5233 à Região de Lisboa, 2426 à Região do Alentejo e 1977 à Região do Algarve. Esta amostra foi seleccionada de uma amostra-mãe utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), constituída de forma probabilística, por áreas, com base no Recenseamento da População e Habitação de 1991. Numa primeira etapa seleccionaram-se as freguesias e numa segunda fase procedeu-se à escolha de áreas geográficas bem definidas cartograficamente e com cerca de 300 alojamentos.

O questionário foi realizado através de entrevista directa, com a utilização de computadores portáteis, por entrevistadores especializados e bem treinados do INE. A informação recolhida diz respeito a todo o ano, com vista a

evitar variações sazonais na incidência da doença. Os resultados obtidos podem considerar-se de boa qualidade e são representativos a nível regional.

A questão utilizada do INS 1995/96 é a seguinte: «Qual é o subsistema que utiliza mais frequentemente?»

Procedeu-se ao cálculo da percentagem da população inquirida que utiliza cada um daqueles subsistemas em cada uma das regiões consideradas no INS, por sexos.

Calcularam-se ainda coeficientes de Gini relativos às desigualdades regionais, por sexos, em cada um daqueles subsistemas. Esta medida de desigualdades, usada principalmente por economistas, foi primeiramente utilizada no estudo da concentração do rendimento e foi posteriormente generalizada a outros sectores sócio-económicos, designadamente, em relação à educação, estilos de vida e utilização de serviços de saúde (quanto a indicadores como inscritos no ensino secundário em relação à respectiva população, consumo de tabaco na população masculina e feminina, consultas médicas ou dias de internamento em relação à população total, etc.). O método de cálculo do coeficiente de Gini foi o habitual, considerando-se a distribuição dos atributos nas regiões do continente e as correspondentes distribuições populacionais que utilizaram os subsistemas de saúde, segundo a fórmula.

$$\frac{\sum_{i=1}^{n-1} (p_i - q_i)}{\sum_{i=1}^{n-1} p_i}$$

## RESULTADOS

A percentagem da população inquirida no INS 1995/96 varia, de acordo com o sexo, de região para região, em cada subsistema e em relação ao seguro de saúde.

São diversos os pontos comuns e as diferenças. Como pontos comuns existe o facto de o SNS desempenhar um papel muito importante em todas as regiões, tanto no sexo masculino como no feminino, com percentagens médias, a nível do continente, de, respectivamente, 80,5% e 80,1%. Existe ainda, como ponto em comum entre as regiões, o facto de a percentagem da população que utiliza a ADSE ser superior no sexo feminino ao sexo masculino, apenas com excepção da Região do Alentejo. Verificam-se, no entanto, algumas características que variam de região para região (quadro 1).

Percentagem da população inquirida que declarou utilizar os subsistemas de saúde, no INS 1995/96, por regiões

[QUADRO N.º 1]

| Regiões                                   | Serviço Nacional de Saúde |               |      |             |               |     | ADSE        |               |     |             |               |     | FMM         |               |     |             |               |     | SAMS        |               |     |             |               |     |     |
|---|---------------------------|---------------|------|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-----|
|   | Valor                     |               |      | Percentagem |               |     | Valor       |               |     | Percentagem |               |     | Valor       |               |     | Percentagem |               |     | Valor       |               |     | Percentagem |               |     |     |
|   | Ho-<br>mens               | Mu-<br>lheres |      | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     | Ho-<br>mens | Mu-<br>lheres |     |     |
| Total . . . . .                           | 19 201                    | 21 215        | 80,5 | 1 817       | 2 093         | 7,6 | 688         | 545           | 2,9 | 405         | 332           | 1,7 | 1,3         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1 |
| Região Norte . . . . .                    | 5 551                     | 6 166         | 80,3 | 336         | 490           | 4,9 | 119         | 100           | 1,7 | 101         | 85            | 1,5 | 1,3         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1         | 1,1           | 1,1 | 1,1 |
| Região Centro . . . . .                   | 4 064                     | 4 513         | 84,9 | 387         | 487           | 8,1 | 105         | 78            | 2,2 | 72          | 48            | 1,5 | 1,5         | 0,9           | 0,9 | 0,9         | 0,9           | 0,9 | 0,9         | 0,9           | 0,9 | 0,9         | 0,9           | 0,9 | 0,9 |
| Região de Lisboa e Vale do Tejo . . . . . | 4 848                     | 5 472         | 74,6 | 633         | 814           | 9,8 | 289         | 238           | 4,5 | 166         | 145           | 2,6 | 2,3         | 2,0           | 2,0 | 2,0         | 2,0           | 2,0 | 2,0         | 2,0           | 2,0 | 2,0         | 2,0           | 2,0 | 2,0 |
| Região do Alentejo . . . . .              | 2 580                     | 2 763         | 82,8 | 309         | 302           | 9,9 | 100         | 75            | 3,2 | 34          | 27            | 1,1 | 2,3         | 1,1           | 0,8 | 0,8         | 0,8           | 0,8 | 0,8         | 0,8           | 0,8 | 0,8         | 0,8           | 0,8 | 0,8 |
| Região do Algarve . . . . .               | 2 158                     | 2 301         | 84,6 | 152         | 193           | 6,0 | 75          | 54            | 2,9 | 32          | 27            | 1,3 | 2,0         | 1,0           | 1,0 | 1,0         | 1,0           | 1,0 | 1,0         | 1,0           | 1,0 | 1,0         | 1,0           | 1,0 | 1,0 |

A Região Norte tem a particularidade de a ADSE ser pouco relevante tanto no sexo masculino (4,9%) como no sexo feminino (6,4%). A Região Centro tem a especificidade de o SAMS ter um peso duplo na percentagem da população do sexo masculino (1,5%) que utiliza aqueles serviços em relação à população do sexo feminino (0,9%). A Região de Lisboa tem a característica de apresentar uma menor percentagem da população inquirida que declarou utilizar o SNS tanto no sexo masculino (74,6%) como no sexo feminino (77,1%), aspecto que é compensado por uma maior relevância dos outros subsistemas. A Região do Alentejo apresenta a especificidade de ser grande utilizadora do subsistema da ADSE tanto no sexo masculino (9,9%) como no sexo feminino (9,3%), bastante acima das respectivas médias, a nível do continente. É, além disso, a região em que é menor a relevância do subsistema SAMS. A Região do Algarve tem a particularidade de ser uma grande utilizadora do SNS, bastante acima da média, tanto no sexo masculino (84,6%) como no sexo feminino (86,3%).

O subsistema mais importante é, sem dúvida, o do SNS, sendo igualmente aquele que menores diferenças apresenta entre a percentagem da população inquirida que o utiliza nas diversas regiões. O valor máximo, no sexo masculino, é o da Região Centro (84,9%) e da Região do Algarve (84,6%), enquanto o valor mínimo é o da Região de Lisboa (74,6%). No sexo feminino, o valor máximo da população inquirida que utiliza o SNS é o da Região do Algarve (86,3%) e o valor mínimo, de novo, o da Região de Lisboa (77,1%).

Novas opções se equacionam na Região de Lisboa para que esta percentagem seja aqui inferior, em ambos os sexos, que passam pelo sector privado de saúde e pela importância relativa superior de outros subsistemas, como a ADSE, o FMM e o SAMS.

As desigualdades no subsistema da ADSE revelam diferenças entre as regiões consideradas em relação à percentagem da população inquirida que declarou utilizar este subsistema. Essa percentagem é de 7,6% no sexo masculino e de 8,1% no sexo feminino a nível do continente. As Regiões do Alentejo, de Lisboa e do Centro distinguem-se, no sexo masculino, com valores acima da média (respectivamente 9,9%, 9,8% e 8,1%), enquanto, no sexo feminino, são aquelas mesmas regiões a apresentar os valores mais elevados, embora a ordem seja diferente, com a Região de Lisboa a deter a percentagem mais elevada (11,5%).

No caso do FMM, verificam-se igualmente desigualdades regionais na população que utiliza este subsistema. O valor máximo da percentagem da população inquirida é o da Região de Lisboa tanto no sexo masculino (4,5%) como no sexo feminino (3,3%). O valor mínimo é o da Região Norte, igualmente em ambos os sexos, designadamente 1,7% e 1,3%.

O SAMS, serviço específico do grupo profissional dos bancários, apresenta igualmente algumas desigualdades eventualmente resultantes da sua

distribuição regional. O valor máximo é o da Região de Lisboa tanto no sexo masculino (2,6%) como no sexo feminino (2,0%), enquanto o valor mínimo se encontra, em ambos os sexos, na Região do Alentejo, respectivamente com 1,1% e 0,8% no sexo masculino e feminino.

O cálculo de coeficientes de Gini em relação às desigualdades regionais dos subsistemas permite identificar quais os subsistemas em que essas desigualdades são mais evidentes (quadro n.º 2).

**Coefficientes de Gini da população inquirida no INS 1995/96,  
segundo os subsistemas de saúde que utiliza, por regiões**

[QUADRO N.º 2]

| Subsistemas de saúde | Coeficientes de Gini |          |
|----------------------|----------------------|----------|
|                      | Homens               | Mulheres |
| SNS . . . . .        | 0,0289               | 0,0233   |
| ADSE . . . . .       | 0,2496               | 0,3216   |
| FMM . . . . .        | 0,3787               | 0,2919   |
| SAMS . . . . .       | 0,2303               | 0,2622   |

O SNS é aquele subsistema que praticamente não apresenta desigualdades, com coeficientes de Gini, respectivamente, de 0,0289 e 0,0233 para o sexo masculino e o feminino.

Em geral, os restantes subsistemas (ADSE, FMM e SAMS) apresentam coeficientes de Gini que podem considerar-se significativos, variando entre 0,2303 e 0,3787.

Destacam-se os serviços de saúde do FMM como aquele subsistema que maior coeficiente de Gini apresenta no sexo masculino (0,3787), a evidenciar a mais elevada desigualdade entre os subsistemas considerados, e o subsistema da ADSE como aquele que apresenta o mais elevado coeficiente no sexo feminino (0,3216).

## DISCUSSÃO

Salienta-se o papel importante desempenhado pelo SNS em todas as regiões, tanto no sexo masculino, como no feminino, sem que se verifique qualquer desigualdade a assinalar. A Região de Lisboa é aquela em que a percentagem da população inquirida que declara utilizar o SNS, no INS 1995/96, é inferior em ambos os sexos, devido decerto à relevância do sector privado de saúde e à importância relativa superior de outros subsistemas, como a ADSE, o FMM e o SAMS.

A Região do Alentejo está, de novo, em foco em relação ao SAMS devido a o valor mínimo, em ambos os sexos, se situar nesta região, em que o emprego no sector dos serviços não é tão significativo. Esta região é, aliás, a única em que a percentagem de homens que declararam utilizar a ADSE, no INS 1995/96, é superior à do sexo feminino, o que traduz dificuldades de emprego.

A análise dos coeficientes de Gini, nos subsistemas mais pequenos, demonstra a existência de maiores desigualdades. No sexo masculino manifesta-se nos serviços de saúde do FMM, enquanto, no sexo feminino, a maior desigualdade se regista no subsistema da ADSE.

## CONCLUSÕES

Da análise realizada dos subsistemas de saúde, segundo o INS 1995/96, pode concluir-se que não se verificam desigualdades regionais no SNS, pelo que pode falar-se em existência de equidade de acesso para a maioria da população do continente, o que constitui um princípio constitucional fundamental (Canotilho e Moreira, 1985).

Em relação aos objectivos definidos, em relação a este artigo, pode afirmar-se, além do já referido no parágrafo anterior, que é um facto que os subsistemas se concentram mais na Região de Lisboa, o que leva a que seja esta a região que apresenta menores percentagens de cobertura pelo SNS.

Contudo, deve assinalar-se que a Região do Alentejo demonstra uma situação peculiar relativamente ao subsistema da ADSE, devido ao emprego de funcionários públicos do sexo masculino, visto tratar-se de uma região deprimida, com a mais elevada taxa de desemprego.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, O. (1992), «Swedish health care in perspective», in *Health Policy*, 21, pp. 99-111.
- BRAITHWAITE, J., LAZARUS, L., VINING, R. F., e SOAR, J. (1995), «Hospitals to the next millenium», in *International Journal of Health Planning and Management*, 10, pp. 87-98.
- CANOTILHO, J. J. Gomes, e MOREIRA, V. (1985), *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Coimbra, 2.<sup>a</sup> ed. rev. e ampliada.
- CULYER, A. J. (1976), *Need and the National Health Service. Economics and Social Choice*, Londres, Martin Robertson.
- DIDERICHEN, F. (1993), «Market reforms in Swedish health care: a threat to or salvation for the universalistic welfare state?», in *International Journal of Health Services*, 23 (1), pp. 185-188.
- GIRALDES, M. R. (1991), «The equity and efficiency principle in the financing system of the NHS in Portugal», in *Health Policy*, 3 (2), pp. 15-32.
- GLENNERSTER, H., e MATSAGANIS, M. (1994) «The English and Swedish health care reforms», in *International Journal of Health Services*, 24 (2), pp. 231-251.
- GRAY, A. (1982), «Inequalities in health. The Black report: a summary and comment», in *International Journal of Health Services*, 12 (3), pp. 349-380.

- HAKANSSON, S. (1994), «New ways of financing and organizing health care in Sweden», in *International Journal of Health Planning and Management*, 9, pp. 103-124.
- HELMS, M. (1993), «Health care in the United Kingdom: suggestions for replication in the United States», in *Health Marketing Quarterly*, 11, pp. 159-162.
- LE GRAND, J. (1982), *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*, Londres, George Allen and Unwin.
- LIGHT, D. (1992), «The radical experiment transforming Britain's national health system to interlocking markets», in *Journal of Public Health Policy*, 13 (2), pp. 146-155.
- MAYNARD, A. (1981), «The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe», in *Social Policy and Administration*, 15 (2), pp. 145-163.
- MOONEY, G. H. (1983), «Equity in health care: confronting the confusion», in *Effective Health Care*, 1 (4), pp. 179-184.
- POLLOCK, A. (1995), «Where should health services go: local authorities versus the NHS?», in *British Medical Journal*, 310, pp. 1580-1599.
- ROSENTHAL, M. (1992), «Growth of private medicine in Sweden: the new diversity and the new challenge», in *Health Policy*, 21, pp. 155-166.
- SALTMAN, R., «Emerging trends in the Swedish health system», in *International Journal of Health Services*, 21 (4), pp. 615-623.
- RITCH, A. (1994), «Equity in the NHS», in *British Medical Journal*, 308, p. 1717.
- WHITEHEAD, M. (1994), «Who cares about equity in the NHS?», in *British Medical Journal*, 308, pp. 1284-1287.
- WHYNES, D. (1993), «The NHS internal market: economic aspects of its medium-term development», in *International Journal of Health Planning and Management*, 8, pp. 107-122.
- RAWLS, J. (1972), *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.