Manuel Villaverde Cabral (coord.), *Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes*, **Saúde e Doença em Portugal,** Lisboa, ICS, 2002, 298 páginas.

A política de saúde é dos temas que suscitam mais polémica em Portugal e porventura aquele em que as

posições se mantêm mais extremadas, designadamente desde que, em 1993, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde, o governo de Cavaco Silva decidiu abrir a gestão dos serviços públicos à iniciativa privada, de que o Hospital Amadora/Sintra passou a constituir exemplo paradigmático. *Saúde e Doença em Portugal,* publicado pelo Instituto de Ciências Sociais em Abril de 2002 sob iniciativa da APIFARMA, veio dar um importante contributo para este debate pela via da investigação, mantendo-se como uma obra de referência dentro da temática que estuda, sendo frequentemente citada a propósito das conclusões a que chega quanto à representação social que os utilizadores têm dos serviços públicos de saúde.

Dividida em sete capítulos, os dois primeiros — «Saúde e sociedade: enquadramento teórico» e «A saúde e o sistema de saúde na comunicação social portuguesa» — situam o trabalho no contexto das desigualdades dos cidadãos perante a saúde e a doença e na forma como os *mass media* trabalharam o tema durante o período de tempo em que decorreu o trabalho de investigação, 1 de Março a 30 de Junho de 2001, estava-se no XIV Governo Constitucional, da responsabilidade do Partido Socialista, e era ministra da Saúde Manuela Arcanjo.

O impacto das desigualdades sociais na saúde já foi anteriormente tratado por Mielck e Giraldes[1] e por Giraldes[2], constituindo esta problemática uma das suas principais linhas de investigação, de que foi, aliás, pioneira no nosso país. O aspecto mais relevante que Cabral e cols. recolocam na discussão é a importância relativa que a equidade, a efectividade e a eficiência têm actualmente nos processos de reforma dos sistemas de saúde, desde que na década de 80, com os governos de Margaret Thatcher, a equidade tem vindo progressivamente a perder terreno a favor da eficiência e da efectividade. A equidade — enquanto distribuição desigual de recursos para situações desiguais, conceito muito caro a Rawls[3], que faz dele um equivalente da justiça social — é a dimensão actualmente menos representada nas reformas dos sistemas de saúde, estando a efectividade a ser fortemente pressionada pela eficiência, como no caso das altas precoces dos doentes, em que uma fracção dos custos directos é transferida para eles. Uma vez que a equidade tem externalidades com uma importante dimensão social e verificando-se que de há trinta anos a esta parte a eficiência tem vindo a ser sobrevalorizada, quase reduzindo as outras dimensões a reminiscências do Estado de bem-estar, o «direito à saúde» está progressivamente a tra-

[1] A. Mielck e M. R. Giraldes (eds.), *Inequalities in Health and Health care. Review of Selected Publications from 18 Western European Countries,* Waxman, 1993.

[2] M. R. Giraldes, *Desigualdades Sócio-Económicas e Seu Impacte na Saúde,* Editorial Estampa, 1996.

[3] J. Rawls, *Theorie de la justice,* Points, 1997.

duzir-se num direito reservado às camadas da população com maior poder de compra, onde se inclui a aquisição de cuidados de saúde.

A importância da equidade não se mede exclusivamente na base de uma ideia abstracta de justiça social, mas tem o seu ponto de aplicação mais justificado nos idosos, na perspectiva do objectivo da OMS de se «dar mais vida aos anos», em que os cuidados de saúde representam um papel determinante na concretização deste objectivo.

O relatório Black, de 1980, completado pelo estudo de Whitehead, de 1987, citados pelos autores, marcaram a discussão em torno das desigualdades perante a saúde até à actualidade. E o indicador de saúde em que esta desigualdade apresenta ainda uma tradução mais significativa é a mortalidade infantil, cujos valores continuam a representar uma boa aproximação, por um lado, do desenvolvimento global dos países e, por outro, das desigualdades presentes em cada país. Noutro plano, os autores citam o estudo de Kunst e Mackenbach[4], que confirma em nove países industrializados a correspondência entre as desigualdades de rendimento e a mortalidade. Jacobson *et al.*[5] referem que haveria anualmente 42 000 óbitos a menos no grupo etário 16-74 anos se a taxa de mortalidade dos trabalhadores manuais fosse a mesma dos trabalhadores dos serviços. No mesmo sentido são os dados de Blane *et al.*[6], que verificaram que as mortes prematuras entre os trabalhadores indiferenciados provocam a perda de quase três vezes mais anos de vida nos homens e duas vezes mais nas mulheres relativamente aos trabalhadores diferenciados.

Se, como afirmam os autores, o rendimento tem constituído a variável mais usada para captar as desigualdades perante a saúde, cabe à variável «trabalho» o papel central na explicação do impacto das desigualdades sociais na saúde. Não só pela sua correlação com o rendimento, mas pela influência que exerce sobre a constituição de redes informais de socialização, aspecto particularmente relevante quando se estuda a saúde autopercebida, designadamente nos idosos. O desemprego, ou o emprego precário, ao quebrar estas redes relacionais, pode ter sobre a saúde individual um efeito semelhante às síndromas de privação, particularmente no plano da auto-estima e da saúde mental.

O capítulo dedicado aos *mass media* e a sua relação com o sistema nacional de saúde foi compilado com o noticiário seleccionado em três jor-

[4] A. E. Kunst e J. P. Machenbach, «The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries», in *American Journal of Public Health,* 84, pp. 938-944.

[5] A. Jacobson *et al., The Nation's Health: A Stategy for the 1990s,* King Edward's Fund for London, 1991.

[6] G. Blane, D. Smith e M. Barteley, «Social class differences in years of potential life lost: size, trends and principal causes», in *British Medical Journal,* 301, 1990, pp. 429-432.

nais de grande expansão, *Público, Diário de Notícias* e *Expresso,* entre 1 de Março e 30 de Junho de 2001. Em nossa opinião, este é o capítulo mais incompleto na perspectiva da teoria do *agenda setting*. Dizemo-lo porque os investigadores dispunham de material suficientemente abundante e diversificado para procederem à análise comparativa do que foram os vários momentos da governação a que os autores se referem: XIII Governo, com Maria de Belém, e XIV, com Manuela Arcanjo e Correia de Campos, como titulares da pasta da Saúde. O período analisado, sendo demonstrativo da relevância de uma agenda da saúde, acaba por ser só exemplificativo, ao concentrar-se num intervalo de tempo em que a titular da pasta se deparava com dificuldades políticas insuperáveis que culminaram com a sua substituição por Correia de Campos. Ao fazerem esta opção, os autores acabaram por não captar as oscilações verificadas antes e depois destes quatro meses de governação. O capítulo valia mais do que uma espécie de *case study*. Contudo, o que há a reter é a ideia de que, «quanto menor é a experiência directa que os indivíduos têm de uma determinada área temática, mais eles dependerão dos *media* para obterem as informações e os quadros interpretativos acerca dela» (p. 75). Ao contrário, os resultados do estudo ilustram bem a ideia de que a influência dos *media* se esbate quando se tem experiência directa de um dado problema.

Dos restantes cinco capítulos, parámos propositadamente em dois, porque constituem prioridades em qualquer índice que descreva um sistema de saúde — «Acesso e utilização dos serviços de saúde» e «Avaliação dos cuidados de saúde». De uma amostra de 2537 entrevistas válidas, a grande maioria, 84,4%, utiliza o Serviço Nacional de Saúde. Mais de 85% dos respondentes estão a menos de vinte minutos de um centro de saúde, sendo que 45% se deslocam a pé a este serviço de saúde. Quase a mesma proporção está a trinta minutos de um hospital. Mas a maior acessibilidade verifica-se com as farmácias, estando cerca de 93% dos respondentes a menos de vinte minutos destes estabelecimentos. Quase metade dos respondentes referiram que têm consulta no próprio dia da marcação, ainda que 11% refiram que têm de esperar entre duas semanas e mais de um mês por uma consulta. No plano da referenciação hospital/centro de saúde, o estudo revela que a moda de espera está entre uma semana e um mês, mas cerca de 48% dos respondentes referem que tiveram de esperar mais de um mês por uma consulta hospitalar. Importante é a informação prestada por 76% dos participantes no estudo quando declaram que utilizaram a urgência hospitalar porque não quiseram esperar por uma consulta ou porque o atendimento era mais rápido do que no centro de saúde.

O médico de família é a principal referência do sistema prestador, mas só 11% referem a existência de es-

pecialidades hospitalares nos respectivos centros de saúde, colocando problemas de acesso a certas prestações, como oftalmologia, dermatologia, otorrinolaringologia e estomatologia, nomeadamente. Construído pelos autores a partir dos indicadores seleccionados para o estudo, os valores do índice de acesso têm uma distribuição quase simétrica, ligeiramente favorável ao «fácil» e «muito fácil» acesso, com 30,4% de respostas positivas, contra 28,3% para «difícil» e «muito difícil».

Relativamente ao acesso económico, é de sublinhar o valor apresentado pelo estudo com os gastos familiares com cuidados de saúde: 56% dos respondentes gastam menos de 250 €/ano, cerca de 0,70 €/dia, e 6,2% gastam mais de 1200 €/ano, cerca de 3,3 €/dia. Associado a esta desigualdade estará certamente o valor apresentado pelo estudo de cerca de 12% de indivíduos que por razões económicas não adquirem os medicamentos prescritos.

No capítulo «Avaliação dos cuidados de saúde», os autores procederam à avaliação da satisfação manifestada pelos respondentes com os serviços de saúde. Esta é uma área em que a subjectividade está mais presente no discurso dos utilizadores dos serviços. Essa subjectividade é construída com materiais provenientes dos outros papéis desempenhados pelos indivíduos, pelo grau de instrução, pelas experiências anteriores com os serviços de saúde, pelos resultados obtidos, pelas crenças e ainda pelas expectativas que se tem quando se contacta pela primeira vez um serviço prestador de cuidados de saúde. No presente estudo, a avaliação mais negativa que se faz dos centros de saúde é o tempo de espera por uma consulta — 43% referem ser mau ou muito mau — e o tempo de espera antes de ser atendido — 44% referem ser mau ou muito mau.

Passada a barreira do acesso, quase 50% dos respondentes avaliam globalmente como muito bons ou bons os cuidados prestados pelo centro de saúde, rondando os 80% o número de utilizadores da amostra que consideram, por exemplo, que «o médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos». No plano da relação médico/doente, os utilizadores da amostra das zonas urbanas têm uma melhor relação do que os utilizadores das zonas rurais.

No segmento hospitalar do sistema de saúde, as coisas passam-se de uma forma muito semelhante à dos centros de saúde. Mais de 90% dos respondentes consideraram positiva ou muito positiva a última consulta hospitalar e que a explicação dada pelos médicos ou enfermeiros sobre o estado de saúde, tratamentos ou análises foi fácil ou muito fácil de compreender. A confiança depositada nos médicos hospitalares é muito elevada, assim como a participação nas decisões sobre o tratamento. Quanto aos cuidados recebidos durante o internamento, cerca de 80% consideram-nas boas ou muito boas, sendo esta percentagem mais elevada nos hospitais situados numa zona rural.

Globalmente, a satisfação da amostra do estudo varia entre estar satisfeito/muito satisfeito (74,7%) com o internamento hospitalar e insatisfeito/muito insatisfeito (21,2%) com as urgências hospitalares.

Cabral e os seus colaboradores conduziram um estudo que é um marco neste género de trabalhos. Em Portugal é seguramente a primeira obra que se centra nos utilizadores dos serviços de saúde para a partir daí estudar um conjunto de dimensões do sistema de saúde, nomeadamente da sua componente pública. A concluir, deixo-lhes o desafio de encontrarem um *sponsor* para periodicamente procederem à análise da evolução do que ficou estudado em *Saúde e Doença em Portugal.*

CIPRIANO JUSTO