

EQUIDADE E DESPESA EM SAÚDE

Maria do Rosário Giraldes (*)

I — Introdução

Não oferece hoje dúvidas de que a despesa social pública pode promover a igualdade. Já Crossland (1956) ou Tawney (1964), citados por Le Grand (1982), o referiam.

O primeiro defendia a existência de uma grande ênfase na relação directa e íntima entre *despesa social* e *igualdade social*. Segundo este autor, a primeira pode promover a segunda por duas formas: em primeiro lugar, ao eliminar o grande *handicap* de que sofrem as famílias pobres quando comparadas com as ricas, durante a doença, idade avançada e durante o período de maiores responsabilidades familiares; em segundo lugar, criando padrões de serviços públicos de saúde, educação e habitação que sejam comparáveis em âmbito e qualidade com os melhores disponíveis no sector privado.

A *estratégia da igualdade*, designação introduzida por Tawney (1964), é uma tentativa para alcançar uma igualdade social e económica através da despesa pública naquilo que usualmente se designa por serviços sociais (saúde, educação, habitação e transportes).

Com base nesta estratégia, os rendimentos obtidos através do sistema de tributação são utilizados para financiar a prestação destes serviços gratuitamente, ou com base em preços subsidiados, a alguns, ou todos, que os utilizam. Crê-se que por este processo se restrinja a desigualdade e se eliminem as suas consequências sociais.

McGuire, Henderson e Mooney (1988) referem que a equidade é frequentemente citada, quer explicitamente, quer implicitamente, como um objectivo dos sistemas públicos de cuidados de saúde. No Reino Unido, a razão de ser do NHS é a equidade, como é abertamente afirmado ao referir-se que tem por objectivo prestar tratamento «a todo o cidadão sem excepção, sem limite de despesa e sem a existência de barreira económica que dificulte a sua utilização» (Beveridge, 1942).

Também na Suécia, a partir de 1935, e referido pelos mesmos autores, esta mesma opção foi realizada quando se afirma que «aquilo que um grupo sócio-económico pode pagar a sociedade deve providenciar para os outros» (Dahlgren e Diderichsen, 1985).

(*) Economista. Técnica superior principal do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, destacada na Escola Nacional de Saúde Pública, onde está a preparar o concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde.

No Canadá, a introdução do seguro público de saúde, em 1971, foi explicitamente afirmado ser motivada por uma preocupação de tornar a utilização de cuidados de saúde menos dependente do rendimento. Da mesma forma, mesmo num sistema como o dos Estados Unidos, é evidente que tanto o Medicaid como o Medicare se baseiam em princípios de equidade (in McGuire *et al.*, 1988).

Também em Portugal se encontra subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um princípio de *igualdade de acesso* aos cuidados de saúde. Pereira *et al.* (1985) referem, a este propósito, que, embora na Constituição esteja implícito um objectivo mais ambicioso e mais activo que privilegiasse a *discriminação positiva* em favor dos mais desfavorecidos económica, social e culturalmente e dos que tendem a utilizar em menor quantidade e qualidade os serviços de saúde, o facto é que posteriormente este aspecto tem sido negligenciado. O SNS compromete-se, sim, a prestar um serviço geral e universal a todos, sem que nenhum cidadão seja activamente discriminado na prestação de cuidados.

É, assim, ponto assente e amplamente reconhecido que a despesa pública em saúde — uma das componentes da despesa social — promove e assenta em princípios de *equidade*.

II — Fundamentação teórica

1 — A perspectiva económica na distribuição equitativa da despesa

Phelps (1973) afirma que a maior parte das intervenções do governo originam aquilo que se denomina como o problema da *escolha social*, em que se põem problemas éticos acerca da melhor forma de resolver conflitos de interesses individuais, o que se designa pelo problema de derivar uma preferência colectiva de um conjunto de preferências individuais, ou o problema de concordância acerca da função do bem-estar social ou, ainda, o problema de se chegar a uma concepção satisfatória de justiça distributiva.

A economia do bem-estar social inicia-se com Pareto e baseia-se no princípio básico de que a situação social *A* é melhor do que a situação social *B* se um ou mais indivíduos na sociedade preferem *A* a *B* e todos os restantes forem indiferentes.

A função do critério de Pareto é restringir as *escolhas sociais* àqueles estados denominados óptimos de Pareto. Um estado é considerado como óptimo de Pareto se não for possível, com a tecnologia existente, passar a uma outra situação que fizesse com que um ou mais indivíduos melhorassem sem que ninguém piorasse, ou seja, um estado que um ou mais indivíduos preferissem e a que os restantes fossem indiferentes.

Quando existem diversas situações que correspondem a estados denominados como óptimos de Pareto, chega-se a um ponto em que o critério de Pareto não é uma condição suficiente para a escolha social. Põe-se então a

necessidade de critérios éticos para identificar o ponto «melhor» ou «mais justo» da distribuição de recursos ou de utilidades.

Qual a perspectiva do economista face à distribuição da despesa com vista à satisfação de necessidades básicas?

Arrow (1971), em Phelps (1973), argumenta, citando Coleman (1968), que existe uma distinção entre *igualdade de «output»* e *igualdade de «input»* ao avaliar-se a despesa pública, em especial a que se destina a atingir um benefício individual, como no caso da educação ou da saúde. A questão está em que o benefício que um indivíduo obtém de um dado volume de despesa pública depende, entre outros factores, do próprio indivíduo. Sendo assim, o propósito que o governo tenha de tratar os seus cidadãos igualmente pode tornar-se ambíguo, na medida em que a igualdade de despesa em diferentes indivíduos não produz igualdade de benefícios.

Este autor sugere, assim, que se reconsidere o conceito de igualdade, neste domínio, com recurso ao conceito de *utilidade*. Parte-se do princípio de que existe para cada indivíduo uma função que relaciona o volume da despesa com a utilidade que dela deriva, considerando-se que essas utilidades são comparáveis interindivíduos. No entanto, a função utilidade de cada indivíduo depende não só das despesas por ele feitas, como de determinadas *características pessoais*. Sendo assim, do ponto de vista do governo, indivíduos com as mesmas características pessoais serão considerados como iguais e uma política de distribuição da despesa consistirá na determinação da despesa em função dessas características.

Como Arrow (1971), em Phelps (1973), argumenta, no caso da saúde as características pessoais são traduzidas fundamentalmente pelo *nível de saúde*; as despesas darão origem a um menor aumento de utilidade num indivíduo saudável, pelo que se deverá esperar, como norma, uma progressividade no *output* e, como tal, uma progressividade no *input*.

Rawls (1967), citado por Arrow (1971), argumenta com a maximização da utilidade mínima, mais do que a maximização da soma das utilidades, como um critério ético, que tende para uma *igualdade de «output»* e, por conseguinte, para uma forte *progressividade do «input»*.

Mais recentemente, economistas da saúde têm-se debruçado, no Reino Unido, sobre esta mesma questão da teoria de justiça de Rawls para fundamentar a problemática da distribuição.

Culyer (1980) refere que Rawls (1972) sugeriu uma variante do critério de Pareto para ser utilizado como um «contrato social». A questão que se põe é a de quais os princípios sobre que se obteria concordância entre os membros de uma comunidade ao avaliarem a justiça das instituições e as regras pelas quais se regem independentemente da posição que ocupam actualmente na sociedade. Rawls sugere que se obterá um consenso baseado em três princípios básicos: qualquer pessoa envolvida ou afectada por uma determinada actividade tem um direito igual à máxima liberdade compatível com a existência de uma igualdade de liberdade para todos; nenhuma desigualdade é justa, a não ser que seja para benefício dos indivíduos mais desfavorecidos; as desi-

igualdades que derivam das posições ocupadas na sociedade deveriam estar igualmente ao alcance de todos.

Também McGuire *et al.* (1988), muito recentemente, vêm evidenciar a teoria de justiça de Rawls (1972) como oferecendo uma solução para determinar o papel da justiça nas funções de utilidade dos indivíduos com referência aos cuidados de saúde. Chamam a atenção, nomeadamente, para três aspectos: o facto de se basear na teoria do *maxmin*, ou seja, considerar como justa a ideia de maximizar o benefício dos mais desfavorecidos; em este objectivo ser alcançado com base no princípio de que os indivíduos teriam tendência a querer melhorar a sua situação principalmente se se encontram na pior situação social; no facto de dizer respeito a bens sociais essenciais (como, entre outros, a liberdade de movimento e de escolha de ocupação; rendimento e riqueza; liberdades básicas, e a base social de auto-respeito), e, embora os serviços de saúde não sejam mencionados, pode dizer-se, segundo estes autores, que, em certa medida, se incluem nos três últimos aspectos.

Sem nos querermos alargar sobre esta questão, sem dúvida interessante, mas que pode resultar num debate estéril, julga-se que a problemática da *distribuição da despesa em saúde*, tendo por objectivo a equidade, se enquadra na «teoria do *maxmin*» de Rawls (1972), ou seja, na maximização do benefício dos mais desfavorecidos, ao apoiar-se num princípio de *discriminação positiva* (ou *negativa*), segundo a pior ou melhor situação relativa do nível de saúde e da cobertura por serviços de saúde.

2 — Principais tipos de igualdade a atingir com a distribuição da despesa pública

Segundo Le Grand (1982) existem cinco tipos de igualdade que de uma forma ou outra se podem considerar como objectivos desejáveis para orientar a distribuição da despesa pública:

Igualdade da despesa pública, em que se verifica uma igual distribuição da despesa entre todos os indivíduos;

Igualdade do rendimento fiscal, de forma que a despesa pública nos serviços sociais seja distribuída de modo a favorecer os pobres, fazendo com que o seu rendimento disponível (rendimentos privados, adicionados de subsídios públicos recebidos em dinheiro ou em espécie) seja aproximado do dos ricos, partindo-se, assim, do princípio de que a despesa pública em serviços sociais é redistributiva;

Igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá ser distribuída por forma que as quantidades utilizadas de cada serviço sejam iguais;

Igualdade de gastos, perante a qual a despesa pública deverá ser distribuída de tal forma que todos os indivíduos estejam sujeitos ao mesmo gasto privado (monetário e ou tempo) por unidade de serviço utilizado;

Igualdade de resultado, em que a despesa pública deveria ser distribuída por forma a promover a igualdade de resultado associado com esse serviço.

Também Mooney (1983), ao debruçar-se sobre o caso concreto da despesa pública em saúde, considera sete definições possíveis de equidade em saúde, em grande medida coincidentes com a sistematização feita por Le Grand (1982):

Igualdade de despesa «per capita». — Se o orçamento disponível para os serviços de saúde for distribuído pelas regiões proporcionalmente à dimensão da população;

Igualdade de recursos «per capita». — Deverá ter-se em atenção os diferentes preços dos diferentes recursos, a nível regional, por forma a obter-se uma idêntica despesa *per capita*. Dará origem a que regiões com preços mais elevados recebam mais de acordo com este critério, o que não sucedia com o critério precedente;

Igualdade de recursos para necessidades iguais. — Nesta definição tem-se em linha de conta a estrutura da população, por sexos e grupos de idade, e outros factores que possam influenciar as necessidades da população;

Igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades. — Só haverá equidade quando os utentes, em cada distrito, suportem os mesmos encargos no acesso aos cuidados de saúde. Normalmente, os utentes nos distritos rurais suportam maiores encargos em transportes e tempo perdido ou, ainda, maiores dificuldades no acesso aos serviços, traduzidos na menor qualidade de serviços prestados a nível local;

Igualdade de utilização para iguais necessidades. — Neste caso ter-se-á de discriminar positivamente a favor daqueles com menor predisposição ou disponibilidade para utilizar os serviços de saúde;

Igualdade de satisfação de necessidades marginais. — Admite-se que a equidade será alcançada se cada distrito deixar de tratar a mesma necessidade específica se tiver um corte orçamental da mesma importância, o que pressupõe que os distritos dêem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades;

Igualdade de saúde. — Neste caso, o objectivo a atingir seria a igualização de indicadores de saúde entre os distritos.

Como pontos comuns entre as duas linhas de pensamento, a de Le Grand e a de Mooney, pode verificar-se que existem, pelo menos, os seguintes três aspectos:

Necessidade de os utentes estarem sujeitos ao mesmo gasto privado (monetário e ou tempo) no acesso aos cuidados de saúde;

Promover-se a igualdade na utilização dos serviços, através da distribuição da despesa pública;
Existência de uma associação entre a despesa pública e os indicadores de saúde (ou do serviço em causa).

Le Grand (1982) exemplifica bem o primeiro aspecto quando refere que se deverão implantar os serviços de saúde nos locais onde viva a classe trabalhadora, na medida em que a distância é um factor determinante importante na utilização de serviços de saúde. Visar-se-ia, assim, aumentar os gastos da classe média em relação aos da classe trabalhadora, tanto as despesas em transporte como em tempo perdido, e promover assim a *igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades*.

Este conceito, que se prende especificamente com a *oferta* de serviços, difere do segundo aspecto atrás referido, que depende tanto da *oferta* como da *procura*.

Embora não haja forma de garantir que a população proceda efectivamente à procura dos serviços que lhe são oferecidos, tudo dependerá, no entanto, da capacidade que os serviços de saúde tenham de influenciar a utilização de serviços e que será tanto maior quanto esses serviços tenham uma intervenção activa na comunidade, indo ao encontro dos utentes.

Esta intervenção dos serviços é particularmente fácil a nível dos serviços de cuidados de saúde primários. São exemplos disso o apoio a idosos no domicílio e os serviços de saúde escolar, entre outros, o que permite que a utilização de serviços de saúde aumente de uma forma que não aconteceria se estes serviços se mantivessem passivamente à espera de utentes.

O terceiro aspecto referido — existência de uma associação entre a despesa pública e os indicadores de saúde — aparece estreitamente relacionado com os intervenientes na estratégia de promoção de equidade.

É evidente que uma estratégia que vise a melhoria dos indicadores de saúde terá de ser uma estratégia multisectorial, como tem vindo a ser assinalado ao nível de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, em documentos fundamentais, como os resultantes da Conferência de Alma Ata (1978) ou da Estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000 (1979).

Não se ignora, no entanto, como Pereira *et. al.* (1985) demonstraram, entre nós, que é precisamente nos distritos com piores níveis de saúde que estão concentrados menores recursos, são utilizados menos cuidados e o Estado gasta menos por utente, enquanto nos distritos com mais elevados níveis de saúde se passa o contrário. E referem ainda estes autores que estas desigualdades são mais acentuadas nos indicadores associados aos CSP do que nos do sector hospitalar, sendo altamente significativas as correlações entre gastos em CSP e níveis de saúde.

Nesse sentido, muito haverá a esperar de uma *estratégia de redistribuição da despesa em saúde*, na sua contribuição para a atenuação das desigualdades em níveis de saúde, em especial na área dos cuidados de saúde primários.

III — Alguns aspectos das desigualdades de saúde em Portugal

As desigualdades geográficas de saúde em Portugal têm sido já amplamente caracterizadas (cf. Pereira *et. al.*, 1985), pelo que não constitui nossa preocupação retomar uma análise sistemática neste domínio.

É, contudo, nosso propósito evidenciar, na área dos cuidados de saúde primários, essencialmente três aspectos que se prendem com a necessidade de uma *estratégia de redistribuição da despesa em saúde* nesta área.

Um primeiro aspecto prende-se com a comparação das desigualdades existentes entre *indicadores de cobertura por serviços de saúde* com as desigualdades que se verificam em *indicadores de saúde*, especialmente associados à intervenção na área dos cuidados de saúde primários.

Um segundo aspecto tem que ver com a comparação das desigualdades em *indicadores de cobertura por serviços de saúde* com as desigualdades existentes na *distribuição da despesa em cuidados de saúde primários*, por áreas de despesa.

Finalmente, um último aspecto prende-se com a tendência de *evolução temporal*, no nível de saúde e no nível de cobertura por serviços de saúde, de indicadores mais relevantes na área dos cuidados de saúde primários.

1 — Desigualdades de saúde e de intervenção de serviços de saúde

Parte-se da hipótese, que se pretende ensaiar, de que a desigualdade existente em *indicadores de saúde*, especialmente associados à intervenção na área dos cuidados de saúde primários, será menor do que a desigualdade existente em *indicadores de cobertura por serviços de saúde*, na medida em que os primeiros resultarão de intervenções de diversos sectores cujas respectivas desigualdades se podem, em princípio, compensar, enquanto os segundos resultam de uma intervenção tradicional do sector da saúde.

No quadro n.º 1 comparam-se as medidas de desigualdade de indicadores de situação sanitária e indicadores de cobertura de serviços na área dos CSP. Utilizam-se valores médios dos últimos três anos disponíveis, devido às oscilações conhecidas destes indicadores.

É interessante verificar que, de uma forma geral, são maiores as desigualdades entre indicadores de cobertura de serviços em CSP do que indicadores de situação de saúde, em grupos de risco particularmente sensíveis à intervenção daqueles serviços, tal como a hipótese de partida sugeria.

Embora não se ignore a importância de uma intervenção multisectorial, julga-se que muito haverá ainda a fazer ao nível da intervenção dos próprios serviços de saúde de CSP.

QUADRO N.º 1

Comparação entre medidas de desigualdade entre indicadores de situação sanitária e indicadores de cobertura dos serviços em cuidados de saúde primários (1984-1985-1986)

	Valor médio do indicador	Coeficiente de variação	Razão entre valores extremos	Valores extremos	
				Máximo	Mínimo
Indicadores de situação sanitária:					
Taxa de mortalidade infantil (‰).....	16,55	19,85	0,47	24,7 (Vila Real)	11,7 (Coimbra)
Taxa de mortalidade pós-neonatal (‰).....	5,29	26,59	0,40	8,4 (Bragança)	3,4 (Évora)
Taxa de mortalidade perinatal (‰).....	18,63	12,52	0,59	24,4 (Vila Real)	14,5 (Leiria)
Taxa de mortalidade 1-4 anos (‰/0000).....	96,21	31,65	0,34	164,8 (Castelo Branco)	56,2 (Beja)
Indicadores de cobertura dos serviços em CSP:					
Actividades preventivas:					
Percentagem de cobertura de crianças 0-1 ano.....	63,0	34,47	0,30	100,0 (Beja)	30,2 (Setúbal)
Percentagem de grávidas vigiadas durante a gravidez (a)...	39,1	36,17	0,21	62,9 (Viana do Castelo)	13,5 (Lisboa)
Percentagem de cobertura de planeamento familiar (a) ...	1,8	37,89	0,17	2,8 (Lisboa)	0,5 (Guarda)
Actividades curativas:					
Consultas curativas <i>per capita</i>	1,73	21,00	0,39	2,4 (Leiria)	0,9 (Bragança)
Transferências para o sector privado:					
Análises <i>per capita</i>	1,88	37,03	0,24	3,9 (Lisboa)	0,9 (Bragança)
Raios X <i>per capita</i>	0,21	40,46	0,24	0,4 (Setúbal)	0,1 (Bragança)
Embalagens de medicamentos <i>per capita</i>	5,52	15,95	0,50	6,9 (Évora)	3,5 (Bragança)
Internamento (hospitais concelhios):					
Doentes saídos por 1000 habitantes.....	10,02	58,47	0,03	25,3 (Portalegre)	0,9 (Lisboa)

(a) Média de 1984-1985 (por falta de elementos fiáveis para 1986).

2 — Desigualdades na distribuição da despesa em CSP

Defendeu-se atrás que será possível contribuir-se para uma *equidade na utilização de serviços de saúde* desde que se verifique uma intervenção activa destes, em especial ao nível dos CSP, indo ao encontro dos utentes. Para que se verifique este tipo de equidade haverá que contratar mais recursos humanos (oferta) que, através da intervenção activa acima referida, motivem a maior utilização relativa dos serviços (procura), segundo uma *discriminação positiva* a favor daqueles com um baixo nível de saúde e uma mais reduzida cobertura por serviços de saúde, para o que contribuirá, sem dúvida, uma *estratégia de redistribuição equitativa da despesa*.

A título exemplificativo, para o ano de 1983, analisam-se no quadro n.º 2 as medidas de desigualdade da distribuição real da despesa corrente em cuidados de saúde primários, por áreas de despesa.

É evidente a coincidência existente entre as assimetrias na distribuição da despesa corrente e as desigualdades nos indicadores de cobertura, por áreas de despesa, com especial destaque para as maiores desigualdades existentes nas áreas do *internamento* e de *actividades preventivas*.

QUADRO N.º 2
**Distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde primários,
por áreas de despesa (1983)**

	Actividades preventivas	Actividades curativas	Transferências para o sector privado	Internamento
Coefficiente de variação	32,45	24,57	26,52	41,07
Razão entre valores extremos	0,26	0,42	0,31	0,12
Valor máximo	583 (Beja)	1 271 (Setúbal)	3 850 (Lisboa)	1 240 (Bragança)
Valor mínimo	154 (Lisboa)	531 (Viseu)	1 205 (Bragança)	153 (Porto)

3 — Desigualdades de indicadores de saúde e cobertura dos serviços de saúde segundo a perspectiva temporal.

A questão que se poderá pôr é se será mais fácil reduzir as disparidades nas medidas de desigualdade de indicadores de situação sanitária ou de indicadores de cobertura de serviços de saúde.

Parte-se do princípio de que serão mais facilmente reduzíveis as medidas de desigualdade, a curto e médio prazos, em indicadores de cobertura de serviços de saúde, em que existe uma possibilidade de intervenção directa do sector saúde, do que em indicadores de situação de saúde.

A taxa de mortalidade infantil melhora a respectiva distribuição entre os dois períodos (quadro n.º 3). O mesmo acontece com a taxa de mortalidade perinatal — a que melhor reflecte a utilização de serviços de saúde na vigilância na gravidez e no parto —, que é a que apresenta uma maior igualdade na distribuição.

Evolução das desigualdades em indicadores de situação sanitária

Indicadores de situação sanitária	Valor médio do indicador		Coeficiente de variação		Razão entre valores extremos		Valores extremos	
	1982/83/84	1984/85/86	1982/83/84	1984/85/86	1982/83/84	1984/85/86	Máx. Min. — 1982/83/84	Máx. Min. — 1984/85/86
Taxa de mortalidade infantil (‰)	18,35	16,55	11,66	19,85	0,42	0,47	30,5 (Vila Real) 12,9 (Coimbra)	24,7 (Vila Real) 11,7 (Coimbra)
Taxa de mortalidade pós-neonatal (‰)	5,77	5,29	32,07	26,59	0,34	0,40	11,14 (Vila Real) 3,85 (Coimbra)	8,44 (Bragança) 3,39 (Évora)
Taxa de mortalidade perinatal (‰)	20,39	18,63	14,18	12,52	0,57	0,59	27,89 (Vila Real) 15,98 (Leiria)	24,44 (Vila Real) 14,48 (Leiria)
Taxa de mortalidade 1-4 anos (‰/1000)	103,62	96,21	27,47	31,65	0,41	0,34	182,7 (Bragança) 74,1 (Évora)	164,8 (Castelo Branco) 56,2 (Beja)

São as taxas de mortalidade pós-neonatal e 1-4 anos aquelas que apresentam uma distribuição mais desigual. No entanto, enquanto a primeira melhora a respectiva distribuição entre os dois períodos, na mortalidade 1-4 anos agrava-se, ainda, a sua distribuição.

A análise dos indicadores de utilização de serviços de saúde por tipo de actividades, e sua evolução, permite-nos tirar algumas conclusões quanto ao nível de igualdade na utilização daqueles serviços que foi possível alcançar (quadro n.º 4).

Contrariamente àquilo que seria de desejar, foram os indicadores relativos à utilização de actividades preventivas aqueles cuja distribuição menos melhorou entre o período 1982-1983-1984 e 1984-1985-1986.

Se já era o indicador «embalagens de medicamentos *per capita*» aquele que apresentava uma maior igualdade da distribuição, foi também aquele em que o coeficiente de variação apresentou uma maior melhoria. Segue-se-lhe o indicador «consultas curativas *per capita*», o segundo a apresentar uma mais igual distribuição.

É o indicador «doentes saídos *per capita*», em hospitais concelhios, aquele que apresentava no período 1982-1983-1984, e que continua a apresentar no período 1984-1985-1986, a menor igualdade na distribuição.

Pode concluir-se que a maior igualdade na utilização de serviços de saúde, caracterizada através dos indicadores seleccionados, faz-se sentir principalmente nas actividades curativas prestadas em regime de ambulatório e no consumo de medicamentos, que lhe está intimamente associado.

Em síntese, a comparação entre a forma como evoluíram as medidas de desigualdade entre os dois períodos considerados evidencia que, de uma forma geral, é sensivelmente semelhante a forma como aquelas desigualdades se atenuam, contrariamente à hipótese inicialmente estabelecida de que seria mais fácil reduzir as desigualdades em indicadores de cobertura de serviços de saúde do que em indicadores de resultado.

Julga-se de salientar a necessidade de uma maior *discriminação positiva* a realizar pelo sector de saúde na área dos CSP, em especial no que respeita a *actividades preventivas*, que são aquelas em que as desigualdades menos se atenuaram no período em análise, para o que poderá contribuir, decerto, uma *estratégia de redistribuição equitativa da despesa*.

IV — Proposta para uma distribuição equitativa da despesa, segundo o tipo de serviço e a categoria da despesa

Embora se tenha procedido essencialmente a um estudo de uma proposta de distribuição equitativa da despesa na área dos CSP e em relação à despesa corrente, julgou-se interessante generalizar a sua aplicação à área dos CSD e igualmente tecer algumas considerações sobre uma eventual adaptação a outra categoria de despesa, a despesa de capital, tendo-se procedido a um ensaio nesse sentido.

QUADRO N.º 4

Evolução das desigualdades em indicadores de cobertura, por áreas de despesa, em cuidados de saúde primários

Indicadores de cobertura de serviços	Valor médio do indicador		Coeficiente de variação		Razão entre valores extremos		Valores extremos	
	1982-1983-1984	1984-1985-1986	1982-1983-1984	1984-1985-1986	1982-1983-1984	1984-1985-1986	Máx. Min. 1982-1983-1984	Máx. Min. 1984-1985-1986
Actividades preventivas:								
Percentagem de cobertura de crianças 0-1 ano	47,2	63,0	32,44	34,47	0,17	0,30	{ 86,5 (Castelo Branco) 15,1 (Lisboa)	100,0 (Beja) 30,2 (Setúbal)
Percentagem de grávidas vigiadas durante a gravidez	27,2	(a) 39,1	36,5	36,17	0,17	0,21	{ 50,5 (Viana do Castelo) 8,6 (Lisboa)	62,9 (Viana do Castelo) 13,5 (Lisboa)
Percentagem de cobertura em planeamento familiar	1,3	(a) 1,8	38,36	37,89	0,23	0,17	{ 3 (Vila Real) 0,7 (Lisboa)	2,81 (Lisboa) 0,48 (Guarda)
Actividades curativas:								
Consultas curativas <i>per capita</i>	1,96	1,73	25,11	21,00	0,34	0,39	{ 2,52 (Lisboa) 0,86 (Bragança)	2,40 (Leiria) 0,94 (Bragança)
Transferências para o sector privado:								
Análises <i>per capita</i>	1,94	1,88	42,73	37,03	0,18	0,24	{ 3,35 (Lisboa) 0,59 (Portalegre)	3,91 (Lisboa) 0,92 (Bragança)
Raios X <i>per capita</i>	0,23	0,21	46,54	40,46	0,20	0,24	{ 0,39 (Lisboa) 0,08 (Guarda)	0,41 (Setúbal) 0,10 (Bragança)
Embalagens de medicamentos <i>per capita</i>	5,03	5,52	19,18	15,95	0,45	0,50	{ 6,3 (Évora) 2,84 (Bragança)	6,90 (Évora) 3,45 (Bragança)
Internamento (hospitais concelhios):								
Doentes saídos por 1000 habitantes	6,82	10,02	66,43	58,47	0,03	0,03	{ 31,64 (Portalegre) 1,13 (Lisboa)	25,25 (Portalegre) 0,90 (Lisboa)

(a) Média de 1984-1985 (por falta de elementos fiáveis para 1986).

1 — Propostas de distribuição da despesa corrente em CSP e CSD

A proposta de distribuição equitativa da despesa corrente em serviços de cuidados de saúde primários, que consta da figura 1, foi adaptada aos serviços de cuidados de saúde diferenciados e incluída na figura 2.

Em ambos os esquemas intervêm três critérios com vista a uma distribuição equitativa da despesa: o critério da procura/utilização, o critério da situação sanitária e o critério da cobertura por serviços de saúde.

O *critério da procura/utilização* dos serviços de saúde baseia-se na aplicação de taxas de utilização dos serviços, por sexos e grupos etários, a nível do continente, para estimar a procura potencial prevista a nível distrital. Admite-se que será desejável, dentro de um princípio de equidade, que as taxas de utilização sejam as mesmas, para os mesmos estratos populacionais, em todo o País.

Nos serviços de cuidados de saúde primários consideram-se as taxas de utilização por principais áreas de despesa: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento. Em serviços de cuidados de saúde diferenciados consideraram-se taxas de utilização de doentes internados em hospitais gerais e especializados.

Neste critério, a principal determinante da distribuição da despesa é a *estrutura etária* da população. Embora a utilização de serviços de saúde varie igualmente com o sexo — sendo a mulher uma maior consumidora de serviços curativos em ambulatório e o homem de mais de 65 anos um maior consumidor dos serviços de internamento em hospitais concelhios —, pode considerar-se este aspecto como marginal em relação à distribuição da despesa operada segundo este critério.

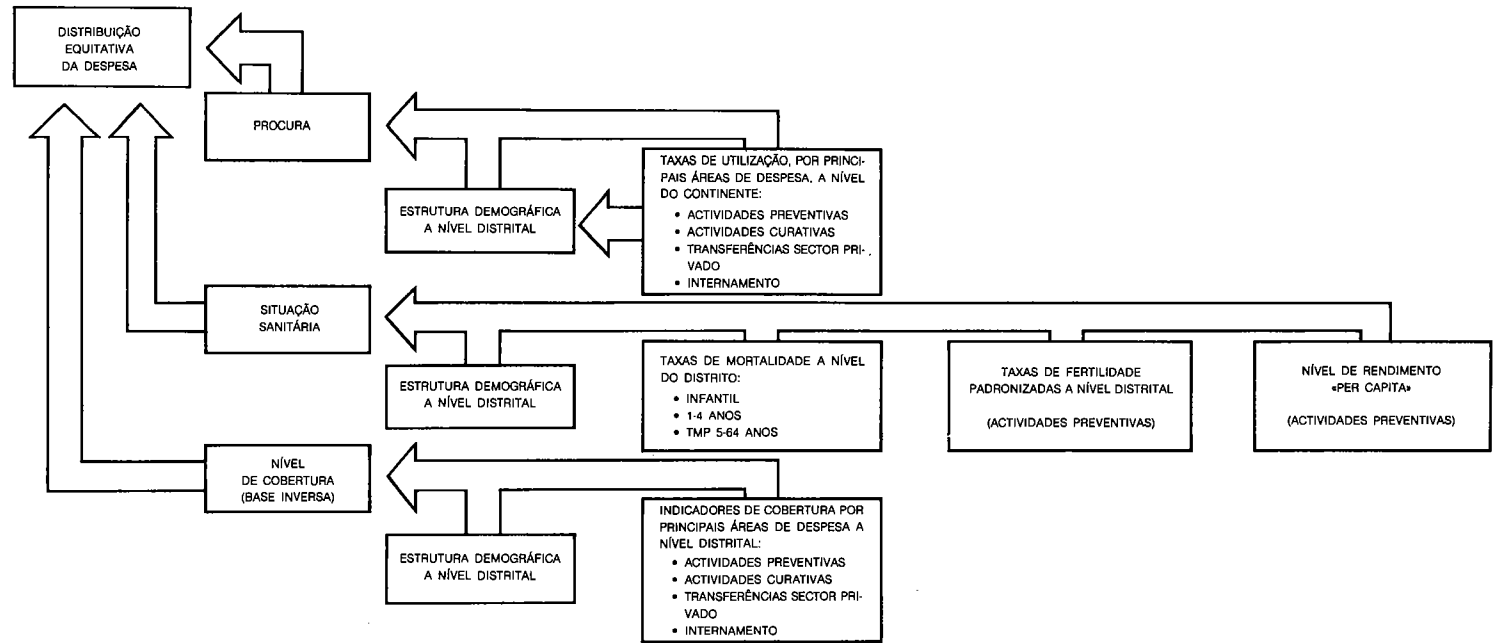
No *critério da situação sanitária* procede-se a uma distribuição da despesa em função da situação de saúde relativa dos distritos, admitindo-se que será desejável a atribuição de um maior financiamento aos distritos com pior situação sanitária.

Em ambas as áreas — de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados — procede-se à diferenciação da situação de saúde em função da taxa de mortalidade infantil (população de idade < 1 ano), da taxa de mortalidade 1-4 anos (população entre 1 e 4 anos) e da taxa de mortalidade padronizada 5-64 anos (população com mais de 4 anos e menos de 65 anos).

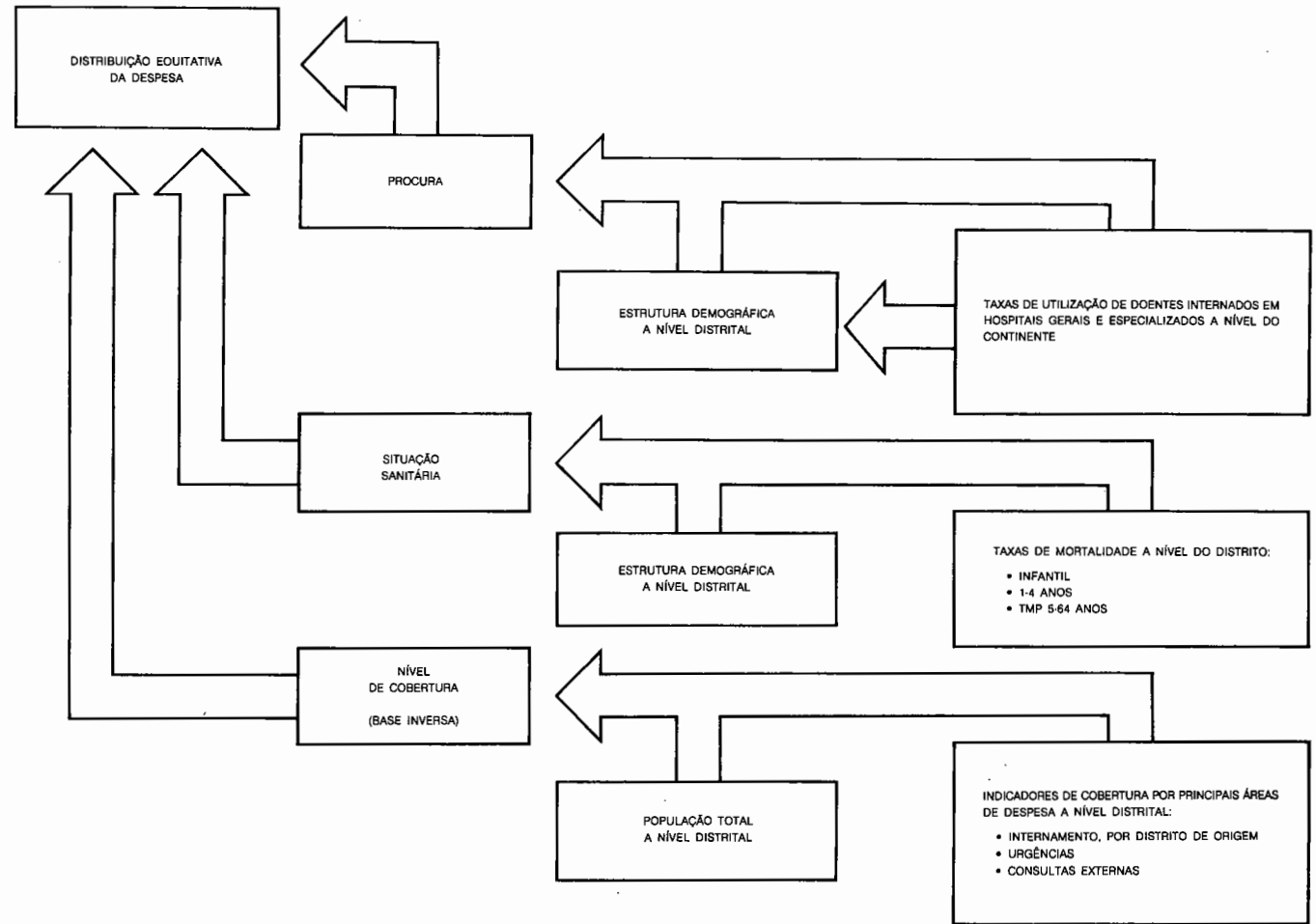
Para além deste aspecto, considera-se ainda como determinante da distribuição da despesa em cuidados de saúde primários, neste critério, a taxa de fertilidade padronizada em relação a actividades preventivas, na medida em que a diferenciação existente entre o Norte e o Sul do País em níveis de fertilidade origina um diverso volume potencial de serviços de carácter preventivo. Procedeu-se ainda à ponderação da população total de cada distrito em função de um *indicador de rendimento*, numa base inversa, o que pretende reforçar a necessidade de serviços, igualmente na área preventiva, consoante o maior ou menor nível de rendimento *per capita*.

FIGURA 1

Esquema de distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde primários



Esquema de distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde diferenciados



Merece-nos concordância aquilo que se refere em *A Critical Guide to Health Service Resource Allocation in London*, 1984, a este propósito, designadamente que uma doença sofrida em boas condições habitacionais por um membro de uma família de elevados rendimentos terá consequências muito diferentes do que uma doença comparável sofrida por um membro de uma família de baixos rendimentos, numa deficiente situação familiar e a viver em más condições habitacionais. Admite-se assim que um deficiente *nível de rendimento* poderá determinar uma actuação diversa por parte dos serviços de saúde, com particular significado no que respeita a *actividades preventivas*.

Não se pretende com isso fazer com que os serviços de saúde se substituam a intervenções de outros sectores, designadamente no domínio da habitação, do saneamento básico ou de outras áreas, mas resulta do facto de que considerar apenas *indicadores de mortalidade* como determinantes de uma intervenção dos serviços de saúde traduz-se em ignorar que um aumento da intervenção de serviços de saúde de *tipo preventivo* poderá conduzir a que não se chegue a declarar a morbilidade.

Será nesta perspectiva que Mooney (1983) refere, a propósito da distribuição de recursos numa perspectiva de equidade: «[...] com vista a atingir-se igualdade na utilização para igual necessidade deverão ser destinados recursos adicionais a áreas multiplamente carenciadas, mais do que proporcionais a qualquer necessidade extra que aí exista».

Finalmente, o *critério da cobertura por serviços de saúde* coloca-se numa perspectiva crítica em relação à atribuição de recursos apenas aos serviços de saúde quando o objectivo último em vista seja o de atenuar as desigualdades existentes no nível de saúde.

Admite que, se um distrito tem uma má situação sanitária e uma elevada cobertura pelos serviços de saúde, então a melhoria do nível de saúde será conseguida mediante a intervenção em áreas fora do sector da saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde.

Este último critério é aquele que se pode considerar como inovador em relação à metodologia seguida no Reino Unido na redistribuição da despesa em saúde em serviços de cuidados de saúde diferenciados. Baseia-se no princípio do *capital humano*, segundo o qual as intervenções que tenham em vista a melhoria do nível de saúde poderem e, em muitos casos, deverem ser realizadas fora do sector da saúde.

Neste critério procede-se a uma *discriminação positiva*, numa base inversa, em função de indicadores de cobertura de serviços de saúde em cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados.

Um ensaio de aplicação destes critérios à *distribuição da despesa corrente*, tanto em serviços de CSP como de CSD, realizado em Giraldes (1987), revela uma evidente clivagem existente entre o Norte e o Sul do País, verificando-se a maior necessidade de reforço nos distritos do Norte, tradicionalmente com uma pior situação sanitária, enquanto é o distrito em que se situa a capital aquele em que se deverá realizar uma maior redução no finan-

ciamento, embora tivessem sido feitas as correcções resultantes da prestação de serviços, essencialmente no domínio hospitalar, a doentes de fora do distrito. Também dois distritos do Alentejo (Portalegre e Évora) e o distrito de Santarém deverão apresentar elevados decréscimos da despesa corrente se se quiser alcançar uma distribuição equitativa.

2 — Propostas de distribuição da despesa de capital em CSP e em CSD

É distinta a proposta de redistribuição da despesa no que respeita a *despesas de capital* (figs. 3 e 4).

Segundo estes esquemas de distribuição da *despesa de capital* em cuidados de saúde primários e em cuidados de saúde diferenciados, admite-se que apenas a procura potencial resultante da estrutura da população por grupos de idade e sexo, a nível distrital, deverá servir como diferenciadora da distribuição das infra-estruturas pelo País.

Esta é uma posição distinta da que foi seguida no Reino Unido, pelo que carece de justificação.

Segundo Maynard e Ludbrook (1983), o RAWP utiliza um processo de redistribuição das despesas de capital semelhante ao das despesas correntes. As restantes propostas de redistribuição da despesa existentes no Reino Unido — SHARE, SCRAW e PARR — não entram em consideração com as despesas de capital.

Na proposta do RAWP, a população é projectada a cinco anos de distância e as distribuições nos diferentes serviços são combinadas em proporção à despesa esperada em cada serviço nos três anos seguintes. O *stock* de capital total do SNS, expresso em custos de substituição de 1975, é distribuído entre as regiões segundo a população ponderada de acordo com a distribuição do «*stock*» de *capital* desejável.

O «*stock*» de *capital* desejável é determinado no RAWP, segundo Forbes (1979), em função da distribuição da população ponderada, atendendo à utilização esperada em função da estrutura etária e por sexos e à morbilidade, indirectamente medida através de taxas de mortalidade e de fertilidade e do estado civil.

Este autor considera que, embora a metodologia seguida no SHARE — na sua essência semelhante à do RAWP — tenha sido apenas aplicada em relação à distribuição da despesa corrente, poderá ser igualmente utilizada na distribuição da despesa de capital.

Não se defende, conforme está implícito no RAWP, ou segundo Forbes (1979), que as despesas de capital sejam redistribuídas de forma idêntica à das despesas correntes. Considera-se, como se referiu atrás, que se deverá basear apenas na procura potencial da população, estratificada por grupos etários e sexos, a nível distrital.

FIGURA 3

Esquema de distribuição da despesa de capital em cuidados de saúde primários

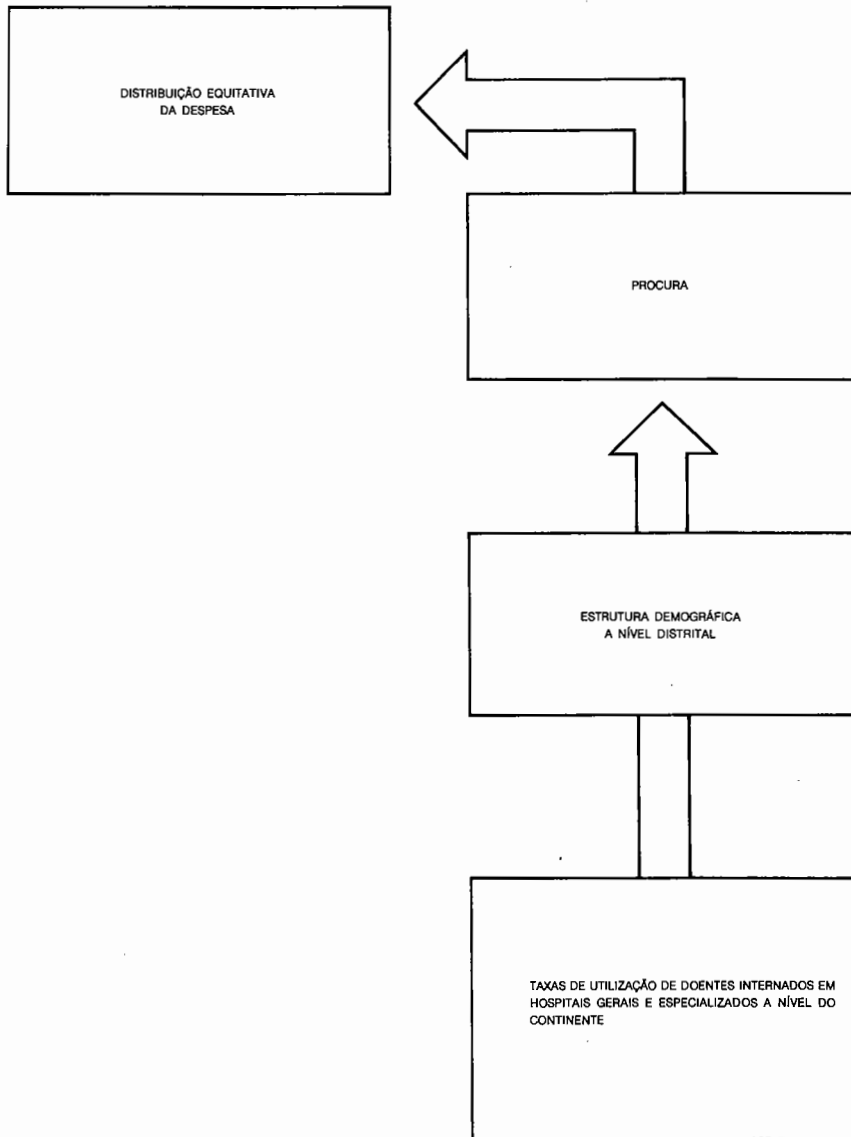
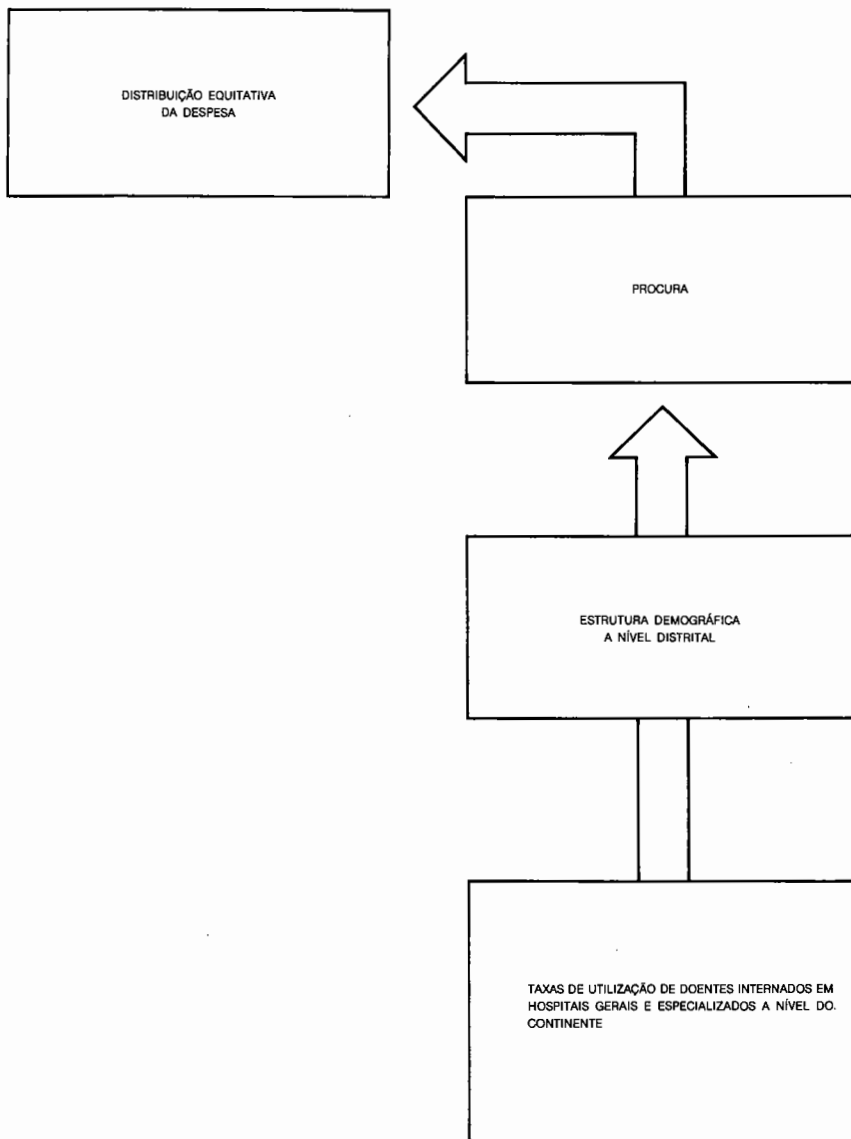


FIGURA 4

Esquema de distribuição da despesa de capital em cuidados de saúde diferenciados



Considerar-se o critério da situação sanitária na redistribuição das despesas de capital seria admitir, por absurdo, que para combater a mortalidade infantil haveria que investir na criação de camas de pediatria ou no aumento da dimensão do centro de saúde.

Além disso, a dotação de camas de um hospital ou a dimensão de um centro de saúde não deverá ser condicionada pelo padrão de mortalidade/morbilidade, ele próprio evolutivo, e deverá basear-se apenas na procura potencial projectada para o momento do seu funcionamento, segundo taxas de utilização por sexo e grupo etário existentes a nível nacional. Caso contrário, estar-se-iam a realizar investimentos em saúde que estariam necessariamente obsoletos passados alguns anos, quando, fruto de intervenções multisectoriais, o padrão de morbilidade se alterasse.

Também o critério da cobertura de serviços de saúde considerado na distribuição da despesa corrente não deverá se considerado relativamente à despesa de capital.

A não consideração do critério da cobertura na redistribuição da despesa de capital segundo um princípio de equidade deve-se ao facto de que, caso o «*stock*» de *capital* tenha sido criado com base na estrutura demográfica da população e respectivas taxas de utilização (a nível do continente), então a única razão para que se verifiquem níveis de cobertura diferentes deriva do funcionamento dos serviços, o que só poderá ser melhorado pela via da distribuição equitativa da despesa corrente.

Admitir-se o contrário, por absurdo, seria admitir que dispor-se de mais camas, só por si, seria suficiente para aumentar a frequência hospitalar, sem atender aos factores que determinam essa baixa frequência hospitalar (falta de recursos humanos, falta de qualidade dos serviços prestados, elevada demora médica, etc.).

Seria igualmente absurdo admitir que o aumento da cobertura em serviços de cuidados de saúde primários poderia ser conseguido à custa do aumento da dimensão do centro de saúde para além da dimensão desejável, determinada pela estrutura demográfica da população e respectivas taxas de utilização, a nível do continente. Será eventualmente necessário aumentar despesas com material — que cabem no orçamento da despesa corrente —, que permitirão, conjugadamente com um reforço dos recursos humanos disponíveis, uma maior cobertura da população pelo centro de saúde, caso o respectivo padrão de morbilidade o justifique.

A metodologia descrita na figura 4 foi ensaiada, a título exemplificativo, utilizando dados de 1983.

Aplicaram-se as taxas de utilização de doentes internados em hospitais gerais e especializados, por grupos etários e sexos e a nível do continente, a todos os distritos, com vista a estimar a procura potencial, dentro de um princípio de equidade na utilização daqueles serviços.

Isto permitiu-nos determinar a estrutura ideal do «*stock*» de *capital* e compará-la com a estrutura actual, grosseiramente expressa em termos do número de camas (1) (quadro n.º 5).

QUADRO N.º 5

Comparação da distribuição desejável do stock de capital com a distribuição real de camas do sector público (1983)

Distritos	Distribuição desejável do stock de capital	Estimativa do stock de capital	Ajustamento necessário (percentagem) (1/2)	Ajustamento em percentagem do stock de capital (percentagem) (3/2)
	Utilização de hospitais gerais e especializados, 1983 (percentagem)	Distribuição de camas do sector público (a), 1983 (percentagem)		
	(1)	(2)	(3)	(4)
Aveiro	6,49	3,99	2,5	62,6
Beja	2,16	1,36	0,8	58,82
Braga	7,18	5,43	1,75	32,22
Bragança	2,05	1,90	0,15	7,89
Castelo Branco	2,74	2,54	0,20	7,87
Coimbra	4,87	13,29	- 8,42	- 63,35
Évora	2,03	2,21	- 0,18	- 8,14
Faro	3,79	2,22	1,57	70,72
Guarda	2,38	1,63	0,75	46,01
Leiria	4,56	2,19	2,37	108,2
Lisboa	21,74	26,07	- 4,33	- 16,61
Portalegre	1,69	1,78	- 0,09	- 5,05
Porto	15,88	15,65	0,23	1,47
Santarém	5,11	7,04	- 1,93	- 27,41
Setúbal	7,06	4,65	2,41	51,82
Viana do Castelo	2,83	2,43	0,40	16,46
Vila Real	2,78	2,36	0,42	17,79
Viseu	4,61	3,21	1,40	43,61

(a) Inclui camas gerais e maternidades. Nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra retiraram-se as camas com funções de hospital central (25 % das camas têm funções de hospital central, segundo os princípios da regionalização).

Este ensaio permite verificar que é flagrante o excesso de «stock» de capital existente principalmente em Coimbra, apesar de terem sido deduzidas as camas com função de hospital central, e, ainda, em Santarém e Lisboa e, em menor grau, em Évora e Portalegre.

Com um «stock» de capital inferior ao desejável referem-se principalmente os distritos de Leiria, Faro, Aveiro, Beja (contrariamente aos outros dois distritos do Alentejo), Setúbal, Guarda e Viseu.

Este tipo de análise poderá ser importante para a definição de grandes linhas orientadoras a nível do planeamento da saúde e da definição de prioridades de intervenção na criação de novas infra-estruturas.

(1) O processo mais correcto, segundo Forbes (1979), teria sido diferenciar as camas por especialidades e atribuir-lhes um diferente valor, de acordo com o respectivo custo de substituição, o que permitiria calcular mais correctamente o «stock» de capital.

V — Conclusões

Não oferece hoje dúvidas que a despesa social pública, designadamente a despesa em saúde, pode promover a igualdade. Em grande número de países com diversos sistemas de saúde — como o Reino Unido, a Suécia, o Canadá e os Estados Unidos —, a equidade é frequentemente considerada, explícita ou implicitamente, como um objectivo a atingir através de uma intervenção pública na prestação de cuidados de saúde. Também em Portugal se encontra subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um princípio de *igualdade de acesso* aos cuidados de saúde.

A maior parte das intervenções do Governo originam problemas de *escolha social*. Quando existem diversas situações que correspondem a estados denominados como óptimos de Pareto, chega-se a um ponto em que o critério de Pareto não é uma condição suficiente para a escolha social. Põe-se então a necessidade de critérios éticos para identificar o ponto «melhor» ou «mais justo» da distribuição de recursos ou de utilidades.

Tem-se consciência de que o benefício que um indivíduo obtém de um dado volume de despesa pública depende, entre outros factores, do próprio indivíduo. A despesa dará origem a um menor aumento de utilidade num indivíduo saudável, pelo que se deverá esperar, como norma, uma progressividade no *output* e, como tal, uma progressividade no *input*.

Considerou-se que a problemática da distribuição da despesa em saúde tendo por objectivo a equidade se poderá enquadrar na «teoria do *maxmin*» de Rawls (1972), ou seja, na maximização do benefício dos mais desfavorecidos, ao apoiar-se num princípio de *discriminação positiva (ou negativa)*, segundo a pior ou melhor situação relativa do nível de saúde e de cobertura por serviços de saúde.

Entre outros, Le Grand (1982) e Mooney (1983) sistematizaram os principais tipos de igualdade a atingir com a distribuição da despesa pública. Como pontos comuns entre as duas linhas de pensamento existem, pelo menos, os seguintes três aspectos: necessidade de os utentes estarem sujeitos ao mesmo gasto privado (monetário e ou tempo) no acesso aos cuidados de saúde; promover-se a igualdade na utilização dos serviços através da distribuição da despesa pública; existência de uma associação entre a despesa pública e os indicadores de saúde.

A análise empírica das desigualdades em saúde, em Portugal, demonstra que, de uma forma geral, são maiores as desigualdades entre indicadores de cobertura de serviços em CSP do que em indicadores de situação de saúde em grupos de risco particularmente sensíveis à intervenção daqueles serviços.

É, além disso, evidente a coincidência entre as assimetrias na distribuição da despesa corrente em CSP e as desigualdades nos indicadores de cobertura por áreas de despesa.

A comparação entre a forma como evoluíram as medidas de desigualdade entre os dois períodos considerados evidencia que, de uma forma geral, é sensivelmente semelhante o modo como aquelas desigualdades se atenuam, con-

trariamente à hipótese inicialmente estabelecida de que seria mais fácil reduzir as desigualdades em indicadores de cobertura de serviços de saúde do que em indicadores de resultado.

É de salientar a necessidade de uma *discriminação positiva* a realizar pelo sector da saúde na área dos CSP, em especial no que respeita a *actividades preventivas*, que são aquelas em que as desigualdades menos se atenuaram no período em análise, para o que poderá contribuir, decerto, uma *estratégia de redistribuição equitativa da despesa*.

Apresentam-se propostas de redistribuição equitativa da despesa em CSP e CSD, segundo o tipo de despesa: despesas correntes ou de capital.

Ao contrário do que se defende no Reino Unido, propõe-se que os critérios que presidem à distribuição da despesa corrente sejam distintos dos da despesa de capital. Considera-se que esta última categoria de despesa se deverá basear apenas na procura potencial da população, estratificada por sexos e grupos etários, a nível distrital, segundo taxas de utilização existentes a nível do continente.

Um ensaio de aplicação destes critérios à *distribuição da despesa corrente*, tanto em serviços de CSP como de CSD, realizado em Giraldes (1987), revela uma evidente clivagem entre o Norte e o Sul do País, verificando-se a maior necessidade de reforço nos distritos do Norte, tradicionalmente com uma pior situação sanitária, em oposição ao distrito de Lisboa, em que se deverá verificar a maior redução.

Ensaiou-se ainda a aplicação da metodologia proposta à *distribuição da despesa de capital* em CSD, comparando a distribuição desejável do *stock* de capital com a distribuição real de camas do sector público, tendo-se concluído pela existência de grandes assimetrias na respectiva distribuição, sendo agora Coimbra o distrito mais sobredotado, apesar das correcções realizadas, devido a desempenhar funções de hospital central.

BIBLIOGRAFIA

- ARROW, K. J. (1971), «The utilitarian approach to the concept of equality in public expenditure», Quarterly Journal of Economics, in Phelps, E. (1973), *Economic Justice, Selected Readings*, Harmondsworth, Penguin Education.
- As Metas da Saúde para Todos no Ano 2000. Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*, Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento, Ministério da Saúde, 1987.
- CANOTILHO, J. J. Gomes, e MOREIRA, Vital (1985), *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 2.ª ed. rev. e ampliada, Coimbra.
- CULYER, A. J. (1980), *The Political Economy of Social Policy*, Oxford, Martin Robertson.
- FORBES, J. (1979), «Capital valuation and the health services: A review of theory and practice», University of Aberdeen, HERU, Discussion paper 01/79, 19 páginas.
- (1979), «Sharing health service capital resources in Scotland», University of Aberdeen, HERU, Discussion paper 02/79, 17 páginas.
- GIRALDES, M. R., «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS. Alguns contributos», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vols. n.ºs 3-4, Julho/Dezembro 1987, pp. 27-33.

- LE GRAND, J. (1982), *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*, London, George Allen & Unwin, 192 páginas.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. (1983), «The allocation of health care resources in the United Kingdom», *Health and Welfare States of Britain*, s. l., s. e.
- McGUIRE, A., HENDERSON, J., e MOONEY, G. (1988), *The Economics of Health Care. An Introductory Text*, London Routledge & Kegan Paul.
- MOONEY, G. H. (1983), «Equity in health care: Confronting the confusion», *Effective Health Care*, 1 (4), pp. 179-184.
- PEREIRA, J., CAMPOS, A. C., CORTÊS, M. F., e COSTA, C., «Equidade geográfica no sistema de saúde português» (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio 1985).
- PHELPS, E. (1973), *Economic Justice. Selected Readings*, Harmondsworth, Penguin Education.
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (1978), *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS/FISE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Declaração de Alma-Ata. Recomendações*, Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento, Ministério da Saúde e Assistência.
- SINDICATO DOS MÉDICOS DA REGIÃO SUL (1979), *Serviço Nacional de Saúde. Lei de Bases*, Lisboa, Sindicato dos Médicos da Região Sul (*Cadernos de Saúde 1*), 19 páginas.
- WILES, R. (1984), *A Critical Guide to Health Service Resource Allocation in London*, London, The Greater London Council.