

SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA

Estudo comparativo em oito países da Comunidade Europeia

Paula Santana*

Resumo

O desenvolvimento e a estrutura dos sistemas de saúde tem evoluído quer temporal quer espacialmente, repercutindo as condições sociais e económicas dos diferentes países. Assim, a classificação de sistemas de saúde é resultante de várias condicionantes que decorrem em parte das influências e afinidades políticas, sociais e de localização geográfica dos países e, igualmente, da tipologia administrativa e dos sistemas governativos.

Fundamentalmente podem ser referidos dois sistemas de cuidados de saúde que procuram cobrir toda a população: O sistema da segurança social (seguro-doença) - de responsabilidade para-estatal - e o serviço nacional de saúde - da responsabilidade total do estado.

É nosso objectivo neste artigo analisar a estrutura e funcionamento dos sistemas de cuidados de saúde em oito países europeus. Os sistemas de cuidados de saúde mantêm relações estreitas com a estrutura dos sistemas administrativos e económico-social em que se integram e constituem resposta às necessidades nacionais de saúde de forma diferente. Após comparar alguns indicadores de natureza económica, demográfica e de utilização de cuidados nos oito países referidos, aborda-se a natureza e características do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português de 1979 e a sua evolução até aos tempos mais recentes, com o seu novo Estatuto publicado já este ano.

Palavras Chave: Sistemas de saúde, Europa, SNS Português.

Résumé

Les caractéristiques et structure des systèmes de santé évoluent avec le temps et dans les différents pays, en traduisant ses conditions sociales et économiques. La classification des systèmes de santé est le résultat d'un grand nombre de variables dans le cadre des influences et affinités sociales et politiques, de la position géographique des pays et, aussi, de la nature de ses administrations et systèmes de gouvernement.

On peut signaler deux prototypes de systèmes de santé qui encadrent les différences nationales des pays étudiés et qui cherchent à satisfaire les besoins de santé de ses citoyens. Le système de sécurité social (assurance-maladie) - de la responsabilité partielle de l'état - et le service national de santé - de la responsabilité total de l'état.

Cette communication essaye d'analyser la structure et fonctionnement des systèmes de santé dans huit pays européens. Les systèmes de santé ont des relations étroites avec les systèmes administratifs, sociaux et économiques de chaque pays et constituent des réponses différentes aux besoins nationales de santé. Après la comparaison de quelques indicateurs économiques, démographiques et d'utilisation des services de santé des pays étudiés, on caractérise la nature et spécificités du Service National de Santé du Portugal (1979) et sa évolution jusqu'aujourd'hui, notamment après la publication, il y a quelques mois, de son nouveau cadre réglementaire.

Mots-clés: Systèmes de santé, Europe, SNS Portugais.

* Instituto de Estudos Geográficos, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra

Abstract

The development and structure of health services changed over time and in different countries, reflecting their social conditions and economics. Thus, the classification of health systems depends of various conditions which results of social and political influences and affinities, of the geographical location of the countries and, equally, of the type of administration and government.

Fundamentally, we can refer two different health care systems which aim to cover the whole population: the social security (health insurance) and the National Health Service .

Our objective in this paper is to analyse the structure and functioning of health care systems in eight european countries. Health care systems maintain close relation with the structure of administrative and economic-social systems within which they are integrated and answer national health needs in different ways.

The final section of this paper considers the Portuguese NHS its nature and characteristics.

KeyWords: Health systems, Europe, Portuguese NIIS.

1. ABORDAGEM AO CONCEITO DE SAÚDE

Hoje, a "Saúde" é entendida não como um conceito objectivo ou como um estado de expressão exclusivamente biológica, mas como um modelo complexo em que a qualidade da vida individual e os seus componentes psíquicos e sociais, reflexos dos "estilos de vida", relevam cada vez mais.

GRANDE (1991) refere que a saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento. Os grandes progressos na qualidade de vida foram mais significativos na melhoria dos níveis de saúde das populações do que as novas conquistas na assistência à doença. Não se pode encarar a relação Saúde/Doença, pois não é possível considerar a doença como um acidente pessoal e por isso tentar solucioná-lo, resolvendo o problema em si mesmo. É necessário antes resolver ou minorar as causas e os efeitos que estão a montante e a jusante.

Alterações sociais, económicas e culturais ocorridas nos últimos anos, têm provocado aumento nos níveis de saúde (AGBONIFO, 1983). A diminuição da pobreza, a melhoria nos níveis de nutrição, a higiene do meio, a melhoria nas infra-estruturas urbanas, como por exemplo, a qualidade da água distribuída e o alargamento da malha consumidora, são alguns factores que estão implícitos no estado de saúde de uma região ou de um país.

Assim, o estado de saúde e o nível de desenvolvimento estão intimamente relacionados e esta relação é o reflexo da qualidade das políticas de saúde e dos cuidados de saúde disponíveis na comunidade.

Uma política de saúde correcta deve ser desenvolvida no sentido de eliminar as causas, mais do que curar as doenças. Para que isso se

torne possível, é necessário melhorar a nutrição, a qualidade da água, o emprego e a qualidade de vida (TOWNSEND, 1986). É relevante difundir a noção de prevenção e promoção da saúde e criar estruturas com esse objectivo. A boa acessibilidade e aceitabilidade dos serviços, espalhados por áreas que sejam acessíveis cada vez a um maior número de pessoas, são também metas importantes a alcançar, como referem alguns autores (ANDERSON e FLEMING, 1980; ENTHOVEN, 1984).

Os serviços de saúde públicos, tendo como objectivo ir ao encontro das necessidades sociais, de modo a proporcionar bem-estar, têm objectivos humanitários, mais do que motivações puramente económicas. São pois serviços sociais, oferecidos a todos os cidadãos; reconhecem-se, todavia, as diferenças na percepção do que é a doença e a saúde. A saúde e a doença são dois pólos da experiência de cada indivíduo.

A doença, reconhecida em termos clínicos, para além da percepção pessoal feita pelo indivíduo, é um passo importante no planeamento e organização do sistema de cuidados de saúde e na localização dos recursos, dentro de cada sistema de saúde. No entanto, é muito importante conhecer o "intervalo" que se estabelece entre a percepção da doença por parte do indivíduo, que corresponde à observação e racionalização individual com uma base cultural e de conhecimentos anteriores adquiridos, e a doença medida e cientificamente julgada pelos profissionais de saúde. SHANNON (1977) refere que existem valores, atitudes e que o exercício da personalidade têm uma influência sobre a percepção, interpretação e resposta à doença.

O papel da medicina está implícito na alteração dos níveis de Saúde e na diminuição da mortalidade mas, como é possível separar o

contributo dos médicos de outros benefícios que foram sendo obtidos e que têm a ver com a alteração das condições de vida da população? CAMPOS (1989) refere que é muito difícil medir a contribuição que a medicina tem nos níveis contemporâneos da saúde. Dado que não há informação estatística dos resultados de todos os tratamentos médicos, não existe a possibilidade de avaliar os recursos gastos com a prestação de cuidados de saúde, tanto em termos financeiros como na sua contribuição para a saúde da comunidade: por exemplo o parto hospitalar, a saúde materno-infantil, a luta contra a tuberculose, o cancro, etc..

A medicina tem sido concebida como prática da possibilidade de alívio do sofrimento humano, especialmente no tratamento de doenças infecciosas, na remoção de órgãos patogénicos, aplicação de quimioterapia e outros; mas têm de ser definidos os limites que possibilitam à medicina alcançar a saúde ou estilos de vida saudáveis. Assim, a medicina é, na maior parte dos casos, mais uma intervenção física e química do que a reestruturação completa da "normalidade" e bem estar dos indivíduos

As alterações que se produzem na ciência em geral e na medicina em particular têm evoluído e surgem neste momento de forma mais consciente e generalizada, no sentido de ir ao encontro de mudanças não exclusivamente tecnológicas. WOLFE (1984) refere que a utilização de cuidados médicos implica políticas que não devem induzir excessivos ou inapropriados crescimentos na procura e na oferta de serviços. REINHARDT (1985, p. 188) apresenta a teoria das necessidades induzidas pelos médicos. CROMWELL e MITCHELL (1986) escrevem também sobre as necessidades induzidas, mas pelos cirurgiões.

Por outro lado, verificam-se necessidades reais que não são expressas em termos de procura e utilização de serviços de saúde. São as chamadas necessidades não correspondidas ou, ainda, não satisfeitas por não ter sido concluído o ciclo teórico que é iniciado com a percepção da necessidade, por exemplo, e é concluído com a utilização dos serviços de saúde, quer ao nível primário quer ao nível hospitalar.

Em suma, o entendimento da problemática em questão — conceito de saúde e doença, e modelos de procura e utilização, a partir da percepção da necessidade de actos médicos — tem cada vez mais uma componente pessoal e um maior significado social (IGUN, 1979), pelo contributo que a educação para a saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis têm ganho nas últimas décadas.

2. RECURSOS

Há uma necessidade crescente e renovada de absorver novos conhecimentos acerca das alterações na saúde e nas condições sociais e, simultaneamente, reflectir sobre os constrangimentos e a fraqueza inerentes aos serviços de saúde em geral (PEREIRA, 1989).

Um dos objectivos prioritários da Organização Mundial de Saúde (1978) é reduzir as diferenças em matéria de saúde (Meta 1 do programa de saúde para todos), permitindo a igualdade perante a saúde e organizando as infra-estruturas dos sistemas de prestação de cuidados de forma a que haja uma distribuição de acordo com as necessidades e sejam económicas e culturalmente acessíveis e aceites pela população (Meta 27 do programa de saúde para todos).

A equidade é, no seu conceito mais amplo, igualdade de resultados, ou seja, igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades, muito próximo do ideal de "justiça social" e "justiça distributiva" (WHITE, 1979, p. 59).

A referida Meta 27, que concerne à "distribuição dos recursos", pretende que a organização dos serviços se adeque às necessidades, em termos de distribuição, tornando-os física e economicamente acessíveis (JANICAS, 1988).

GIRALDES (1988) refere a noção de equidade, apresentando as perspectivas de LE GRAND (1982) e MOONEY (1983): 1)- igualdade da despesa per capita (mera igualdade estatística de consumo de recursos financeiros); 2)- igualdade de recursos para necessidades iguais (igualdade de resposta em termos de tipo, qualidade, local e preço, para situações de doenças iguais); 3)- igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades (igualdade de possibilidades de aceder aos serviços, isto é, garantia de igualdade na "transformação" da procura potencial em procura expressa); 4)- igualdade de utilização para iguais necessidades (igualdade na satisfação da procura expressa); 5)- igualdade de satisfação de necessidades marginais (igualdade na satisfação para grupos de risco); 6)- igualdade de saúde (igualdade dos resultados dos estilos de vida e dos cuidados de saúde prestados). Pode, então, concluir-se que existem três pontos comuns: a) acesso igual para os utentes (tempo e custo); b) igualdade na utilização dos serviços, pela distribuição da despesa pública; c) relação entre a despesa pública e indicadores de saúde.

Importa referir que a distribuição dos recursos é um ponto fundamental nesta abordagem. A localização dos serviços de saúde, ao estar

próximo da população mais carenciada em termos económicos, aumenta as possibilidades de utilização dos serviços, porque a distância a percorrer entre o local de residência e o da oferta dos serviços de saúde é menor, assim deixando a distância de ser uma barreira ao acesso dos serviços.

A utilização dos serviços (procura expressa) faz-se, em muitos casos, como reflexo, em áreas geográficas de maior dificuldade de acesso, da proximidade relativamente aos utentes, mais do que pela necessidade percebida ou clinicamente demonstrada.

Esta associação entre a utilização e a proximidade dos recursos é influenciada por outros factores, de que os mais importantes são o grupo socio-económico, sexo e grupo de idade; ela verifica-se com mais frequência na utilização dos cuidados de saúde primários, isto é, está intimamente ligada com a percepção da doença e a sua potencial gravidade.

A procura e a oferta dos serviços de saúde são, de alguma forma, o resultado da assimetria de informação entre o utilizador e o médico dos serviços de saúde. Assim, a implantação e a produção desses serviços (ao médico cabe um papel fundamental) são indutores da procura e utilização. No entanto, e na maior parte dos casos, cabe ao utente a decisão da primeira visita. A qualidade da prestação de cuidados e a informação que o médico proporciona é uma das condicionantes de procuras posteriores.

3. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Ao tentar analisar a evolução dos sistemas de prestação de cuidados de saúde nos países da Europa, verifica-se que implicações de ordem económica, social e política lhes conferem particularidades que os distinguem e individualizam. No entanto, nas últimas três ou quatro décadas é reconhecido que foi feito um esforço no sentido de alcançar um objectivo de generalizar a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde. CAMPOS (1983, p. 13) refere que as alterações aconteceram após a última guerra, quer nos sistemas de seguro-doença, quer nos sistemas de serviço nacional de saúde atingindo níveis de cobertura da quase totalidade da população, ainda antes da década de setenta. A conjuntura económica era propícia ao aumento quer quantitativo quer qualitativo dos serviços de saúde. Como consequência desse facto verificou-se uma intensificação da procura e utilização dos

serviços de saúde reflectindo-se num crescimento dos gastos públicos em saúde na totalidade dos países da OCDE - entre 1962 e 1974 passaram de 2,6% para 4,4% do Produto Interno Bruto.

Em 1992 foi iniciado o mercado de economia livre entre os doze membros da Comunidade Europeia; França, Alemanha, Itália, Bélgica, Países Baixos, Luxemburgo, Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Grécia, Espanha e Portugal. Mas será que a Europa integrada economicamente corresponderá a uma Europa saudável?

Nos doze países da Europa são aplicados sistemas de saúde diferentes com o objectivo de fornecer uma cobertura médica e sanitária aos seus habitantes.

Um sistema de saúde corresponde, segundo FERREIRA (1988, p. 63), "ao conjunto de regras orientadoras de actividades desenvolvidas por serviços organizados pela sociedade, sob a forma mais ou menos complexa de agentes prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de conseguir mais saúde para as pessoas, e dependerá em grande parte dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes em que tem de se inserir, ou em que assente raízes".

3.1. Tipos de Sistemas de Saúde

Os sistemas de cuidados de saúde são conjuntos de diversos tipos de recursos que visam a prestação generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde. A responsabilidade pelo financiamento dos cuidados de saúde distribui-se de forma diferente entre o Estado e os cidadãos mas, genericamente, os sistemas que hoje existem são de tipo misto e de tipo nacional. No primeiro caso - tipo misto - há uma parte que é suportada pelos próprios beneficiários através de contribuições em regime de pré-pagamento ou por quotas em regime de seguro (seguro-doença da previdência, da segurança social ou instituições públicas ou privadas específicas). Incluem-se neste tipo de sistema os países da Europa Central. No segundo caso - tipo nacional - as despesas são cobertas, na sua maioria, por verbas do orçamento do Estado; são deste tipo os Serviços Nacionais de Saúde do Reino Unido e Portugal. Entre um e outro tipo de sistemas de saúde, ainda numa fase instável de evolução, com aumento da intervenção do Estado, encontram-se três países da CEE: Espanha, Grécia e Itália. Assim, reduzidas esquematicamente a apenas dois tipos, é possível encontrar variações em cada um dos países da Europa Ocidental.

A Europa surge, desta forma, como um conjunto heterogéneo de sistemas de saúde,

reflexo do mosaico cultural, social, económico e político. Sistematizando, poder-se-á referir, no entanto, que existe um quadro geral de referências comuns nos sistemas de saúde na Europa, designadamente entre o conjunto dos países mais ricos do Norte da Europa, com um rendimento per capita superior a 12.500 US\$, incluindo a França, e o conjunto dos Países menos ricos do Sul. As realidades não são, no essencial, opostas: filosofias de sistemas de saúde, pontos de vista médico-sanitários e a busca da eficácia dos sistemas de saúde são idênticos. Reino Unido e Portugal são, no entanto, os dois únicos representantes de sistemas de saúde tipo Serviço Nacional de Saúde (SNS). As últimas alterações verificadas no SNS (apenas ao nível legislativo ainda sem aplicação prática) português ferem profundamente, não obstante as repetidas afirmações políticas em sentido contrário, as características verdadeiramente definidoras de um sistema de tipo SNS. De qualquer forma, e como adiante será demonstrado, apesar de desde 1979 Portugal possuir um SNS, é o país em que os cidadãos, as famílias e as empresas suportam uma maior parcela das despesas com a saúde, naquilo que pode ser considerado como a negação do princípio de universalidade e gratuidade do SNS. A previsível institucionalização do co-pagamento dos cuidados prestadores no âmbito do SNS português representa o reconhecimento da incapacidade do Estado para manter um sistema de saúde que, por exemplo no Reino Unido, tem

assegurado níveis de saúde e de despesas com a saúde assinaláveis no contexto europeu.

3.1.1. Estudo da situação em alguns países da Europa

Significativas alterações demográficas - diminuição da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida - têm, nos últimos anos, provocado mudanças. A implementação de novas técnicas aplicadas à prática da medicina, bem como o quadro demográfico em mudança, implicam a reestruturação dos serviços de saúde em geral, tornando-os mais eficazes e eficientes, e a racionalização da utilização de recursos humanos, materiais e financeiros que muitas vezes são escassos.

Embora com ênfase diferente de país para país, na Europa Comunitária os problemas são essencialmente os seguintes: 1- persistência de lacunas no acesso aos serviços, 2- aumento rápido das despesas com a saúde, 3- inquietude quanto à eficácia e aos resultados dos cuidados.

Este artigo apresenta um breve estudo comparativo dos sistemas de saúde na Europa, em oito países: Alemanha, Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Itália, Reino Unido e Portugal.

Poderá parecer difícil a comparação entre estes países, mas o que se pretende é tentar caracterizar os sistemas de saúde da Europa. No quadro 1 podem observar-se os tipos de sistemas de saúde

QUADRO 1 - SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA
OITO SISTEMAS DE SAÚDE: ALGUNS INDICADORES - 1987

<i>Tipo de Sistema de Saúde</i>	ALEMANHA <i>MISTO</i>	DINAMARCA <i>MISTO</i>	ESPAÑA <i>MISTO TRANSIÇÃO</i>	FRANÇA <i>MISTO</i>	GRÉCIA <i>MISTO TRANSIÇÃO</i>	ITALIA <i>MISTO TRANSIÇÃO</i>	PORTUGAL <i>SERVIÇO NACIONAL SAÚDE</i>	REINO-UNIDO <i>SERVIÇO NACIONAL SAÚDE</i>
INDICADORES:								
População (000)	61077	5130	38830	55627	9998	57345	10280	56930
Despesas totais com a saúde por habitante (\$EU) (a)	1093	792	521	1090	337	841	386	758
Despesas totais com a saúde % PIB	8,2	6,0	6,0	8,6	5,3	6,9	6,4	6,1
Despesas públicas com a saúde % PIB	6,3	5,2	4,3	6,4	4,0	5,4	3,9	5,3
Despesas privadas com a saúde % PIB	1,9	0,8	1,7	2,2	1,3	1,5	2,5	0,8
Despesas públicas nas Despesas totais %	77	87	72	80	75	78	61	87
Repartição das despesas públicas da saúde:								
Hospitais	43,0 (1983)	73,9 (1984)	42,5 (1981)	59,5 (1984)	49,5 (1982)	55,3 (1984)	46,3 (1983)	59,7 (1979)
Ambulatórios	25,5	22,0	16,7	22,9	13,4	27,8	20,7	11,2
Consumo de medicamentos	19,2	4,8	15,8	13,1	14,8	13,0	20,3	10,3
Outras despesas	12,3		25,7	7,9	22,3	4,6	12,7	20,0
Consultas médicas por pessoa	11,5 (1986)	5,2 (1985)	5,3 (1986)	7,1	5,3 (1982)	10,9	2,4	4,5 (1986)
Consumo de medicamentos por pessoa	12,2	6,1 (1986)	11,3 (1984)	28,9 (1981)	7,4 (1982)	19,3	17,2	7,3
Esperança de vida das mulheres à nascença	78,4 (1986)	77,6	80 (1985)	80,3	78,9 (1986)	78,8 (1986)	76,9	77,6
Esperança de vida dos homens à nascença	71,8 (1986)	71,8	74 (1985)	72	74 (1986)	72,2 (1986)	69,9	71,9
Mortalidade infantil	0,83	0,83	0,87 (1986)	0,76	1,17	0,96	1,42	0,91
Mortalidade perinatal	0,73	0,88	1,12 (1986)	0,99	1,45	1,24	1,67	0,90
Taxa bruta de mortalidade (1000 residentes)	11,2	11,3	7,9 (1986)	9,5	9,5	9,3	9,3	11,3

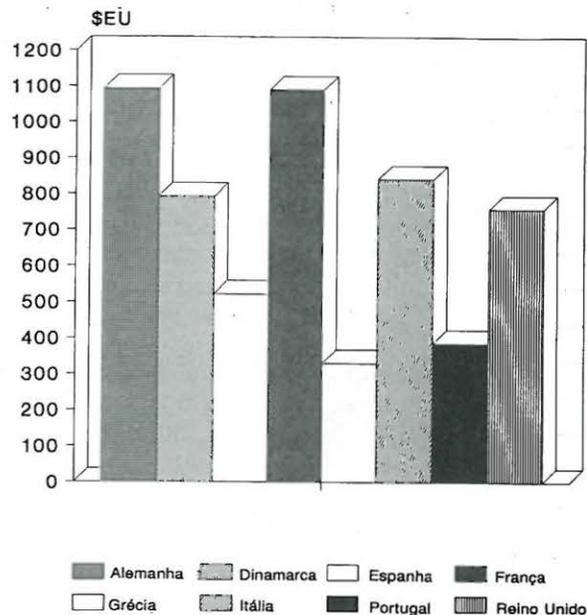
(a) Os montantes são calculados em Dólares E.U., utilizando as paridades de poder de compra do PIB
Fonte: OCDE, 1990

caracterizadores dos sistemas de saúde da Europa: misto, misto em transição e serviço nacional de saúde. No sistema de saúde misto a responsabilidade da organização, financiamento e funcionamento dos serviços de saúde não é inteiramente do Estado, sendo suportado pelos próprios beneficiários por contribuições em regime de pré-pagamento (avença) ou por quotas em regime de seguro (seguro-doença). Dentro deste tipo encontramos os países Nórdicos (Dinamarca) com um sistema misto de clínica livre, de convénios e de serviços do Estado, com financiamento predominantemente por impostos do Estado e dos órgãos locais. Nos países da Europa Central (Alemanha e França) o sistema de saúde é misto, mas a intervenção do Estado é menor, sendo maior a contribuição da segurança social. Com um sistema misto de transição situam-se três países da Europa Mediterrânea (Espanha, Grécia e Itália). Estes sistemas de saúde misto estão em fase de evolução com tendência para o aumento da intervenção do Estado, não podendo ser considerados serviços nacionais. O serviço nacional de saúde constitui um conjunto de serviços prestadores de cuidados primários e secundários a toda a população, incluindo medidas de reabilitação, sob a forma de cobertura médico-sanitária. É universal, geral e gratuito, sendo as despesas suportadas por impostos incluídos no orçamento do Estado (FERREIRA, 1989), simultaneamente financiador, prestador e pagador dos cuidados de saúde.

Ainda no quadro 1 são apresentados alguns indicadores relativos às despesas com a saúde, à actividade médica e ao estado de saúde, nos oito países seleccionados. Verificam-se grandes disparidades entre os países e entre os sistemas de saúde.

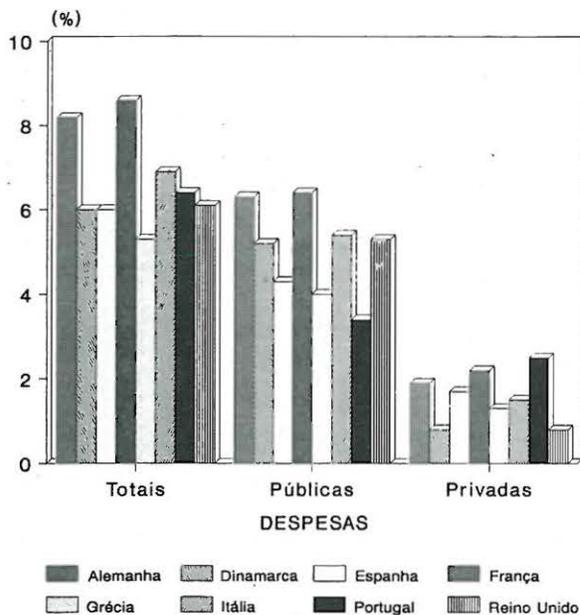
De entre os países com tipo de prestação de serviços de saúde misto estudados, a Alemanha e a França destacam-se pelo consumo com a saúde per capita mais elevado, 1093 \$EU e 1090 \$EU (figura 1), cerca do dobro de Espanha e três vezes mais do que a Grécia e Portugal.

É também na Alemanha e França que se registam as percentagens mais altas de despesas totais com a saúde relativamente ao PIB (8,2% e 8,6%, respectivamente). Nos outros países os valores percentuais são inferiores e oscilam entre os 5 e os 7%, correspondendo o valor mais baixo à Grécia (figura 2). Embora pudéssemos ser levados a pensar que a um tipo de sistema de saúde corresponderia, grosso modo, um tipo de financiamento (maioritariamente público ou privado) das despesas com a saúde tal não se verifica. Por exemplo, Alemanha e Dinamarca, com sistema misto, apresentam consumos



Fonte: OCDE, 1990

Fig. 1 - Despesas com a saúde. Despesas totais por habitante em alguns países da Europa - 1987

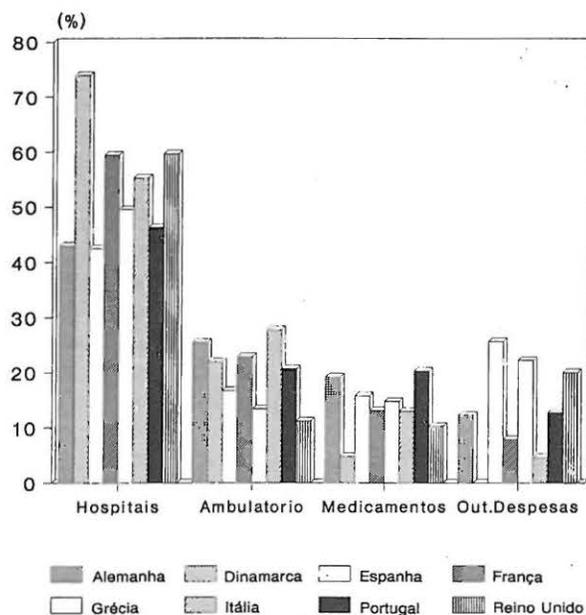


Fonte: OCDE, 1990

Fig. 2 - Despesas com a saúde. Percentagem no P.I.B. em alguns países da Europa - 1987

percentuais públicos relativamente ao total das despesas com a saúde diferentes, com valor superior na Dinamarca (87% contra 77% na Alemanha). Mais discrepante é a comparação entre os SNS de Portugal e Reino Unido. Tendo Portugal um sistema tipo SNS, e contrariamente ao que seria de esperar, é o sistema de saúde em que existe uma maior percentagem de gastos privados com a saúde (39% sobre o total das despesas). Por esse facto não admira que seja, também, o que tem gastos públicos mais baixos, seguido da Espanha (72%) e da Grécia (75%) (com sistemas de saúde mistos em transição).

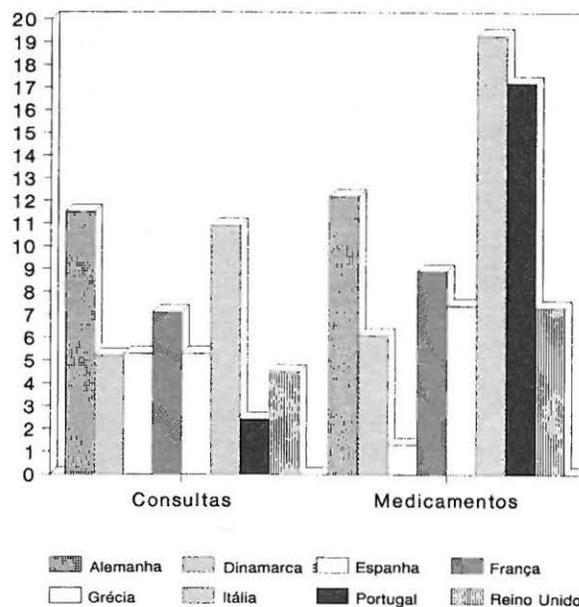
As despesas públicas são canalizadas maioritariamente, em todos os países considerados, para os cuidados hospitalares (53,7%). Dinamarca, França, Itália, e Reino Unido são os países com valores percentuais acima do valor médio dos oito países. Dinamarca sobressai claramente no contexto em estudo (figura 3). Cerca de 20% das despesas públicas são gastas em ambulatorio, nos oito países. Alemanha, Dinamarca, França, e Itália destacam-se por apresentarem valores superiores ao valor da média. O consumo de medicamentos nas despesas públicas é mais elevado na Alemanha, Espanha, Grécia e Portugal, que é o país com mais despesas públicas relativas em medicamentos.



Fonte: OCDE, 1990

Fig. 3 - Despesas com a saúde. Repartição das despesas públicas em alguns países da Europa - 1987

Também os factores de utilização (consultas médicas e número de embalagens de medicamentos por pessoa) é heterogéneo (figura 4). Nos oito países a média de consultas por pessoa foi de 6,5 e de medicamentos 13,7. A Alemanha e a Itália lideram no conjunto dos oito países. Portugal apresenta, também, valor elevado de número de medicamentos por pessoa, mas é o país com menor número de consultas per capita.

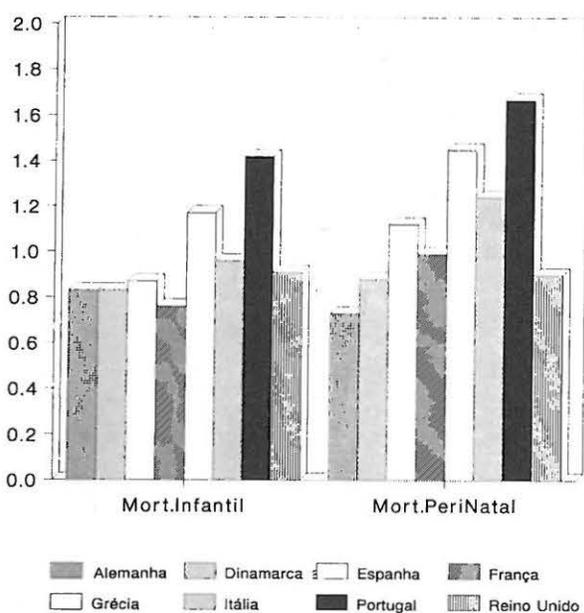


Fonte: OCDE, 1990

Fig. 4 - Média de consultas e de medicamentos per capita em alguns países da Europa - 1987

Embora não possa, com segurança, estabelecer-se uma relação de causalidade entre despesas com saúde e taxas de mortalidade, sobressaem, nas taxas de mortalidade infantil e perinatal, as posições de França e Alemanha (maior percentagem do PIB para a saúde, menores taxas de mortalidade) e Grécia e Portugal, com taxas de mortalidade infantil e perinatal mais elevadas (figura 5).

Quanto à mortalidade geral, verifica-se que é nos países com população mais envelhecida que, naturalmente, se verifica maior taxa bruta de mortalidade.



Fonte: OCDE, 1990

Fig. 5 - Mortalidade infantil e mortalidade perinatal em alguns países da Europa-1987

O Sistema de Saúde em Portugal

Nas últimas décadas, o Estado Português tem vindo a assumir um papel preponderante no Sistema de Saúde Português.

Não tendo seguido, por razões conhecidas, o percurso dos países ocidentais até ao "Welfare State", Portugal, país periférico com um atraso no desenvolvimento de contornos estruturais, apenas em 1971, com a importante legislação então publicada e da responsabilidade do Prof. Gonçalves Ferreira (Decreto Lei nº 413/71, de 27 de Setembro), conhece aquilo que pode considerar-se como o desenho de um sistema de saúde.

De facto, até essa data, o papel do Estado - aliás consequência do estatuto social e político da Saúde - reduzia-se, na sua maior expressão, ao de financiador; apenas operava como produtor de cuidados de saúde em áreas complementares ou de formação de pessoal de saúde, principalmente médicos.

Antes de 1974, apenas cerca de 40% da população estava coberta por esquemas de

protecção na doença ("gratuitos" ou "porcionista"), sendo os encargos com a saúde assumidos, em relação aos citados 40%, pela Previdência Social, parcial ou totalmente. Os restantes cidadãos portugueses suportavam os encargos com os cuidados de saúde.

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel tímido, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às Misericórdias e a entidades sem fins lucrativos. A actividade privada de prestação de cuidados de saúde com fins lucrativos, aliás como acontece ainda actualmente, distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando uma fraca estrutura empresarial. É ainda no governo de Marcelo Cactano que é criado um Serviço Nacional de Ambulâncias e se assiste à estruturação das carreiras médicas, de administração hospitalar, farmacêuticas, de enfermagem e de serviço social.

A profunda alteração política determinada pelo 25 de Abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no sector da saúde.

A Constituição de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais e o "aggiornamento" socio-político do país, cria um Serviço Nacional de Saúde, inspirado no modelo inglês: garante do direito à protecção da saúde de todos os cidadãos, baseava-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde.

Assiste-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento, até valores superiores a 99%, da cobertura da população portuguesa na doença (quer através da assumpção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou subsistemas de saúde - funcionários públicos, militares, bancários, etc - quer através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde). Paralelamente, verifica-se uma melhoria significativa e sustentada dos indicadores de saúde dos portugueses.

Por exemplo, a criação do Serviço Médico à Periferia, que integrava a formação dos médicos e se constituía como forma de desconcentração dos recursos de saúde, teve um impacto importante no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde e reflectiu-se positivamente, por exemplo, na taxa de mortalidade infantil: diminui, entre 1975 e 1982, de 38,9% para 19,8% (SIMÕES, 1986, p. 450). A nacionalização dos hospitais das Misericórdias e a integração do seu pessoal na Função Pública, tomaram o Estado português no maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim alia, a partir dessa altura, o seu papel de

principal financiador dos cuidados de saúde ao de principal prestador.

Em 1979, com criação do Serviço Nacional de Saúde (Dec. Lei 56/79, mais conhecida por Lei Arnaud), verificam-se alterações significativas na estrutura e organização dos serviços públicos de saúde. Alterações que, em pontos importantes, acabam por nunca vir a ser concretizadas, sujeitas que são quer às oposições ao modelo definido de prestação de cuidados (a velha querela entre o público e o privado) quer às dificuldades objectivas de implementação, principalmente de natureza financeira.

Em 1980, no entanto, surge um novo período "em que o Estado inicia o lançamento de um novo modelo de prestação de cuidados de saúde diferente do configurado na Constituição e também parcialmente diferente do definido pela Ordem dos Médicos" (SANTOS, 1987, p. 49). SANTOS refere ainda que se verifica uma desvalorização dos direitos sociais e se assiste a uma perda de qualidade dos Serviços de Saúde, sujeitos a uma procura sempre crescente e sem recursos suficientes para lhe fazer face, ao mesmo tempo que as entidades privadas conseguem adquirir uma parte importante na produção de alguns bens e serviços de saúde, subtraindo-os ao Estado, ao qual passa a caber um papel, cada vez mais pesado, de mero financiador.

Todavia, é também a partir de 1980 que se começam a verificar as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, com a criação das "taxas moderadoras" que, segundo a lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, no seu artigo 7º, só podem ser aceites quando visem "racionalizar a utilização das prestações". O que de facto aconteceu foi que a gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), deixa de funcionar, objectivamente, tendo-se as taxas moderadoras transformado em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde (Santos, 1987, p. 50). Simultaneamente, o sector privado beneficiou, quer directamente, com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indirectamente, pelo descontentamento crescente do público com os serviços estatais que determinava o desvio de parte da procura dos sectores público para o privado; desta forma se inicia o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao SNS. Assim, embora o estado esteja a assumir uma parcela cada vez mais significativa das despesas com a saúde, tal se tem observado de forma progressiva e mais à custa da aquisição estatal de bens e serviços ao sector privado do que por uma prestação directa de serviços aos utentes (CAMPOS, 1987). Ao Estado

cabe a produção de serviços de custos elevados (hospitais) enquanto o sector privado se fixa, sobretudo, na prestação de actos médicos menos penalizantes, em termos de investimento e custos de financiamento e mais lucrativos (SANTOS 1987, p. 53).

O *Serviço Nacional de Saúde* foi criado, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei Nº 56/79 de 26 de Agosto, e promulgada em 15 de Setembro do mesmo ano.

É constituída por um conjunto de órgãos e serviços que têm como objectivo a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, visando a "promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e sua reabilitação médica e social" (GOMES e DIAS, 1987, p. 6). Com este objectivo privilegia os Cuidados de Saúde Primários, reorganiza a rede hospitalar, quer melhorando-a em número de camas, apetrechando-a de tecnologias mais sofisticadas; reestrutura as carreiras médicas e de enfermagem, desenvolve o controle da medicina privada e dos produtos farmacêuticos.

O Serviço Nacional de Saúde é constituída por órgãos que se articulam a 3 níveis: Central, Regional e Local, detentores de características diferentes.

Devemos referir que estes órgãos de natureza executiva, concretamente a Administração Central de Saúde e, dentro desta, os Departamentos de Cuidados Primários (Direcção Geral de Cuidados de Saúde) e de Cuidados Diferenciados (Direcção Geral dos Hospitais), que desenvolviam acções que visavam a melhoria nos níveis de saúde das comunidades, através do funcionamento das estruturas regionais (Administrações Regionais de Saúde - nível distrital de organização dos Cuidados Primários e Comissões Inter-Hospitalares - nível regional de Cuidados Hospitalares) e locais (Centros de Saúde e Extensões e Hospitais de diversos níveis) foram alterados com a introdução da nova Lei do SNS (1993) que extingue as duas Direcções Gerais e cria a Direcção Geral da Saúde, que engloba as duas anteriores.

Cuidados de Saúde Primários

A política de prioridade aos Cuidados de Saúde Primários surge pela primeira vez no início dos anos 70, integrada na Política do "Estado Social" (CAMPOS, 1983.) Generalizou-se então o atendimento gratuito a toda a população, após o alargamento, em 1971, à população rural e

reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco: grávidas e crianças.

Na sequência destas medidas, o Decreto Regulamentar nº. 12/77, de 7 de Fevereiro (Suplemento), regulamenta o funcionamento dos Serviços Médico-Sociais da Previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde (Decreto Lei nº. 254/82, de 29 de Junho), são criadas as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (A.R.S.) e é aprovado o regulamento tipo para os Centros de Saúde (Despacho Normativo nº. 97/83). Um ano depois foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto Lei nº. 74c/84, de 2 de Março).

Estavam assim criadas as condições para o incremento dos Cuidados Primários de Saúde. Tanto os órgãos ao nível central, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, como os do nível regional, Administrações Regionais de Saúde, como ainda os órgãos locais, Centros de Saúde, foram instituídos com o objectivo de promoção e vigilância da saúde e da prevenção da doença através da oferta de: 1) cuidados de tipo ambulatorio, que abrangem os de clínica geral e materno-infantis, incluindo os domiciliários; 2) cuidados de especialidades que cobrem, nomeadamente, as áreas de oftalmologia, de otorrinolaringologia e de saúde mental; 3) internamentos que não impliquem cuidados diferenciados; 4) elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação; 5) cuidados de enfermagem, incluindo os de visita domiciliar, e alguns cuidados de urgência na doença e no acidente.

Assim, os cuidados primários tornaram-se a "charmeira" do sistema global e integrado (SILVA, 1988); ao constituírem o móbil dos serviços de saúde, têm em vista alcançar a saúde para todos no ano 2.000, objectivo reconhecido como prioritário pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em termos institucionais, a lei fundamental de saúde em Portugal coincide e, em alguns pontos, ultrapassa até as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Tudo levava a crer que as condições de acesso à saúde e os níveis de saúde poderiam e iriam melhorar. Mas o que na prática se tem observado é que a população não está convenientemente motivada, quer para a necessidade de recorrer aos Cuidados Primários, fundamentalmente quando se trata de atitudes de prevenção e promoção, quer para racionalizar a utilização dos serviços públicos, que surgem perante o utente com um carácter de grande ambiguidade. No entanto, tem que ser assinalado

o facto de a oferta de consultas de saúde infantil, materna e planeamento familiar terem crescido significativamente nos últimos anos

A inadequada utilização dos serviços, de facto, tem a ver com as dificuldades de acesso, muitas vezes reflexo da concretização da Política de Saúde, ou tão só com as atitudes da maior parte dos técnicos que são responsáveis pela integração do utente na unidade de saúde. O funcionamento de alguns serviços ainda conserva as marcas do antigo sistema de Previdência dos Centros de Saúde e, por isso, é necessário um esforço redobrado para chegar ao actual sistema do médico de família, bem como a abertura à participação dos utentes no planeamento da saúde.

Cuidados Hospitalares

Os serviços prestadores de Cuidados Hospitalares são constituídos pelos Hospitais Gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas (GOMES e DIAS, 1987). Compreendem o internamento hospitalar e os actos ambulatorios especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente.

A prestação da assistência hospitalar à população, feita por unidades tecnicamente equipadas (Decreto Lei nº. 48.357/68, de 27 de Abril), desenvolvia a sua acção em regiões previamente definidas e que correspondiam aos distritos (Lei de Bases nº. 2.011/46 de 2 de Abril).

Nos primeiros anos da década de 70, verificou-se o relançamento dos hospitais centrais e a abertura de hospitais centrais e distritais, em edificios próprios, de que são exemplo, a construção dos hospitais distritais de Beja, Bragança, Funchal e Portalegre. Foram ainda nacionalizados os hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às Misericórdias (Decreto Lei nº. 104/74, de 7 de Dezembro).

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nesta década mas, no final dos anos setenta, a política de redução do ritmo de crescimento da economia, imposta pela conjuntura externa, reflecte-se também na redução de verbas destinadas às necessidades básicas em cuidados médicos. Nesse momento, a hospitalização privada sofreu um incremento e foi notória a subida na década de 80, relativamente aos últimos anos de 70.

Importa referir que, nos últimos anos, se começou a assistir a uma inflexão de um sistema hospitalocêntrico, essencialmente vocacionado

para a cura, catalisador de grande percentagem de verbas destinadas à saúde, onde domina a crença de que maior número e mais sofisticada tecnologia resolveria todos os problemas de saúde do mundo, no sentido da criação do "hospital da 3ª geração".

De todo o modo, o sistema que hoje emerge está ainda muito ligado a uma estrutura de tecnologia pesada e de ponta, em alguns domínios, que apenas resolve uma pequena percentagem dos problemas de saúde da comunidade.

A utilização dos serviços de saúde públicos

Nos termos do Decreto Lei 56/79, de 15/9, a já referida "Lei Arnaud", o acesso aos cuidados hospitalares está condicionado à prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência. O que tem vindo a acontecer, na realidade, é que, por um lado nem sempre a distribuição de recursos é feita de acordo com as necessidades das populações; por outro lado, parte significativa das instalações são inadequadas às funções que desenvolvem, quando não obsoletas; faltam transportes com horários adequados aos do atendimento dos serviços de Saúde Primários (ou não existem); verificam-se demoras no atendimento e falta de cortesia de alguns prestadores de cuidados; os recursos humanos e material de consumo são escassos.

Por todas ou algumas destas razões, aos serviços de urgência e às consultas externas dos hospitais (por exemplo, as urgências no Hospital da Universidade de Coimbra passaram de 72.182 em 1985, para 111.792 em 1990) ocorre, inevitavelmente, um grande número de utentes que deveria utilizar os Centros de saúde, como "pivots" de todo o sistema de saúde nacional. Torna-se, pois, necessário incrementar ou tornar viáveis medidas no sentido de motivar a população para a procura de cuidados preventivos e de promoção de saúde. Muitas destas medidas passam pela "humanização" dos serviços e por alterações substanciais das "culturas" e comportamentos dos profissionais de saúde.

Assim, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao fortalecer os cuidados de Saúde Primários, aliviar-se-á o Hospital de parte da procura que hoje o procura (e "afoga"), com vantagem para os consumidores dos cuidados e para o Estado.

O modelo da organização dos serviços deve partir da "integração das actividades aos níveis primário, secundário e terciário num todo

coerente", como é definido na Meta número 26 da Organização Mundial de Saúde (Metas da Saúde para Todos).

Os Cuidados de Saúde Primários bem estruturados apresentam uma relação custo/eficácia superior aos Cuidados Hospitalares, correspondendo aos seus menores custos de "produção" e às maiores "quantidades" de população abrangidas.

Para que os Cuidados Primários tenham sucesso, devem ser garantidas as condições de funcionamento e a sua capacidade de resposta dentro da respectiva área de influência.

A evolução do Serviço Nacional de Saúde e a própria estrutura social e política portuguesa, com reflexos directos no sector de saúde (em que um verdadeiro complexo social/industrial substitui o Estado Previdência), determinam uma crescente transferência do Estado para os utilizadores de "parte do preço de bens e serviços; o sistema da saúde, longe de ser universal e gratuito, passa a ser selectivo e iníquo". Por outro lado, uma vez que a produção privada se orienta pela lógica da rentabilidade e do lucro, é insensível às assimetrias regionais na oferta dos cuidados médicos e tende aliás a agravá-las (SANTOS, 1987, p. 55).

Este facto sugere ainda que o crescimento do sector privado pode determinar o aumento das assimetrias e diminuir o acesso de parte de população aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O ensaio feito no conjunto dos sistemas e dos correspondentes serviços de saúde leva-nos a concluir que, apesar das diferenças estruturais e disponibilidade financeira, têm sido estabelecidos objectivos que radicam no aumento da eficácia, da eficiência e da equidade dos cuidados assistenciais na doença. É dada prioridade à doença e à forma de a combater - preocupação convergente de parte dos médicos, políticos, interesses farmacêuticos e da própria população - em detrimento da melhoria da saúde da população. Os serviços de saúde têm sido orientados quase exclusivamente para tratamento de doença - percentagem elevada de gastos com a saúde nas rubricas hospitalares e medicamentos.

Embora seja cada vez maior a preocupação dos Estados em assegurar à população os serviços de saúde, proporcionando-lhes o acesso de uma forma igualitária e uniforme, grupos profissionais, étnicos, de idade, e factores de localização são causa de iniquidades no acesso aos serviços de saúde, correspondendo, na maior parte dos casos,

aos grupos com mais necessidades de cuidados médicos.

Verifica-se que se torna cada vez mais difícil delinear um sistema completo de saúde que cubra, de facto, toda a população e lhe proporcione serviços de saúde continuados, acessíveis e de boa qualidade.

Para além dos factores económicos - crises conjunturais e elevadas dívidas públicas - e demográficos - aumento da esperança de vida e da proporção de população idosa - assiste-se hoje a uma mudança de mentalidades, valorizando a liberdade individual e a livre escolha. O crescimento do poder de compra da população revela-se no aumento de capacidade para pagar cuidados de saúde, desagravando, possivelmente, uma parte dos recursos públicos que podem ser canalizados para melhorar a saúde dos que têm mais necessidades de cuidados médicos e, por várias razões, não lhes têm acesso.

Neste sentido, têm sido implementadas reformas nos sistemas de saúde na Europa. Mas, mesmo quando as tendências da reforma são próximas em conteúdo, nem sempre os processos políticos que as suportam se assemelham. O aspecto essencial das reformas dos anos 80 foi a introdução de mecanismos regulamentares, com melhores performances, em que o objectivo essencial foi o de aumentar a produtividade dos recursos limitados.

BIBLIOGRAFIA

- AGBONIFO, P. O. (1983) - "The state of health as a reflection of the level of development of a nation", *Soc. Sci. & Med.*, 17, p. 2003-2006.
- ANDERSEN, R. e FLEMING, G. (1980) - "Health care in the U.S.; Equitable for whom?". In: ROWMAN AND ALLANHELD (ed.), *The demand for primary health services in the Third World*, EUA, Sage Publications, Inc., p. 199-211.
- CAMPOS, A. C. (1983) - *Saúde. O custo de um valor sem preço*, Lisboa, Livros Técnicos e Científicos.
- CAMPOS, A. C. (1984) - "Cuidados primários e economia da saúde: uma aliança de mútuo interesse", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, p. 21-30.
- CAMPOS, A. C. (1985) - "Política de saúde, política económica conjuntural e generosidade orçamental", *Rev. A.P.E.S.*, p. 1155-1178.
- CAMPOS, A. C. (1987) - "Público-privado em saúde em Portugal: articulação entre vários, ou competição em um só mercado?", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, p. 5-14.
- CAMPOS, A. C. (1989) - "A saúde na Europa do Sul: transição de modelos em contexto de escassez. contribuição da economia da saúde", *Sociedade, Saúde e Economia da Saúde*, p. 25-38.
- CROMWELL, J. e MITCHELL, J. B. (1986) - "Physician-induced demand for surgery", *Journal of Health Economics*, 5, p. 293-313.
- ENTHOVEN, A. (1984) - "Reforming US Health Care: the Consumer Choice Health Plan". In: N. BLACK; D. BOSWELL; A. GRAY; S. MURPHY; J. POPAY (ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, p. 335-340.
- FERREIRA, F. A. G. (1988) - *Sistemas de saúde e seu funcionamento*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, p.127-134.
- GIRALDES, M. R. (1988) - "Equidade e despesa em saúde", *Estudos de Economia*, 8, p. 365-388.
- GOMES, D. e DIAS, J. L. (1987) - "O Serviço Nacional de Saúde. Descrição sumária do seu desenvolvimento", Heska Portuguesa.
- GRANDE, N. (1991) - "Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença". In: BENTO, Jorge; MARQUES, António (ed.), *Desporto. Saúde. Bem-estar*, Porto, Universidade do Porto, p.27-32.
- IGUN, U.A. (1979) - "Stages in Health-seeking: a descriptive model", *Soc. Sci. Med.*, 13 A, p. 445-456.
- JANICAS, M. G. R. (1988) - "Avaliação do grau de realização em Portugal das Metas da Saúde para todos no contexto da região europeia", *Adm. Regional de Saude de Aveiro*, 2, p. 167-193.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978) - "Metas da Saúde para todos no ano 2000 - perspectiva geral". In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ed.), *Metas da Saúde para todos no ano 2000*, p. 1-25
- OCDE (1990) *Les Systèmes de Santé. A la recherche d'efficacité*, Paris, Etudes de Politique Sociale n° 7
- PEREIRA, J. (1989) - "The economic interpretation of equity in health and Health Care", *Rev. A.P.E.S.*, 1, p. 1-42.
- PHILLIPS, D. R. (1986) - "The Demand for and utilisation of Health Services". In: PACIONE, Michael (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p. 200-247.
- REINHARDT, U. E. (1985) - "The theory of physician-induced demand. Reflections after a decade", *Journal of Health Economics*, 4, p. 187-193.
- SANTOS, B. S. (1987) " O Estado, a sociedade e as políticas: o caso das políticas de saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, p. 199-213.
- SHANNON, G. W. (1977) - "Space, time and illness behavior", *Soc. Sci. Med.*, 11, p. 683-689.
- SILVA, J. M. C. (1988) - "Hospitais e saúde para todos no ano 2000", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, p. 69-76.

- SIMÕES, José Manuel (1989) - *Saúde: o território e as desigualdades*, tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, p. 470.
- TOWNSEND, P. (1974) - *Inequality and the Health Services*, Londres, Lancet, 1, p. 1179-1190.
- TOWNSEND, P. (1986) - "Why are the many poor?", *International Journal of Health Services*, 16, p. 1.
- WHITE, K. L. (1979) - "Resource allocation: balancing needs, resources and use". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), *Measurement of levels of health*, Copenhagen, Who Regional Publications, p. 439-446.
- WOLFE, B. L. (1984) - "Measuring disability and health", *Journal of Health Economics*, 3, p. 187-193.
- WHITE, K. L.; ANDERSON, D. O.; INDULSKI, J.; MABRY, J. H. E PUROLA, Y. (1976) - "Health Services Systems and their study". In: KOHN, Robert and WHITE, Kerr L. (ed.), *Health care: an international study*, Nova Iorque, Oxford University Press, p. 1-9.