

### RESUMO

Nos últimos 20 anos, Portugal apresentou importantes melhorias nos indicadores da saúde materna e infantil e em relação a algumas doenças crónicas e degenerativas quando medidos em anos potenciais de vida perdidos. Portugal está a replicar os problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas, ao mesmo tempo que apresenta alguns problemas normalmente associados a outros níveis de desenvolvimento social e na área da saúde.

Com a maioria dos indicadores de saúde em áreas longe das grandes preocupações, está Portugal neste momento a concentrar-se em aspectos organizacionais e a começar a dar a devida importância ao cidadão contribuinte e utilizador dos serviços de saúde. Assim, para recentrar o sistema e os serviços de saúde no cidadão é vital a distinção funcional entre quem define as prioridades, quem contrata e financia os serviços, quem avalia o seu desempenho e, finalmente, quem presta os necessários cuidados de saúde. Faz, portanto, sentido equacionar-se o problema da equidade e das assimetrias regionais em saúde.

Este texto apresenta brevemente o Sistema Português de Saúde, o estado da saúde em Portugal e o percurso que colectivamente estamos a traçar para a obtenção de efectivos ganhos em saúde. As análises são feitas tendo em conta o contexto internacional (UE e OCDE) e as assimetrias regionais.

---

\* Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde do Centro.

## **O SISTEMA PORTUGUÊS DE SAÚDE**

Desde 1979, Portugal possui um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de cobertura universal e gratuita que criou e implementou uma rede de hospitais públicos (85% de todas as camas hospitalares estão situadas no sector público) e cerca de 350 centros de saúde. As principais responsabilidades de gestão do SNS no Continente são partilhadas entre o Ministro da Saúde (MS) e as cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) subdivididas em 18 Sub-regiões de Saúde coincidentes com os distritos administrativos e tendo a responsabilidade de gerir o orçamento dos serviços de cuidados primários de saúde.

### **Acesso**

Os cidadãos têm livre acesso aos seus médicos e os médicos de família têm a responsabilidade de um certo número de doentes, materializada em “listas” com cerca de 1500 indivíduos. Estes médicos de família desempenham, em princípio, a função de pontos de entrada no sistema (“gatekeeper”) em relação aos cuidados de saúde primários (Boerma et al., 1993), emitindo as referências necessárias para aceder a outros níveis de cuidados. Contudo, as pessoas usam com frequência os serviços de urgência dos hospitais para assim poderem, de uma forma mais célere, aceder a cuidados de saúde (Comissão Europeia e OMS, 1997), mantendo-se, por outro lado, a existência de longas listas de espera para serviços hospitalares, principalmente consultas externas e intervenções cirúrgicas de carácter não urgente (OCDE, 1998a).

### **Financiamento**

O SNS português é financiado através de impostos e o acesso aos cuidados primários e hospitalares é gratuito, sendo, no entanto e em alguns casos (exames de diagnóstico, acesso à urgência, ...), requerido o pagamento de taxas moderadoras. Alguns estratos da população (por exemplo, crianças, alguns doentes crónicos e grávidas) estão mesmo isentos de qualquer pagamento.

A afectação dos orçamentos hospitalares, que durante vários anos apenas se baseou em dados históricos, embora com pequenos ajustamentos dependentes da inflação, a partir de 1998 começou a ser baseada na produção, medida pelos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). Espera-se que no ano 2000 esta contribuição se situe em 50% e resulte de informação proveniente do internamento, da cirurgia do ambulatório e da restante actividade ambulatoria (consulta, urgência e hospital de dia).

Todo este processo tem sido centralmente conduzido pelo MS através do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) com pouca interferência das ARSs, a não ser as inerentes às funções das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde na discussão dos orçamentos-programa com os hospitais. O financiamento atribuído às ARSs para distribuição pelos centros de saúde, embora ainda feito maioritariamente numa base histórica, têm uma componente que, para 2000, se estima já ser substancial e que é baseada numa capitação por sexo/idade e pela carga da doença na região.

## Despesas

Conforme se pode ver no Quadro 1, em Portugal 8,2% do PIB em 1996 foi afectado à despesa com cuidados de saúde. Este valor está 0,5 pontos acima da média europeia e sensivelmente na média dos países da OCDE (OCDE, 1998a). Em 1995, contudo, éramos o país da União Europeia com a menor percentagem de despesas públicas no sector da saúde (60,5%), correspondendo o restante às despesas privadas dos portugueses com a sua saúde, em especial para pagar a médicos privados (Quadro 2).

**Quadro 1 – Despesas com cuidados de saúde (% do PIB)**

	Despesas totais						Despesas públicas						Despesas privadas					
	70	75	80	85	90	96	70	75	80	85	90	96	70	75	80	85	90	96
<b>Portugal</b>	<b>2,8</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>	<b>8,2</b>	<b>1,6</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,9</b>	<b>1,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,1</b>	<b>2,9</b>	<b>2,2</b>	<b>3,3</b>
Alemanha	5,7	8,0	8,1	8,5	8,2	10,7	4,2	6,4	6,4	6,6	6,3	8,2	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	2,3
Bélgica	4,1	5,9	6,6	7,4	7,6	7,9	3,5	4,7	5,5	6,0	6,7	6,9	0,6	1,2	1,1	1,4	0,9	1,0
Dinamarca	6,1	6,5	6,8	6,3	6,5	6,4	5,2	5,9	5,8	5,3	5,3 <sup>1</sup>	5,1 <sup>2</sup>	0,9	0,6	1,0	1,0	1,2	1,3
Espanha	3,7	4,9	5,7	5,7	6,9	7,7	2,4	3,8	4,5	4,6	5,4	5,9	1,3	1,1	1,2	1,1	1,5	1,8
França	5,8	7,0	7,6	8,5	8,9	9,6	4,3	5,4	6,0	6,5	6,6	7,8	1,5	1,6	1,6	2,0	2,3	1,8
Grécia	3,3	3,4	3,6	4,0	4,2	5,9	1,8	2,0	2,9	3,3	3,5	4,9	1,5	1,4	0,7	0,7	0,7	1,0
Holanda	5,9	7,5	7,9	7,9	8,3	8,6	5,0	5,5	5,9	5,9	6,1	6,6	0,9	2,0	2,0	2,0	2,2	2,0
Irlanda	5,3	7,7	8,8	7,8	6,6	6,0	4,3	6,1	7,2	6,1	4,9	4,9	1,0	1,6	1,6	1,7	1,7	1,1
Itália	5,2	6,2	7,0	7,1	8,1	7,6	4,5	5,2	5,6	5,5	6,3	5,3	0,7	1,1	1,4	1,6	1,8	2,3
Luxemburgo	3,7	5,1	6,2	6,1	6,6	7,0	..	4,7	5,7	5,5	6,1	6,5	..	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Reino Unido	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	6,9	3,9	5,0	5,0	5,0	5,1	5,8 <sup>2</sup>	0,6	0,5	0,6	0,9	0,9	1,1 <sup>2</sup>
Estados Unidos	7,2	8,2	9,1	10,7	12,7	14,2	2,7	3,5	3,9	4,3	5,2	6,7	4,5	4,7	5,2	6,4	7,5	7,5
<b>EU</b>	<b>..</b>	<b>6,3</b>	<b>6,9</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>7,7</b>	<b>..</b>	<b>5,0</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,4</b>	<b>..</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4<sup>2</sup></b>
<b>OCDE<sup>3</sup></b>	<b>..</b>	<b>6,2</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,3</b>	<b>8,1</b>	<b>..</b>	<b>4,8</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>..</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7<sup>2</sup></b>

<sup>1</sup> 1993

<sup>2</sup> 1994

<sup>3</sup> Média aritmética não ponderada, excluindo República Checa, Hungria e México.

Fonte: OCDE

Quando comparada com o total das despesas públicas, a percentagem das despesas públicas de saúde continua a ser uma das mais baixas (10,8% em 1995). Também em termos absolutos as despesas da saúde per capita são ainda fracas, quando comparadas com outros países (1.076 dólares em 1996).

**Quadro 2 – Evolução de alguns indicadores financeiros**

	% despesas públicas de saúde no total das despesas em saúde		% despesas públicas de saúde no total das despesas públicas		Despesas totais per capita em PPC (paridade do poder de compra)		
	1985	1995	1985	1995	1985	1995	1996
<b>Portugal</b>	<b>54,6</b>	<b>60,5</b>	<b>7,6</b>	<b>10,8</b>	<b>381</b>	<b>1.025</b>	<b>1.076</b>
Alemanha	77,5	78,2	15,0	14,2	979	2.128	2.221
Bélgica	81,8	87,8	9,7	12,7	881	1.664	1.693
Dinamarca	88,2	86,1	12,1	11,0	1.067	1.708	1.429
Espanha	81,1	78,7	10,8	13,9	454	1.042	1.131
França	76,9	80,6	12,2	14,3	1.082	1.971	1.977
Grécia	81,0	75,8	9,0	10,5	287	703	748
Holanda	75,1	76,7	9,7	11,2	929	1.743	1.755
Irlanda	75,7	74,7	11,4	13,8	592	1.204	923
Luxemburgo	89,2	92,4	11,7	-	892	2.077	2.179
Reino Unido	85,8	84,4	10,9	13,6	669	1.234	1.304
Estados Unidos	40,6	45,9	11,9	18,8	1.798	3.767	3.707

Fonte: OCDE

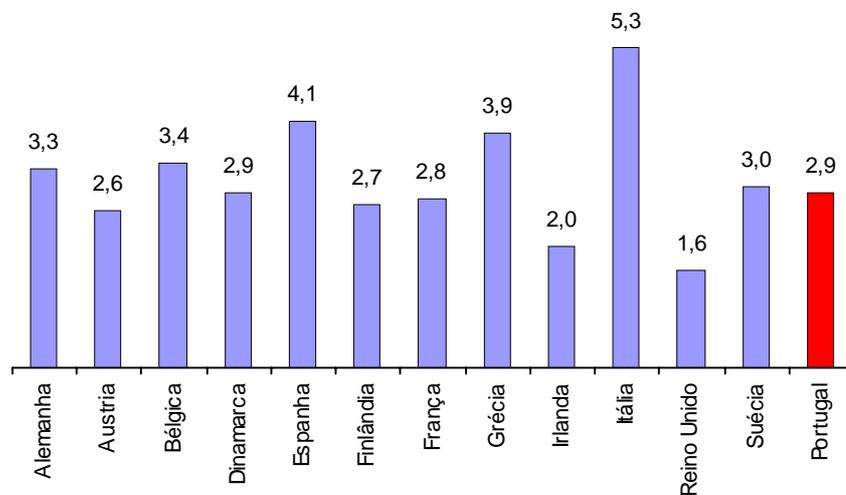
## Medicamentos

Os medicamentos pertencentes a uma lista positiva pré-definida são gratuitos ou sujeitos a comparticipação, sendo os seus preços obtidos a partir de uma comparação com outros países. De uma maneira geral, a comparticipação do Estado varia de 30 a 60%, com valores variados para reformados, chegando a 100% para certas doenças. Cerca de um terço dos custos totais com a saúde é gasto com medicamentos e exames de diagnóstico e terapêutica. Para além disto, as prescrições por consultas são excepcionalmente altas (OCDE, 1998a).

## Recursos humanos

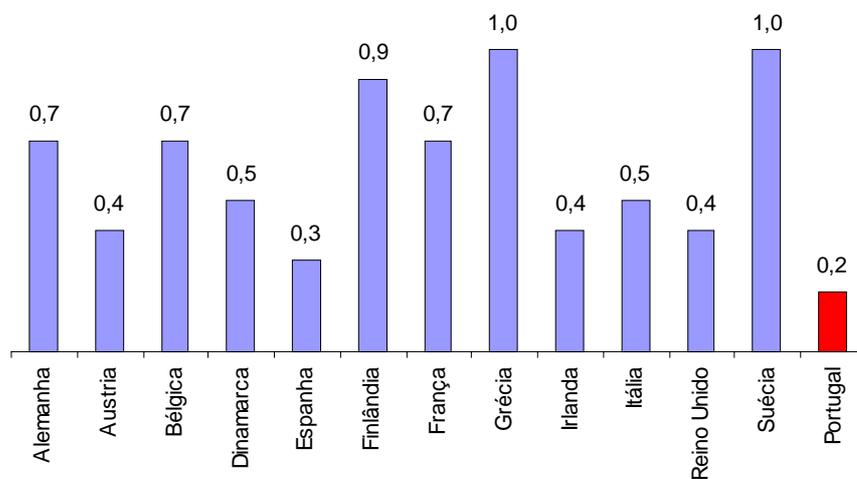
Com base nos dados da OCDE (1994), o número de médicos em exercício (2,9 por 1000 habitantes) é ligeiramente superior à média da UE (Figura 1); há um défice acentuado de dentistas (Figura 2) com 1 dentista por 30.461 habitantes em 1988 e de enfermeiros (3,2 por mil habitantes) (Figura 3), com os enfermeiros em cuidados primários a atingir cerca de metade da média europeia.

Figura 1 – Número de médicos / 1.000 habitantes

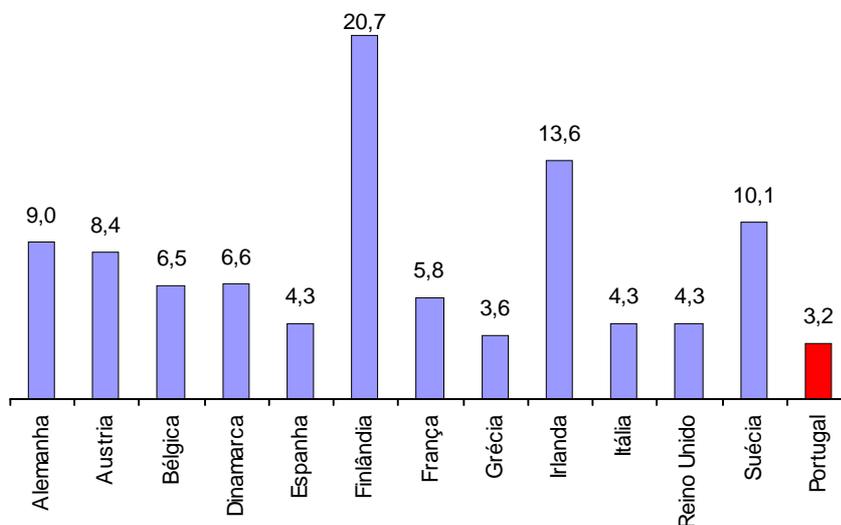


Fonte:OCDE

Figura 2 – Número de dentistas / 1.000 habitantes



Fonte:OCDE

**Figura 3 – Número de enfermeiros / 1.000 habitantes**

Fonte: OCDE

Os prestadores do SNS são funcionários públicos com salários fixos, determinados pela categoria profissional e pelo tempo de serviço, independentemente dos níveis de desempenho e da produtividade. Metade dos médicos do SNS trabalham simultaneamente no sector privado (OCDE, 1998a).

Existe uma grande variação geográfica na disponibilidade do pessoal de saúde e alguns distritos estão claramente subdotados (DEPS, 1995). O Quadro 3 ilustra esta variação geográfica (segundo a delimitação geográfica das ARS) em termos de recursos humanos, a sua disponibilidade e alguns aspectos estruturais.

**Quadro 3 – Assimetrias regionais de disponibilidade de cuidados de saúde**

	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
No. de médicos / 1.000 habitantes	2,8	2,4	4,1	1,4	2,0
No. de enfermeiros / 1.000 habitantes	2,9	3,1	3,4	3,1	2,6
No. de camas hospitalares / 1.000 habitantes	2,0	2,6	4,6	2,1	1,9

Fonte: DEPS

Cerca de 60% dos profissionais trabalham em Lisboa, 17,6% no Porto e 9% em Coimbra, deixando o resto do país com comparativamente pouco pessoal (OCDE, 1994). Por outro lado 68% dos recursos humanos na saúde estão nos hospitais. Por exemplo, o distrito de Coimbra tem 200 habitantes por médico enquanto que o distrito de Bragança tem 830 (um factor de 4,2). Relativamente aos enfermeiros, Coimbra tem 140 habitantes por enfermeiro enquanto que Aveiro tem 525 (um factor de 3,8). Estas assimetrias conduzem a um défice de acessibilidade dos portugueses aos serviços de saúde e a um défice na cobertura de cuidados de saúde.

## **A SAÚDE DA NAÇÃO**

O aumento das despesas em saúde neste últimos 20 anos foi necessariamente acompanhado por uma melhoria do estado de saúde da população e por efectivos ganhos em saúde.

### **Esperança de vida**

A esperança de vida à nascença (74,9 anos em 1996) melhorou substancialmente nos anos 70 e, desde 1980, cresceu a um ritmo semelhante ao da média europeia, com a mulher portuguesa a possuir uma esperança de vida 7,3 anos mais longa do que o homem (Comissão Europeia e OMS, 1997), respectivamente com valores 78,5 e 71,2 anos. Este aumento de longevidade traduz-se nos 14% de indivíduos com 65 ou mais anos de idade, com um envelhecimento ainda mais acentuado nas mulheres que correspondem a 70% da população com idade de 85 ou mais anos (Eurostat, 1996). Ao mesmo tempo, a taxa de crescimento demográfico é de 0.2%, um dos mais baixos dos países de referência (Conselho da Europa, 1995).

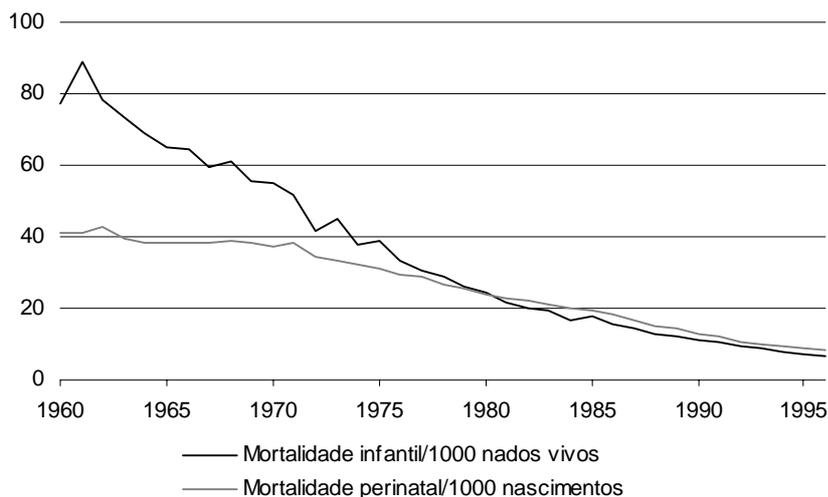
### **Saúde e bem-estar**

Estes últimos números de envelhecimento da população são ainda mais preocupantes se tivermos em conta que a saúde e o bem-estar dos idosos podem ser significativamente afectados pelos recursos financeiros disponíveis e que a exclusão social pode resultar em isolamento e em deterioração da saúde mental. Ainda em relação ao bem-estar dos portugueses, dados do Eurobarómetro mostram que em 1996 só 4% dos portugueses se declararam "muito satisfeitos" com a vida que tinham, o que prefigura uma velhice difícil para muitos portugueses (Comissão Europeia, 1996). Estes valores são corroborados pelos 40% da população que percebem possuir uma saúde melhor do que ou igual a boa (mulheres: 34%; homens: 47%), com base nos dados da OCDE (1998b).

### Mortalidade infantil e perinatal

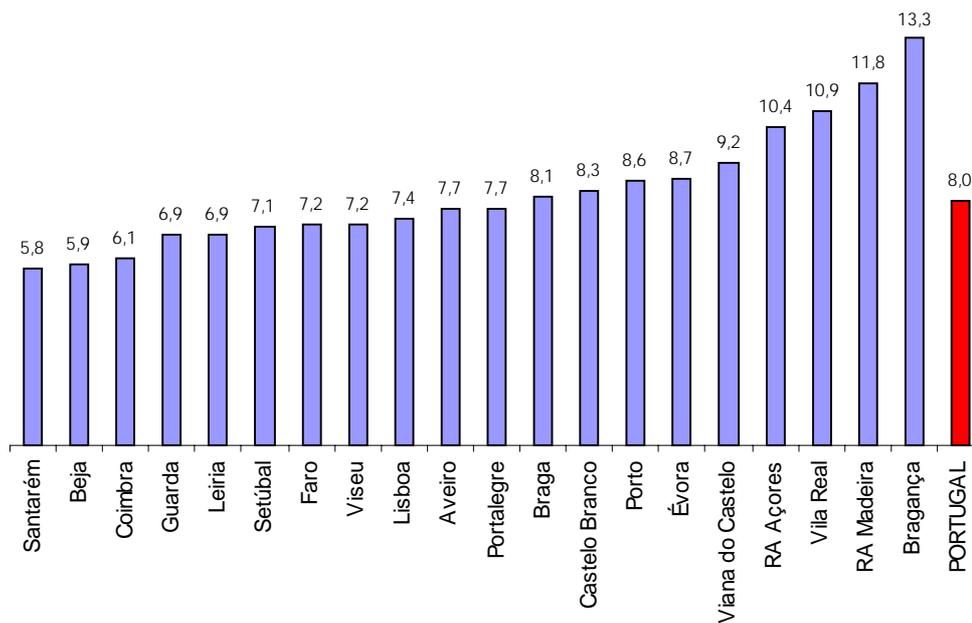
Apesar da mortalidade infantil em Portugal ter reduzido quase para metade nos últimos dez anos (Figura 4), apresenta grande assimetria no país (Figura 5) e ainda é a maior da U.E. (Figura 6).

**Figura 4 – Taxas de mortalidade infantil e perinatal em Portugal**

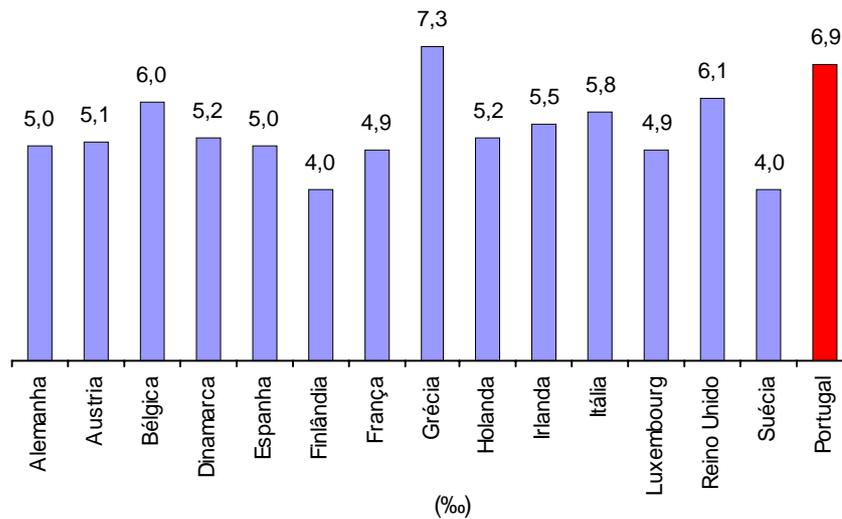


Fonte:OCDE

**Figura 5 – Taxas de mortalidade infantil em Portugal (quinquénio 1992-96) por 1 000 nados vivos**



Fonte:DGS

**Figura 6 – Taxas de mortalidade infantil na U.E. em 1997**

Fonte: OCDE

Assim, a probabilidade de sobrevivência de um recém nascido varia com o nível de instrução da mãe e com a área geográfica onde vivem (DEPS, 1995). Esta assimetria regional, resultante de diferentes acessibilidades aos cuidados e diferentes eficácias dos serviços prestadores, pode ser ilustrada pela taxa de 13,3 da mortalidade infantil em Bragança no quinquénio 1992-96, quase 2,5 vezes maior do que em Santarém (5,8) (DEPS, 1997). Conforme se pode ver no Quadro 4, para a mortalidade perinatal, a distância entre as regiões com maior e melhor desempenho é de 3,8 pontos percentuais.

**Quadro 4 – Assimétrias regionais de indicadores de mortalidade**

%	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
Taxa de mortalidade infantil	8,5	6,4	6,4	9,0	7,3
Taxa de mortalidade perinatal	9,5	8,0	9,0	10,2	6,4

Fonte: DEPS

Comparando os valores dos Quadros 3 e 4 talvez possamos encontrar razões para esta variação nas taxas de mortalidade infantil e perinatal. Segundo recente relatório da OCDE, estas diferenças regionais chegam a exceder as disparidades entre países da U.E. (OCDE, 1998a).

Por outro lado, ambas as taxas de mortalidade neonatal e pós-neonatal seguem um eixo norte-sul: o norte de Portugal com valores 10% acima da média nacional, o Alentejo e o Algarve com valores 10-20% abaixo desta média, e o centro com valores a coincidir com a média nacional (DGS, 1995).

### **Principais causas de morte**

Também em relação ao sexo a variação se faz sentir. Assim, a mortalidade nos homens portugueses dos 15 aos 34 anos é mais de três vezes maior do que a das mulheres do mesmo grupo etário, devido essencialmente a acidentes e outras mortes violentas.

Tendo em conta a distribuição das idades, em Portugal são essencialmente três as causas de morte: causas externas (envenenamento, suicídio, homicídio e todos os tipos de acidentes), cancro e doenças cardiovasculares (DEPS, 1995).

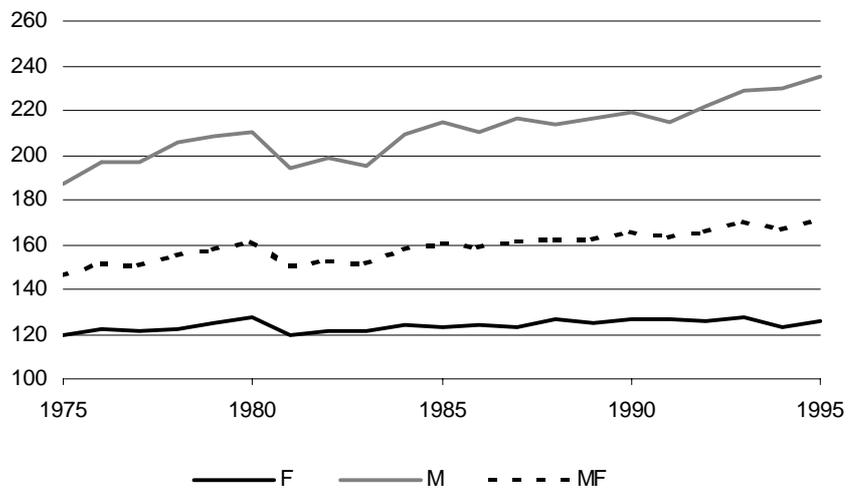
As taxas padronizadas de mortalidade das mulheres e dos homens até aos 64 anos relativamente às doenças isquémicas do coração são das mais baixas (23,4 em 1992), embora a descida tenha sido, nos últimos dez anos, menor do que a média europeia e ainda 7.000 portugueses anualmente sejam vitimados por esta doença relacionada com o estilo de vida (DGS, 1997). Também aqui há assimetria geográfica, pois os cidadãos na idade dos 0 aos 64 anos que vivem no norte de Portugal têm uma taxa padronizada de mortalidade mais do que duas vezes superior aos que vivem em Lisboa ou na região sul (DEPS, 1995).

Por outro lado, a taxa de mortalidade para todas as doenças vasculares tem-se mantido ligeiramente acima da média europeia, sendo a maior para as doenças cerebrovasculares, cuja ocorrência em Portugal se estima em aproximadamente 29.000 casos, afectando essencialmente os idosos e também aqui com assimetrias geográficas. A acrescentar a estes números, anualmente, cerca de 1.550 mulheres morrem por alterações vasculares e osteoporose resultantes das modificações hormonais da menopausa e por depressão (DGS, 1997).

A mortalidade oncológica apresenta padrões específicos de sexo (Figura 7). A mortalidade feminina por todos os cancros tem descido ligeiramente desde o início dos anos 70 e era, em 1993, a quarta mais baixa de entre os países europeus de referência.

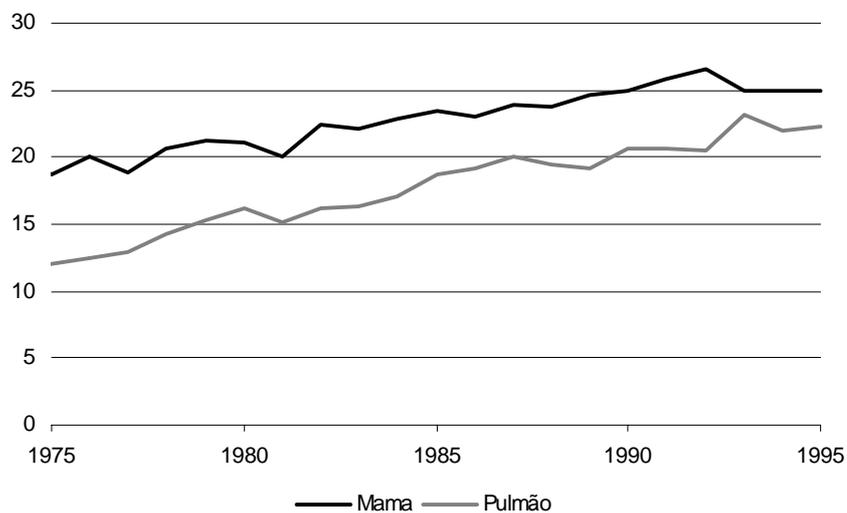
No entanto, Portugal é um dos poucos países onde a mortalidade dos homens dos 0 - 64 anos para todos os cancros cresceu durante os anos 80. Conforme se pode ver na Figura 8 os cancros do pulmão (22,3 por 100.000 habitantes) e da mama (25,0 por 100.000 mulheres), que tinham valores relativamente baixos, tiveram um crescimento marcado nos últimos vinte anos.

**Figura 7 – Evolução da mortalidade oncológica por sexo em Portugal por 100 000 habitantes**



Fonte:OCDE

**Figura 8 – Evolução dos cancros da mama e do pulmão em Portugal por 100 000 habitantes**



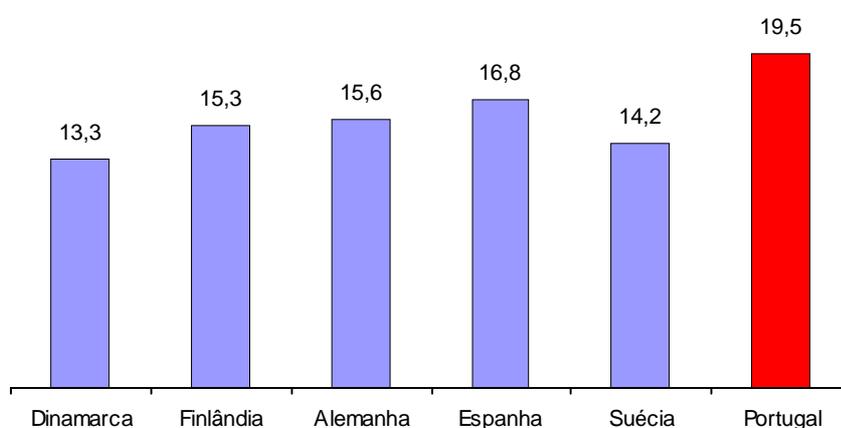
Fonte:OCDE

A mortalidade oncológica também não é geograficamente uniforme: taxas baixas no nordeste e altas em Viana do Castelo, Porto, Beja, Lisboa e Setúbal (DEPS, 1995).

## Morbilidade e estilos de vida

A tolerância que existe na sociedade portuguesa face ao tabagismo e o aumento do consumo *per capita* de cigarros na população acima dos 15 anos de idade (Figura 9) são responsáveis pela morte de cerca de 2.500 pessoas por ano (DGS, 1997), embora Portugal tenha, em geral, a prevalência de mortes causadas pelo tabaco mais baixa da UE, aproximadamente 26% (Comissão Europeia e OMS, 1997).

Figura 9 – Número de cigarros por fumador por dia



Fonte:OCDE

Deste modo, Portugal, com os padrões mediterrâneos de alimentação dos portugueses, parece ainda ser dos países mais saudáveis em que a percentagem de fumadoras adolescentes e adultas se encontra ainda entre as mais baixas dos países europeus e onde as taxas de suicídio são também das mais baixas. No entanto, embora as taxas padronizadas de mortalidade para os acidentes rodoviários tenha descido mais do que nos países de referência, é ainda, de longe, a maior da área OCDE.

Aliás, os acidentes — em casa, nos locais de trabalho e de recreio, nas praias e, muito especialmente, nos espaços rodoviários — são ainda a primeira causa de morte nas crianças e adolescentes, somando cerca de 600 por ano, o equivalente à perda de 32.200 anos potenciais de vida (DGS, 1997).

Neste mesmo país, as mulheres consomem três vezes mais medicamentos para dormir do que os homens, têm um nível de desemprego mais alto e sofrem quase exclusivamente os efeitos da

interrupção voluntária da gravidez em condições de ilegalidade (ainda cerca de 6.000 por ano). Por outro lado, os adolescentes sentem os efeitos de uma insegurança social com um terço dos desempregados com idades abaixo dos 25 anos (Eurostat, 1995).

## **NOTAS FINAIS**

Em resumo, e secundando a última análise realizada pela OCDE sobre Portugal, o sector de saúde pode ser caracterizado pela sua relativa baixa eficiência. Existem grandes assimetrias regionais, a nossa distância em relação a outros países de referência nem sempre está a ser diminuída ao longo do tempo e sentimos ainda algum desajuste e um certo défice de sintonia a nível interno entre as orientações estratégicas emanadas do MS e as condições humanas e materiais dos que têm por missão implementá-las.

Apesar de se ter assistido nos últimos 25 anos a uma melhoria acentuada da qualidade de vida dos portugueses, o valor do SNS ainda não foi esgotado. Ainda nos é possível garantir mais equidade em saúde, adicionar mais anos à vida, adicionar mais vida aos anos e adicionar mais saúde à vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boerma WGW et al. *Health care and general practice in Europe*. Utrecht: NIVEL, 1993.

Comissão Europeia. *Eurobarometer: public opinion in the European Union*. Brussels: European Commission, 1996 (Report No. 45).

Comissão Europeia, OMS. *Highlights on health in Portugal*. Copenhaga, Dinamarca: WHO, Regional Office for Europe, 1997.

Conselho da Europa. *Recent demographic developments in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Press, 1995.

Eurostat. *Demographic statistics*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1996.

DGS. *Mortalidade infantil, perinatal e materna*. Estatísticas 1989-1993. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 1995

DGS. *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 1997.

DEPS. *Elementos estatísticos – Saúde/93*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995.

OCDE. *The reform of health care: a comparative analysis of seventeen OECD countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1994 (Health Policy Studies N.º 5)

OCDE. *Economic surveys 1997-1997: Portugal*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1998a.

OCDE. *Health Data 98*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1998b.