

As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996

Pedro Pita Barros¹

1. Introdução

Fazer uma avaliação do que foram as políticas de saúde nos últimos 25 anos é-me particularmente difícil dado que não presenciei com atenção essa evolução. Esta tarefa torna-se duplamente difícil com a presença de oradores que têm muito maior conhecimento dessa evolução.

Em texto recente, Pereira et al (1997) argumentaram que desde os anos oitenta pouca alteração se registou no sistema de saúde português. A mesma visão surge de forma sistemática noutras publicações sobre o sistema de saúde português (CRES, 1998; OCDE, 1998). Esta avaliação da evolução real do sistema de saúde contrasta com toda a retórica de reforma que desde 1974 se tem observado.

As posições expressas nesses textos baseiam-se em opiniões de peritos, já que pouca ou nenhuma evidência científica existe sobre os resultados das várias medidas adoptadas (pelo menos, de forma sistemática e que permita a observadores externos uma apreciação independente). Uma avaliação exaustiva dos resultados dessas medidas de política de saúde é claramente interessante e importante. Infelizmente, não me é possível fazer uma análise completa com esse objectivo.

¹ Professor Associado, com agregação. Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, Travessa Estêvão Pinto, 1070 Lisboa; Tel: (01) 383 36 24; Fax: (01) 388 60 73; Email: ppbarros@fe.unl.pt.

Breve apreciação dos últimos 25 anos

Vou-me limitar à análise de um aspecto parcial: a evolução na prestação. Antes de passar à apresentação de alguns números, quero apresentar a minha visão do que tem sido a filosofia predominante quanto ao papel da prestação pública e da prestação privada.

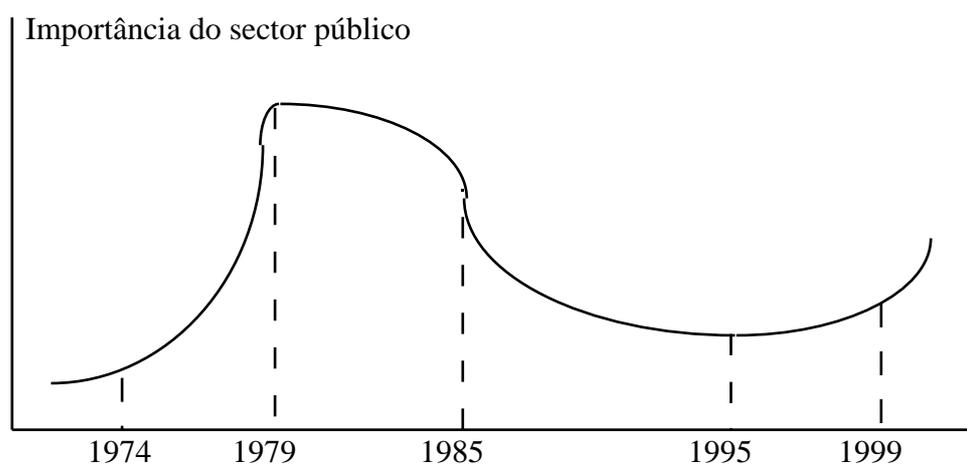


Figura 1.

(Nota: a escala do gráfico não tem qualquer significado)

Concentrando a atenção nos últimos 25 anos (grosso modo), não é difícil, creio mesmo que chega a ser consensual, afirmar que o principal objectivo de política na década de setenta foi a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer na sua componente de financiamento - capacidade de pagar os cuidados médicos necessários - quer na sua componente de acesso físico (expansão da oferta). A instituição da “saúde” como um direito social deu impulso a toda a política de saúde pós-1974. Este período teve uma filosofia de actuação política no campo da saúde muito clara: predominava a intenção de garantir o acesso a um direito social. Com o reconhecimento do “direito à saúde” deu-se um forte acelerar de um processo que, de certo modo, já se fazia sentir desde o início da década de setenta. A actuação de política de saúde neste período constituiu mais uma aceleração do processo do que

uma ruptura com o passado.² O culminar desta fase foi o projecto do Serviço Nacional de Saúde, com carácter universal, geral e gratuito, totalmente financiado pelo Estado, assegurando este último também a prestação. É hoje reconhecido que a construção do Serviço Nacional de Saúde nunca foi devidamente completada na sua componente legislativa. A evolução do sistema, por outro lado, levou a um ponto distante da forte predominância da prestação pública. A década de oitenta, por seu lado, orientou-se sobretudo para a contenção de custos, por força das pressões gerais sobre o crescimento da despesa pública. Na década de noventa, assiste-se à preocupação com os ganhos de eficiência e com a efectividade na utilização de recursos, resultantes da ideia frequentemente expressa de o sistema de saúde português “gastar mal” os fundos que são colocados à disposição. O carácter universal e geral do Serviço Nacional de Saúde nunca foi posto em causa. Já a característica de “gratuidade” evoluiu para “tendencialmente gratuito”.

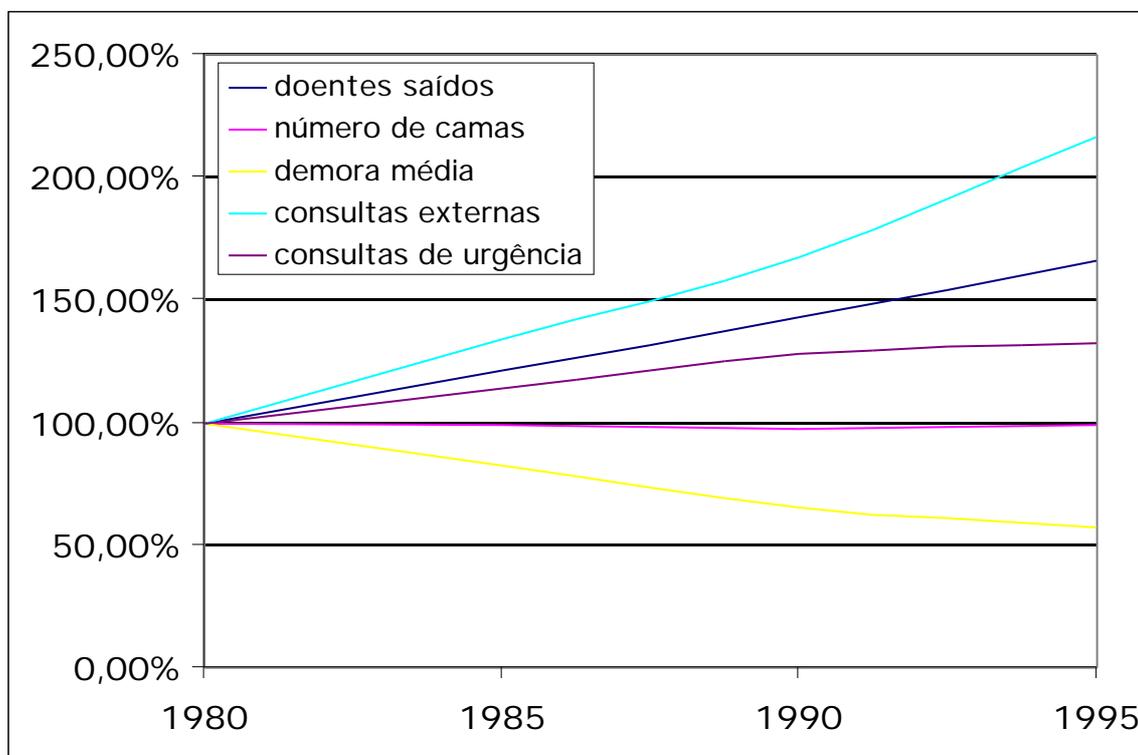
Há, contudo, uma característica marcante, e que se encontra presente em todas as fases dos últimos 25 anos: à ênfase retórica no papel dos centros de saúde e dos cuidados de saúde primários, contrapõe-se a actuação prática voltada para o hospital e para a expansão da rede hospitalar que continuou (e ainda é) o centro do sistema. É relativamente claro que a face mais visível da actuação de política de saúde tem sido o constante crescimento da rede de centros de saúde e de hospitais.

Como resultado da remoção das barreiras ao acesso, assistiu-se a uma cada vez maior utilização dos serviços de saúde, que se reflectiu, por exemplo, no aumento da actividade hospitalar. Esta expansão no recurso aos serviços de saúde não é de estranhar, uma vez que o custo não monetário dessa utilização diminuiu acentuadamente. A Figura ilustra essa evolução através do comportamento de índices de utilização (doentes saídos, consultas externas e consultas de urgência), capacidade

² Posição defendida por Page (1998).

(número de camas) e desempenho (demora média), que foram normalizados para valor 100 em 1980.³

Figura 1.



É visível um crescimento contínuo e em aceleração das consultas externas e do número de doentes saídos (as primeiras de forma mais pronunciada). Concomitantemente, a demora média evidenciou uma redução constante, a ritmo decrescente, como será natural esperar que aconteça à medida que as possibilidades de melhoria do desempenho vão sendo esgotadas. As consultas de urgência parecem ter estabilizado, em termos agregados, após terem crescido significativamente durante a maior parte da década de oitenta. Em termos de capacidade, medida pelo número de camas, esta manteve-se essencialmente constante.⁴

³ A Figura é construída com base em informação apresentada em Pereira et al. (1997).

⁴ A discussão das forças que estiveram subjacentes está para além do âmbito do presente texto. O leitor interessado deverá consultar, entre outros e sem preocupação de exaustividade, CRES (1998), Lucena, Gouveia e Barros (1995) e OCDE (1998).

É agora o momento de tentar avaliar os efeitos destes 25 anos sobre a população. Recorrendo à auto-avaliação que é solicitada no Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 (INS9596), é possível apresentar a distribuição por regiões e por classes de rendimento das respostas sobre o estado de saúde (Figuras 2-4).

Figura 2.

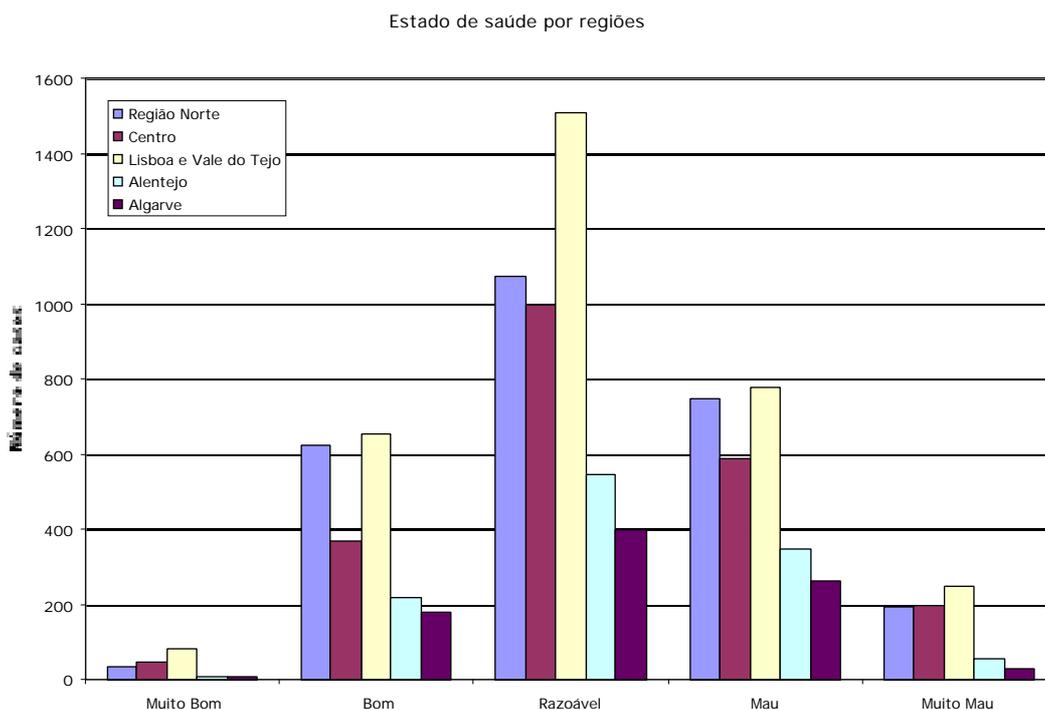


Figura 3

Estado de saúde por região - valores relativos

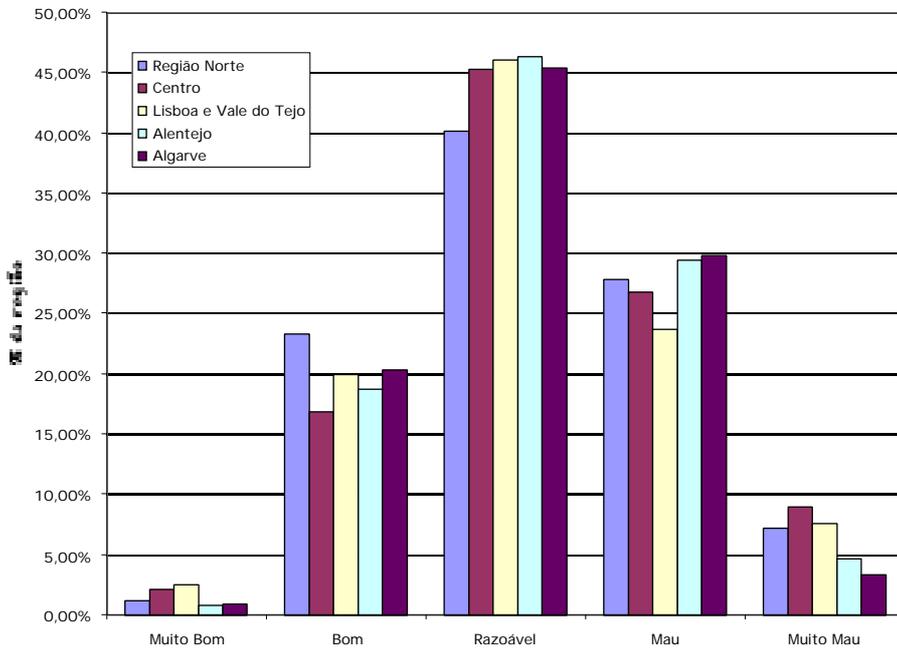
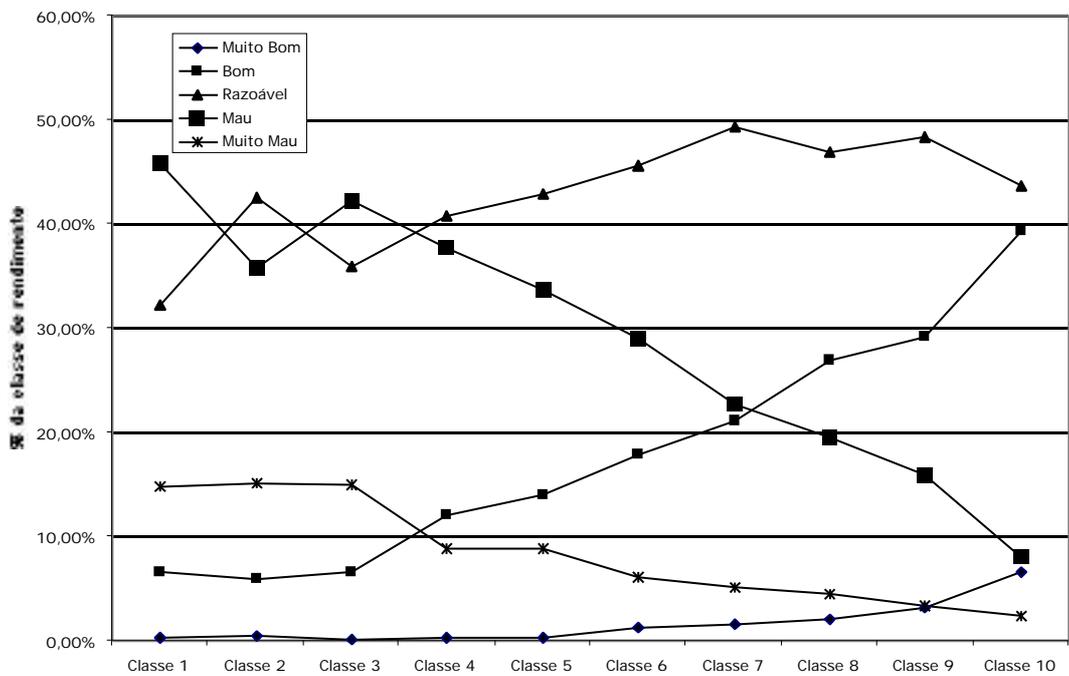


Figura 4

Estado de saúde por classe de rendimento



As respostas sobre o estado de saúde concentram-se, qualquer que seja a região, em torno do Bom – Razoável – Mau. Olhando em termos relativos (Figura 3), o que permite controlar para as diferentes dimensões populacionais em cada região, constata-se que as diferenças inter-regiões não são muito significativas. Não há, apenas por inspeção visual, nenhuma região que se destaque das restantes.

A distribuição das respostas sobre o estado de saúde por classes de rendimento (Figura 4) segue o padrão antecipado. Para classes de rendimento mais elevadas, a proporção relativa de respostas indicando um estado de saúde melhor também aumenta. Este efeito é sobretudo visível para as três classes de rendimento mais elevado, em que ocorre um decréscimo acentuado nas respostas indicando Mau como estado de saúde, em favor de Bom.

Nas secções seguintes será explorada esta relação entre estado de saúde reportado, região de residência e classe de rendimento do agregado familiar.

3. A importância da prestação privada

Dado que a mais significativa inversão de tendência para um maior papel da prestação privada ocorreu em 1995, julgo ser interessante comparar valores de utilização por sector entre 1987 e 1995 (através dos dados provenientes do Inquérito Nacional de Saúde). Em 1987, o Serviço Nacional de Saúde predominava na prestação de cuidados primários e hospitalares. O seu papel era consideravelmente menor em consultas de especialidade e dentistas. É interessante colocar a questão de saber se a filosofia de um maior papel da actividade privada teve uma correspondência prática no peso do sector privado na actividade do sector. O quadro 1 apresenta valores comparativos de 1987 e 1996.

Quadro 1: Peso relativo do sector privado (em %)

| Tipo de cuidado | 1987 | 1996 |
|---|------|-------|
| Consultas totais | 33,0 | 30,4 |
| Consultas clínica geral | 23,5 | 19,4 |
| Consultas de especialidade | 52,2 | 59,4 |
| Dentistas | 84,5 | 92,0 |
| Consultas pré-natal (1987); Ginec/Obstetr. (1996) | 38,1 | 40,0 |
| Raios-X | 52,4 | 56,0 |
| Análises clínicas | 70,5 | 70,8 |
| Ecografias | | 72,6 |
| Consultas de pediatria | | 65,3 |
| Consultas de cardiologia | | 52,7 |
| Consultas de diabetologia | | 38,0 |
| Consultas de oftalmologia | | 72,0% |
| Consultas de ortopedia | | 44,0% |
| Consultas de psiquiatria | | 44,0% |

Fonte: Quadro 5 em Pereira et al. (1997) para 1987; cálculos próprios a partir do INS95/96, para 1996

Os principais elementos a reter do INS95/96 são (a) a preponderância do sector público no acompanhamento a grávidas. O sector público capta 60% das mulheres com consulta de ginecologia e obstetrícia e 63,7% do número total de consultas, tendo em conta o número de consultas por mulher (informação baseada em 2218 observações). O maior peso em número de consultas revela que o recurso ao sector público se encontra associado a um maior número de consultas, sendo uma interpretação possível a composição de risco ser mais desfavorável no sector público. A situação não sofreu alteração significativa face à prevaiente uma década antes.

Em termos de análises clínicas, para um conjunto de 8435 pessoas, apenas cerca de 27,1% recorreram ao serviço público, tendo as restantes optados por laboratórios privados (definidos operacionalmente como todos os prestadores deste serviço que não são centro de saúde, hospital do Estado ou Outro). Em termos de número total de análises, cerca de 31,2% foram realizadas em estabelecimentos públicos. Mesmo considerando uma versão mais restritiva do que constitui o sector privado (apenas consultórios ou laboratórios particulares, clínica e hospital particular e companhias de seguros), este sector absorve 70,8% do número de pessoas que declarou ter realizado análises.⁵ Uma vez mais, o valor para 1996 é essencialmente idêntico ao de 1987.

Relativamente a ecografias, para um conjunto de 2530 observações, 23,7% recorreram ao serviço público. Mesmo em sentido estrito, tal como definido previamente, o sector privado abarca 72,6% do total de pessoas que realizaram ecografias.

Também a utilização de Raio-X incide sobretudo no sector privado, com cerca de 42,5% dos utilizadores que responderam (5575) a referirem a opção pelo sector público, e os restantes recorrendo ao sector privado. O sector privado em sentido estrito abarca 56% em 1996, o que é novamente um valor próximo do que ocorria uma década antes (52,4% das pessoas em 1987 recorriam ao sector privado).

Nas consultas verifica-se um padrão de aumento da importância relativa do sector privado nas consultas de especialidade e uma sua diminuição em termos de consultas de clínica geral. Quanto ao número total de consultas, há um reforço do papel do sector público, o que é consistente com o incremento acentuado nas consultas externas hospitalares. Do conjunto de consultas procuradas (24911 observações),

⁵ Estes valores não correspondem ao número total de análises realizadas no país, uma vez que as análises hospitalares feitas a partir de episódios de internamento não se encontram aqui contempladas.

cerca de 70% foram realizadas no serviço público e 72,6% do total de consultas foram consultas de clínica geral.

Quadro 2: Consultas (1996)

| | Clínica Geral | Especialistas | Total |
|----------------|---------------|---------------|--------|
| Sector Público | 58,5% | 11,1% | 69,6% |
| Sector Privado | 14,1% | 16,3% | 30,4% |
| Total | 72,6% | 27,4% | 100,0% |

Fonte: Cálculos próprios, baseados no INS95/96

A utilização dos médicos do sector público encontra-se fortemente concentrada na clínica geral. Já no recurso aos médicos privados se nota uma maior concentração nos especialistas. Aliás, se uma maioria das consultas de clínica geral ocorre no sector público, já a procura de consultas de especialidade se encontra quase em paridade público – privada, embora esta última seja cerca de 53,8% do total.

Estes números revelam um reforço da componente privada da prestação, tendo como única excepção as consultas de clínica geral. No campo das consultas, acentua-se a dicotomia “especialista privado” versus “clínico geral público”.

Estando o sistema actualmente distante dos objectivos preconizados pelo Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no papel do sector privado na prestação, poderia pensar-se nos factores que motivaram o afastamento da realidade face ao projecto do Serviço Nacional de Saúde. Esta forma de olhar o problema é, porém, contestável na medida em que sempre existiu em Portugal uma clínica privada significativa. A ideia, por vezes difundida, de termos um sistema privado que “parasita” o sistema público

No entanto, os valores são ilustrativos de um forte papel do sector privado.

pode ser até um pouco estranha se pensarmos que essa prestação privada já existia antes da criação do Serviço Nacional de Saúde. A situação actual é pois uma consequência da evolução natural do sistema de saúde que se tinha há 30 anos. A pergunta correcta a ser colocada é: o que impediu a aproximação aos objectivos do SNS?

Esta evolução está em consonância com o discurso oficial desde meados do década de oitenta até 1995, com um reforço do papel da prestação privada. A própria dimensão desta componente privada torna inultrapassável, pelo menos num futuro próximo, a existência de uma forte presença de prestadores privados, mesmo que as intenções de ordem política sejam de sentido contrário. Não será demasiado arriscado prever que uma vez mais o lado legislativo irá acomodando esta realidade, tendo intervenções de ajustamento aqui e ali.

4. As desigualdades

Julgo ser interessante avaliar duas dimensões na seguinte perspectiva: ao fim de 25 anos de políticas de saúde, em que situação estamos? É esta uma situação satisfatória ou não? Procurarei dar alguma informação para responder à primeira pergunta. A segunda questão fica à avaliação de cada um.

As duas dimensões que pretendo aflorar (já que um tratamento aprofundado está fora do âmbito da presente comunicação) são as desigualdades regionais no estado de saúde e o efeito das desigualdades de rendimento no estado de saúde.

Como existe correlação entre a região de residência e a concentração em determinadas classes de rendimento, será de toda a conveniência distinguir qual dos dois elementos é mais relevante para a compreensão das diferenças no estado de saúde reportado pela população.

Considere-se um exemplo simples desta questão. Um país tem apenas duas regiões, A e B, e dois tipos de habitantes, os ricos e os pobres. Os ricos, pelo seu poder aquisitivo, têm melhor estado e saúde e recorrem mais ao sector privado. Não há, por definição, diferenças devidas à região de residência. Se metade dos "ricos" e metade dos "pobres" residir na região A, e os restantes na região B, não se encontram diferenças regionais. Porém, se a maioria dos ricos residir na região A, então uma análise de médias regionais encontra diferenças. Contudo, a fonte dessas diferenças no estado de saúde é unicamente a distribuição de rendimento (por construção do exemplo). A conclusão a retirar deste exemplo é a importância de distinguir nas diferenças regionais que se observam o que é devido a factores intrínsecos à região e o que é motivado por outros factores.

Igualmente interessante será avaliar das diferenças regionais e de rendimento na propensão à utilização do sector privado, em alternativa ao público.

Para manter a análise num nível relativamente simples, concentra-se a avaliação do estado de saúde num indicador binário, H , definido como:

$H = 1$ se o estado de saúde indicado é Bom ou Muito Bom; $H = 0$ nos restantes casos.

Com este indicador é possível, através de técnicas econométricas conhecidas, determinar se a região, a classe de rendimento do agregado familiar e outros factores de controle (sexo, idade, nível de escolaridade, rácio peso/altura, trabalhador ou não) influenciam a probabilidade de cada indivíduo reportar um estado de saúde Bom/Muito Bom. Como é evidente, é possível pensar em mais ajustadores, ficando esses desenvolvimentos para trabalho futuro.

Os requisitos de informação para as diferentes variáveis necessárias ditam uma redução da amostra para 10206 observações, tendo como base de partida o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 (cerca de 21% das respostas ao inquérito). A avaliação do estado de saúde pelo inquirido, cruzando região de residência e classe de rendimento, encontra-se descrita no quadro 3.

Quadro 3. Avaliação do estado de saúde (% de respostas Bom/Muito Bom)

| | Norte | Centro | Lisboa e Vale do Tejo | Alentejo | Algarve | Total |
|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------|
| < 33 500\$ | 8,1 (149) | 6,7 (268) | 7,2 (195) | 9,2 (65) | 3,7 (82) | 7,0 (759) |
| 33 500\$-40 099\$ | 4,0 (100) | 6,7 (150) | 3,4 (116) | 16,3 (49) | 7,5 (40) | 6,4 (455) |
| 40 100\$ - 49 999\$ | 7,1 (126) | 8,7 (150) | 5,0 (140) | 5,8 (69) | 6,1 (49) | 6,7 (534) |
| 50000\$ -59 999\$ | 12,0 (159) | 15,5 (193) | 11,1 (217) | 9,2 (130) | 14,7 (9,5) | 12,5 (794) |
| 60 000\$ -79 999\$ | 17,0 (265) | 17,7 (254) | 11,4 (246) | 12,8 (148) | 9,3 (97) | 19,5 (1010) |
| 80 000\$ -99 999\$ | 23,5 (362) | 15,6 (236) | 16,1 (353) | 17,7 (192) | 25,7 (101) | 19,2 (1244) |
| 100 000\$-129 999\$ | 23,9 (514) | 22,1 (331) | 19,2 (499) | 21,8 (183) | 32,2 (143) | 22,6 (1670) |
| 130 000\$-199 999\$ | 32,6 (528) | 28,9 (356) | 27,0 (674) | 28,3 (212) | 27,5 (167) | 29,1 (1937) |
| 200 000\$-299 999\$ | 36,2 (287) | 25,3 (162) | 33,0 (454) | 31,1 (74) | 30,0 (70) | 32,4 (1047) |
| 300 000\$ | 45,1 (186) | 48,5 (101) | 46,0 (378) | 40,7 (59) | 50,0 (32) | 45,9 (756) |

Nota: entre parêntesis encontra-se o número de respostas.

Fonte: cálculos próprios, com base no INS9596.

A avaliação do estado de saúde pelo próprio depende de factores sistemáticos, independentes da região de residência e da classe de rendimento do agregado familiar, como o sexo, idade, escolaridade, rácio peso/altura e o facto de trabalhar ou não. A forma de ter em consideração todos estes factores consiste em realizar análise de regressão. Os resultados correspondentes encontram-se em Anexo. Os resultados

obtidos indicam que as mulheres, os mais idosos, os que têm menor escolaridade, os que não se encontram a trabalhar e os que apresentam maior rácio peso/altura, têm uma menor probabilidade de indicar o seu estado de saúde como sendo Bom/Muito Bom.

As regiões dividem-se em dois grupos distintos. De um lado, tem-se as regiões Norte, Alentejo e Algarve, e do outro lado, as regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Os residentes nestas duas últimas regiões têm uma maior probabilidade de reportar um estado de saúde Bom/Muito Bom, uma vez reconhecidos explicitamente outros efeitos importantes. Curiosamente, este resultado não vai de encontro à percepção geral de a concentração de recursos precisamente nestas duas áreas as favorecer relativamente ao resto do país.

A procura de uma explicação definitiva para este (aparente) puzzle fica para investigação futura. Vale a pena deixar apenas a ideia que parte da explicação poderá residir em expectativas mais elevadas da população da região de Lisboa, comparativamente aos habitantes das restantes. Se tal ocorrer, um mesmo estado de saúde objectivo resulta numa avaliação mais pessimista por parte dos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo. Uma explicação alternativa baseada na existência de cinturas de pobreza na zona de Lisboa está em princípio já incluída na análise, quando se considera como factor explicativo a classe de rendimento do agregado familiar.

A explicação para o efeito associado com a região Centro poderá residir na menor oferta de recursos nesta região, em comparação com o restante território nacional, reflectindo-se num menor acesso das populações a cuidados médicos e conseqüentemente um pior estado de saúde.⁶ Este efeito significa que a menor

⁶ Para uma avaliação da distribuição regional de recursos de saúde veja-se Gonçalves (1999) e Rodrigues (1999).

intensidade de recursos disponibilizados na zona Centro tem efeitos significativos sobre a saúde das populações.

Relativamente ao efeito rendimento, este é sobretudo visível nas classes de rendimento mais elevadas. A associação é positiva: a um maior nível de rendimento do agregado familiar corresponde um melhor estado de saúde reportado. O efeito é significativo apenas para as classes de rendimento 130 a 300 contos, e mais de 300 contos (sendo mais acentuado nesta última).

Em termos de interpretação económica das magnitudes encontradas, tem-se que nas regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo, em cada 1000 habitantes, menos 35 indicam um estado de saúde de Bom/Muito Bom, em comparação com as restantes regiões.

Os efeitos associados com maiores rendimentos são de magnitude não muito diferente: em cada 1000 habitantes pertencentes a cada classe de rendimento, e tendo como referência o grupo de observações com rendimentos inferiores a 130 contos ($\approx 648,44$), mais 36 casos na classe de rendimento entre 130 e 300 contos ($\approx 648,44$ a $\approx 1496,39$), e mais 69 na classe de rendimento de mais de 300 contos ($\approx 1496,39$) indicam o estado de saúde Bom/Muito Bom.

Considere-se agora a opção pelo sector privado, e a sua variação por região e classe de rendimento.

Quadro 4. Percentagem de consultas públicas :
Distribuição percentual por região e classe de rendimento

| | Norte | Centro | Lisboa e Vale do Tejo | Alentejo | Algarve |
|---------------------|-------|--------|-----------------------|----------|---------|
| < 33 500\$ | 84,5 | 89,9 | 81,5 | 87,7 | 72,0 |
| 33 500\$-40 099\$ | 89,0 | 84,0 | 86,2 | 95,9 | 72,5 |
| 40 100\$ - 49 999\$ | 84,9 | 83,3 | 83,6 | 92,8 | 71,4 |
| 50000\$ -59 999\$ | 84,9 | 88,1 | 87,6 | 88,5 | 75,8 |
| 60 000\$ -79 999\$ | 77,4 | 79,5 | 78,9 | 88,5 | 78,4 |
| 80 000\$ -99 999\$ | 77,1 | 74,6 | 78,7 | 76,0 | 80,2 |
| 100 000\$-129 999\$ | 68,5 | 73,7 | 65,3 | 74,3 | 67,8 |
| 130 000\$-199 999\$ | 61,6 | 59,3 | 58,6 | 61,8 | 52,7 |
| 200 000\$-299 999\$ | 54,0 | 49,4 | 46,5 | 51,4 | 51,4 |
| 300 000\$ | 34,9 | 32,7 | 28,0 | 28,8 | 21,9 |

Fonte: cálculos próprios, baseados no INS9596

A propensão para a utilização de consultas privadas encontra-se positivamente associada com o ser consulta de especialidade (por oposição a consulta de clínica geral), com a idade, embora este seja um efeito de reduzida magnitude, e com o nível de escolaridade.

Mais interessante para os propósitos do presente trabalho está em as diferenças regionais na utilização de consultas privadas serem essencialmente inexistente, uma vez tidos em consideração os outros factores que influenciem essa escolha. A única excepção ocorre na região do Algarve, em que existe uma maior propensão à utilização do sector privado para consultas. No caso do Alentejo, por seu lado, embora os valores em bruto sugiram uma maior utilização das consultas públicas, essa maior utilização é explicada pela composição da população dessa região.

Por outro lado, as diferenças de rendimento constituem-se como um factor determinante da propensão à utilização de consultas privadas, nomeadamente para os escalões de rendimento mais elevado. Em concreto, para as classes de rendimento

mais baixas, até 60 contos (€299,28) de rendimento mensal do agregado familiar, não há qualquer efeito estatisticamente significativo. A partir do escalão de 60 a 80 contos (€299,28 a €399,04) observa-se uma maior propensão à escolha de consulta privada, que é tanto maior quanto mais elevado é o escalão de rendimento em que o agregado familiar se situa.

Concluindo a análise, ao fim de 25 anos de políticas de saúde, e tomando como indicador o estado de saúde avaliado pela própria pessoa, há ainda diferenças que não são explicadas pelas características individuais consideradas (como sexo, idade, etc...).

Existem diferenças associadas com factores específicos à região e com o nível de rendimento. Para agregados familiares com rendimento mensal superior a 130 contos (€684,44) há uma maior proporção de indivíduos com estado de saúde Bom/Muito Bom. O efeito é reforçado para agregados familiares com rendimentos superiores a 300 contos (€1496,39). A análise realizada pode (e deve) ser alargada em várias direcções, introduzindo outros factores explicativos, quer do estado de saúde, quer no recurso ao sector privado. Se o presente estudo convenceu o leitor de que olhar apenas para diferenças de médias entre regiões ou entre classes de rendimento limita o nosso conhecimento, então um dos objectivos pretendidos terá sido alcançado. Relativamente aos factos estilizados descritos, conjectura-se que no essencial permanecerão válidos em contextos de análise que aumentem os elementos de controle.

5. Conclusão

Os últimos 25 anos de políticas de saúde em Portugal produziram várias mudanças de rumo e de ênfase. Por vezes, tem-se mesmo a sensação de que as mudanças de

política são demasiado rápidas para serem acompanhadas pelo sistema, e que este acaba por evoluir de forma independente e ao seu ritmo.

De toda esta combinação de políticas sortidas, o que se pode tomar como evidência de mudança devido a essas políticas? Olhando para a evolução da componente privada na utilização de recursos, no período 1987-1996, esta foi no sentido indicado pela tendência política. Contudo, a incidência de acrescida componente privada nas consultas de especialidade e nos meios complementares de diagnóstico sugere que essa evolução pouco ficou a dever às políticas seguidas.

Avaliando, ainda que de uma forma muito simples, a situação em termos de desigualdades regionais, constata-se que em termos do estado de saúde reportado, as diferenças entre regiões encontram-se essencialmente associadas a características da população (embora se tenha usado uma caracterização sócio-económico muito simples). Mais do que diferenças regionais, são relevantes as diferenças de rendimento, sobretudo em termos de utilização dos recursos (neste caso, consultas no sector público ou no sector privado). Naturalmente, é fundamental a continuação de trabalho de investigação sobre a evolução recente do sistema de saúde português. Espera-se que o presente texto constitua um desafio e ponto de partida para essa investigação.

Referências

1. Barros, Pedro Pita, Miguel Gouveia e Diogo de Lucena, 1995, Análise económica do sistema de saúde em Portugal, Ministério da Saúde.
2. CRES – Conselho de Reflexão para a Saúde, 1998, ??, Ministério da Saúde.
3. Gonçalves, Maria Suzete, 1999, As desigualdades regionais em saúde, Comunicação apresentada no 6º Encontro Nacional de Economia da Saúde, 28 de Janeiro 1999, Porto.
4. Page, Maria Paula, 1998, Políticas de saúde portuguesas 1940-1990: consolidação de um novo regime de poder entre a intenção de mudança e os limites da continuidade, Tese de Mestrado defendida na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
5. Pereira, João António, António Correia de Campos, Francisco Ramos, Jorge Simões e Vasco Reis, 1997, Health care reform and cost containment in Portugal, Documento de Trabalho 2/97, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
6. OCDE, 1998, OECD Economic Surveys – Portugal.
7. Reis, Vasco e Rogério Carvalho, 1994, Portugal, in The reform of health care systems – a review of seventeen OECD countries, Paris.
8. Rodrigues, António, 1999, Desigualdades na qualidade dos serviços de saúde, Comunicação apresentada no 6º Encontro Nacional de Economia de Saúde, 28 de Janeiro de 1999, Porto.

9. Anexo

Variável dependente: Estado de saúde (H=1 se Bom/Muito Bom; 0 restantes casos)

Número de observações = 10206.0

$R^2 = .223040$

Kullback-Leibler $R^2 = .203984$

Número de obs. positivas = 2229.00

Média da variável dependente = .218401

Log valor de verosimilhança = -4264.17

Proporção de casos previstos correctamente = .810014

| | Estimativa | Desvio-padrão | Estatística t | “P-value” |
|-----------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| <i>C</i> | .565014 | .130391 | 4.33322 | [.000] |
| <i>SEXO</i> | -.320091 | .033922 | -9.43620 | [.000] |
| <i>IDADE</i> | -.025061 | .112333E-02 | -22.3095 | [.000] |
| <i>ESCOLAR</i> | .077508 | .480842E-02 | 16.1192 | [.000] |
| <i>TRABAL</i> | -.218128 | .033138 | -6.58234 | [.000] |
| <i>RACIO</i> | -.780818 | .251421 | -3.10563 | [.002] |
| <i>REGIAO23</i> | -.152426 | .031246 | -4.87820 | [.000] |
| <i>REND89</i> | .154682 | .035192 | 4.39534 | [.000] |
| <i>REND10</i> | .297475 | .061295 | 4.85315 | [.000] |

Variável dependente: Escolha de consulta pública (PUB=1 se foi consulta do SNS; 0 restantes casos)

Número de observações = 10206.0

$R^2 = .232632$

Kullback-Leibler $R^2 = .190877$

Número de obs. positivas = 6984.00

Média da variável dependente = .684303

Log valor de verosimilhança = -5149.50

Proporção de casos previstos correctamente = .755732

| | Estimativa | Desvio-padrão | Estatística t | “P-value” |
|----------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| <i>C</i> | .877343 | .085452 | 10.2671 | [.000] |
| <i>GERAL</i> | .893997 | .030624 | 29.1929 | [.000] |
| <i>SEXO</i> | .062167 | .030088 | 2.06614 | [.039] |
| <i>IDADE</i> | -.659482E-02 | .106436E-02 | -6.19603 | [.000] |
| <i>ESCOLAR</i> | -.067448 | .469769E-02 | -14.3576 | [.000] |
| <i>TRABAL</i> | .184588 | .031553 | 5.85005 | [.000] |
| <i>REGIAO5</i> | -.217114 | .049472 | -4.38865 | [.000] |
| <i>REND5</i> | -.176176 | .057588 | -3.05922 | [.002] |
| <i>REND6</i> | -.238724 | .053193 | -4.48787 | [.000] |
| <i>REND7</i> | -.431265 | .048388 | -8.91269 | [.000] |
| <i>REND8</i> | -.611056 | .046824 | -13.0502 | [.000] |
| <i>REND9</i> | -.698053 | .055914 | -12.4845 | [.000] |
| <i>REND10</i> | -.924895 | .067778 | -13.6459 | [.000] |

Notas: *C* representa o termo constante, *SEXO* é uma variável com valor 0 para o sexo masculino e valor 1 para sexo feminino; *IDADE* é a idade do inquirido; *ESCOLAR* é o grau de escolaridade do inquirido; *TRABAL* é uma variável que toma valor 1 se o inquirido trabalha e valor 0 nos restantes casos; *RACIO* é o rácio peso/altura do inquirido; *RENDx/REGIAOy* é uma variável com valor 1 se o inquirido indicar pertencer à classe de rendimento *x*/região *y*. *REGIAO23* é uma variável que toma valor 1 se o inquirido pertence às regiões 2 (Centro) e 3 (Lisboa e Vale do Tejo). Similarmente, *REND89* é uma variável que tem valor 1 se o inquirido pertence à classe de rendimento 8 (130 000\$00 a 199 999\$00) ou 9 (199 999\$00 a 299 999\$00).