

SAÚDE E ECONOMIA DA SAÚDE

Ana Isabel Baltazar da Cruz & Sandra Sofia Azinheira Morais Lourenço Manso*

RESUMO

Uma boa saúde é um elemento essencial ao bem-estar económico, que tende a tornar-se mais importante para as pessoas, à medida que o seu rendimento cresce. O desenvolvimento da investigação em saúde, em particular da economia da saúde, tornou-se indispensável pela crescente necessidade de planeamento neste sector.

O presente artigo constitui um contributo para justificar a relevância do estudo da saúde pela ciência económica, pelo que procederemos a um breve enquadramento conceptual da saúde, das especificidades do sector da saúde, bem como a uma revisão dos principais desenvolvimentos teóricos ao nível da economia da saúde.

1. SAÚDE: ABORDAGEM CONCEPTUAL

1.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A saúde é um factor essencial da vida humana e um valor que supera todos os outros ao longo da existência de cada indivíduo. (Asenjo, 1999; Campos, 1999; Pina, 1994). A doença, geralmente acompanhada por sofrimento, é uma situação física e psicologicamente oposta à saúde.

O homem, ao longo do seu percurso na terra, condicionado por várias adversidades, deparou-se sempre com um elevado e diversificado número de situações de doença, que aceitava resignado como castigo dos deuses.

Durante bastante tempo, a saúde foi influenciada pelo pensamento de Aristóteles e, mais tarde, pelo carácter escolástico da Idade Média, que impediram o progresso científico nesta área, contrariamente ao que aconteceu com a Astronomia e a Física, que receberam um forte impulso na época.

A causalidade dos fenómenos não era tida em conta e só mais tarde, como refere Cardoso (1998) (1998:2), “quando os princípios estruturalistas e de causalidade alcançaram a medicina, foi possível a individualização das doenças e a partida para a epopeia do estudo das causas”, possibilitando a capacidade de diagnosticar e interpretar o sofrimento humano.

Mais tarde, a brutalidade das experiências não terapêuticas, realizadas em humanos durante a II Guerra Mundial, (Cruz e Farinha, 1999; Fuchs, citado por Le Grand, 1982; Gafo, 1986), vieram facilitar as descobertas a nível da farmacologia, das intervenções ortopédicas e cirúrgicas, com vantagens para a ciência e que possibilitaram novas terapêuticas, minimizando o sofrimento resultante de muitas patologias e a redução das taxas de morbidade e mortalidade.

A medicina científica é, nos nossos dias, cada vez mais poderosa, adquirindo para o cidadão maiores benefícios de saúde, maior esperança de vida e elevados níveis de qualidade e bem-estar,

*Docentes da Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

através de mecanismos criados pelos sistemas de saúde para a protecção das populações. No entanto, a responsabilidade com a saúde extrapola, grandemente, os sistemas de saúde, uma vez que esta se insere nos meios social, político e económico que envolvem o homem.

Isto acontece porque a saúde não se reduz apenas a uma maior esperança de vida ou ao bem-estar do cidadão comum nem, ainda, a meros desejos ou intenções. É preciso atender aos diversos factores que lhe estão associados, tais como o rendimento, a educação, os estilos de vida e o acesso a cuidados de saúde, entre outros *inputs* que podem afectar a taxa de depreciação do *stock* de saúde¹ e o custo de manter ou melhorar o seu nível (Mayland, 1981, citado por Giraldes, 1997).

A saúde depende do papel assumido por todos, enquanto pessoas e comuns cidadãos, uma vez que cada indivíduo tem a tarefa de procurar ser saudável e também tem, em certa medida, poder para escolher os seus comportamentos saudáveis, tal como decidir sobre o nível de consumo de outros bens.

Depende, ainda, do contributo dos esforços conjugados de todos os profissionais de saúde e depende, sobretudo, de políticos e governos, uma vez que é a este nível que se decidem e promovem as políticas de saúde e o contributo para desenvolver sociedades responsáveis e saudáveis (Gonçalves Ferreira, 1975, 1990; Fuchs, 1972, citado por Giraldes, 1997).

Para Carapinheiro (1993), o direito à saúde de todos os cidadãos deve ser reconhecido e a aposta deve incidir, cada vez mais, na educação sanitária e na prevenção da doença, de forma prioritária e consensual, tentando responder-se em simultâneo “à procura de cuidados das populações, ao seu quadro variável das necessidades de saúde e aos seus objectivos de descentralização e desconcentração de recursos, orientando-se para a progressiva erradicação das assimetrias sociais e regionais que marcam a distribuição e o acesso a esses mesmos serviços” (p.20).

Na literatura, o conceito de saúde sofreu ao longo do tempo diversas modificações. O conceito clássico de saúde tinha uma carga negativa na sua definição, apontando apenas para a ausência de doença ou de incapacidade. Actualmente, esse conceito encontra-se amplamente desajustado da realidade. Gil *et al.* (1992) apresentam, para isso, três motivos: “1.º - Para definir a saúde em termos negativos, há que fazer uma divisão entre o normal e o patológico e isso nem sempre é possível; 2.º - Os conceitos de normalidade variam com o tempo e o que era considerado normal numa época pode não ser numa época posterior; 3.º - Porque as definições negativas não são úteis em ciências sociais, a saúde não é a ausência de doença ou de invalidez, da mesma forma que a riqueza não é a ausência de pobreza, nem a paz, a ausência da guerra” (p.3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Carta Magna ou Carta Constitucional, definiu a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou de enfermidade”. A Declaração de Alma-Ata refere “uma vida social e economicamente produtiva e a possibilidade de viver de forma a poder vir a ser mais saudável” (OMS, 1978).

Esta definição, ainda sujeita a críticas negativas, representa, apesar de tudo, alguns aspectos positivos, na medida em que, pela primeira vez, se define a saúde não como a ausência de doença, mas já com o aspecto positivo que se pode perceber pela frase: “completo bem-estar”, com o qual se equipara a saúde.

Também, para além de se referir à vertente física do ser humano, pela primeira vez inclui as vertentes mental e social. Segundo esta nova concepção, pessoa saudável é aquela que pode manter um “estado de completo bem-estar”, não apenas no se refere ao seu corpo, como também à sua mente e à sua relação com o outro.

¹ Grossman (1972), citado por Giraldes (1997), economista, foi um dos primeiros a “considerar a saúde como um stock que se deprecia ao longo do tempo e pode ser aumentado através de investimento” e defende “que a saúde é procurada pelos consumidores por duas razões fundamentais: como um bem de consumo, na medida em que os dias de doença são uma fonte de desutilidade, e como um bem de investimento, pois determina o tempo disponível para actividades mercantis ou outras” (p.42).

Parece-nos adequado, apesar de tudo, apontar a este conceito de saúde alguns pontos críticos que consideramos pertinentes:

1. Equiparação entre bem-estar e saúde não é de todo verdade. Por exemplo, alguém pode sentir uma sensação de bem-estar depois de lhe ser administrada uma dose de morfina e continuar a ser doente. Ora, esse bem-estar não corresponde de maneira nenhuma a saúde, antes pelo contrário, maior dose de morfina, menor esperança de vida, maior aproximação do termo da vida.
2. Trata-se mais de um desejo do que de uma realidade. Mais que uma definição, é uma declaração de princípios e de objectivos, já que o completo bem-estar físico, mental e social é difícil de alcançar quer individualmente, quer em grupos. Esse completo bem-estar não tem fórmulas nem equações matemáticas. Ele implica uma série de factores que não são alcançados por todos.
3. É uma definição sem dinamismo, uma vez que considera apenas que têm saúde as pessoas que gozam desse completo bem-estar físico, mental e social. Ora, o que nos parece é exactamente que a saúde tem que ser dinâmica. A saúde está umbilicalmente ligada à doença, formando um contínuo, o que significa que a separação da saúde e da doença não é absoluta. O importante é que cada ser humano consiga que a situação de saúde prevaleça sobre a situação da doença.

Torna-se necessário destacar que, num dos extremos desta continuidade, à morte chega-se por imperativos biológicos, enquanto que no outro extremo, o estado óptimo de saúde, se alcança muito raramente. E, acima de tudo, não está ao alcance de todos os povos do mundo, como seria o desejável.

A OMS, apesar de manter a definição de saúde formulada anteriormente, na prática, tem abandonado essa postura utópica e tem adoptado o conceito dinâmico de saúde. Assim, na formulação dos objectivos da estratégia “*Saúde para todos no ano 2000*” (OMS, 1978) já não há lugar para a palavra “*completo*”, enfatizando apenas a frase “*que todos os habitantes de todos os países do mundo tenham um nível de saúde suficiente para que possam trabalhar produtivamente e participar activamente na vida social da comunidade onde estão inseridos*”. E esse deve ser o objectivo de qualquer organização de saúde, quer seja de âmbito regional, quer global.

Do conceito inicial, que referia que a saúde era um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade, identificando a saúde, praticamente com a felicidade, passou-se para um conceito de saúde que cada vez mais atende às expectativas da população.

Actualmente, o que se considera resultados em termos de saúde das populações não é apenas a melhoria do estado de saúde mas é, também, o impacto económico que os cuidados de saúde têm nos cidadãos, a pertinência da informação, as mudanças comportamentais e organizacionais e a qualidade técnica dos profissionais de saúde, a forma de lidar e as relações que se estabelecem no seio das instituições de saúde com o cidadão, enquanto pessoa sã², ou doente, e a maneira como os serviços de saúde garantem a continuidade dos cuidados.

1.2. OS DETERMINANTES DA SAÚDE

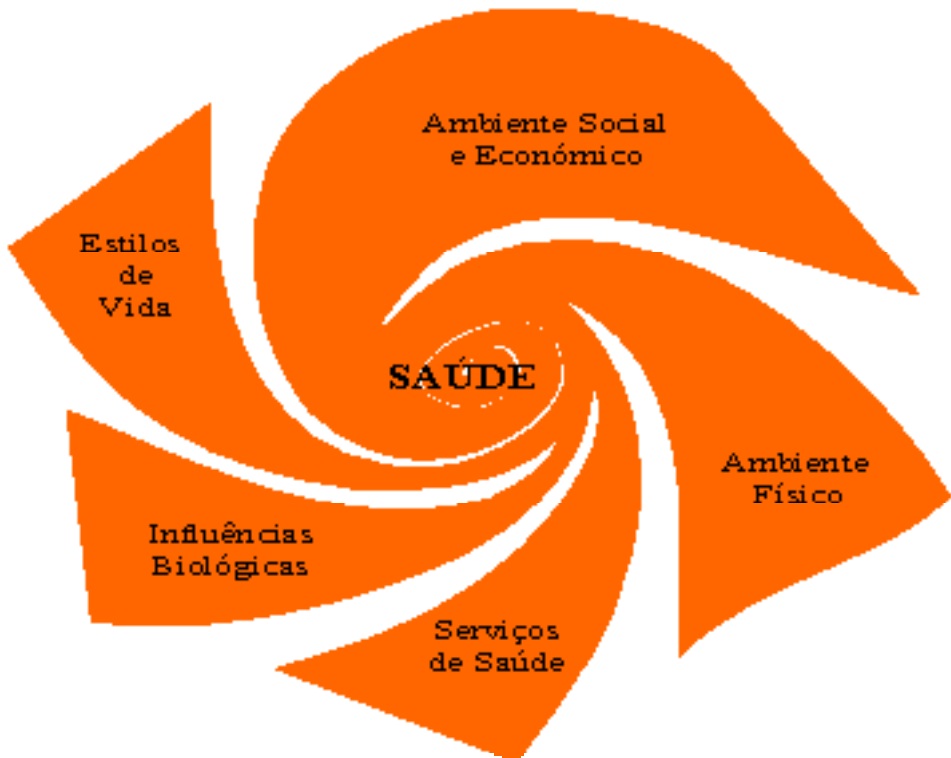
A saúde e a doença não dependem, propriamente, do filosofar sobre conceitos, mas sobretudo da análise prévia das suas determinantes e condicionantes, dos problemas que lhes estão associados e dos factores causais.

² Na medida em que se deve enfatizar os cuidados de saúde primários.

Lalonde (1974) e Asenjo (1999) referem que o nível de saúde de uma comunidade vem determinado pela interacção de quatro variáveis: *a biologia humana (genética, envelhecimento), o meio ambiente, os estilos de vida e os sistemas de saúde*:

- A biologia humana está condicionada por factores tais como: idade, sexo, hábitos, costumes, constituição genética e hereditariedade;
- O meio ambiente está condicionado pelos aspectos físicos, tais como: frio, calor, ruído, ou condições psico-sócio-laborais favoráveis ou desfavoráveis, que se repercutem no estado de saúde dos seres humanos de forma positiva ou negativa, respectivamente;
- Os estilos de vida estão condicionados pelo consumo de drogas, tabaco e álcool; pela falta de exercício físico, consumo excessivo de hidrocarbonatos, promiscuidade sexual, condução perigosa, entre outros;
- Os sistemas de saúde estão condicionados por factores como a falta de cobertura, acesso e qualidade.

Mais recentemente, a variável meio ambiente, tem sido subdividida em duas variáveis distintas: o ambiente físico e o ambiente social e económico (Figura I).



Fonte: British Columbia Provincial Health Officer (1994).

Figura I Os determinantes da saúde

Destas cinco variáveis, apenas uma não é modificável a biológica, sendo as outras susceptíveis de alterações. E é aqui que se deve investir, promovendo e modificando comportamentos, ensinando a promover a saúde e a prevenir a doença.

É também importante acentuar a contribuição que a protecção da saúde traz ao desenvolvimento da economia nacional e global pela participação, manutenção e aperfei-

çoamento da força de trabalho (Pina, 1994). A protecção da saúde conduz à diminuição de mortalidade e morbilidade, aumenta o contingente de trabalhadores activos, contribui para o prolongamento das capacidades de trabalho do pessoal qualificado e melhora a qualidade, a produtividade e o aumento do rendimento.

Moura (1997) refere que o homem saudável é “*o eixo central em torno do qual se vão jogar as “batalhas” económicas e de produtividade dos próximos anos (tanto no domínio da concepção, como da produção)*” (1997:4).

Mas a responsabilidade da realização de objectivos para a protecção da saúde extrapola grandemente o sector de saúde. Esta deve ser plenamente reconhecida por todos os níveis de responsabilidade política dos países por forma a constituir prioridades de desenvolvimento pessoal e social que vão ao encontro das necessidades das pessoas e que possam reforçar os aspectos fundamentais da vida, condições prévias e indiscutíveis para a saúde.

2. ECONOMIA DA SAÚDE

2.1. ESPECIFICIDADES DO MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE

São bem conhecidas as características especiais que fazem dos cuidados da saúde um mercado tão distinto de outros (Abel-Smith, 1976; Arrow, 1963; Culyer, 1981; Maynard, 1979).

No seu clássico artigo, Arrow (1963), citado por Giraldes e Cortês (1986), sintetizava, no âmbito da análise económica, as particularidades dos serviços de cuidados de saúde: a natureza da procura, as condições da oferta, as práticas aliadas ao preço, o comportamento dos médicos e, com particular destaque, a incerteza. O mercado de bens e serviços do sector público comporta muitas imperfeições (Campos, 1986a), tais como a indução da procura pela oferta, a ignorância do consumidor, a imprevisibilidade da necessidade, as externalidades e a natureza pública dos bens e serviços.

A natureza do bem saúde é diferente de outro bem qualquer, sendo reconhecido como bem de mérito³, qualidade que provém da existência de externalidades positivas, tais como, a satisfação da população ou efeitos indirectos da vacinação, ao saber que todas as pessoas têm acesso a serviços de saúde (Melo, 1999). Considerar-se a saúde um bem de mérito é um atentado à soberania do consumidor, pois pressupõe que este seja a pessoa mais bem colocada para escolher (Campos, 1986b), o que quase nem sempre assim sucede na procura de cuidados de saúde. Ora, a verdade é que não é preciso sair-se da teoria neo-clássica para se justificar a existência de bens de mérito. Basta encontrá-la na teoria das externalidades positivas: como consumidor individual aceita-se que alguns bens tenham uma provisão pública, porque retira-se satisfação pessoal do facto de saber que outros consumidores, necessitando desses bens ou serviços, a eles podem aceder, o que não fariam se a sua prestação tivesse um preço no mercado (Culyer, 1981).

Do lado da procura, constata-se uma impossibilidade de se conhecer o momento de consumo de cuidados, aliada à imprevisibilidade e à incerteza que caracterizam a doença. Acresce ainda que, longe da soberania do consumidor, este revela uma enorme dependência face ao prestador, por desconhecer a forma de combinar os vários *inputs* de cuidados de saúde para produzir o resultado desejável tempo saudável livre de doença.

O argumento da supremacia da contratação voluntária, com base no princípio da soberania do consumidor, tem sido rebatido desde Arrow (1963) e Culyer (1971) e Grosman (1972): a procura de saúde não é uma procura originária, mas sim derivada, porque procuramos cuidados de saúde, na esperança de que eles nos trarão melhor saúde. E isto sucede assim porque a investigação científica não determinou até hoje o nível de associa-

³ Pereira (1993, p.5) define bem de mérito como um bem de consumo individual cuja utilização origina benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor.

ção existente entre recursos ou cuidados prestados e os resultados alcançados. E, se esta ignorância é grande no caso dos profissionais e técnicos, é maior da parte do consumidor, que nem sequer consegue prever quando fica doente.

O segundo argumento contra a soberania do consumidor é o da associação estreita entre a procura e a oferta, ao ponto de se considerar que uma parte significativa da procura pode ser induzida pela oferta (por exemplo, um maior número de profissionais de saúde e uma maior disponibilidade de camas geram uma maior procura).

Para além desta relativa interdependência da procura e da oferta, existe uma organização de tipo monopolista por parte dos prestadores de serviços, restringindo a concorrência no mercado.

Um outro conjunto de falhas do mercado surge devido à existência de informação assimétrica entre utentes e prestadores de cuidados originando o fenómeno da indução da procura de cuidados de saúde pela oferta (Evans, 1974), deixa de ter sentido a aplicação dos instrumentos analíticos “clássicos” propostos pela teoria do bem-estar, levando a uma delegação do poder de decisão no prestador de serviços, actuando este como agente do consumidor.

Em Portugal, segundo Godinho e Santos Lucas (1987) e Santos Lucas (1987), encontramos evidência empírica de que entre os consumidores de cuidados de saúde há profundas assimetrias de informação, devido a diferenças culturais, aos graus de instrução, aos níveis sócio-económicos, à profissão, à residência, à idade e até ao sexo.

Finalmente, dado que ao consumo de cuidados de saúde estão associados efeitos externos e que, a saúde é considerada como um bem de mérito, é necessária a intervenção de uma terceira entidade: o Estado (Culyer, 1973; Lindsay, 1969).

Giraldes e Cortês (1986), citando Le Grand e Robinson (1984) e West (1984), referem que a intervenção do Estado na actividade sócio-económica pode processar-se essencialmente por três formas: prestação de serviços, concessão de subsídios e regulação da actividade. Segundo estes autores, no sector da saúde o Estado: presta serviços de saúde, através dos sistemas de cuidados primários e diferenciados; subsidia os cuidados de saúde, através da sua prestação gratuita (ou quase); e regula a quantidade, o preço ou a qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Sobre este tema, em 1982, Maynard e Ludbrook fazem uma extensa revisão de bibliografia, distinguindo os problemas relativos à procura e os relacionados com a oferta tendo em conta a justificação económica da intervenção do Governo (Giraldes e Cortês, 1986).

No seu conjunto, todas estas características diferenciam o mercado de cuidados de saúde e, originam a coexistência de sectores público e privado, em que o primeiro pode actuar como entidade reguladora, financiadora ou prestadora.

Podemos sintetizar as especificidades do mercado de cuidados de saúde:

- a especificidade do bem cuidados de saúde: bem público, bem de mérito e bem de consumo e de investimento;
- as externalidades;
- a incerteza (imprevisibilidade da doença e imprevisibilidade da produção);
- a assimetria de informação;
- a procura de cuidados (relação de agência, indução da procura pelo prestador, “risco moral” e derivada da procura de saúde);
- a estrutura do mercado (imperfeições de mercado), entre outras.

2.2. ECONOMIA DA SAÚDE

Samuelson e Nordhaus (1999) definem economia como o “*estudo da forma como as sociedades utilizam recursos escassos para produzir bens com valor e de como os distribuem entre os vários indivíduos*” (p.4).

Surgem, nesta definição, dois conceitos essenciais: o de “bem” e o de “recurso”. Neves (1998) entende por bem “*algo que satisfaz uma necessidade humana*” e por recurso “*algumas coisas que não satisfazem directamente as necessidades humanas, ... mas servem para produzir bens*” (p.32).

Uma definição ampla de economia da saúde (Pereira, 1993; Nero, 1995; ver também Frederico, 2000) seria a aplicação da ciência económica ao campo das ciências da saúde, nomeadamente aos problemas e fenómenos associados à saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde. Nero ainda propõe uma definição mais estrita, embora em estágio inicial, como sendo “*o ramo do conhecimento que tem por objectivo a optimização das acções de saúde, ou seja, o estudo das condições óptimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta recursos e meios limitados*” (p.19)

Na economia da saúde, procura-se conceitos económicos tradicionais, aplicados ao pensamento dos profissionais de saúde (Nero, 1995; ver também Frederico, 2000), como por exemplo, sistemas de mercado, procura e oferta de bens e serviços, teoria do consumidor, teoria da produção e dos custos, avaliação económica de projectos, entre outros.

A definição do objectivo da economia da saúde surgiu após a década de 70. Segundo Nero (1995) porque, em grande parte, o seu conteúdo estava dividido em tópicos de outra disciplina: o planeamento em saúde. E, actualmente, ainda existem muitas divergências sobre o nome da disciplina, encontrando-se várias denominações, tais como: aspectos económicos da saúde, saúde e economia, planeamento económico-sanitário, economia política da saúde entre outros.

Mais do que um conjunto de ferramentas, a economia da saúde é um modo de pensar relacionado com a interiorização por parte dos profissionais da saúde, de conceitos como a escassez, a tomada de decisões precedidas de uma avaliação de custos/investimentos e das consequências das alternativas possíveis, com o objectivo de melhorar a repartição final dos recursos.

Como refere Nero (1995), a economia tem um relacionamento muito difícil com as profissionais da área da saúde. Estes centram-se na ética individual, segundo a qual a saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço, enquanto que, a economia assenta na ética do bem comum ou na ética do social, distinguindo-se assim as atitudes de cada grupo sobre a utilização dos recursos, originando um conflito no que respeita à gestão eficiente dos serviços de cuidados de saúde.

A economia da saúde, como já foi referido, não surgiu com esse nome. Quanto ao seu conteúdo, inicialmente os seus autores analisavam questões sanitárias amplas, reflectindo mais uma preocupação médico-social do que uma tentativa de formulação de princípios teóricos especializados. Contudo, houve um conjunto de autores que com os seus trabalhos esporádicos, constituíram um importante contributo para o início da disciplina, tendo sido os principais revistos no presente artigo. A investigação recente nesta área, tem resultado em trabalhos que procuraram relacionar factores sócio-económicos e indicadores de saúde, investigar o impacto do desenvolvimento económico no nível de saúde de uma população, ou ainda, a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde. Outros trabalhos consistiram em estudos comparativos entre sistemas de saúde de vários países, estudos sobre resultados de programas específicos de intervenção na comunidade, estudos sobre financiamento e gastos globais com saúde, estudos de análise económica. Todos esses trabalhos têm demonstrado o potencial do conhecimento económico aplicado à saúde, pelo que a economia da saúde não surge dissociada da economia.

As áreas de interesse que têm surgido na investigação recente, no âmbito da economia da saúde, são: o estudo da função distributiva dos sistemas de saúde, onde surgem os trabalhos sobre as desigualdades existentes nos serviços de saúde, tendo em vista a equidade; o direito à saúde, já que a maioria dos países ocidentais incluem nas suas constituições a saúde como um direito do cidadão; por último, a controversa questão relacionado com o provimento público e/ou privado dos serviços de saúde.

3. CONCLUSÃO

Um dos principais objectivos deste estudo foi analisar a pertinência dos conceitos económicos fundamentais no domínio da saúde, entre os quais se destacam: a permanente escassez de recursos e, conseqüentemente, a impossibilidade de adoptar todas as medidas que se desejaria; as “necessidades” crescentes de planeamento e controlo, devido ao crescimento da utilização de cuidados e ao aumento de gastos; as dúvidas crescentes, sobre a eficácia de diversos procedimentos médicos, sobre a organização dos serviços, sobre o financiamento e prestação, e sobre a persistência de ineficiência e falta de equidade e, por último, a necessidade de explicitar os critérios de escolhas, analisando custos e benefícios, tomando o processo de decisão mais racional.

Analisámos, também, o mercado de cuidados de saúde, em especial, as suas especificidades que o distinguem dos outros sectores da economia, não funcionando como o mercado paradigmático, o que significa que a adopção de determinadas políticas poderão não ter o efeito esperado (e desejado).

Pelos motivos anteriormente enunciados, surgiu a economia da saúde como um ramo da ciência económica, relativamente jovem, mas que revela um crescimento rápido, tanto em termos do seu conteúdo teórico/empírico.

A economia da saúde não traz respostas feitas nem deve ser considerada como um “caixa de ferramentas” que soluciona os grandes problemas da prestação e financiamento dos cuidados de saúde (eficácia, eficiência e equidade). É sobretudo um modo de pensar que deve servir de apoio à tomada de decisão racional.

BIBLIOGRAFIA

- Abel-Smith, B. (1976). *Value of money in Health Services*. New York: St. Martin's Press.
- Arrow, K. (1963) Uncertainty and welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 5, 942-973.
- Asenjo, M. (1999). *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- British Columbia Provincial Health Officer (1994). *A Report on the Health of British Columbians: Provincial Health Officer's Annual Report 1994*.
- Campos, A. (1986a). Avaliação económica de Programas em Saúde. *Cadernos de Saúde, Série XIII N.º 2*, ENSP - UNL, Lisboa.
- Campos, A. (1986b). Eficiências e Ineficiências, Privilégios e Estigmas, nas combinações Público/Privadas de Saúde. *Documento de trabalho 1/86*. Associação Portuguesa Economia da Saúde, Lisboa.
- Campos, A. (1999). Sistemas Locais de Saúde e centros de saúde início da reforma do sistema de saúde?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 17, N.º 1*, 65-68.
- Carapineiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, S. (1998). *Notas Epidemiológicas*. Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra: Imprensa de Coimbra.
- Cruz, J. e M. Farinha (1999). Ensaio Clínico em humanos Considerações Éticas. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, Ano 22, n 3-4*, 143-151.
- Culyer, A. (1971). Is Medical care different?. *Oxford Economic Papers*, vol. 23, 198-211.
- Culyer, A. (1973). Medical Care and Economics of giving. *Economica*, 38, 295-303.
- Culyer, A. (1981). Economics and Health Economics. In: *Health, Economics and Health Economics*. North-Holland: J. van der Gaag and M. Perlman (eds.).
- Evans, R. (1974). *Supplier induced demand: some empirical evidence and implications*. The Economics of Health and Medical Care. London: MacMillan.

- Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde*. FORMASAU Formação e Saúde Lda, Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Gafo, J. (1986). *La Experimentación Humana, Valorización ética*. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas.
- Giraldes, M. (1997). *Economia da Saúde, da teoria à prática*. Imprensa Universitária, Lisboa: Editorial Estampa.
- Giraldes, M. e M. Cortês (1986). O impacte sobre a equidade do sector privado dos serviços de saúde em Portugal. *Documento de trabalho 2/86*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.
- Godinho, J. e J. Santos Lucas (1987). Doença e morte: diferenças entre sexos. Comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.
- Gonçalves Ferreira, F. (1975). *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Biblioteca CPC (Ciência, Progresso e Cultura), Vol.I. Amadora: Gratel.
- Gonçalves Ferreira, F. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Grossman, M. (1972). The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. *National Bureau of Economic Research Occasional Paper 119*, New York : Columbia University Press.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Le Grand, J. (1982). *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*. Londres: George Allen & Unwin.
- Le Grand, J. e R. Robison (1984). *Privatisation and the Welfare State: an introduction*. Privatisation and the Welfare State. London: Julian Le Grand and Ray Robison.
- Lindsay, C. (1969). Medical care and economics of sharing. *Economica*, 36, 351-362.
- Maynard, A. (1979). Pricing, demanders and supply of health care. *International Journal of Health Services*, 9, 121-133.
- Maynard, A. (1981). The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe. *Social Policy and Administration*, 15 (2), 145-163.
- Maynard, A. e A. Ludbrook (1982). Inequality, the National Health Service and Health Policy. *Journal of Public Policy*, 2 (2), 97-116.
- Melo, E. (1999). Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem Referência*, Nº 3, 59-62.
- Moura, Estevão (1997). O melhor do mundo são as Pessoas. 6ª Série da Revista Pessoal, 78, 4-7.
- Nero, C. (1995). O que é a Economia da Saúde. In S. Piola e S. Vianna (Eds.). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Económica Aplicada, 5-21.
- Neves, J. (1996). *Introdução à Economia*, (3ª Ed.). Lisboa: Editorial Verbo.
- Organização Mundial da Saúde (1978). *Metas da Saúde para Todos no Ano 2000: Perspectiva Geral*. Lisboa: OMS.
- Pereira, J. (1993). Economia da Saúde, Glossário de Termos e Conceitos. *Documento trabalho 1/93*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.
- Pina, J. (1994). *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Samuelson, P. e W. Nordhaus (1999). *Economia*, (16ª Ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Santos Lucas, J. (1987). Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal. Comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.
- West, P. (1984). *Private Health Insurance*. Privatisation and the Welfare State. London: Julian Le Grand and Ray Robison.