



DINÂMICA EMPRESARIAL DO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA

Raquel de Oliveira Alves

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de
Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde*

Orientada por Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, abril, 2012



**DINÂMICA EMPRESARIAL DO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO
SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA**

Raquel de Oliveira Alves

Professora Doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes

Bragança, abril, 2012

RESUMO

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde não tem conseguido acompanhar, e responder, satisfatoriamente ao crescimento da procura de cuidados de saúde, sendo-lhe atribuídos problemas em termos de cobertura, acessibilidade e ineficiência. Estes factos têm preocupado e orientado os prestadores privados para o mercado sendo inegável o despertar recente dos agentes da oferta para atividades privadas no setor da saúde humana e ação/apoio social. É, assim, importante que se conheça, e perceba, a dinâmica empresarial do setor da saúde e ação/apoio social, de forma a melhorar a atividade empresarial dos cuidados de saúde numa determinada localização. Com base em dados estatísticos regionais longitudinais, oriundos da base de dados Quadros de Pessoal, o trabalho de investigação subjacente a esta dissertação, tem como objetivos a análise e explicação da evolução da atividade empreendedora privada no setor da saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, de 1985 a 2009. A aplicação de indicadores de estatística descritiva permitiu descrever a evolução da atividade empreendedora privada, no setor, ao longo do tempo e a aplicação da metodologia econométrica de dados em painel, através da estimação de modelos de efeitos fixos e aleatórios, permitiu identificar e mensurar os indicadores sócio demográficos que estão na origem de tal evolução. Conclui-se que o número de estabelecimentos privados, e respetivo pessoal ao serviço, no setor da saúde humana e ação/apoio social tem crescido nos doze concelhos do distrito de Bragança sendo que a estrutura da população residente, em particular os níveis de dependência da população idosa e o aumento da longevidade da população, influenciam muito forte e positivamente esta tendência.

PALAVRAS-CHAVE: oferta privada de cuidados de saúde, setor da saúde humana e ação/apoio social, empreendedorismo, Bragança.

ABSTRACT

In Portugal, the National Health Service has failed to monitor and respond satisfactorily to the growth in the searching for health care services and problems of coverage, accessibility and inefficiency have been attributed to its lack of action. These facts have been cause of concern for the private health care providers and have guided them to the market, and one cannot deny the recent awakening of agents offering for private practice in the human health sector/social support. It is, therefore, important to know and understand the business dynamics of the health sector and human action/social support in order to improve the health care business activity in a given location.

Based on statistical regional longitudinal data taken from the lists of Permanent Staff, the research work behind this dissertation aims at analyzing and explaining the evolution of the private entrepreneurial activity in the human health setor and human action /social support in the district of Bragança, from 1985 to 2009. The application of descriptive statistical indicators has allowed to describe the evolution of the private entrepreneurial activity in this setor over the time, and it has also allowed the application of econometric methodology panel data, by estimating the models of fixed and random effects. In addition, it has permitted us to identify and measure the socio demographic indicators which have originated such evolution. We conclude that the number of private institutions and respective personnel working in the health setor and human action / social support has grown in the twelve counties in the district of Bragança. We are certain that the structure of the resident population, particularly the levels of dependence of the aged population and the increase in life expectancy, influence very deep and positively this tendency.

KEYWORDS: private health care offer, setor of the human health and action/social support, entrepreneurship, Bragança.

RESUMEN

En Portugal, el Servicio Nacional de Salud no ha logrado acompañar ni corresponder, satisfactoriamente, al crecimiento de la procura de cuidados de salud, siéndole atribuidos problemas en términos de cobertura, accesibilidad y ineficiencia. Estos hechos han preocupado y orientado los proveedores privados para el mercado siendo innegable el despertar reciente de los agentes de la oferta para actividades privadas en el sector de la salud humana y acción social/apoyo social. Por consiguiente, es importante que se conozca y que se comprenda la dinámica empresarial del sector de la salud y acción/apoyo social, de manera a mejorar la actividad empresarial de los cuidados de salud en una dada localización. Con base en datos estadísticos regionales longitudinales, provenientes de la base de datos Dotación de Personal, el trabajo de investigación subyacente a esta disertación, tiene como objetivos la análisis y explicación de la actividad emprendedora privada en el sector de la salud humana y acción social/apoyo social en el distrito de Braganza, de 1985 a 2009. La aplicación de indicadores de estadística descriptiva ha permitido describir la evolución de la actividad emprendedora privada, en el setor, a lo largo del tiempo y la aplicación de la metodología econométrica de datos en panel, a través la estimación de modelos de efectos fijos y aleatorios y a incluso permitido identificar y mensurar los indicadores socio demográficos que están en el origen de tal evolución. Se concluye que el número de establecimientos privados en el setor de la salud humana y acción/apoyo social, y respetivo personal a su servicio, ha aumentado en los doce ayuntamientos del distrito de Braganza, siendo que la estructura de la población residente, particularmente los niveles de dependencia de los ancianos y el aumento de la longevidad de la población, influyen muy fuerte y positivamente esta tendencia.

PALABRAS CLAVE: oferta privada de cuidados de salud, setor de la salud humana e acción/apoyo social, espíritu empresarial, Braganza.

AGRADECIMENTOS

Como forma de reconhecimento, desejo agradecer às instituições e pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado.

Gostaria de começar por agradecer ao Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (GEP-MSSS) pela disponibilização dos dados estatísticos referentes à atividade privada no setor da saúde humana e apoio social provenientes dos Quadros de Pessoal.

Agradecer à orientadora deste trabalho, a professora doutora Alcina Maria de Almeida Rodrigues Nunes pela excelente orientação e supervisão, pela paciência, disponibilidade, críticas e sugestões relevantes, e pelo rigor indispensável ao longo da realização do trabalho.

Agradecer também às colegas e amigas Carina Ferreira, Eloísa Santinho, Alexandra Sousa, Ana Cândida Teixeira, Sandrine Ribeiro, Ana Raquel Fontoura e Ana Cunha pela solidariedade e pela amizade em momentos tão importantes deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho por me apoiarem e substituírem nas minhas ausências.

Por fim, queria agradecer aos meus pais, Maria Ester Alves de Oliveira e Manuel dos Anjos Alves, e ao irmão, Ricardo Alexandre Oliveira Alves, por todo o apoio, dando incentivos para levar árdua tarefa até ao fim. Sem o vosso apoio seria impossível ultrapassar todos os obstáculos encontrados pelo caminho.

A todos vocês, obrigada por tudo!

LISTA DE SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde;

CAE – Classificação das Atividades Económicas

CNP – Classificação Nacional de Profissões

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

HPP – Hospitais Privados de Portugal;

INE – Instituto Nacional de Estatística

MSSS – Ministério da Solidariedade Social e da Segurança Social

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

PIB – Produto Interno Bruto;

QP – Quadros de Pessoal

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

TCO – Trabalhadores por Conta de Outrem

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL: O CASO PARTICULAR DA OFERTA	6
1.1 O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL.....	7
1.2 PERSPETIVA HISTÓRICA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	8
1.3 PROCURA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL.....	11
1.4 OFERTA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL	15
1.5 OFERTA PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL.....	18
1.5.1 Empreendedorismo no Setor da Saúde Humana e Ação/Apoio Social.....	20
CAPÍTULO II: EVOLUÇÃO DA OFERTA PRIVADA DE CUIDADOS DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA	23
2.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	24
2.1.1 Apresentação da base de dados Quadros de Pessoal e Âmbito de Estudo.....	24
2.1.2 Identificação e Descrição das Variáveis Indicadoras da Atividade Empreendedora, em Estudo.....	27
2.1.3 Modelos Econométricos de Dados em Painel: Modelos de Efeitos Fixos e Modelos de Efeitos Aleatórios.....	29
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EMPRESARIAL PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA.....	32
2.3 IDENTIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EMPRESARIAL PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA.....	58
2.3.1 Apresentação e discussão dos potenciais fatores explicativos da evolução da atividade empresarial privada no distrito de Bragança.....	58
2.3.2 Estimação e discussão dos resultados dos modelos de efeitos fixos e modelos de efeitos aleatórios.....	65
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribuição da população portuguesa por grupos etários, 2001 e 2009.....	12
<i>Figura 2.</i> Mapa do distrito de Bragança e localização geográfica dos seus doze concelhos....	26
<i>Figura 3.</i> Posição relativa dos concelhos na relação entre número de estabelecimentos e número de pessoas ao serviço.....	40
<i>Figura 4.</i> Posição relativa dos concelhos na relação entre número de estabelecimentos e remuneração média mensal ganha.....	41
<i>Figura 5.</i> Evolução temporal da taxa de crescimento das variáveis analisadas, por concelho do distrito de Bragança.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1985</i>	33
Tabela 2: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1991</i>	33
Tabela 3: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1995</i>	34
Tabela 4: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2000</i>	34
Tabela 5: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2005</i>	35
Tabela 6: <i>Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2009</i>	35
Tabela 7: <i>Evolução dos níveis de qualificação, na variável número de pessoas ao serviço, no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho</i>	42
Tabela 8: <i>Evolução absoluta e relativa do número de estabelecimentos privados do setor de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho</i>	44
Tabela 9: <i>Evolução absoluta e relativa do número de pessoas ao serviço do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho</i>	47
Tabela 10: <i>Evolução absoluta e relativa da duração média semanal no período de trabalho normal do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho</i>	50
Tabela 11: <i>Evolução absoluta e relativa da remuneração média mensal ganho do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho</i>	53
Tabela 12: <i>Variáveis utilizadas na análise do número de estabelecimentos no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009</i>	59
Tabela 13: <i>Valor das variáveis explicativas em 1991 e 2009, para cada um dos 12 concelhos do distrito de Bragança</i>	63
Tabela 14: <i>Resultado da estimação dos modelos com as variáveis em nível (valor absoluto)</i> ..	67
Tabela 15: <i>Resultado da estimação dos modelos com as variáveis em logaritmo</i>	71

INTRODUÇÃO

Nas sociedades desenvolvidas a saúde é um tema predominante no discurso social e político, bem como um objetivo primordial na vida dos indivíduos (DSP, 2010). A saúde desempenha um papel fundamental no progresso dos países no campo económico e social (Deloitte, 2011). O mercado de cuidados de saúde tem características muito particulares que o fazem diferir de outros mercados de bens e serviços. Como exemplo, o sistema de informação na prestação de cuidados de saúde é dominado, essencialmente, pela oferta. (Matias, 1995). Contudo é um setor com grande peso e importância nos dias que correm sendo que a saúde é um objetivo final a alcançar por toda a população de um país. Para o atingir consomem cuidados de saúde.

A primeira grande reforma na área da saúde em Portugal deu-se em 1899, conduzida pela mão de Ricardo Jorge. Desde então, e até aos dias de hoje, o serviço de saúde nacional tem vindo a sofrer modificações radicais tendo sido várias reestruturações no sistema de saúde. No novo milénio, segundo Queirós (2010), existe um modelo de gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que aproxima o setor público e o setor privado. O Estado deixa, a partir desta altura, de ser um mero prestador e concentra-se, apenas, em financiar, coordenar e regular. Desta forma chega-

se à atualidade com um paradigma que assenta na racionalidade económica, na gestão por objetivos e em indicadores de desempenho.

A sociedade do novo milénio procura cada vez mais cuidados de saúde devido a fatores, entre muitos outros fatores exógenos, como o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população e a cobertura dos seguros privados de saúde. No entanto, um facto, que surge como indiscutível para Baganha, Ribeiro e Pires (2002), é que o SNS português não tem vindo a conseguir acompanhar, e responder satisfatoriamente, a este crescimento da procura de cuidados de saúde. Outro facto a acrescentar, defendido por Bohemer (2000), prende-se com o surgimento de uma nova classe de clientes no setor da saúde, que aparece com a disponibilidade e democratização de informação (nomeadamente na *World Wide Web*). Estes consumidores são indivíduos bem informados e, assim, menos sujeitos a tornarem-se alvo da assimetria de informação. São indivíduos que compram qualidade, preço e conveniência e quando procuram cuidados de saúde já levam consigo um diagnóstico e tratamento preferencial estruturado. Como resultado disso, segundo Dinis (2008), o aumento da procura de cuidados de saúde privados tem apresentado taxas de crescimento graduais. Existem vários aspetos que contribuem para aumentar a procura privada de cuidados de saúde. Alguns destes fatores são comuns em diferentes países. Especificamente, para o caso de Portugal, Eira (2010) sumaria os seguintes: (i) procura de um melhor nível de conforto nas atividades de hospitalização, (ii) resposta rápida aos doentes cirúrgicos, (iii) acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (iv) cobertura extensiva oferecida por certas especialidades e, (v) crescente procura de cuidados ligados à estética. Existem, no entanto, muitas outras explicações e factos que justificam esse aumento da procura privada e a resposta em termos de oferta privada de cuidados de saúde. Face ao exposto, é inegável o despertar recente dos agentes da oferta para atividades privadas no setor da saúde e ação/apoio social que se vem tornando cada vez mais aliciante devido ao défice de respostas dos cuidados de saúde públicos associadas a problemas como a fraca cobertura, a acessibilidade condicionada e a ineficiência do SNS.

A oferta de cuidados de saúde, em Portugal, é, essencialmente, assegurada pelo Estado, ou seja, pelo SNS. Todavia, tem-se assistido a uma aposta cada vez maior em atividades de cariz privado, tendo aumentado o número de operadores privados, neste mercado, nos últimos anos. Tal facto conduz a uma certa concorrência e/ou cooperação entre os dois setores a vários níveis (Dinis, 2008). De facto, muitas são as alterações que, com o tempo, se têm vindo a verificar na oferta de cuidados de saúde em Portugal. Alterações influenciadas pela evolução demográfica, pela alteração das características socioeconómicas da população e pelo próprio crescimento económico (Barros, 2009).

Atualmente, em Portugal, o setor de saúde é constituído por prestadores públicos, privados e sociais. Os prestadores públicos de cuidados de saúde dividem-se em cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados. Os prestadores privados e sociais de cuidados de saúde operam em moldes diferentes daqueles que enquadram a oferta pública sendo

que o crescimento dos serviços prestados pelos privados é possível devido ao aumento da cobertura por seguros de saúde (Deloitte, 2011). Os prestadores privados têm maior flexibilidade na gestão da sua oferta que os serviços públicos, apesar da forte regulação por parte do Ministério da Saúde que condiciona a expansão do setor privado (Deloitte, 2011). Os prestadores do setor social possuem uma importante presença nas unidades de cuidados continuados integrados e hospitais de pequena dimensão. Em simultâneo, o setor privado tem também vindo a desenvolver a sua capacidade de prestação, na órbita do SNS, através de parcerias público-privadas, da partilha de serviços e de infraestruturas e da qualidade (Dinis, 2008). Por exemplo, enquanto o SNS presta essencialmente serviços no âmbito dos cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, o setor privado presta mais serviços em termos de consultas de especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico. Ou seja, o setor privado oferece serviços a que a prestação pública de cuidados de saúde e ação/apoio social não dá uma resposta considerada eficiente, rápida e de qualidade (Ferreira, 2009).

O setor privado da saúde e ação /apoio social em Portugal tem evoluído e apresenta, a cada dia que passa, uma maior capacidade de crescimento. De facto, com as fortes modificações que estão a ocorrer no setor da saúde, em Portugal, o Estado recua enquanto o setor privado avança (Ferreira, 2009). Nos anos mais recentes o número de unidades privadas aumentou, apresentando um maior protagonismo e atuando em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde. Em simultâneo, o volume de negócios dos principais grupos privados cresceu e as relações de complementaridade com o setor público são cada vez mais frequentes.

Um pouco por toda a Europa tem-se assistido à defesa do argumento que o empreendedorismo pode ser uma alavanca poderosa para a reestruturação do setor da saúde. Nos cuidados de saúde, o empreendedorismo é visto como uma área muito específica, com várias peculiaridades como o conflito entre a ciência e os recursos disponíveis. Contudo, as organizações de cuidados de saúde podem e devem “aprender” a ser organizações empreendedoras (Borkowsky & Gordon, 2006). Apesar da defesa do argumento teórico, em termos práticos o empreendedorismo tem recebido pouca atenção no setor da saúde. Primeiro porque, ao contrário dos outros setores, este possui como objetivo primordial a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes mesmo que o lucro (Guo & Buss, 2006). E depois, pela falta de apoio financeiro a este tipo de atividades, o que faz com que poucas ideias sobrevivam à fase inicial de implantação do negócio (Grazier & Metzler, 2006). No entanto, à medida que o sistema de saúde privado se amplia e evolui, as atividades empreendedoras tornam-se mais atrativas (Guo & Buss, 2006).

Face ao exposto, o objetivo desta dissertação de mestrado é analisar a evolução da atividade empreendedora no setor da saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, para um período de tempo de 24 anos que decorre entre 1985 e 2009, de forma a perceber como a atividade privada tem evoluído ao longo das últimas décadas de transformação da oferta de cuidados de saúde e que fatores podem explicar essa evolução. A análise vai centrar-se na explicação da problemática da atividade empreendedora, neste setor de atividade, e da sua evolução ao longo do tempo. Para atingir o objetivo será utilizada informação estatística

proveniente de fontes de informação externas. Uma dessas fontes de informação externa é a base de dados Quadros de Pessoal, gerida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (GEP-MSSS) – uma importante base de dados nacional de caracterização da atividade empreendedora em Portugal, por fornecer informação estatística relativa a todas as empresas com pelo menos um trabalhador inscrito na Segurança Social e aos respetivos trabalhadores - e a outra o Instituto Nacional de Estatística (INE) que permite a compilação de um conjunto de indicadores sócio demográficos ao nível regional. Face à possibilidade de desagregação regional, este estudo tira partido desta vantagem e define como objeto de estudo a região no âmbito geográfico dos doze concelhos do distrito de Bragança. A informação estatística, aqui em estudo, referente à atividade empresarial privada no setor de atividade da saúde humana e apoio social no distrito de Bragança centra-se em quatro variáveis fundamentais: o número de estabelecimentos no setor da saúde humana e apoio social, que se localizam nos concelhos do distrito de Bragança, o número de pessoas ao serviço nesses estabelecimentos (tendo em conta o seu nível de qualificação), a duração média semanal do tempo normal de trabalho de trabalhadores por conta de outrem (quer a tempo completo como incompleto) e, por fim, a remuneração média mensal dos trabalhadores deste tipo de estabelecimentos. Estas variáveis serão descritas utilizando diversos indicadores de estatística descritiva onde se salienta o cálculo das taxas de crescimento das variáveis, ao longo do tempo, e o peso relativo de cada um dos concelhos no total do distrito.

Para explicar essa evolução ao longo do tempo e também as diferenças verificadas entre concelhos estimam-se modelos econométricos conhecidos como modelos econométricos de dados em painel. Estes modelos permitem estimar modelos em que as bases de dados subjacentes, bases de dados longitudinais como a que aqui se utiliza, combinam características das séries temporais com dados em corte transversal (*cross-section*). Neste caso concreto, as variáveis de atividade empreendedora privada no setor da saúde humana e da ação/apoio social, acima apresentadas, podem ser observadas por concelho e ao longo de diferentes períodos de tempo permitindo não só a análise no tempo mas também no espaço. Para esta análise, que pretende identificar e quantificar os fatores que influenciam tal atividade no tempo e por concelho, será utilizado, como indicador da atividade empresarial privada no setor da atividade de saúde humana e apoio social nos concelhos do distrito de Bragança, o número de estabelecimentos deste setor aqui contabilizados desde 1985 até 2009. Como possíveis determinantes da sua evolução no tempo e espaço testam-se as seguintes variáveis: taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, saldo natural, índice de potencialidade, índice de dependência total, população residente, índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de longevidade. A seleção deste conjunto de variáveis baseou-se na literatura científica existente na área, na sensibilidade profissional da autora e na disponibilidade de informação estatística, desagregada ao nível do concelho, para um tão longo período de tempo.

Face ao exposto, o trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos que se apresentam da seguinte forma:

No capítulo I é apresentado o enquadramento teórico relativo à dinâmica empresarial do setor da saúde e ação/apoio social. Para o efeito, analisa-se o mercado de cuidados de saúde, a sua evolução de uma perspetiva histórica e a procura no setor da saúde e ação/apoio social. Destaca-se, no entanto, o caso da oferta no setor da saúde e ação/apoio social, bem como a aposta no incremento do empreendedorismo neste setor de uma perspetiva teórica.

No capítulo II apresenta-se a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos neste trabalho de investigação, identifica-se e descreve-se as variáveis em estudo e caracteriza-se e traça-se, empiricamente, a evolução da atividade empresarial privada no setor da saúde humana e ação/apoio social nos doze concelhos do distrito de Bragança. A metodologia econométrica de dados em painel, aplicada neste trabalho de investigação, permite tipificar as respostas dos diferentes concelhos, em termos de criação de estabelecimentos privados de saúde humana e ação/apoio social, a determinados acontecimentos sócio demográficos, em diferentes períodos de tempo. Desta forma, os dados em painel possibilitam identificar e medir efeitos que não seriam detetáveis em estudos exclusivamente seccionais (por concelho) ou temporais (por período de tempo analisado) (Marques, 2000). Os resultados são apresentados e discutidos ao longo das várias secções do capítulo.

Este trabalho de investigação termina com a apresentação das principais conclusões.

CAPITULO I

**O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE HUMANA
E AÇÃO/APOIO SOCIAL: O CASO PARTICULAR
DA OFERTA**

1.1 – O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL

Nas sociedades desenvolvidas uma vida mais longa e saudável tornou-se, nos últimos anos, um facto demográfico e um objetivo a atingir pela sociedade, em geral, e por cada indivíduo, em particular. A saúde tornou-se, assim, num tema predominante no discurso social e político e um objetivo fundamental na vida dos indivíduos (DSP, 2010).

A saúde desempenha um papel fundamental no progresso dos países no campo económico e social. Numa perspetiva mais económica, a saúde da população exerce influência nos níveis de produtividade e no desenvolvimento educacional, fatores que contribuem para os níveis de crescimento económico do país. Portugal não é exceção e inúmeros têm sido os desafios que, nos últimos anos, se vêm sendo colocados à saúde na economia portuguesa. Desafios tanto ao nível do acesso a cuidados de saúde de qualidade, com o objetivo de minimizar assimetrias regionais, como ao nível da eficiência e controlo da despesa. “As características sociais e económicas de um país e da sua população são intrínsecas a qualquer sistema de saúde e, nalgumas vertentes, são simultaneamente causa e consequência do próprio sistema” (Deloitte, 2011, p.16).

É notório que existem diferenças entre o setor da prestação de cuidados de saúde e os restantes setores de atividade. Uma das muitas razões para que tal acontece refere-se ao facto do setor da saúde influenciar a nossa qualidade de vida (Sebestova & Cooney, 2011).

O mercado de cuidados de saúde tem características muito particulares que o fazem diferir de outros mercados de bens e serviços. Por exemplo, o agente da oferta dispõe, de mais informação que o agente da procura. Do encontro entre estes dois agentes resulta um equilíbrio instável, em que quer o preço quer a quantidade podem ser influenciados pela oferta (Matias, 1995). De facto, e ainda de acordo com o mesmo autor deve referir-se que existem três componentes fundamentais no mercado dos cuidados de saúde. O objeto de escolha (os cuidados de saúde), o comportamento do agente da procura (o doente) e o comportamento do agente da oferta (os profissionais de saúde). Sendo que o consumo está sempre relacionado com a necessidade sentida por parte do agente da procura. Está-se na presença de um bem sem utilidade intrínseca, pois o consumo de cuidados de saúde faz-se, apenas e só, com o objetivo de manter um estado de saúde ou restabelecer um estado de saúde perdido ou debilitado (Matias, 1995 citando Arrow, 1963).

Todas as particularidades acima referidas caracterizam o mercado da prestação de cuidados de saúde e salientam nele várias imperfeições, distinguindo-o dos restantes setores. A maioria das suas imperfeições é proveniente da incerteza e da assimetria de informação entre o comprador e o vendedor, neste caso, dos cuidados de saúde (Gaynor & Vogt, 2000). A incerteza é algo que ocorre, essencialmente, ao nível dos consumidores. Estes sentem, por exemplo, incerteza quanto ao momento em que necessitam de cuidados, incerteza quanto ao custo desses cuidados, incerteza quanto ao seu efetivo estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um dado tratamento (Ferreira, 2009). Mas, a incerteza surge também do lado da oferta de cuidados de saúde. Uma outra consequência da incerteza neste setor é a

existência de assimetrias de informação, ou seja, um dos agentes (geralmente, o profissional de saúde) dispõe de mais e melhor informação que o outro agente (o doente) (Arrow, 1963). Perante isto, o sistema de informação na prestação de cuidados de saúde é dominado, essencialmente, pela oferta. O agente da procura delega no agente da oferta o processo de decisão, através daquilo que se designa de relação de agência (Matias, 1995). “Em termos gerais, uma relação de agência é considerada como uma delegação de decisões por parte de um agente num outro agente económico que possui uma maior informação”(Ferreira, 2009, p. 25)¹. Da assimetria de informação surgem ainda problemas como o risco moral que, no consumo, se os indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um determinado sistema seguro público (como o Serviço Nacional de Saúde (SNS)) ou privado, fomenta excessos de procura de cuidados de saúde e, na oferta, pode levar à indução da procura se o médico coloca as suas próprias preferências à frente das preferências do utente na função de preferência que lhe foi delegada pelo doente (Barros, 2009).

De uma forma geral, o setor da saúde, com todas as suas características e imperfeições, é um setor com grande peso e importância nos dias que correm sendo que a saúde é um objetivo final a alcançar por toda a população de um país (consumidora de cuidados de saúde). É a ambição deste “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2006, p.1) que torna este setor tão especial e particular contexto do desenvolvimento económico de um país.

1.2 - PERSPETIVA HISTÓRICA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

A organização dos serviços de saúde foi ao longo dos tempos influenciada por conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época. Após a criação, em 1948, da primeira Misericórdia em Portugal, a Misericórdia de Lisboa, foram proliferando novos estabelecimentos sendo que, até ao século XVIII, só as misericórdias prestavam cuidados de saúde e apenas aos mais carenciados (Queirós, 2010).

Com a divulgação da primeira Lei Orgânica da Saúde, em 1820, foi criada uma Comissão de Saúde Pública e, em 1868, realizou-se uma das primeiras tentativas de adaptação do país a novas experiências e saberes. Contudo, só em 1899, Ricardo Jorge reorganiza os serviços de saúde, no que é considerado a primeira grande reforma na área da saúde em Portugal. Dá-se-lhe a designação de “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”. Esta reforma veio-se a estatuir em 1901 tendo entrado em funcionamento em 1903 (Frederico, 2000). A prestação direta de cuidados de saúde à maioria da população assegurava-se pela clínica livre. O Estado apenas ficava com a assistência à população mais pobre, onde os cuidados de saúde eram prestados pelas Santas Casas da Misericórdia e pelos Hospitais Públicos Centrais (Gonçalves & Costa, 2003).

¹ No caso do setor da saúde, uma relação de agência surge, por exemplo, quando o doente delega no médico a decisão sobre o tratamento a ser seguido caso fique doente.

Entre 1944 e 1945 publica-se e regulamenta-se o Estatuto da Assistência Social e são definidos, pela primeira vez, os responsáveis pelos cargos da assistência. Esta legislação permitiu o desenvolvimento de vários hospitais regionais e sub-regionais que estavam entregues à gestão das Misericórdias. O Estado que anteriormente apenas possuía uma função supletiva² passa a ter uma função mais omnipresente. Neste período de tempo desenvolvem-se vários Institutos Públicos (Instituto de Assistência à Família, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, entre outros) (Ferreira, 2009). De 1937 até ao final de 1945, Gonçalves e Costa (2003) referem uma fase caritativo-corporativista em que o Estatuto da Assistência Social era o mais relevante na altura para a sociedade.

Mais tarde, em 1958, nasce o Ministério da Saúde, em 1961 é estabelecida a Direção Geral dos Hospitais e, após dois anos, é publicado o Estatuto de Saúde e Assistência (Frederico, 2000). Com todos estes acontecimentos procurava-se modernizar o funcionamento dos hospitais e é, de acordo com Gonçalves e Costa (2003), o facto mais relevante a assinalar na década de sessenta do séc. XX, em termos de oferta de cuidados de saúde. Segundo Frederico (2000), é nesta década que se assiste à construção de uma primeira rede de serviços de saúde. Surgem, ao longo da década, instituições, dentro do próprio Estado, destinadas a fornecer um mecanismo básico de seguro sob uma filosofia de atuação centrada na ideia de que o Estado não era o responsável pela assistência na doença.

Gonçalves e Costa (2003) caracterizam o período de 1945 a 1971 como uma fase assistencial, que manteve uma filosofia de ação baseada na caridade. Em 1971 surge a designada fase sanitaria, onde é reconhecido o direito à Saúde para todos os portugueses e o Estado passa a ser a entidade responsável pela política de saúde e pela sua execução.

A Revolução de abril de 1974 traz consigo princípios fundamentais completamente distintos dos enunciados para os períodos anteriores para o setor da saúde. Tais princípios viriam a ser consagrados na Constituição da República Portuguesa. Os cidadãos passam a ter direito à proteção da sua saúde, cabendo ao Estado garantir esse direito. A 2 de abril de 1976, o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa garante o direito à protecção da saúde através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Canotilho, Moreira & Pinto, 1982).

Para além disso, em 1976, o “Despacho Arnaut” abre o acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde designada de Segurança Social) a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. A conhecida lei Arnaut, consagrou o “direito à saúde”, pois o Sistema de Saúde Português sob a forma de Serviço Nacional de Saúde “envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social” (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, p. 2357), dando cobertura a toda a população. Esta ideia é partilhada por vários autores. Por exemplo, Frederico (2000) salienta a garantia do direito à proteção da saúde, de todos os cidadãos, baseada na universalidade e na gratuitidade do acesso aos cuidados de

² Uma função supletiva significa um complementar de algo, por outras palavras, o Estado possuía uma função mais suplementar.

saúde, onde o principal objetivo da política de saúde na década de setenta foi a diminuição de barreiras ao acesso a cuidados de saúde, quer a nível de financiamento (capacidade de pagar os cuidados de saúde) quer a nível de acesso físico (expansão da oferta).

Frederico (2000) salienta que ao longo dos anos setenta e oitenta, da última década, a política de saúde em Portugal foi sofrendo modificações radicais e reestruturações dos serviços de saúde. Em 1982 assiste-se à criação de 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS) que gerem a prestação de cuidados ambulatoriais nos Centros de Saúde sendo fundamentalmente financiadas pelo Orçamento do Estado, sem interferir com os Hospitais. Mais tarde, em 1989, com a 2.^a revisão da Constituição altera-se o artigo 64.^o transformando-se a expressão “gratuito” em “tendencialmente gratuito”, quando se refere o serviço de prestação de cuidados de saúde, o que permitiu a introdução das taxas moderadoras (Queirós, 2010). Em simultâneo, a década de oitenta caracteriza-se por um crescimento do setor privado, e pelo desenvolvimento de outros mecanismos de seguro como aqueles que têm como base o empregador (os denominados subsistemas). De acordo com Queirós (2010), é no período de 1985 a 1995 que se assiste à descentralização do SNS e ao surgimento de um novo papel para o setor privado.

Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases de Saúde que refere, de acordo com a Base XII, que o Sistema de Saúde “é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e todas as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou algumas daquelas atividades” (Gonçalves & Costa, 2003, p. 96). Dois anos mais tarde, em 1992, a Constituição da República Portuguesa consagra a proteção à saúde como um direito para toda a população assegurado pelo SNS, de âmbito universal, global e tendencialmente gratuito. De acordo com Gonçalves e Costa (2003) surge o modelo normativista em que o Estado passa a assumir todos os papéis relevantes do sistema de saúde português - planeamento, financiamento, organização, prestação e avaliação.

A década de noventa traz consigo uma nova filosofia de financiamento. O estatuto do SNS abre caminho para a organização da relação do segurador com os prestadores (a função pagamento) e para a forma de angariação de fundos, já que permite uma substituição, caso a caso, entre o seguro público e o seguro privado (Lopes & Pinto, 2003). A Lei de Bases e o Estatuto do SNS de 1993 (Decreto-Lei 11/93, de 15 de janeiro), ao delegar o pagamento dos serviços de saúde em função do rendimento do indivíduo criando também um Seguro Alternativo de Saúde Voluntário com benefícios fiscais, permitiu o desenvolvimento do setor privado de saúde.

Com a adesão à Comunidade Económica Europeia (atual União Europeia) assiste-se ao surgimento da preocupação com ganhos de eficiência e com a efetividade na aplicação de recursos. De facto, nos finais da década de 90 inícios da primeira década do séc. XXI, criaram-se novos mecanismos de orientação, estratégia e responsabilização no setor da saúde (Gonçalves & Costa, 2003). Em 2001, inicia-se uma reforma no setor público que, de acordo com Hood, Rothstein e Baldwin (2001), se nota pela: (I) entrada de profissionais provenientes do setor privado, (II) definição de medidas e padrões de desempenho com objetivos mensuráveis, (III)

preocupação com o controlo dos resultados, (IV) desagregação de unidades do setor público e, (V) introdução de fatores que promovam a concorrência no setor público, nomeadamente com a contratação e a ênfase nos estilos e práticas de gestão do setor privado.

Com o novo milénio chega, de acordo com Queirós (2010), a era da governação em saúde no que respeita ao sistema nacional de saúde. O início desta era materializou-se na empresarialização dos hospitais, com o objetivo de aumentar a qualidade dos dados prestados, melhorar o acesso, maximizar a eficiência e controlar a despesa total. Este novo modelo de gestão do SNS aproxima os setores público e privado, nomeadamente no que se refere à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade. Ainda de acordo com este autor, o Estado deixa, durante este período, de ser prestador e concentra-se apenas em financiar, coordenar e regular, chegando-se à atualidade com um paradigma que assenta na racionalidade económica, na gestão por objetivos e em indicadores de desempenho.

Em suma, ao observar-se toda esta evolução e transformação do setor da saúde em Portugal desde a criação da primeira Misericórdia, em 1948, até à atualidade, observam-se dois factos. A crescente preocupação com a prestação de cuidados de saúde a toda a população em paralelo com uma crescente preocupação com a racionalização dos custos e a gestão de recursos limitados. Por outro lado, observa-se a crescente privatização de serviços que, durante muito tempo se encontraram na espera da oferta pública.

Recorde-se que o objetivo fundamental de um consumidor de cuidados de saúde é a própria saúde e não a procura de cuidados de saúde, *per si*. A procura de cuidados de saúde é uma procura resultante de um determinado objetivo, que é o de obter saúde. Ora, esta particularidade da procura de cuidados de saúde impõe uma análise mais atenta e cuidada às opções que se colocam à organização da oferta (Matias, 1995).

1.3 - PROCURA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL

A população procura cada vez mais cuidados de saúde devido a diversos fatores exógenos, fundamentalmente, demográficos e socioeconómicos. O “aumento da esperança de vida, envelhecimento da população, evolução cultural das populações, aumento do rendimento disponível das famílias, alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde e procura mais exigente de cuidados médicos” são motivos diretamente ligados com a procura de cuidados de saúde que têm contribuído para o aumento das despesas totais em saúde a nível mundial (Eira, 2010, pág 19). Portugal é, segundo dados das Nações Unidas para 2007, o país número dez com maior percentagem de idosos e o número catorze com maior índice de envelhecimento (Soares & Fialho, 2011). De facto, uma população crescentemente envelhecida, o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) gerado pelas economias desenvolvidas, o desenvolvimento e inovação tecnológica no domínio médico e terapêutico e o facto de os cuidados em saúde serem intensivos

em trabalho são fatores que implicam o elevado crescimento da despesa no setor da saúde nas últimas décadas.

A visualização da figura 1, com as pirâmides etárias, ilustra precisamente, no período referido, o crescente envelhecimento da população, isto é, existem grandes alterações nos vários grupos etários com o passar do tempo.

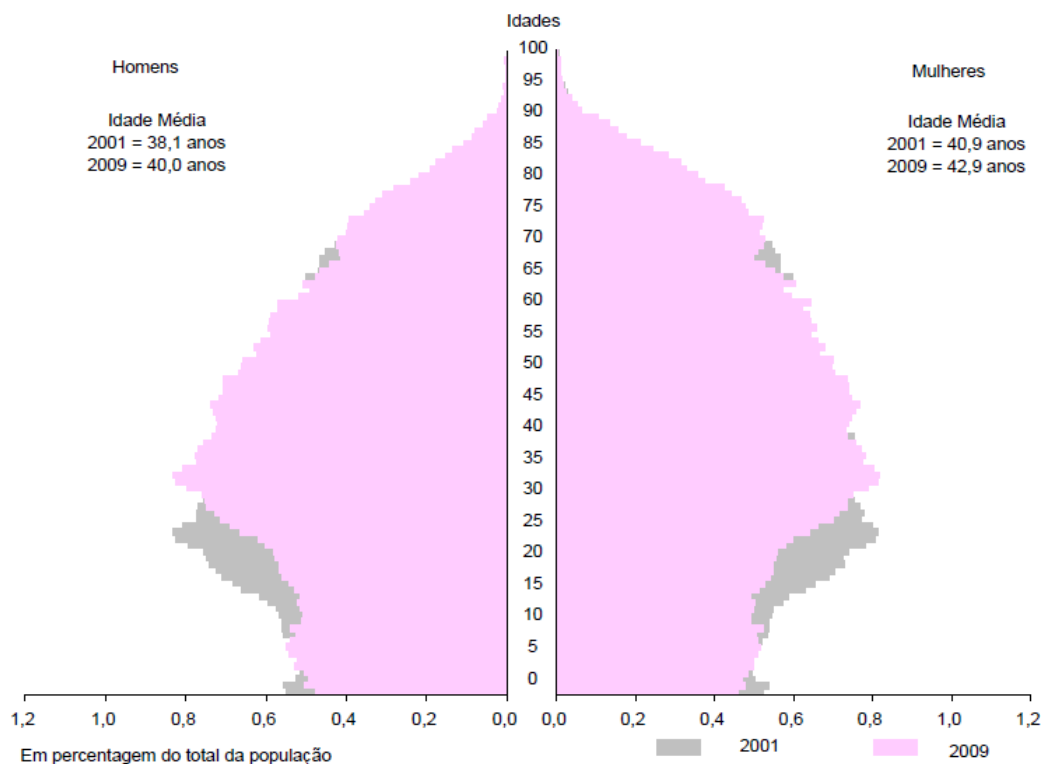


Figura 1. Distribuição da população portuguesa por grupos etários, 2001 e 2009

Fonte: INE, 2010b

A par destas circunstâncias existe uma constante procura de cuidados de saúde devido às necessidades constantes de saúde de uma população (Simões et al., 2007). Esta procura de cuidados de saúde tem crescido a nível mundial. O relatório da *World Health Organization (WHO)*, de 2002, apontava o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população e o aumento das expectativas dos consumidores como fatores para este aumento da procura de cuidados de saúde (Eira, 2010). Apesar desta constatação, um facto, que surge como indiscutível para Baganha, Ribeiro e Pires (2002), é que nos últimos 20 anos o SNS português não tem conseguido acompanhar, e responder satisfatoriamente, este crescimento da procura de cuidados de saúde.

A abordagem da procura de cuidados de saúde implica a perceção dos conceitos de “necessidade”, relação de agência e de procura induzida. Estes conceitos introduzidos por Alan Williams (1978) diferenciam necessidade de cuidados de saúde de procura de cuidados de saúde

e de utilização de cuidados de saúde. Tal distinção deve ser feita, segundo o autor, porque a procura de cuidados de saúde apenas surge quando o indivíduo considera ter necessidade e deseja receber a terapêutica. Em simultâneo, o comportamento do agente da oferta não é, necessariamente, passivo. Pelo contrário, ele pode mesmo ser responsável pela indução da procura. Neste caso, a necessidade apresenta-se mais do lado da oferta. Como o agente da oferta é aquele que dispõe de mais e melhor informação para decidir surge uma relação de agência entre os agentes da oferta e da procura de cuidados de saúde. Neste caso, o agente da oferta apresenta uma superioridade relativa o que levanta problemas a nível deontológico. Quando o consumidor entra numa relação de agência com o fornecedor de cuidados de saúde não está em condições de estimar *ex-ante* os resultados da mesma, daí existir a necessidade de um código de deontologia médica. Perante este código de ética a atuação processar-se-á no da melhor forma possível, de acordo com o interesse do consumidor (Matias, 1995).

Relativamente à procura induzida, Matias (1995) afirma que o problema assenta na assimetria de informação, que no mercado de cuidados de saúde beneficia o agente da oferta, e na consequente relação de agência que conduz o doente a confiar ao médico a decisão de quando, como e de que melhor forma os cuidados de saúde devem ser consumidos. A procura induzida diminui quando o doente se encontra bem informado acerca da transformação de cuidados de saúde em saúde. Bohemer (2000) defende existir uma nova classe de clientes no setor da saúde, que surge com a disponibilidade e democratização de informação (nomeadamente na *World Wide Web*). Estes consumidores são indivíduos bem informados, menos sujeitos a tornarem-se alvo da assimetria de informação. São indivíduos que compram qualidade, preço e conveniência e quando procuram cuidados de saúde já levam consigo um diagnóstico e tratamento preferencial estruturado. Em suma, os consumidores de cuidados de saúde estão mais instruídos a cada dia que passa ficando menos sujeitos a dar o controlo da sua saúde a um médico ou a uma empresa de prestação de cuidados de saúde (Eira, 2010)³. Ainda de acordo com Eira (2010) que cita Esmail (2007), cada vez mais, os doentes participam nos custos com a saúde, o que os conduz a tomada de decisões mais informadas sobre em que momento e em que empresa essa prestação de cuidados de saúde é melhor efetuada.

Segundo Dinis (2008) o aumento da procura de cuidados de saúde privados tem apresentado taxas de crescimento graduais. Este crescimento repercute-se na abertura de novos hospitais e clínicas em simultâneo com melhoramentos e obras de expansão nas unidades de saúde atuais. Esta situação traduz-se num aumento da concorrência que, em consequência, incentiva a inovação no setor da saúde. Existem vários fatores que contribuem para aumentar a procura privada de cuidados de saúde. Alguns destes fatores são comuns em diferentes países. Eira (2010), citando autores diversos onde se salienta, por exemplo Griffiths (2008) e Tountas (2005), faz uma lista de alguns desses fatores. Aponta como fatores para o crescimento da oferta privada

³A existência de consumidores bem informados que pesquisam variada informação conduziu os Estados Unidos da América a articular com diversas agências que recolhem, analisam e divulgam informação acerca do desempenho dos profissionais de saúde, publicando *ratings* de hospitais e consequentemente desses profissionais (Eira, 2010).

de cuidados de saúde, os seguintes: (i) a possibilidade de tratamento em separado, (ii) a dimensão das listas de espera, (iii) as taxas de infeção dos hospitais públicos, (iv) oferta de um maior conforto, (v) prestação mais rápida de tratamentos, (vi) inexistências de pressão pelo que os colaboradores podem dedicar mais tempo à prestação de cuidados ao doentes, (vii) possibilidade de cobertura das despesas por um seguro de saúde, (viii) não realização do procedimento médico no serviço nacional de saúde e, (ix) possibilidade de escolha do médico assistente. Acresce-se a estes fatores um outro fator transversal às economias desenvolvidas - o próprio crescimento económico dos países. Especificamente, para o caso de Portugal, Eira (2010) apresenta um conjunto de explicações que não diferem muito dos fatores supracitados. Essas explicações resumiam-se em: (i) procura de um melhor nível de conforto nas atividades de hospitalização, (ii) respostas rápidas aos doentes cirúrgicos, (iii) acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (iv) cobertura extensiva oferecida por certas especialidades e, (v) crescente procura de cuidados ligados à estética.

Argumenta-se que a saúde não tem preço, contudo, a estimação de funções procura de cuidados de saúde mostra que o indivíduo, enquanto cliente de cuidados de saúde, reage a incentivos económicos determinados pelos preços. Por outro lado, existem outros fatores, como os acima mencionados que afetam a procura e que podem ser agrupados no que a literatura define como os três fatores mais pertinentes na área da procura de cuidados de saúde: (i) o tempo, (ii) o grau de cobertura do seguro e, (iii) o rendimento. O tempo é importante pois é necessário consumir tempo e cuidados de saúde para produzir saúde. O tempo de acesso a cuidados de saúde influencia a procura e é parte integrante do preço a pagar por esses cuidados de saúde. A presença de um seguro tem também um importante papel na procura de cuidados de saúde, pois reduz no momento do consumo, o preço que o utilizador de cuidados de saúde tem que pagar. Por fim, e tal como já referido, um aumento do rendimento conduz a um aumento de cuidados de saúde (Barros, 2001).

Factos como os supracitados têm preocupado e orientado os prestadores privados para o mercado e para os clientes. Em Portugal são já conhecidas instituições privadas como os hospitais do Grupo José de Mello Saúde, dos Hospitais Privados de Portugal (HPP) ou do Espírito Santo Saúde que, na sua missão, revelam a orientação para o cliente (Eira, 2010). Muitas outras instituições, de carácter privado, de menor dimensão e mais discretas em termos de opinião pública, têm respondido às necessidades de procura de uma população cada vez mais informada e rica, como acontece nalgumas faixas da população portuguesa. É inegável o despertar recente dos agentes da oferta para atividades privadas no setor da saúde e ação/apoio social que se vem tornando cada vez mais aliciante devido ao deficit de respostas dos cuidados de saúde públicos (fraca cobertura, acessibilidade condicionada e ineficiência do SNS).

1.4 - OFERTA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL

Num mercado cada vez mais competitivo os preços consistem nos sinais mais importantes para os produtores e consumidores de um determinado produto ou serviço, já que a possibilidade de acesso do consumidor ao produto advém da sua capacidade para pagar pelo consumo. É claro que tal facto não se pode considerar no mercado de cuidados de saúde, em que o bem cuidados de saúde não concede utilidade pelo simples facto de consumir, mas sim, pelo seu consumo proporcionar saúde. Consequentemente, este é um mercado com imperfeições no sistema de preços e com externalidades e indefinições nos direitos de propriedade (Matias, 1995). Por exemplo, de acordo com o autor, ao aumentar a oferta os preços deveriam reduzir. Contudo isto é pouco provável que ocorra, pois a classe inserida na oferta de cuidados de saúde possui poder de mercado para evitar essa redução generalizada das suas remunerações. Espera-se sim, um comportamento de indução de procura para permitir reduzir e minimizar essas perdas generalizadas das remunerações, por parte do agente da oferta. Assim, “a concorrência faz-se pela tecnologia, consistindo esta num importante sinal transmitido para o exterior sobre a qualidade dos atos médicos” (Matias, 1995, p.21).

Pereira (2010), relativamente à prestação de cuidados de saúde, refere cinco dimensões que a podem afetar: (i) a sua disponibilidade, ou seja, se existir uma oferta adequada de serviços existe a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde, (ii) a proximidade dos cuidados, que reflete a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados, (iii) os custos associados à prestação dos cuidados e que se referem aos custos incorridos aquando o consumo dos serviços de saúde, (iv) a qualidade dos serviços prestados e a organização dos mesmos e, por fim, (v) a aceitação dos cuidados prestados, em que se avalia a prestação de cuidados de saúde correspondente às características dos diferentes grupos populacionais. De entre estes aspetos, para além dos preços, destaca-se o conceito de acesso o qual depende da disponibilidade da oferta de cuidados de saúde. Ou seja, o acesso a cuidados de saúde surge quando a população dispõe da oportunidade de utilizar os serviços de saúde e esta oportunidade surge quando existe uma oferta adequada.

A oferta cuidada de saúde, em Portugal, é essencialmente assegurada pelo Estado, ou seja, pelo SNS, cuja evolução foi descrita anteriormente. Todavia, tem-se assistido a uma aposta cada vez maior em atividades de cariz privado, aumentando assim o número de operadores privados, neste mercado, nos últimos anos. Tal facto conduz a uma certa concorrência e/ou cooperação entre os dois setores a vários níveis (Dinis, 2008). O sistema de saúde de um país, e a sua organização, são fatores determinantes do estado de saúde da sua população. Em Portugal esta oferta de cuidados de saúde tem evoluído com o passar do tempo e tem sido alvo de muitas alterações influenciadas pela legislação nacional que estrutura o SNS mas não só. Tais alterações vêm sendo, também, influenciadas pelo tipo de financiamento, a evolução demográfica; as alterações das características socioeconómicas da população, o próprio crescimento económico, a aposta de investimentos públicos e privados neste mercado de cuidados de saúde e pela própria dinâmica

do setor privado (Barros, 2009). Atualmente, em Portugal, o setor de saúde é constituído por prestadores públicos, privados e sociais.

Os prestadores públicos de cuidados de saúde dividem-se em cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados. Os prestadores públicos diferenciam-se da restante oferta, no mercado, por razões como o facto da oferta pública existir, em certas áreas, em regime de monopólio e os hospitais estarem, tendencialmente, vocacionados para a prestação de cuidados de saúde de urgência, internamento, consultas e cirurgia de ambulatório e convencional (Deloitte,2011). O acesso da população aos cuidados de saúde numa determinada área geográfica é assegurado através de ARS, que são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Existem em Portugal cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve) (Ferreira, 2009). Contudo para garantir a continuidade dos cuidados de saúde e manter a cooperação e a articulação entre os intervenientes no seguimento clínico do cliente surgiram ainda as Unidades Locais de Saúde (ULS). O modelo das ULS permite a prestação de cuidados de saúde a uma determinada área geográfica, garantindo cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados numa única entidade, de natureza pública empresarial (Deloitte,2011). Desde 1999 até atualidade já foram criadas 7 ULS⁴ (Matosinhos, Norte Alentejano, Alto Minho, Guarda, Baixo Alentejo, Castelo Branco e Nordeste).

O futuro do setor social em Portugal depende de um conjunto de situações e desafios. Nomeadamente “desafios demográficos (maior longevidade, desertificação do meio rural), desafios funcionais (pressão para a redução da despesa pública, diferenciação positiva, adequação de serviços, qualidade, formação e tecnologia) desafios sociais (pobreza nos idosos, isolamento, condições de habitação) e desafios de recursos humanos (maior interdisciplinaridade, competências tecnológicas e humanas)” (Soares & Fialho, 2011, pp.94-95). Existia anteriormente falta de articulação e de coordenação entre serviços de saúde e apoio social. Esta situação originava sobreposições de serviços e lacunas nas atividades a desenvolver. Contudo o setor da saúde e o setor dos serviços sociais, devido ao envelhecimento da população e à necessidade de focalização nos serviços de prevenção, estão a atuar cada vez mais conjuntamente, ou seja, assiste-se, nos mais recentes anos, a uma integração de ambos os setores devido à procura de serviços integrados. Este setor social requiere especial articulação na gestão e desenvolvimento dos serviços e equipamento, com atenção nas estruturas das organizações, na sua sustentabilidade financeira e na diferenciação positiva no acesso. O aumento da procura de cuidados de saúde e a pressão na redução da despesa pública são fatores condicionantes do setor social (Soares & Fialho, 2011).

Os prestadores privados e sociais de cuidados de saúde operam em moldes diferentes da oferta pública sendo que o crescimento dos serviços prestados pelos privados é possível devido ao aumento da cobertura por seguros de saúde (Deloitte,2011). Este relatório, usa o exemplo dos

⁴Não existe, até ao momento, nenhum autor a referir a existência de todas as ULS acima mencionadas, no entanto, é possível conhecer a sua existência fazendo uma busca pelas suas designações nas páginas Web.

hospitais privados que possuem, maioritariamente, clientes beneficiários de seguros ou subsistemas de saúde. Para além disso, os prestadores dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica possuem, também, acordos com instituições do SNS. Refira-se, ainda, que os cuidados em ambulatório, fornecidos pelos prestadores privados, se constituem como uma oferta muito subdividida de consultas de especialidade, em pequenas clínicas e consultórios. Assim, os prestadores privados têm maior flexibilidade na gestão da sua oferta que os serviços públicos. Por outro lado, os prestadores do setor social possuem uma importante presença nas unidades de cuidados continuados integrados e hospitais de pequena dimensão. Em simultâneo, o setor privado tem também vindo a desenvolver a sua capacidade de prestação, órbita do SNS, através de parcerias público-privadas, partilha de serviços, infraestruturas e qualidade (Dinis, 2008). Esta interajuda tem permitido, por exemplo, a redução de listas de espera cirúrgicas no setor público (Ferreira, 2009).

O progresso, e crescimento, da oferta privada iniciou-se através de particularidades do sistema de saúde português (Ferreira, 2009). Oliveira (2010) refere cinco destas particularidades do sistema de saúde português que foram decisivas para o desenvolvimento da oferta privada: (i) a mobilidade dos profissionais de saúde entre o setor público e privado, (ii) a possibilidade dos profissionais de saúde aumentarem a sua remuneração com a prestação dos seus cuidados no setor privado, (iii) os incentivos ao desenvolvimento de serviços privadas e a contratualização do setor privado pelo setor público, (iv) a preocupação em desenvolver e gerar soluções para minimizar listas de espera e, (v) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde.

Ferreira (2009) analisou a distribuição da oferta no mercado de prestação de cuidados de saúde, em 2005, na economia portuguesa. Verificou, em Portugal Continental, a existência de 189 hospitais, 34.163 camas, 1.116.227 pessoas internadas nos hospitais, 101.346 partos, 684.623 intervenções de grande e média cirurgia e 199.045 intervenções de pequena cirurgia. Segundo um estudo realizado por Eira (2010) a distribuição de camas é equivalente tanto na oferta pública como privada. As camas pertencentes a quartos privados já têm maior peso nos hospitais privados. A distribuição de salas hospitalares é equivalente na oferta pública e privada. Os internamentos, cirurgias e partos surgem maioritariamente no setor público. O movimento de consultas surge, também maioritariamente, nos hospitais públicos, com exceção da especialidade de medicina dentária. Comparativamente aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a oferta pública e privada é muito equivalente, à exceção dos exames de imagiologia que são realizados, em número superior, nos serviços privados. Em suma, segundo a análise de Eira (2010), o SNS presta essencialmente cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, já o setor privado presta mais consultas de especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico.

Conclui-se que a oferta privada de cuidados de saúde, em Portugal, apresenta na atualidade uma grande relevância, pois responde a lacunas da oferta pública. Ou seja, oferece serviços a que a prestação pública de cuidados de saúde e ação/apoio social não dá uma resposta considerada eficiente, rápida e de qualidade. Como foi demonstrado, a oferta tem sofrido grandes alterações,

motivadas por diversos fatores supracitados, no entanto, é evidente que a oferta privada de cuidados de saúde e ação/apoio social está realmente em expansão e existe cada vez um maior interesse e disponibilidade, por parte do setor privado, para a prestação de cuidados de saúde.

1.5 - OFERTA PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL

Nos países Europeus a realidade das organizações sem fins lucrativos e com fins lucrativos tem representado, tradicionalmente, dois mundos separados. Esta separação teve origem na cultura de dois universos diferentes, na universalidade e extensão dos sistemas de saúde, pelo diferente nível de regulação e pelas diferentes leis fiscais (Borzaga & Santuari, 2000). Os mesmos autores acrescentam que o desenvolvimento de iniciativas de cooperação entre organizações com e sem fins lucrativos é frequentemente dificultada pelas políticas laborais a nível nacional que ainda regulam em excesso, senão mesmo, impedem a colaboração entre o público e o privado. Contudo o setor privado da saúde e ação /apoio social em Portugal tem evoluído e tem, a cada dia que passa, uma maior capacidade de crescimento (Deloitte, 2011). De facto, depois de alguns anos de incerteza surge, para Borzaga & Santuari (2000), esta reemergência do setor privado, que tem sido reconhecida e reforçada pelas reformas nos sistemas de saúde. Estima-se, para a realidade portuguesa, que tal facto aconteça devido: (i) à qualidade dos serviços privados, (ii) aos elevados investimento que o setor privado faz em tecnologia de ponta, (iii) ao exponencial crescimento da oferta de médicos privados e, (iv) ao facto dos hospitais privados efetuarem já procedimentos muito complexos como tratamentos oncológicos, cuidados intensivos entre outros (Eira, 2010). Os prestadores do setor privado têm maior flexibilidade na gestão da sua oferta, apesar da forte regulação por parte do Ministério da Saúde, que condiciona a expansão do setor privado. Um forte exemplo desta situação é a necessidade de obter autorização para a abertura de farmácias⁵ (Deloitte, 2011). Uma maior liberdade para as tomadas de decisões e autonomia financeira para os prestadores de cuidados de saúde é apenas um dos lados da moeda. O outro implica guiar tais oportunidades através de regulamentações que conduzam ao tratamento de objetivos sociais tais como a igualdade no acesso e qualidade do serviço prestado, a proteção da saúde pública e a sustentabilidade do modelo de financiamento. Uma importante conclusão a que se deve chegar é que um aumento da regulamentação não significa, automaticamente, menos oportunidades empreendedoras para os prestadores (Busse, Grinten & Svensson, 2002).

Com as fortes modificações que estão a ocorrer no setor da saúde em Portugal, o Estado recua enquanto o setor privado avança. Os operadores privados apostam a cada dia que passa mais no mercado dos cuidados de saúde, em resposta a controversos encerramentos de serviços de saúde públicos e ao aumento de utentes com cobertura de seguro (Ferreira, 2009). Para além disso, num mercado como o português, pequeno, é possível identificar facilmente os operadores

⁵ A abertura de uma farmácia encontra-se regulada por critérios demográficos e geográficos, bem como pela existência de uma direção técnica permanente de farmacêuticos.

privados mais evidentes no setor da saúde. Com uma quota de mercado cada vez maior o setor privado assegura 40% dos cuidados de saúde em Portugal (Campeão das Províncias, 2010). Para Ferreira (2009) a concorrência entre os mais proeminentes operadores privados permite a cooperação destas entidades com o SNS, para poder disponibilizar à população uma maior qualidade de serviços. Exemplos dessa cooperação são: (i) a empresariação dos hospitais públicos, (ii) a participação dos privados em programas de combate às listas de espera cirúrgicas e, (iii) a oferta de cuidados de saúde oral a grávidas, crianças e idosos.

Na década de 80, não se previa grande futuro para o setor privado, devido à generalização do acesso, à gratuidade de cuidados de saúde por parte do SNS e devido à sua dependência com a atividade ineficiente do setor público. Atualmente o setor privado apresenta-se como um setor dinâmico, em evolução, com potencial crescimento e um papel ativo no setor dos cuidados de saúde (Eira, 2010). Simões (2009) menciona inclusivé uma afirmação de Paulo Mendo em 1987, que referia que “o setor privado vive quase só das insuficiências do setor público, permanentemente ameaçado de morte se este cresce e melhora”. Contudo, no atual século XXI apresenta-se uma realidade totalmente distinta, com uma visão completamente alterada deste setor (Simões, 2009, p. 112-113).

O setor privado está a evoluir e a salientar-se cada vez mais nos sistemas de saúde dos países, facto comprovado no relatório da WHO (2002). O caso de Portugal não é diferente. Para compreender melhor a sua organização, desenvolvimento e posição no setor privado da saúde e ação/apoio social é conveniente, também, olhar-se para a realidade de outros países. Comparando essas diferentes realidades, rapidamente se compreende que existem notáveis diferenças, provocadas pelos valores da sociedade e pela cultura e história de cada país. Por exemplo, o Reino Unido adota o modelo Beveridgiano. Neste país os cuidados hospitalares são essencialmente públicos e os cuidados de ambulatório são prestados pelo setor público e privado ou, então, existe uma combinação dos dois. Esta realidade mostra que apesar do crescimento privado, o princípio de gratuidade se mantém sendo que a remuneração privada provém integralmente do Estado (Eira 2010). Acresce-se a existência de parcerias público-privadas que recaem apenas sobre as infraestruturas em si, ficando os serviços clínicos no domínio do sistema público de saúde (Santos, 2007). Já a Alemanha, por exemplo, adota um modelo Bismarkiano. Neste país existe um seguro de saúde social e coexistem entidades públicas e privadas na prestação de cuidados de saúde.

No entanto, a grande maioria das economias adota um modelo misto que combina características de ambos os modelos (Eira, 2010). Este autor refere que, de forma geral, os países da Europa Ocidental são compostos por sistemas de seguro social de saúde sendo que o setor privado possui grande importância na prestação de serviços de saúde. Por outro lado, os países do Norte e do Sul da Europa usufruem de um serviço nacional de saúde em que os serviços de saúde são comprados ao setor privado com dinheiro público o que concede ao setor privado um papel muito importante na prestação de cuidados de saúde. Por fim, os países da Europa Central e de Leste

possuem sistemas de seguros sociais de saúde, verificando-se o crescimento de prestadores privados.

O setor privado está cada vez menos dependente do setor público no caso de Portugal, este tem passado a ser um setor com elevado peso e com uma visão assente em objetivos sólidos, podendo, portanto, concluir-se que é um setor em crescimento, como já se foi referindo em seções anteriores. Contudo, existem ainda os “mitos” de que os hospitais privados apenas miram o lucro, esquecendo (um pouco) a qualidade, e que existem apenas para servir os ricos destinando-se os hospitais públicos a servir os mais carenciados. No entanto, facilmente se consegue verificar que é exigido às instituições privadas o licenciamento das suas instalações e atividade. Esse licenciamento é conferido pelo Estado que assegura se as entidades privadas têm qualidade para trabalhar no mercado. Para além disso, o acesso de utentes ao sistema privado não é restrito sendo que o acesso é facilitado pelas concessões, seguros privados de saúde ou subsistemas de saúde (Eira, 2010).

Nos anos mais recentes o número de unidades privadas aumentou, estas apresentam um maior protagonismo, atuando em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde, o volume de negócios dos principais grupos privados cresceu e as relações de complementaridade com o setor público são cada vez mais frequentes. De acordo com o relatório da Deloitte (2011) pode-se concluir que os operadores privados estão instalados, têm um potencial de crescimento futuro elevado e contribuem, com um papel cada vez mais importante, para o desenvolvimento e sustentabilidade do setor da saúde e apoio social em Portugal.

1.5.1 - Empreendedorismo no Setor da Saúde Humana e Ação/Apoio Social

A década de 1990 foi marcada pelo aumento de iniciativas empresariais no setor de saúde na Europa sendo que a Europa tem defendido que o empreendedorismo pode ser uma alavanca poderosa para a reestruturação do setor da saúde. Brown, Davidsson e Wiklund (2001, p.3) referem que “o empreendedorismo é relevante para os gestores independentemente do tamanho ou idade da empresa/organização”. O incremento do empreendedorismo no setor da saúde verificou-se, por exemplo, na área de prestação de cuidados de saúde primários (Saltman, Busse, & Mossialos, 2002). Este aumento é bem visível em Portugal e também em países como o Reino Unido, Espanha e Itália.

O termo empreendedorismo, apesar de já há vários séculos ser mencionado e discutido, continua ainda em expansão e redefinição. Drucker (1970) resume um empreendedor como alguém que trabalha para a mudança e a explora como uma oportunidade. Stevenson & Jarillo (1990) definiram o empreendedorismo como a busca pela oportunidade independentemente do contexto organizacional. Schumpeter desenvolveu um modelo no qual a inovação empresarial poderia ocorrer com a introdução de um novo bem, de um novo método de produção, a abertura de um novo mercado ou a conquista de uma nova fonte de fornecimento de matérias-primas (Guo, 2003). Schumpeter (1976) distingue os empreendedores como indivíduos que conseguem tirar vantagens

no meio de situações adversas, ou seja, numa situação de mudança, caos ou confusão. Muitas organizações de sucesso devem a sua existência a um indivíduo ou a um grupo de empreendedores que enfrentaram desafios consideráveis para construir um negócio lucrativo.

Num mundo empreendedor ideal qualquer pessoa poderia abrir um hospital, determinar como seria gerido e ser responsável por todas as suas perdas e ganhos. Um ambiente como este, destruído e sem qualquer supervisão, proporcionaria aos empreendedores uma grande variedade de oportunidades, algumas das quais poderiam mesmo ser vistas como muito desejáveis. Tal cenário traria, no entanto, sérios problemas para sociedades que procuram atingir objetivos de âmbito social, tais como a igualdade, coesão social e a proteção da saúde da população. Se um ambiente totalmente empreendedor nos hospitais é, ao mesmo tempo, “não social”, então um ambiente totalmente “antiempreendedor” seria aquele no qual o governo decide a posição e dimensão dos hospitais de acordo com um plano público. O governo determinaria o conjunto de serviços oferecidos e os mesmos seriam distribuídos, gratuitamente, a todos os cidadãos, logo seria desnecessário estabelecer preços. Em ambos os casos os hospitais não seriam regulados, num sentido específico. Na prática, a maioria dos ambientes hospitalares estabelece-se entre estes dois extremos e requer regulação de modo a melhorar, orientar, apoiar e restringir o comportamento empreendedor no seu seio (Busse, Grinten, & Svensson, 2002).

Nos cuidados de saúde o empreendedorismo é visto como uma área muito específica, com várias peculiaridades como o conflito entre a ciência e os recursos disponíveis, a padronização dos serviços, a gestão e conhecimento dos negócios e a forte influência das instituições. Contudo, as organizações de cuidados de saúde podem e devem “aprender” a ser organizações empreendedoras, transformando o seu foco administrativo e reestruturando-se em empresas inovadoras que aproveitam oportunidades e constroem relações de confiança entre as diversas partes interessadas (*stakeholders*) ao mesmo tempo que comunicam e apoiam o conceito de que a mudança é boa e não algo a ser evitado (Borkowsky & Gordon, 2006).

Mccleary, Rivers e Schneller (2006), abordam alguns aspetos que promovem e influenciam a transformação empresarial dos cuidados de saúde. Os autores referem o desenvolvimento de novos conhecimentos, a alteração da perceção do cliente, as constantes alterações na estrutura do setor da saúde e o envelhecimento da população. A estes fatores junta-se o inesperado. Todos estes fatores já foram mencionados anteriormente, tanto quando se abordou a problemática da procura como a problemática da oferta de cuidados de saúde e apoio social. O empreendedorismo na saúde é uma mais-valia que ajuda a eliminar barreiras, económicas, organizacionais ou comportamentais e promove a inovação do setor (Phillips & Garman, 2006; Borkowski & Gordon, 2006). No entanto, o empreendedorismo tem recebido pouca atenção no setor da saúde. Primeiro porque, ao contrário dos outros setores, este possui como objetivo primordial a saúde e o bem-estar, antes mesmo que o lucro (Guo & Buss, 2006). E depois, em segundo lugar, este setor tem recebido pouca atenção não tanto pela falta de inovação mas pela falta de apoio financeiro, o que faz com que poucas ideias sobrevivam à fase inicial de implantação do negócio (Grazier & Metzler, 2006).

Contudo, à medida que o sistema de saúde privado se amplia e evolui, as atividades empreendedoras tornam-se mais atrativas. Veja-se o caso do sistema de saúde americano extensivamente privatizado (Guo & Buss, 2006). As organizações de cuidados de saúde estão sob uma grande pressão para controlar os custos tendo que continuar, por outro lado, a fornecer cuidados de grande qualidade. Logo, a necessidade de procurar fontes de receitas alternativas compele estas organizações a considerar formas de promover a atividade empreendedora que sejam compatíveis com a missão tradicional das mesmas (Phillips & Garman, 2006).

Perante todos estes conceitos teóricos e ideias supracitadas conclui-se que o setor de saúde é um setor com um comportamento único e muito diferente dos restantes setores económicos em Portugal. Caminha-se assim, cada vez mais, para uma grande preocupação em servir a população com os melhores cuidados de saúde e com a maior disponibilidade possível, para facilitar o acesso a esses cuidados. Tais factos estão a originar um grande crescimento, na Europa, de prestadores de cuidados de saúde privados, pois alicia os grandes empreendedores a investirem neste setor. Portugal segue a tendência e no capítulo seguinte vai procurar perceber-se se o distrito de Bragança confirma a tendência ou é uma exceção. Acredita-se que o distrito é o exemplo do que se passa na economia portuguesa. Acredita-se existir uma crescente panóplia de oferta de serviços de saúde, essencialmente privados, e que estes são de importância central para o desenvolvimento do setor da saúde humana e ação/apoio social no espaço geográfico onde se localizam.

CAPITULO II
EVOLUÇÃO DA OFERTA PRIVADA DE CUIDADOS
DE SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO
DISTRITO DE BRAGANÇA

2.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A análise de como evolui a atividade empreendedora no setor da saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, desde 1985 a 2009⁶, é a questão central deste trabalho de investigação. Pretende-se realizar uma análise da evolução deste setor, no âmbito geográfico dos doze concelhos do distrito de Bragança, num período de 24 anos. A análise vai centrar-se na problemática da atividade empreendedora neste setor e da sua evolução ao longo do tempo, tentando perceber-se quais os fatores que influenciam tal evolução.

Para atingir este objetivo será analisada uma base de dados com informação secundária relativa à atividade empresarial em Portugal. A análise possui um âmbito geográfico definido e tem como objeto um setor de atividade particular sendo que os dados estatísticos serão tratados de duas formas distintas. De forma a identificar e perceber a evolução e impacto das atividades na área da saúde humana e apoio social durante os 24 anos em causa, serão aplicados métodos de estatística descritiva. Para identificar os fatores sociodemográficos que podem estar na origem de tal evolução, será aplicada a metodologia de dados em painel que combina características de séries temporais com dados em corte transversal.

2.1.1 Apresentação da base de dados Quadros de Pessoal e Âmbito do Estudo

Para realizar tal pesquisa quantitativa será utilizada informação estatística proveniente de fontes de informação externas. Uma dessas fontes de informação externa é a base de dados Quadros de Pessoal (de futuro designada, simplesmente, pela sigla QP) gerida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério da Solidariedade Social e da Segurança Social (MSSS) (<http://www.gep.mtss.gov.pt/>). A informação refere-se à atividade empresarial realizada no âmbito da Classificação das Atividades Económicas (CAE) Q - Atividades de Saúde Humana e Apoio Social, conforme designação na Revisão 3 da classificação das atividades económicas (CAE-REV.3)⁷.

⁶No decorrer deste trabalho de investigação foram publicados os dados estatísticos referentes ao ano de 2010, no entanto, a sua introdução no contexto desta análise não foi possível realizar em tempo útil. O ano de 2009 é assim, o último ano do período de análise.

⁷ A designação da atividade económica, aqui em análise, apresenta-se conforme a classificação portuguesa de atividades económicas, revisão 3 (CAE-Rev.3), aprovada pelo Decreto-lei nº 381/2007, de 14 de novembro e que substituiu a CAE-Rev.2.1 a partir de 1 de janeiro de 2008 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007). Em versões anteriores da CAE, as empresas aqui em análise foram agrupadas com diferentes designações já que a informação constante nos QP é classificada de acordo com a CAE em vigor à data da entrega obrigatória da informação. Os dados constantes nos QP referentes ao período de 1985 a 1994 estão classificados de acordo com a CAE-Rev.1, os referentes ao período de 1995 a 2002 de acordo com a CAE-Rev.2, os referentes ao período de 2003 a 2006 com a CAE-Rev.2.1 sendo que a partir de 2007 se iniciou a utilização da CAE-Rev.3. (GEP, 2011c). No entanto, para efeitos de compatibilização de séries cronológicas foi realizada a respetiva conversão pela entidade nacional competente – o Instituto Nacional de Estatística (<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=caerev3&xpid=INE>).

A base de dados QP é composta por um conjunto de informação estatística administrativa, de recolha obrigatória e anual pelo GEP/MSSS, junto da totalidade das empresas portuguesas com pelo menos um trabalhador, com a exceção da administração pública, entidades que empregam trabalhadores rurais não permanentes e trabalhadores domésticos (Robarts, 2009; Duarte & Robarts, 2005)⁸. A informação é recolhida desde 1985 e permite a caracterização das empresas e respetivo pessoal ao serviço, em Portugal, através do apuramento de dados como a estrutura empresarial e emprego (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2011c). De facto, “A sua característica, quase censitária, faz dos QP uma fonte de informação de enorme importância na análise microeconómica” (Centeno, Machado & Novo, 2008, p. 72) que se traduz na sua utilização extensiva em estudos empíricos associados à demografia de empresas na economia portuguesa (Nunes & Sarmiento, 2012; Sarmiento & Nunes, 2012; Sarmiento & Nunes, 2010; Cabral, 2007; Cabral & Mata, 2003, por exemplo) e aos seus efeitos no desenvolvimento económico, regional e local (Barbosa & Eiriz, 2011; Batista & Preto, 2011; Sarmiento & Nunes, 2011 ou Batista, Escária & Madruga, 2008, para citar alguns estudos recentes).

Neste âmbito, não são, no entanto, conhecidos muitos estudos que utilizem a base de dados QP para estudar uma particular região do país (ver, por exemplo, Sarmiento e Nunes, 2011) ou um setor em concreto, como se pretende fazer neste trabalho de investigação.

Tendo em consideração a localização geográfica do objeto de estudo, deve referir-se que os dados constantes nos QP cobrem todo o território nacional. Os apuramentos são efetuados para o país, apenas para o continente ou por regiões (NUT), distritos, concelhos ou, a partir de 2003, por freguesia (GEP, 2011a)⁹. Face a esta possibilidade de desagregação regional, este estudo tira partido da vantagem e define o objeto de estudo no âmbito geográfico dos doze concelhos do distrito de Bragança, - Alfandega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais – Que se localizam como se apresenta no mapa abaixo (Figura 2). O distrito de Bragança localiza-se na NUTII – Norte e engloba concelhos pertencentes a duas NUTIII – Alto Trás-os-Montes e Douro.

⁸ Não estão incluídos nos QP entidades que não tenham pelo menos um trabalhador registado no sistema de segurança social português. Apenas os trabalhadores independentes que estejam registados no sistema de segurança social têm de preencher o formulário dos quadros de pessoal. O mesmo acontece com associações sem fins lucrativos e cooperativas (Sarmiento & Nunes, 2010)

⁹ A nível regional, nomeadamente ao nível do concelho e da freguesia são contabilizadas as empresas que possuem sede na região em causa. Relativamente aos estabelecimentos, são contabilizados os presentes na região, independentemente da localização da sede da empresa a que pertencem (GEP, 2011a).



Figura 2. Mapa do distrito de Bragança e localização geográfica dos seus doze concelhos

Fonte: INE, 2011

Relativamente ao setor, o objeto de estudo refere-se ao setor de atividade ligado às atividades de saúde humana e ação social. Como já foi referido, a informação constante nos Quadros de Pessoal é classificada de acordo com a CAE em vigor à data da entrega dos Quadros de Pessoal, sendo possível fornecer informação para os diversos níveis de desagregação, salvaguardando aspetos relacionados com a confidencialidade da informação estatística (GEP, 2011a).

Atualmente, em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) classifica as atividades de saúde humana e de apoio social na CAE Q. Esta CAE, em termos genéricos, “compreende as atividades dos serviços de saúde humana prestados por estabelecimentos de saúde (com ou sem internamento) e as de ação social, quer se trate de atividades de serviços públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos)”. Inclui as atividades dos profissionais de saúde em regime independente” (INE, 2007, p. 255)¹⁰.

Mais precisamente, as atividades de saúde humana compreendem todas as “atividades de saúde humana em estabelecimentos de saúde com internamento, a prática clínica em ambulatório e outras atividades de saúde humana. Estas atividades envolvem vários tipos de atos médicos, desde o diagnóstico ao tratamento, bem como atos praticados por pessoal paramédico legalmente reconhecido” (INE, 2007, p. 255).

Por seu lado, as atividades incluídas no apoio social podem ser divididas em dois grandes grupos que se distinguem pela ocorrência, ou não, de um processo de alojamento. As atividades de apoio social com alojamento compreendem as atividades de acolhimento, alojamento e de reinserção social, desenvolvidas por serviços e equipamentos sociais dirigidas a crianças, jovens, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indivíduos e famílias em situação de exclusão social, em que o ensino, os cuidados de saúde médicos e a formação profissional não são predominantes. Inclui casas de repouso e similares, com cuidados continuados integrados” (INE, 2007, p. 258). Já as

¹⁰ A CAE Q não inclui atividades veterinárias nem as dos ministérios da tutela.

atividades de apoio social sem alojamento “compreende as atividades desenvolvidas por serviços e equipamentos sociais sem alojamento dirigidas a pessoas ou famílias, no domicílio ou noutro local, em que o ensino, os cuidados médico se a formação profissional não são predominantes” (INE, 2007, p. 259).

Neste trabalho, a distinção entre as três categorias não será realizada porque tal poderia colocar em causa questões de confidencialidade. O setor será tratado em termos gerais.

De salientar que o facto de poder existir uma deficiente cobertura por parte dos QP de alguns setores económicos, nomeadamente aqueles em que a Administração Pública assume um peso significativo no emprego como a Educação e as Atividades de saúde humana e apoio social (GEP, 2011a), não constitui um problema para a análise. Recorde-se que este trabalho de investigação procura perceber qual a evolução e impacto da iniciativa privada na implementação de negócios na área da saúde humana e ação social, deixando de fora aquilo que, precisamente, os QP também não consideram.

2.1.2 Identificação e Descrição das Variáveis Indicadoras da Atividade Empreendedora, em Estudo

A informação estatística aqui em estudo refere-se a quatro variáveis fundamentais, referentes à atividade empresarial privada no setor da atividade de saúde humana e apoio social no distrito de Bragança. Estas variáveis são: o número de estabelecimentos no setor da saúde humana e apoio social, o número de pessoas ao serviço nesses estabelecimentos, tendo em conta o seu nível de qualificação, a duração média semanal do tempo normal de trabalho de trabalhadores por conta de outrem (TCO) (quer a tempo completo como incompleto) e a remuneração média mensal dos trabalhadores deste tipo de estabelecimentos.

Cada uma das quatro variáveis, definidas de forma mais exaustiva abaixo, será analisada para cada um dos 12 concelhos do distrito ao longo de 24 anos. A análise é realizada com base num período quinquenal. Tendo-se verificado que a análise anual apresentava pouco poder informativo, pois a evolução de ano para ano num universo geográfico tão desagregado era (em muitos casos) constante, e a dificuldade na obtenção da informação estatística, considera-se que a análise da evolução quinquenal é a opção adequada, neste caso em concreto.

A variável referente ao número de estabelecimentos refere-se ao número de “uma unidade local que, sob um único regime de propriedade ou de controlo, produz exclusiva ou principalmente um grupo homogéneo de bens ou serviços, num único local” (GEP, 2011b, p.4), neste caso, o concelho.

A variável referente ao número de pessoas ao serviço refere-se ao número de pessoas que, no período de referência, efetuaram um qualquer trabalho remunerado de pelo menos uma hora para o estabelecimento, independentemente do vínculo mantido com a instituição empregadora ¹¹(GEP,

¹¹ A informação das pessoas ao serviço é recolhida por estabelecimento, sendo fornecida ao GEP, até à última semana de outubro. Inclui pessoas temporariamente ausentes, nas datas de referência, por férias,

2011b). Os trabalhadores considerados nos QP são classificados tendo em conta a Classificação Nacional de Profissões (CNP) em vigor à data da entrega da informação por parte das empresas, (GEP, 2011c) de forma a garantir a comparabilidade estatística não só em termos nacionais como internacionais (GEP, 2011c; INE, 2011b). Neste âmbito pode ser utilizado o conceito de trabalhador por conta de outrem (TCO). Este é definido como “o indivíduo que exerce uma atividade sob a autoridade e direção de outrem, nos termos de um contrato de trabalho, sujeito ou não a uma forma escrita e que lhe confere o direito a uma remuneração, a qual não depende dos resultados da unidade económica para a qual trabalha” (GEP, 2011c, p.45). A variável é medida em número de pessoas.

A informação disponibilizada sobre duração média do trabalho assenta nos conceitos de duração do trabalho remunerado e de período normal de trabalho semanal, que corresponde ao número de horas praticado nos estabelecimentos para as diversas categorias profissionais estabelecidas de acordo com o instrumento de Regulamentação Coletiva de Trabalho aplicável, pelo contrato individual de trabalho ou ainda por normas e usos no estabelecimento. Os dados sobre a duração média semanal do trabalho são apresentados para os trabalhadores com regime de duração do trabalho a tempo completo e a tempo parcial e são relativos à duração semanal do trabalho no período normal (GEP, 2011a)¹².

A variável correspondente à remuneração média é calculada a partir da informação declarada, relativamente aos trabalhadores por conta de outrem, com base no que se designa de ganho. Ao ganho corresponde o montante que inclui a remuneração base (montante líquido, correspondente ao período normal de trabalho, pago aos trabalhadores no mês de outubro), os prémios e subsídios regulares (como, por exemplo, o subsídio de alimentação, de alojamento ou transporte ou os prémios como os de produtividade e/ou assiduidade) e a remuneração por trabalho suplementar (as chamadas horas suplementares/extraordinárias), sendo quantificado e apresentado em euros (GEP, 2011a). As remunerações médias são calculadas em função do regime de duração de trabalho indicado, ou seja, separadamente para trabalhadores a tempo completo e trabalhadores a tempo parcial.

maternidade, conflito de trabalho, formação profissional, assim como por doença e acidente de trabalho de duração igual ou inferior a um mês. Inclui também os trabalhadores de outras empresas que se encontram a trabalhar no estabelecimento sendo aí diretamente remunerados. Inclui ainda os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalham nas datas de referência, tendo recebido por esse trabalho uma remuneração. Exclui os trabalhadores a cumprir serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desempenho de cargos públicos (vereadores, deputados, entre outros) (GEP, 2011b).

¹² Quando existe referência a um trabalhador a tempo completo tal significa que é um trabalhador cujo período de trabalho tem uma duração igual ou superior à duração normal de trabalho em vigor no estabelecimento, para a respetiva categoria profissional ou na respetiva profissão. Quando se refere a um trabalhador a tempo parcial significa um trabalhador cujo período de trabalho tem uma duração inferior à duração normal de trabalho em vigor no estabelecimento para a respetiva categoria profissional ou na respetiva profissão (GEP, 2011a).

2.1.3 – Modelos Econométricos de Dados em Painel: Modelos de Efeitos Fixos e Modelos de Efeitos Aleatórios

Para identificar e quantificar quais os fatores que podem estar na origem da atividade empreendedora e da dinâmica empresarial privada no setor de atividade identificado como setor da saúde humana e ação/apoio social, foi aplicada a metodologia econométrica de dados em painel. Para a estimação dos modelos é utilizada informação (ao nível agregado) para os 12 concelhos do distrito de Bragança. Como já referido, os dados estatísticos compreendem os anos de 1985 a 2009.

Dados em painel (ou longitudinais) caracterizam-se por possuírem observações em duas dimensões que, em geral, são o tempo e o espaço (Loureiro & Costa, 2009). Sendo que neste caso o tempo é o período dos 24 anos, em análise neste trabalho, e o espaço se refere a cada um dos doze concelhos do distrito de Bragança. Assim, a metodologia econométrica dos modelos para dados em painel baseia-se em observações de *12 concelhos* para vários momentos de tempo (neste caso, 6 momentos de tempo porque a análise é realizada para períodos de 5 anos desde 1985 até 2009). Esta metodologia tem vindo a ganhar algum destaque, pois este tipo de dados combina características de séries temporais com dados em corte transversal. Ao combinar duas dimensões tão importantes na análise de questões sociais os modelos de dados em painel têm vindo, crescentemente, a ser utilizados numa serie de estudos econométricos no âmbito científico das ciências sociais aplicadas (Duarte, Lamounier & Takamatsu, 2008).

Com a utilização de dados em painel pode-se conjugar uma series de particularidades, como a diversidade de comportamentos individuais (aqui, comportamentos específicos de cada concelho que correspondem, em termos gerais, aos indivíduos do modelo), com a existência de dinâmicas de ajustamento temporal, mesmo que estas sejam diferentes entre concelhos. Logo esta metodologia permite tipificar as respostas de diferentes indivíduos a determinados acontecimentos, em diferentes períodos de tempo.

De facto, os dados em painel possibilitam identificar e medir efeitos que não seriam detetáveis em estudos exclusivamente seccionais ou temporais (Marques, 2000). Segundo Hsiao (2003) os modelos para dados em painel oferecem uma serie de vantagens, entre as quais: (i) controlam a heterogeneidade presente nos indivíduos em estudo, (ii) permitem a utilização de um maior número de observações, aumentando o número de graus de liberdade e diminuindo a multicolinearidade entre as variáveis explicativas, tornando as inferências estatísticas mais robustas e, assim, credíveis e, (iii) são capazes de identificar e mensurar efeitos que não são possíveis de serem detetados por meio da análise de dados em corte transversal ou de séries temporais, isoladamente. Contudo, possuem, também, as suas limitações. Como as variáveis são analisadas no tempo, os dados em painel exigem um grande número de observações, logo, são mais difíceis de serem implementados. Para Loureiro e Costa (2009) o problema mais frequente em dados em painel refere-se à questão da heterogeneidade não observada, ou seja, as diferenças não observáveis entre indivíduos não possíveis de quantificar e por isso incluir no modelo e que, por isso, podem gerar enviesamentos nos resultados.

Dentro dos modelos de dados em painel os mais comumente utilizados são os modelos de efeitos fixos (FE¹³) e os modelos de efeitos aleatórios (RE¹⁴). O modelo de efeitos fixos pretende controlar os efeitos de variáveis omitidas (não presentes no modelo) que variam entre indivíduos e permanecem constantes ao longo do tempo. O modelo de efeitos aleatórios baseia-se nas mesmas hipóteses que o modelo de efeitos fixos, no entanto no modelo de efeitos aleatórios os parâmetros estimados são considerados constantes para todos os indivíduos e em todos os períodos de tempo sendo as diferenças parâmetros aleatórios não observáveis. Em termos formais os modelos apresentam-se através das equações seguintes.

No modelo de efeitos fixos, como já referido, a estimação é realizada assumindo que a heterogeneidade entre indivíduos se capta na parte constante, que é diferente de indivíduo para indivíduo. Assim, o modelo de efeitos fixos é representado pela seguinte equação estocástica geral que considera a existência de n variáveis explicativas:

$$Y_{it} = a_i + b_1X_{1it} + \dots + b_nX_{nit} + u_{it} \quad (1)$$

Com Y_{it} a variável que se pretende explicar para o indivíduo i e o momento de tempo t , a_i a constante do modelo que é constante ao longo do tempo mas difere entre indivíduos, captando diferenças invariantes no tempo, b os parâmetros do modelo associados a cada variável explicativa, X_{it} o valor de cada variável explicativa para o indivíduo i no momento de tempo t e u_{it} o termo de erro associado a cada indivíduo i no momento de tempo t .

No modelo de efeitos aleatórios, a estimação é realizada assumindo que a heterogeneidade entre indivíduos se capta introduzindo essa heterogeneidade no termo de erro. Assim, o modelo de efeitos aleatórios é representado pela seguinte equação estocástica geral que considera a existência de n variáveis explicativas:

$$Y_{it} = a + b_1X_{1it} + \dots + b_nX_{nit} + (\varepsilon_i + \varepsilon_{it}), \text{ com } a_i = a + \varepsilon_i \quad (2)$$

Neste modelo, ε_i representa o efeito aleatório individual não observável, Y_{it} a variável que se pretende explicar para o indivíduo i e o momento de tempo t , a é a constante do modelo que é

¹³ Na terminologia internacional, Fixed Effects (FE). Opta-se por utilizar a sigla original para uma maior facilidade de compreensão e por ser a que se reconhece mais facilmente em estudos que utilizam a mesma metodologia.

¹⁴ Na terminologia internacional, Random Effects (RE). Opta-se por utilizar a sigla original para uma maior facilidade de compreensão e por ser a que se reconhece mais facilmente em estudos que utilizam a mesma metodologia.

constante, b os parâmetros do modelo associados a cada variável explicativa, X_{it} o valor de cada variável explicativa para o indivíduo i no momento de tempo t e ε_{it} o termo de erro associado a cada indivíduo i no momento de tempo t .

Em suma, pode afirmar-se que a diferença entre estes dois modelos está na forma como se trata a interceção do modelo. No modelo de efeitos fixos trata-se a interceção como um parâmetro fixos no tempo e no modelo de efeitos aleatórios trata-se a interceção como uma variável aleatória (Duarte, Lamounier & Takamatsu, 2008).

Em termos gerais, é comum dizer-se que se o número de indivíduos (grupos) é pequeno, é preferível usar o método de estimação com efeitos fixos. Se o número de indivíduos é grande, e foi escolhido de uma forma aleatória, o método de estimação com efeitos aleatórios é o mais indicado. Por outro lado, se existem razões para acreditar que os efeitos individuais estão correlacionados com as variáveis explicativas o método de efeitos fixos é mais adequado (os estimadores dos efeitos aleatórios são inconsistentes, neste caso) (Wooldridge, 2002).

Em termos práticos a decisão de escolher um ou outro método de estimação pode ser realizada através de diferentes testes formais. O teste de Hausman, que se baseia nas diferenças entre as estimativas obtidas no modelo de efeitos fixos e aquelas obtidas no modelo de efeitos aleatórios, é o mais conhecido e aplicado em estudo empíricos. O teste indica se os dois conjuntos de coeficientes estimados são significativamente diferentes e testa a hipótese nula de que o modelo de efeitos aleatórios é preferível ao modelo de efeitos fixos. Aceitar a hipótese nula implica admitir que os resultados obtidos pelo modelo de efeitos aleatórios são melhores que aqueles obtidos através da estimação do modelo de efeitos fixos. Não aceitar a hipótese que se está a testar implicar admitir que os resultados obtidos pela estimação do modelo de efeitos fixos são melhores que os resultados obtidos pelo modelo de efeitos aleatórios.

Em termos de notação formais, o teste de Hausman implica testar as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: Cov(a_i, X_{it}) = 0 \rightarrow (\text{efeitos aleatórios}) \\ H_A: Cov(a_i, X_{it}) \neq 0 \rightarrow (\text{efeitos fixos}) \end{cases} \quad (3)$$

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EMPRESARIAL PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA

Ao longo desta secção será analisada a evolução das variáveis apresentadas na secção anterior que se acredita poderem ajudar a caracterizar a atividade empresarial privada no distrito de Bragança desde 1985 até 2009. A análise será realizada com o auxílio de indicadores de estatística descritiva onde se salientam as taxas de crescimento das variáveis, ao longo do tempo, e o peso relativo de cada um dos concelhos no total do distrito. Sempre que possível será apresentado o peso relativo do distrito de Bragança relativamente à região norte e à totalidade da economia portuguesa.

Como referido anteriormente, a análise será realizada considerando períodos quinquenais. Em concreto, são apresentados e analisados os dados estatísticos referentes aos anos de 1985, 1991, 1995, 2000, 2005 e 2009. É utilizado o ano de 1991, em vés do ano de 1990 já que em 1990 não foi recolhida informação para os Quadros de Pessoal. Também não foi possível recolher, atempadamente, informação referente a 2010, pelo que é utilizada a informação referente ao último ano com informação disponível, 2009.

A informação referente às quatro variáveis selecionadas para análise - Nº de estabelecimentos, pessoal ao serviço considerando o seu nível de qualificação, duração média do tempo de trabalho e remuneração média mensal – nos anos de 1985, 1991, 1995, 2000, 2005 e 2009, apresenta-se nas tabelas 1 a 6, respetivamente. Nestas tabelas é apresentado o valor absoluto da variável e o peso que o indicador apresenta em cada concelho relativamente ao total do distrito de Bragança. Estas tabelas, têm como função essencial resumir a informação disponível para análise.

Em termos de nível de qualificação é importante salientar que o pessoal ao serviço é subdividido em 9 categorias: (i) quadros superiores; (ii) quadros médios; (iii) encarregados, contramestres, mestres e chefes de equipa; (iv) profissionais altamente qualificados; (v) profissionais qualificados; (vi) profissionais semiqualificados, (vii) profissionais não qualificados; (viii) praticantes e aprendizes e, (ix) uma categoria residual quando se ignora o nível de qualificação do trabalhador.

Tabela1:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1985

Ano: 1985																											
Concelhos	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal (Ganho)						
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes						Ignorado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alfandega da Fé																											
Bragança	11,0	39,3										2,0	66,7	5,0	50,0	1,0	100,0			87,0	40,8	95,0	41,7	33,4	90,2	113,0	111,4
Carrazeda de Ansiães																											
Freixo de Espada à Cinta	3,0	10,7																		27,0	12,7	27,0	11,8				
Macedo de Cavaleiros	2,0	7,1																		11,0	5,2	11,0	4,8				
Miranda do Douro	1,0	3,6																		19,0	8,9	19,0	8,3				
Mirandela	5,0	17,9																		36,0	16,9	36,0	15,8				
Mogadouro	1,0	3,6																		3,0	1,4	3,0	1,3				
Torre De Moncorvo	2,0	7,1	1,0	100,0								1,0	33,3	5,0	50,0					16,0	7,5	23,0	10,1	40,6	109,8	89,8	88,6
Vila Flor																											
Vimioso	2,0	7,1																		13,0	6,1	13,0	5,7				
Vinhais	1,0	3,6																		1,0	0,5	1,0	0,4				
TOTAL	28,0	100,0	1,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	100,0	10,0	100,0	1,0	100,0	0,0	0,0	213,0	100,0	228,0	100,0	37,0	100,0	101,4	100,0	

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

Tabela 2:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1991

Ano: 1991																											
Concelhos	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal (Ganho)						
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes						Ignorado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alfandega da Fé																											
Bragança	10,0	37,0	1,0	50,0	4,0	50,0	4,0	66,7	16,0	69,6	23,0	48,9	50,0	49,5	49,0	46,7	1,0	50,0	5,0	13,2	153,0	46,1	38,3	93,2	287,7	109,5	
Carrazeda de Ansiães																											
Freixo de Espada à Cinta	2,0	7,4										2,0	4,3	3,0	3,0			1,0	50,0	3,0	7,9	9,0	2,7	43,7	106,3	247,2	94,1
Macedo de Cavaleiros	3,0	11,1			1,0	12,5			1,0	4,3	3,0	6,4	10,0	9,9	2,0	1,9			4,0	10,5	21,0	6,3	40,2	97,9	261,6	99,6	
Miranda do Douro																											
Mirandela	2,0	7,4						2,0	33,3	3,0	13,0	9,0	19,1	18,0	17,8	27,0	25,7		1,0	2,6	60,0	18,1	43,9	106,9	217,9	83,0	
Mogadouro	3,0	11,1			1,0	12,5						1,0	2,1	9,0	8,9	5,0	4,8				16,0	4,8	38,8	94,4	253,2	96,4	
Torre De Moncorvo	4,0	14,8	1,0	50,0	1,0	12,5			1,0	4,3	8,0	17,0	6,0	5,9	21,0	20,0			8,0	21,1	46,0	13,9	41,2	100,4	255,1	97,1	
Vila Flor																											
Vimioso																											
Vinhais	3,0	11,1			1,0	12,5			2,0	8,7	1,0	2,1	5,0	5,0	1,0	1,0			17,0	44,7	27,0	8,1	41,4	100,9	315,9	120,3	
TOTAL	27,0	100,0	2,0	100,0	8,0	100,0	6,0	100,0	23,0	100,0	47,0	100,0	101,0	100,0	105,0	100,0	2,0	100,0	38,0	100,0	332,0	100,0	41,1	100,0	262,7	100,0	

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

Tabela 3:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 1995

Ano: 1995																										
Concelhos	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																		Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal (Ganho)			
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes		Ignorado						Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alfandega da Fé	1,0	1,1	2,0	10,0					3,0	3,4	11,0	6,5	5,0	2,2	27,0	12,1	1,0	50,0			49,0	6,3	39,4	101,6	368,2	105,6
Bragança	23,0	26,4	9,0	45,0	6,0	54,5	10,0	47,6	37,0	42,5	48,0	28,4	121,0	53,5	50,0	22,3	1,0	50,0	5,0	38,5	287,0	37,1	38,8	100,0	466,3	133,7
Carrazeda de Ansiães	3,0	3,4							1,0	1,1	4,0	2,4	6,0	2,7	6,0	2,7					17,0	2,2	34,5	89,0	291,6	83,6
Freixo de Espada à Cinta	3,0	3,4						1,0	4,8	1,0	1,1	9,0	5,3	2,0	0,9	7,0	3,1				20,0	2,6	41,0	105,6	287,5	82,4
Macedo de Cavaleiros	9,0	10,3	3,0	15,0			2,0	9,5	3,0	3,4	11,0	6,5	21,0	9,3	10,0	4,5			4,0	30,8	54,0	7,0	34,1	88,0	372,6	106,8
Miranda do Douro	6,0	6,9	1,0	5,0					5,0	5,7	13,0	7,7	9,0	4,0	11,0	4,9					39,0	5,0	39,0	100,6	349,8	100,3
Mirandela	15,0	17,2	2,0	10,0	3,0	27,3	2,0	9,5	22,0	25,3	32,0	18,9	21,0	9,3	39,0	17,4			4,0	30,8	125,0	16,2	39,9	103,0	346,3	99,3
Mogadouro	7,0	8,0			1,0	9,1	2,0	9,5	4,0	4,6	7,0	4,1	5,0	2,2	22,0	9,8					41,0	5,3	38,2	98,5	366,1	105,0
Torre De Moncorvo	9,0	10,3	3,0	15,0			1,0	4,8	3,0	3,4	23,0	13,6	24,0	10,6	27,0	12,1					81,0	10,5	39,1	100,9	343,8	98,6
Vila Flor	1,0	1,1												2,0	0,9						2,0	0,3	42,0	108,3	312,3	89,5
Vimioso	6,0	6,9					2,0	9,5	2,0	2,3	8,0	4,7	1,0	0,4	5,0	2,2					18,0	2,3	37,5	96,8	309,4	88,7
Vinhais	4,0	4,6			1,0	9,1	1,0	4,8	6,0	6,9	3,0	1,8	9,0	4,0	20,0	8,9					40,0	5,2	41,7	107,6	371,1	106,4
TOTAL	87,0	100,0	20,0	100,0	11,0	100,0	21,0	100,0	87,0	100,0	169,0	100,0	226,0	100,0	224,0	100,0	2,0	100,0	13,0	100,0	773,0	100,0	38,8	100,0	348,7	100,0

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

Tabela 4:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2000

Ano: 2000																										
Concelhos	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																		Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal (Ganho)			
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes		Ignorado						Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alfandega da Fé	5,0	3,5	2,0	2,9	5,0	4,6	1,0	3,4	1,0	1,8	26,0	10,4	36,0	8,6	8,0	2,0					79,0	5,9	38,8	102,9	514,8	110,5
Bragança	42,0	29,8	33,0	47,1	43,0	39,4	10,0	34,5	17,0	30,9	74,0	29,6	179,0	42,8	108,0	26,5	1,0	20,0			465,0	34,6	37,8	100,1	560,9	120,5
Carrazeda de Ansiães	2,0	1,4			1,0	0,9					2,0	0,8	1,0	0,2	15,0	3,7					19,0	1,4	32,5	86,1	408,9	87,8
Freixo de Espada à Cinta	4,0	2,8			4,0	3,7	3,0	10,3			14,0	5,6	11,0	2,6	30,0	7,4	4,0	80,0			66,0	4,9	37,9	100,3	438,8	94,2
Macedo de Cavaleiros	15,0	10,6	6,0	8,6	22,0	20,2	3,0	10,3	2,0	3,6	21,0	8,4	37,0	8,9	7,0	1,7					98,0	7,3	37,4	99,2	413,9	88,9
Miranda do Douro	7,0	5,0	1,0	1,4	4,0	3,7			1,0	1,8	5,0	2,0	10,0	2,4	15,0	3,7					36,0	2,7	38,4	101,7	455,0	97,7
Mirandela	31,0	22,0	14,0	20,0	17,0	15,6	8,0	27,6	16,0	29,1	51,0	20,4	43,0	10,3	89,0	21,9					238,0	17,7	38,3	101,4	506,3	108,7
Mogadouro	11,0	7,8	2,0	2,9	4,0	3,7			2,0	3,6	13,0	5,2	17,0	4,1	33,0	8,1					71,0	5,3	38,7	102,7	405,2	87,0
Torre De Moncorvo	9,0	6,4	3,0	4,3	2,0	1,8			6,0	10,9	14,0	5,6	30,0	7,2	26,0	6,4					81,0	6,0	37,1	98,3	466,2	100,1
Vila Flor	3,0	2,1	3,0	4,3	3,0	2,8			1,0	1,8	17,0	6,8	7,0	1,7	53,0	13,0					84,0	6,3	39,5	104,7	434,6	93,3
Vimioso	6,0	4,3	4,0	5,7	1,0	0,9	4,0	13,8	2,0	3,6	8,0	3,2	21,0	5,0	15,0	3,7					55,0	4,1	39,3	104,2	444,3	95,4
Vinhais	6,0	4,3	2,0	2,9	3,0	2,8			7,0	12,7	5,0	2,0	26,0	6,2	8,0	2,0					51,0	3,8	37,1	98,3	539,4	115,8
TOTAL	141,0	100,0	70,0	100,0	109,0	100,0	29,0	100,0	55,0	100,0	250,0	100,0	418,0	100,0	407,0	100,0	5,0	100,0	0,0	0,0	1343,0	100,0	37,7	100,0	465,7	100,0

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

Tabela 5:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2005

Concelhos	Ano: 2005																									
	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																		Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal Ganho			
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes		Ignorado						Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Alfandega da Fé	9,0	4,4	8,0	4,8	6,0	5,8	3,0	6,0	5,0	3,2	25,0	6,8	50,0	6,9	31,0	4,4			1,0	0,8	129,0	5,4	32,7	88,0	519,8	89,9
Bragança	61,0	30,0	67,0	40,4	63,0	60,6	11,0	22,0	59,0	37,3	106,0	28,7	258,0	35,4	142,0	20,4	3,0	25,0	113,0	95,0	822,0	34,2	37,7	101,4	753,7	130,4
Carrazeda de Ansiães	9,0	4,4	4,0	2,4	3,0	2,9	2,0	4,0	10,0	6,3	16,0	4,3	18,0	2,5	54,0	7,7					107,0	4,5	37,1	99,8	531,2	91,9
Freixo de Espada à Cinta	4,0	2,0	2,0	1,2	7,0	6,7	5,0	10,0	3,0	1,9	19,0	5,1	56,0	7,7	15,0	2,2					107,0	4,5	36,9	99,3	488,0	84,4
Macedo de Cavaleiros	23,0	11,3	27,0	16,3	6,0	5,8	3,0	6,0	14,0	8,9	28,0	7,6	50,0	6,9	36,0	5,2	5,0	41,7	3,0	2,5	172,0	7,2	35,8	96,2	626,0	108,3
Miranda do Douro	12,0	5,9	3,0	1,8	2,0	1,9	3,0	6,0	5,0	3,2	32,0	8,7	49,0	6,7	32,0	4,6					126,0	5,2	38,2	102,8	623,3	107,8
Mirandela	40,0	19,7	29,0	17,5	12,0	11,5	10,0	20,0	30,0	19,0	60,0	16,3	81,0	11,1	164,0	23,5	1,0	8,3			387,0	16,1	37,7	101,5	601,4	104,0
Mogadouro	8,0	3,9	1,0	0,6			2,0	4,0	9,0	5,7	17,0	4,6	25,0	3,4	45,0	6,5					99,0	4,1	37,0	99,5	551,7	95,4
Torre De Moncorvo	17,0	8,4	9,0	5,4	3,0	2,9	2,0	4,0	7,0	4,4	21,0	5,7	50,0	6,9	56,0	8,0	2,0	16,7			150,0	6,2	38,3	103,1	526,5	91,1
Vila Flor	5,0	2,5	4,0	2,4			4,0	8,0	7,0	4,4	18,0	4,9	5,0	0,7	84,0	12,1					122,0	5,1	38,2	102,7	573,1	99,1
Vimioso	8,0	3,9	7,0	4,2	1,0	1,0	2,0	4,0	3,0	1,9	21,0	5,7	52,0	7,1	21,0	3,0	1,0	8,3			108,0	4,5	38,2	102,8	509,4	88,1
Vinhais	7,0	3,4	5,0	3,0	1,0	1,0	3,0	6,0	6,0	3,8	6,0	1,6	35,0	4,8	17,0	2,4			2,0	1,7	75,0	3,1	38,3	102,9	632,5	109,4
TOTAL	203,0	100,0	166,0	100,0	104,0	100,0	50,0	100,0	158,0	100,0	369,0	100,0	729,0	100,0	697,0	100,0	12,0	100,0	119,0	100,0	2404,0	100,0	37,2	100,0	578,1	100,0

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

Tabela 6:

Distribuição das variáveis em estudo no conjunto dos doze concelhos do distrito de Bragança no ano de 2009

Concelhos	Ano: 2009																									
	Número de Estabelecimentos		Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação																		Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal		Remuneração Média Mensal Ganho			
			Quadros Superiores		Quadros Médios		Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa		Profissionais Altamente Qualificados		Profissionais Qualificados		Profissionais Semiqualificados		Profissionais não Qualificados		Praticantes e Aprendizizes		Ignorado						Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alfandega da Fé	11,0	4,4	11,0	4,0	10,0	6,6	3,0	4,9	3,0	1,6	32,0	8,1	46,0	4,9	28,0	3,0			1,0	2,7	134,0	4,5	35,1	95,0	694,1	103,2
Bragança	81,0	32,5	98,0	35,9	57,0	37,7	12,0	19,7	55,0	30,2	105,0	26,7	354,0	37,9	152,0	16,3	4,0	26,7	19,0	51,4	856,0	28,8	36,7	99,0	775,1	115,2
Carrazeda de Ansiães	10,0	4,0	13,0	4,8	3,0	2,0	3,0	4,9	9,0	4,9	18,0	4,6	33,0	3,5	50,0	5,4					129,0	4,3	36,5	98,7	583,1	86,7
Freixo de Espada à Cinta	7,0	2,8	17,0	6,2	5,0	3,3	6,0	9,8	1,0	0,5	18,0	4,6	41,0	4,4	52,0	5,6					140,0	4,7	36,3	98,1	553,3	82,3
Macedo de Cavaleiros	25,0	10,0	36,0	13,2	20,0	13,2	6,0	9,8	18,0	9,9	33,0	8,4	107,0	11,5	46,0	4,9	1,0	6,7	10,0	27,0	277,0	9,3	36,5	98,6	670,7	99,7
Miranda do Douro	13,0	5,2	12,0	4,4	8,0	5,3	2,0	3,3	8,0	4,4	40,0	10,2	52,0	5,6	52,0	5,6	1,0	6,7			175,0	5,9	38,0	102,8	729,2	108,4
Mirandela	41,0	16,5	34,0	12,5	12,0	7,9	9,0	14,8	48,0	26,4	63,0	16,0	104,0	11,1	215,0	23,1			3,0	8,1	488,0	16,4	37,4	101,0	748,8	111,3
Mogadouro	14,0	5,6	9,0	3,3	9,0	6,0	3,0	4,9	9,0	4,9	12,0	3,1	33,0	3,5	68,0	7,3					143,0	4,8	37,0	100,0	651,9	96,9
Torre De Moncorvo	20,0	8,0	9,0	3,3	4,0	2,6	4,0	6,6	11,0	6,0	27,0	6,9	50,0	5,4	62,0	6,7	1,0	6,7			168,0	5,6	38,6	104,2	599,9	89,2
Vila Flor	7,0	2,8	7,0	2,6	11,0	7,3	7,0	11,5	10,0	5,5	21,0	5,3	25,0	2,7	115,0	12,4	7,0	46,7			203,0	6,8	37,8	102,1	728,0	108,2
Vimioso	10,0	4,0	14,0	5,1	10,0	6,6	3,0	4,9	5,0	2,7	13,0	3,3	51,0	5,5	44,0	4,7			1,0	2,7	141,0	4,7	37,3	100,9	637,8	94,8
Vinhais	10,0	4,0	13,0	4,8	2,0	1,3	3,0	4,9	5,0	2,7	11,0	2,8	37,0	4,0	46,0	4,9	1,0	6,7	3,0	8,1	121,0	4,1	36,9	99,7	699,8	104,0
TOTAL	249,0	100,0	273,0	100,0	151,0	100,0	61,0	100,0	182,0	100,0	393,0	100,0	933,0	100,0	930,0	100,0	15,0	100,0	37,0	100,0	2975,0	100,0	37,0	100,0	672,6	100,0

Nota: A coluna designada por % refere-se ao peso percentual do concelho no total do distrito

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MTSS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos indicadores por concelho para o ano de 1985. Observa-se que Bragança (Sede de distrito) é o concelho com maior número de estabelecimentos, no setor da saúde humana e apoio social. Os estabelecimentos localizados no concelho de Bragança correspondem a 39,3% do total destes estabelecimentos, no distrito. Segue-se o concelho de Mirandela com uma proporção de 17,9% dos estabelecimentos. Sendo que os concelhos com menor número de estabelecimentos são: Miranda do Douro, Mogadouro e Vinhais, com apenas 3,6% do total de estabelecimentos, cada. O número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação, também apresenta um elevado peso relativo no concelho de Bragança – este concelho reúne cerca de 42% dos trabalhadores de atividades privadas no setor da saúde humana e apoio social. Se lhe adicionarmos Mirandela, Os dois concelhos reúnem quase 60% da totalidade do pessoal ao serviço neste tipo de atividade empresarial. No lado oposto, Vinhais reúne 0,4% do total de pessoal ao serviço em atividades de saúde humana e apoio social no distrito de Bragança. A diferenciação dos trabalhadores em termos de nível de qualificação, não é clara para este ano. Sendo um dos primeiros anos da aplicação dos quadros de pessoal, a variável não se apresenta com um grau informativo razoável. No total do distrito, 213 dos 228 trabalhadores apurados são definidos como possuindo um nível de qualificação ignorado. Para as duas outras variáveis, a informação só está disponível para dois concelhos – Bragança e Torre de Moncorvo. A duração média semanal do horário de trabalho neste tipo de atividade é, no distrito, de 37 horas semanais. Torre de Moncorvo, no entanto, apresenta uma duração do tempo de trabalho superior em 9,8% da média no distrito de Bragança. Em termos de ganho remuneratório médio mensal, em 1985, cada trabalhador neste tipo de estabelecimentos ganhava, em média, cerca de 102 euros. No entanto, se o trabalhador estivesse ligado a um estabelecimento localizado no concelho de Bragança apresentava um ganho remuneratório médio cerca de 11,4% superior ao do total do distrito.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição dos indicadores para 1991. Cinco anos depois do período de análise a informação está mais completa para cada uma das variáveis, passando os indicadores a apresentarem um maior valor informativo. Relativamente ao número de estabelecimentos, Bragança mantém-se, como em 1985, como o concelho com o maior número de estabelecimentos, 37% do total, ou seja, em cada 100 estabelecimentos 37 localizam-se na sede de distrito. Segue-se Torre de Moncorvo com 14,8% do total de estabelecimentos do distrito. Mirandela reduz o número de estabelecimentos (em relação a 1985) e é juntamente com Freixo de Espada à Cinta, dos concelhos com menor número de estabelecimentos e menor proporção destes no total do distrito. No distrito localizam-se 27 estabelecimentos do setor da saúde humana e apoio social. O concelho de Bragança marca 1991 relativamente ao número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação, com o número de pessoal ao serviço (153 dos 332 trabalhadores apurados) e a proporção mais elevada (cerca de 46% do total do distrito), dos doze concelhos. Freixo de Espada à Cinta apresenta o menor número de pessoas ao serviço a que corresponde apenas 2,7% do total de trabalhadores neste setor. Em termos de nível de qualificação refira-se que os profissionais não qualificados são os mais representados - 105 dos 332 trabalhadores. No ano de 1991 o concelho com maior duração média semanal no período de

trabalho normal foi Mirandela, com uma proporção de 6,9% superior à média do distrito. Neste ano Bragança e Mogadouro apresentam a menor duração média semanal no período de trabalho normal, com apenas 93,2% e 94,4% da média global. Os restantes concelhos mantêm uma média muito idêntica e próxima, entre si. A duração média do trabalho semanal em atividades privadas de saúde humana e apoio social é de 37 horas. Ainda neste ano, Vinhais surpreende com a elevada proporção da remuneração média mensal – os 315,9 euros excedem em 2,3% a média mensal de remuneração no distrito (262,7 euros médios). Segue-se Bragança com 287,7 euros de remuneração média mensal. Mirandela, por oposição, surge com a menor proporção de rendimentos no distrito – a remuneração média no concelho corresponde apenas a 83% da média do distrito o que equivale a 217,9 euros, em média. Em resumo, deve salientar-se que a sede do distrito é o concelho que predomina em todas as variáveis em estudo.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos indicadores para o ano de 1995. O número de estabelecimento em 1995 mantém-se na maioria no concelho de Bragança como se tem verificado ao longo de 1985 a 1995, apesar de neste ano ter duplicado relativamente aos anos anteriores. De salientar, Mirandela que foi o concelho com maior crescimento passando de 2 para 15 estabelecimentos. Alfândega da Fé e Vila Flor são os concelhos com menor número de estabelecimentos, apenas 1 que equivale a 1,1% do total dos estabelecimentos. Sem exceção aos anos anteriores Bragança mantém-se com a proporção mais elevada dos doze concelhos, relativamente ao número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação. Bragança quase duplica o seu número de pessoas ao serviço relativamente a 1991 (287 pessoas ao serviço, equivalente a 37,1% do total do distrito). Na menor percentagem situa-se o concelho de Vila Flor com uma diferença gigantesca do concelho de Bragança, apenas 2 pessoas ao serviço. O nível com maior número de pessoas ao serviço em 1995 é o nível dos profissionais semiqualeificados, que totaliza 226 pessoas ao serviço. Com o passar dos anos, chega-se a 1995 com Vila Flor acima da média da duração média semanal no período de trabalho normal, com uma proporção de 108,3% referente a 42 horas semanais respetivamente. O concelho com menor duração média semanal no período de trabalho normal é Macedo de Cavaleiros, com 34,1 horas. A remuneração média mensal tem a proporção mais elevada no concelho de Bragança, que para além disso aumenta de 287,7 euros para 466,3 euros médios mensais ganhos. Freixo de Espada à Cinta possui a menor proporção, com 82,4% da média do distrito o que equivale a 287,5 euros, em média. No ano de 1995 Bragança volta a evidenciar-se com os números e proporções mais elevados. Pode verificar-se contudo que na maioria todos os concelhos aumentam de 1991 para 1995.

A Tabela 4 é referente à distribuição dos indicadores por concelho para o ano de 2000. A Sede de distrito (Bragança) mantém-se como o concelho com maior número de estabelecimentos (em cada 100 estabelecimentos 29,8% pertencem ao concelho de Bragança). Em segundo lugar surge o concelho de Mirandela com o dobro dos estabelecimentos existentes em 1995, uma proporção de 22% do total dos estabelecimentos. O concelho com menor número de estabelecimentos neste ano 2000 é Carraceda de Ansiães, com apenas 2 estabelecimentos e uma proporção de 1,4% dos estabelecimentos. Bragança volta a não ser exceção, e é igualmente em 2000, o concelho com

maior número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação (465 pessoas e uma proporção de 34,6% do total). Segue-se Mirandela com 238 pessoas ao serviço e uma proporção de 17,7% do total. O concelho com menor número de pessoas ao serviço no total dos níveis é o concelho de Carrazeda de Ansiães com apenas 19 pessoas e uma proporção de 1,4% do total de pessoal ao serviço no distrito de Bragança. O nível com maior número de pessoas ao serviço em 2000 é o nível dos profissionais semiqualeificados (totaliza 418 pessoas ao serviço). A duração média semanal no período de trabalho normal mantém-se com valores mais elevados no concelho de Vila Flor, como verificado para 1995, com 39,5 horas semanais. Carrazeda de Ansiães é em 2000 o concelho com menor duração média semanal no período de trabalho normal, apenas 32,5 horas que equivalem a 86,1% de proporção total do distrito. Remuneratoriamente, em 2000, Bragança mantém-se com a melhor remuneração média mensal, 560 euros, excedendo 20,5% dos 100% da proporção média total. Sendo que Mirandela é o concelho com menor remuneração média mensal, 405,2 euros cerca de 82% do total do concelho. Para o ano 2000 o mesmo se conclui que há cinco anos atrás e mais uma vez indiscutivelmente Bragança apresenta-se como o concelho com os maiores números e proporções dos doze concelhos.

Na tabela 5 a distribuição dos indicadores é realizada para o ano 2005. O maior número de estabelecimento continua a centrar-se no concelho de Bragança (61 estabelecimento, ou seja, 30% do total do distrito) seguido do concelho de Mirandela (40 estabelecimentos e 19,7% do total do distrito). Em menor escala está o concelho de Freixo de Espada à Cinta, 4 estabelecimento que representa apenas 2% do número total de estabelecimentos no distrito. O número de pessoas ao serviço, segundo nível de qualificação, continua mais eloquente no concelho de Bragança, possuindo 822 pessoas, isto é, 34,2% do total do distrito. Vinhais é o concelho com menor número de pessoas ao serviço, 75 pessoas, que representa 3,1% do total. O nível com maior número de pessoas ao serviço em 2005 é o nível dos profissionais semiqualeificados, que totaliza 729 pessoas ao serviço. Com o passar dos anos denota-se que a duração média semanal no período de trabalho normal está cada vez mais uniforme para os doze concelhos, todos eles estão muito próximos da média total de 37,2 horas. Assim sendo, o concelho de Vinhas é o que tem maior duração média semanal no período de trabalho normal, 38,3 horas com uma proporção de 2,9% superior à média do distrito. Alfândega da Fé é o concelho com menor duração média semanal no período de trabalho normal, com a diferença de 5,6 horas, tem 32,7 horas semanais equivalentes a 88% da proporção total. Apesar da proximidade da duração média semana no período de trabalho normal, a maioria dos doze concelhos ultrapassa os 100% da proporção média. A remuneração média mensal subiu do ano 2000 para o ano 2005, e sem exceção feita, Bragança é o concelho com maior remuneração média mensal, 753,7 euros, uma proporção de 130,4% do total do distrito. Vinhais apesar de ser dos concelhos com menor número de estabelecimentos e menor número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação, é o concelho onde a duração média semanal no período de trabalho normal é mais elevada e o segundo concelho onde a remuneração média mensal é mais elevada. Já o concelho de Freixo de Espada à Cinta é o concelho com menor remuneração média mensal, apenas 488 euros, equivalente a uma proporção de 84,4% do total do distrito de Bragança. Em síntese, no ano de 2005 Bragança

continua a ser o concelho com maior peso no distrito, apesar de Vinhais ser o concelho com maior duração média semanal no período de trabalho normal e o segundo maior na remuneração média mensal.

A Tabela 6 representa a distribuição dos indicadores por concelho para o ano de 2009. Observa-se que Bragança e Mirandela têm a maior proporção do total de estabelecimentos no distrito (32,5% e 16,5%, respetivamente). Os dois concelhos com menor número de estabelecimentos são Freixo de Espada à Cinta e Torre de Moncorvo, com apenas 7 estabelecimentos, ou seja, apenas 2,8% do total de estabelecimentos, cada. No geral todos os concelhos aumentaram o seu número de estabelecimentos, tendo no total o número de estabelecimentos evoluído de 203 em 2005 para 249 estabelecimentos em 2009. Relativamente ao número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação, Bragança continua com grande destaque, pois possui o maior número de pessoas ao serviço. Em termos de números totais o concelho de Bragança e Mirandela possuem a maioria com 856 e 488 pessoas ao serviço, respetivamente, e o concelho de Vinhais possui a minoria com 121 pessoas ao serviço. O nível de qualificação com maior número de pessoas ao serviço em 2009 é o nível dos profissionais semiquualificados, que totaliza 933 pessoas ao serviço. Finaliza-se o período de estudo em 2009, e a duração média semanal do horário de trabalho neste tipo de atividade é mais elevada no concelho de Torre de Moncorvo, com 38.6 horas semanais superior em 4,2% da média no distrito de Bragança. Alfândega da Fé mantém-se neste ano como o concelho com menor duração média semanal no período de trabalho normal, trabalha apenas 35,1 horas semanais, equivalente a 95% de proporção total do distrito. No entanto, a duração média semanal no período de trabalho normal diminui de 2005 para 2009 e está cada vez mais equilibrada nos doze concelhos. A remuneração média mensal continua em 2009 a ser superior no concelho de Bragança e Mirandela, com 775,1 euros e 748,8 euros, equivalente a 115,2% e 111,3%, respetivamente. Com a remuneração média mensal inferior encontra-se o concelho de Freixo de Espada à Cinta, com 553,3 euros e 82,3% de proporção. Ainda assim a remuneração média mensal aumentou também de 2005 até 2009 cerca de 94,5€ médios mensais.

Em forma de sumário salienta-se, da análise das seis tabelas anteriores, alguns aspetos. Em geral, e como seria expectável, os indicadores referentes ao número de pessoas ao serviço e ao número de estabelecimentos, por concelho, estão interligados. Os concelhos com maior número de estabelecimentos são, em norma, os que maior número de pessoas têm ao serviço. Já o mesmo não se pode dizer em relação à duração média semanal no período de trabalho normal, onde os concelhos onde se trabalha mais horas semanais nem sempre são os que possuem maior remuneração média mensal. Relativamente ao nível de qualificação pode-se verificar que existiu uma evolução positiva nos níveis de qualificação de 1985 para 2009 – em 1990 a qualificação dos trabalhadores indicava que estes eram, essencialmente, trabalhadores não qualificados e em 2009 a maioria do pessoal ao serviço em atividades de saúde humana e social, de carácter privado, era semiquualificada. O facto de o nível de qualificação de pessoal ao serviço ter aumentado no período de 24 anos pode explicar o facto de a remuneração média mensal também ter vindo a aumentar significativamente.

As Figuras 3 e 4 mostram, de uma forma mais intuitiva, a relação entre o número de estabelecimentos e o pessoal ao serviço (Figura 3) e entre o número de estabelecimentos e a remuneração mensal média auferida (Figura 4), em 2009, nos doze concelhos do distrito de Bragança. As Figuras permitem, de uma forma clara, apresentar a distribuição relativa dos concelhos em relação a estas três variáveis.

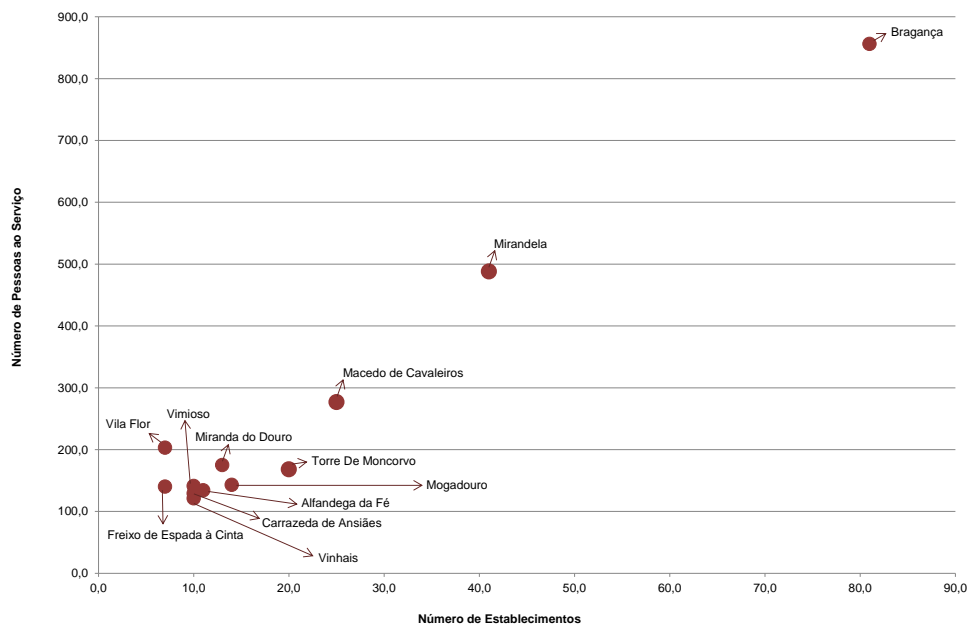


Figura 3. Posição relativa dos concelhos na relação entre número de estabelecimentos e número de pessoas ao serviço

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

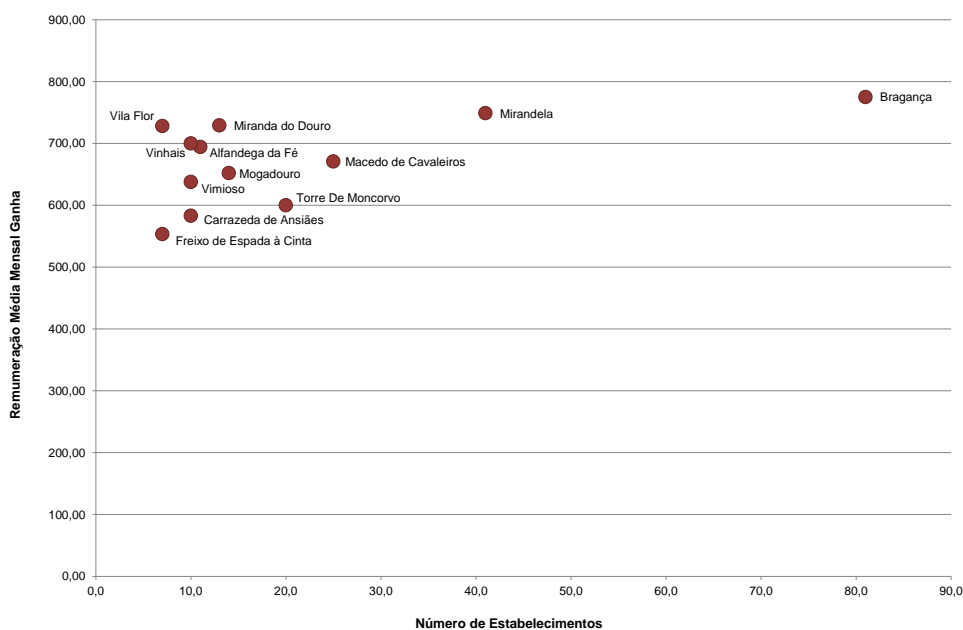


Figura 4. Posição relativa dos concelhos na relação entre número de estabelecimentos e remuneração média mensal ganha

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

Em termos de nível de qualificação como já foi dito anteriormente o pessoal ao serviço é subdividido em 9 categorias: (i) quadros superiores; (ii) quadros médios; (iii) encarregados, contramestres, mestres e chefes de equipa; (iv) profissionais altamente qualificados; (v) profissionais qualificados; (vi) profissionais semiquualificados, (vii) profissionais não qualificados; (viii) praticantes e aprendizes e, (ix) uma categoria residual quando se ignora o nível de qualificação do trabalhador.

A tabela 7 permite a visualização disso mesmo, assim como a evolução dessas 9 categorias do ano 1985 até ao ano de 2009. Nesta tabela é apresentado o valor absoluto da variável número de pessoas ao serviço, segundo o nível de qualificação, nos 12 concelhos do distrito de Bragança. A sua função é essencialmente de uma forma resumida verificar como já foi concluído anteriormente que existiu uma evolução positiva nos níveis de qualificação de 1985 para 2009 na maioria dos 12 concelhos do distrito de Bragança. Nos primeiros anos (1985 e 1991) a qualificação dos trabalhadores focava-se maioritariamente no nível ignorado e no nível dos trabalhadores não qualificados. Com o avançar do tempo os profissionais ao serviço em atividades de saúde humana e social, de carácter privado, eram semiquualificados e qualificados. Denota-se na tabela 7 algo muito positivo pois observa-se notoriamente a redução com o avançar dos anos do nível ignorado, onde a maioria dos concelhos termina o ano 2009 entre zero a três pessoas neste nível. Bragança apresenta-se na tabela 7 muito eloquente no distrito de Bragança, pois possui o maior número de quadros superiores em relação a todos os outros concelhos do distrito.

Tabela 7:

Evolução dos níveis de qualificação, na variável número de pessoas ao serviço, no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho

Concelhos	Anos	Número de Pessoas ao Serviço, segundo o Nível de Qualificação									Total
		Quadros Superiores	Quadros Médios	Encarregados, Contramestres, Mestres e Chefes de Equipa	Profissionais Altamente Qualificados	Profissionais Qualificados	Profissionais Semiqualificados	Profissionais não Qualificados	Praticantes e Aprendizizes	Ignorado	
		N	N	N	N	N	N	N	N	N	
	1985										
	1991										
Alfandega da Fé	1995	2,0			3,0	11,0	5,0	27,0	1,0		49,0
	2000	2,0	5,0	1,0	1,0	26,0	36,0	8,0			79,0
	2005	8,0	6,0	3,0	5,0	25,0	50,0	31,0		1,0	129,0
	2009	11,0	10,0	3,0	3,0	32,0	46,0	28,0		1,0	134,0
	1985					2,0	5,0	1,0			87,0
Bragança	1991	1,0	4,0	4,0	16,0	23,0	50,0	49,0	1,0	5,0	153,0
	1995	9,0	6,0	10,0	37,0	48,0	121,0	50,0	1,0	5,0	287,0
	2000	33,0	43,0	10,0	17,0	74,0	179,0	108,0	1,0		465,0
	2005	67,0	63,0	11,0	59,0	106,0	258,0	142,0	3,0	113,0	822,0
	2009	98,0	57,0	12,0	55,0	105,0	354,0	152,0	4,0	19,0	856,0
	1985										0,0
	1991										0,0
Carrazeda de Ansiães	1995				1,0	4,0	6,0	6,0			17,0
	2000		1,0			2,0	1,0	15,0			19,0
	2005	4,0	3,0	2,0	10,0	16,0	18,0	54,0			107,0
	2009	13,0	3,0	3,0	9,0	18,0	33,0	50,0			129,0
	1985									27,0	27,0
Freixo de Espada à Cinta	1991					2,0	3,0		1,0	3,0	9,0
	1995			1,0	1,0	9,0	2,0	7,0			20,0
	2000		4,0	3,0		14,0	11,0	30,0	4,0		66,0
	2005	2,0	7,0	5,0	3,0	19,0	56,0	15,0			107,0
	2009	17,0	5,0	6,0	1,0	18,0	41,0	52,0			140,0
	1985									11,0	11,0
Macedo de Cavaleiros	1991		1,0		1,0	3,0	10,0	2,0		4,0	21,0
	1995	3,0		2,0	3,0	11,0	21,0	10,0		4,0	54,0
	2000	6,0	22,0	3,0	2,0	21,0	37,0	7,0			98,0
	2005	27,0	6,0	3,0	14,0	28,0	50,0	36,0	5,0	3,0	172,0
	2009	36,0	20,0	6,0	18,0	33,0	107,0	46,0	1,0	10,0	277,0
	1985									19,0	19,0
	1991										0,0
Miranda do Douro	1995	1,0			5,0	13,0	9,0	11,0			39,0
	2000	1,0	4,0		1,0	5,0	10,0	15,0			36,0
	2005	3,0	2,0	3,0	5,0	32,0	49,0	32,0			126,0
	2009	12,0	8,0	2,0	8,0	40,0	52,0	52,0	1,0		175,0
	1985									36,0	36,0
Mirandela	1991			2,0	3,0	9,0	18,0	27,0		1,0	60,0
	1995	2,0	3,0	2,0	22,0	32,0	21,0	39,0		4,0	125,0
	2000	14,0	17,0	8,0	16,0	51,0	43,0	89,0			238,0
	2005	29,0	12,0	10,0	30,0	60,0	81,0	164,0	1,0		387,0
	2009	34,0	12,0	9,0	48,0	63,0	104,0	215,0		3,0	488,0
	1985									3,0	3,0
Mogadouro	1991		1,0			1,0	9,0	5,0			16,0
	1995		1,0	2,0	4,0	7,0	5,0	22,0			41,0
	2000	2,0	4,0		2,0	13,0	17,0	33,0			71,0
	2005	1,0		2,0	9,0	17,0	25,0	45,0			99,0
	2009	9,0	9,0	3,0	9,0	12,0	33,0	68,0			143,0
	1985	1,0				1,0	5,0			16,0	23,0
Torre De Moncorvo	1991	1,0	1,0		1,0	8,0	6,0	21,0		8,0	46,0
	1995	3,0		1,0	3,0	23,0	24,0	27,0			81,0
	2000	3,0	2,0		6,0	14,0	30,0	26,0			81,0
	2005	9,0	3,0	2,0	7,0	21,0	50,0	56,0	2,0		150,0
	2009	9,0	4,0	4,0	11,0	27,0	50,0	62,0	1,0		168,0
	1985										0,0
	1991										0,0
Vila Flor	1995						2,0				2,0
	2000	3,0	3,0		1,0	17,0	7,0	53,0			84,0
	2005	4,0		4,0	7,0	18,0	5,0	84,0			122,0
	2009	7,0	11,0	7,0	10,0	21,0	25,0	115,0	7,0		203,0
	1985										13,0
	1991										0,0
Vimioso	1995			2,0	2,0	8,0	1,0	5,0			18,0
	2000	4,0	1,0	4,0	2,0	8,0	21,0	15,0			55,0
	2005	7,0	1,0	2,0	3,0	21,0	52,0	21,0	1,0		108,0
	2009	14,0	10,0	3,0	5,0	13,0	51,0	44,0		1,0	141,0
	1985										1,0
Vinhais	1991		1,0		2,0	1,0	5,0	1,0		17,0	27,0
	1995		1,0	1,0	6,0	3,0	9,0	20,0			40,0
	2000	2,0	3,0		7,0	5,0	26,0	8,0			51,0
	2005	5,0	1,0	3,0	6,0	6,0	35,0	17,0		2,0	75,0
	2009	13,0	2,0	3,0	5,0	11,0	37,0	46,0	1,0	3,0	121,0
TOTAL		532,0	383,0	167,0	505,0	1231,0	2417,0	2364,0	36,0	420,0	8055,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

A análise da evolução dos quatro indicadores apresentados anteriormente far-se-á de seguida. Para cada uma das variáveis será apresentada uma tabela com os valores absolutos ao longo do período em análise, assim como as taxas de crescimento quinquenais e as taxas de crescimento médio anual no período entre 1995 e 2009 e para todo o período para o qual existem dados disponíveis. Na tabela seguinte (Tabela 8) apresenta-se a evolução do número de estabelecimentos, nos doze concelhos do distrito de Bragança, de 1985 até 2009.

Tabela 8:

Evolução absoluta e relativa do número de estabelecimentos privados do setor de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho

Concelho	Indicador estatístico	Número de Estabelecimentos												
		1985		1991		1995		2000		2005		2009		
		N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	
Alfandega da Fé	Número	N				1,0	1,1	5,0	3,5	9,0	4,4	11,0	4,4	
	Taxa de crescimento quinquenal							400,0	208,5	80,0	25,0	22,2	-0,4	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							231,7						
Bragança	Número	N	11,0	39,3	10,0	37,0	23,0	26,4	42,0	29,8	61,0	30,0	81,0	32,5
	Taxa de crescimento quinquenal				-9,1	-5,7	130,0	-28,6	82,6	12,7	45,2	0,9	32,8	8,3
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							171,4						
Carrazeda de Ansiães	Número	N				3,0	3,4	2,0	1,4	9,0	4,4	10,0	4,0	
	Taxa de crescimento quinquenal							-33,3	-58,9	350,0	212,6	11,1	-9,4	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							82,6						
Freixo de Espada à Cinta	Número	N	3,0	10,7	2,0	7,4	3,0	3,4	4,0	2,8	4,0	2,0	7,0	2,8
	Taxa de crescimento quinquenal				-33,3	-30,9	50,0	-53,4	33,3	-17,7	0,0	-30,5	75,0	42,7
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							52,8						
Macedo de Cavaleiros	Número	N	2,0	7,1	3,0	11,1	9,0	10,3	15,0	10,6	23,0	11,3	25,0	10,0
	Taxa de crescimento quinquenal				50,0	55,6	200,0	-6,9	66,7	2,8	53,3	6,5	8,7	-11,4
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							253,6						
Miranda do Douro	Número	N	1,0	3,6			6,0	6,9	7,0	5,0	12,0	5,9	13,0	5,2
	Taxa de crescimento quinquenal							16,7	-28,0	71,4	19,1	8,3	-11,7	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							47,2						
Mirandela	Número	N	5,0	17,9	2,0	7,4	15,0	17,2	31,0	22,0	40,0	19,7	41,0	16,5
	Taxa de crescimento quinquenal				-60,0	-58,5	650,0	132,8	106,7	27,5	29,0	-10,4	2,5	-16,4
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							186,4						
Mogadouro	Número	N	1,0	3,6	3,0	11,1	7,0	8,0	11,0	7,8	8,0	3,9	14,0	5,6
	Taxa de crescimento quinquenal				200,0	211,1	133,3	-27,6	57,1	-3,0	-27,3	-49,5	75,0	42,7
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							274,2						
Torre De Moncorvo	Número	N	2,0	7,1	4,0	14,8	9,0	10,3	9,0	6,4	17,0	8,4	20,0	8,0
	Taxa de crescimento quinquenal				100,0	107,4	125,0	-30,2	0,0	-38,3	88,9	31,2	17,6	-4,1
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							216,2						
Vila Flor	Número	N				1,0	1,1	3,0	2,1	5,0	2,5	7,0	2,8	
	Taxa de crescimento quinquenal							200,0	85,1	66,7	15,8	40,0	14,1	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							164,6						
Vimioso	Número	N	2,0	7,1			6,0	6,9	6,0	4,3	8,0	3,9	10,0	4,0
	Taxa de crescimento quinquenal							0,0	-38,3	33,3	-7,4	25,0	1,9	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							29,1						
Vinhais	Número	N	1,0	3,6	3,0	11,1	4,0	4,6	6,0	4,3	7,0	3,4	10,0	4,0
	Taxa de crescimento quinquenal				200,0	211,1	33,3	-58,6	50,0	-7,4	16,7	-19,0	42,9	16,5
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							216,2						
TOTAL	Número	N	28,0		27,0		87,0		141,0		203,0		249,0	
	Taxa de crescimento quinquenal				-3,6		222,2		62,1		44,0		22,7	
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							198,2						
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)							69,2						

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

A análise da evolução do número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e apoio social mostra a evolução crescente bastante clara deste setor no distrito de Bragança. De 28 estabelecimentos em 1985 o distrito passou para 249 estabelecimentos, o que representa um crescimento médio anual, no período de 24 anos, de quase 200% ao ano. No entanto, este crescimento quase exponencial vem diminuindo de ritmo. No período de 14 anos que decorre entre 1995 e 2009, o número de estabelecimentos de saúde humana e apoio social diminuiu o ritmo de crescimento para cerca de 69%, em média, ao ano. As taxas de crescimento quinquenais mostram este desacelerar do crescimento desta atividade – no último quinquênio em análise, o número de estabelecimentos do setor Q foi de apenas 22%.

A análise por concelho mostra que se a tendência de crescimento foi semelhante em todos os concelhos (nenhuma das taxas de crescimento média é negativa), as taxas de crescimento do número de estabelecimentos apresentaram ritmos de crescimento distintos. É também de salientar que o peso de cada um dos concelhos no número total de estabelecimentos situados no distrito varia bastante ao longo dos 24 anos em estudo o que mostra alguma mobilidade em termos de localização deste tipo de atividade.

Por exemplo, Alfândega da Fé, apesar de perder peso relativo no distrito - apresenta uma baixa proporção do número de estabelecimento relativamente a outros concelhos (por exemplo, em 2009 em cada 100 estabelecimentos no distrito apenas 4,4 se situavam em Alfândega da Fé) – apresenta um claro crescimento no número de estabelecimentos para o concelho no período de estudo. De 1, em 1995, para 11, em 2009. Consequentemente, a taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 é de 231,7%, fazendo com que Alfândega da Fé seja o concelho com a maior taxa de crescimento médio anual neste período de tempo.

É notório que o número de estabelecimentos está em largo crescimento com o passar dos anos, sendo que a tendência é para que exista uma maior concentração do número de estabelecimentos no concelho de Bragança (a sede de distrito). Em 2009 concentra cerca de 32% dos estabelecimentos do distrito e é dos concelhos em que o peso relativo apresenta de forma consistente taxas de crescimento positivas em termos proporcionais. Em geral, os concelhos que vêm crescer o seu peso relativo em termos de número de estabelecimentos, são os que apresentam menor peso relativo dos mesmos (por exemplo, Freixo de Espada à Cinta, Vinhais ou Vila Flor).

Em termos comparativos, o concelho com maior taxa de crescimento médio quinquenal nos 24 anos de análise foi o concelho de Mogadouro – o número de estabelecimentos no setor de saúde humana e apoio social multiplicou-se por cerca de 6 vezes de 5 em 5 anos. Segue-se Macedo de Cavaleiros com uma taxa de crescimento médio quinquenal no período de 231,7%. Pode ainda acrescentar-se que, de forma geral, o ano com menor número de estabelecimentos foi o ano de 1991. Este ano constitui-se como um ano de viragem pois de 1985 a 1991 o número de estabelecimentos estava em decréscimo e a partir do ano de 1991 até o ano de 2009 o número de estabelecimentos manteve-se em crescimento.

Olhando para cada um dos concelhos em particular, há ainda a salientar alguns factos. Bragança é o concelho que, indiscutivelmente, apresenta um maior número de estabelecimentos (mantendo sempre a posição de concelho que concentra a maior proporção de estabelecimentos no distrito). O concelho de Carrazeda de Ansiães não é dos mais significativos, em termos de peso relativo, mas deve salientar-se que o seu crescimento médio a partir de 1995 foi dos mais elevados, no conjunto dos 12 concelhos do distrito (82,6%). Para o concelho de Freixo de Espada à Cinta salienta-se a taxa de crescimento significativa do setor Q verificada no ano de 2009 (75%). Macedo de Cavaleiros é o segundo concelho com maior taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009, apresenta uma taxa de 253,6%, apresentando depois uma elevada quebra no ritmo de crescimento desta atividade – a taxa de crescimento médio passa para 66,7%. O concelho de Miranda do Douro não é dos mais significativos, de uma forma geral existiu um crescimento no número de estabelecimentos, prova disso é o facto de em 1985 existir apenas um estabelecimento e em 2009 existirem 13, daí apresentar uma taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 de 47,2%.

Na tabela seguinte (Tabela 9) apresenta-se a evolução do número de pessoas ao serviço, nos doze concelhos do distrito de Bragança, de 1985 até 2009.

Tabela 9:

Evolução absoluta e relativa do número de pessoas ao serviço do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho

Concelho	Indicador estatístico	Número de Pessoas ao Serviço												
		1985		1991		1995		2000		2005		2009		
		N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	
Alfandega da Fé	Número	N				49,0	6,3	79,0	5,9	129,0	5,4	134,0	4,5	
	Taxa de crescimento quinquenal							61,2	-7,2	63,3	-8,8	3,9	-16,1	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							65,4						
Bragança	Número	N	95,0	41,7	153,0	46,1	287,0	37,1	465,0	34,6	822,0	34,2	856,0	28,8
	Taxa de crescimento quinquenal				61,1	10,6	87,6	-19,4	62,0	-6,7	76,8	-1,2	4,1	-15,9
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							200,2						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								72,7						
Carrazeda de Ansiães	Número	N				17,0	2,2	19,0	1,4	107,0	4,5	129,0	4,3	
	Taxa de crescimento quinquenal							11,8	-35,7	463,2	214,6	20,6	-2,6	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							175,5						
Freixo de Espada à Cinta	Número	N	27,0	11,8	9,0	2,7	20,0	2,6	66,0	4,9	107,0	4,5	140,0	4,7
	Taxa de crescimento quinquenal				-66,7	-77,1	122,2	-4,6	230,0	89,9	62,1	-9,4	30,8	5,7
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							127,7						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								164,6						
Macedo de Cavaleiros	Número	N	11,0	4,8	21,0	6,3	54,0	7,0	98,0	7,3	172,0	7,2	277,0	9,3
	Taxa de crescimento quinquenal				90,9	31,1	157,1	10,4	81,5	4,5	75,5	-2,0	61,0	30,1
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							401,8						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								126,5						
Miranda do Douro	Número	N	19,0	8,3			39,0	5,0	36,0	2,7	126,0	5,2	175,0	5,9
	Taxa de crescimento quinquenal							-7,7	-46,9	250,0	95,5	38,9	12,2	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							111,8						
Mirandela	Número	N	36,0	15,8	60,0	18,1	125,0	16,2	238,0	17,7	387,0	16,1	488,0	16,4
	Taxa de crescimento quinquenal				66,7	14,5	108,3	-10,5	90,4	9,6	62,6	-9,2	26,1	1,9
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							268,2						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								97,6						
Mogadouro	Número	N	3,0	1,3	16,0	4,8	41,0	5,3	71,0	5,3	99,0	4,1	143,0	4,8
	Taxa de crescimento quinquenal				433,3	266,3	156,3	10,1	73,2	-0,3	39,4	-22,1	44,4	16,7
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							590,4						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								86,8						
Torre De Moncorvo	Número	N	23,0	10,1	46,0	13,9	81,0	10,5	81,0	6,0	150,0	6,2	168,0	5,6
	Taxa de crescimento quinquenal				100,0	37,3	76,1	-24,4	0,0	-42,4	85,2	3,5	12,0	-9,5
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							170,3						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								44,0						
Vila Flor	Número	N					2,0	0,3	84,0	6,3	122,0	5,1	203,0	6,8
	Taxa de crescimento quinquenal							4100,0	2317,4	45,2	-18,9	66,4	34,5	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							907,5						
Vimioso	Número	N	13,0	5,7			18,0	2,3	55,0	4,1	108,0	4,5	141,0	4,7
	Taxa de crescimento quinquenal							205,6	75,9	96,4	9,7	30,6	5,5	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)							179,9						
Vinhais	Número	N	1,0	0,4	27,0	8,1	40,0	5,2	51,0	3,8	75,0	3,1	121,0	4,1
	Taxa de crescimento quinquenal				2600,0	1754,2	48,1	-36,4	27,5	-26,6	47,1	-17,8	61,3	30,4
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							1000,0						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								73,9						
TOTAL	Número	N	228,0		332,0		773,0		1343,0		2404,0		2975,0	
	Taxa de crescimento quinquenal				45,6		132,8		73,7		79,0		23,8	
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)							261,2						
Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)								96,2						

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

A variável número de pessoas ao serviço torna-se na tabela 9 mais explícita em termos de evolução ao longo do período de tempo em análise. Existe claramente uma evolução no número de pessoas ao serviço no distrito de Bragança, de 228 pessoas em 1985 passou para 2975 pessoas em 2009, o que revela, no período de 24 anos, um crescimento médio anual superior a 250% ao ano. Contudo, tal como acontece no número de estabelecimentos, também o número de pessoas ao serviço vem diminuindo o seu ritmo de crescimento, o que se explica pelo facto de no período de 14 anos (1995 a 2009) o número de pessoas ao serviço diminuir o ritmo de crescimento para cerca de 96%, em média, ao ano. As taxas de crescimento quinquenais exibem este diminuir de ritmo do crescimento da atividade, no último quinquénio em análise o número de pessoas ao serviço foi de cerca de 24%.

Esta análise realça a existência em geral de um elevado crescimento do número de pessoas ao serviço em todos os concelhos. O período de tempo onde existiu um maior crescimento do número médio de pessoas ao serviço foi do ano de 1995 até o ano de 2000. O concelho que iniciou com maior número de pessoas ao serviço foi o concelho de Bragança e o que iniciou com menor número de pessoas ao serviço foi o concelho de Vinhais. Por outro lado, o concelho que finalizou o período de análise em 2009 com maior número de pessoas ao serviço foi também o concelho de Bragança e o que finalizou com menor número de pessoas ao serviço foi também o concelho de Vinhais. Dos doze concelhos o que apresenta maior taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 é o concelho de Vinhais e o que apresenta maior taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 é o concelho de Vila Flor, ficando o concelho de Freixo de Espada à Cinta com a menor taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 e o concelho de Torre de Moncorvo com a menor taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009.

O grande destaque da tabela 9 é o concelho de Vila Flor e o concelho de Vinhais. Vila Flor é o concelho com maior crescimento no número de pessoas ao serviço em tão pouco espaço de tempo. A taxa de crescimento quinquenal no ano de 2000 é de 4100% e uma proporção de 2317,4%, isto é, em 1995 existiam 2 pessoas ao serviço e em 2000 já existiam 84 pessoas ao serviço. O concelho de Vila Flor tem portanto a maior taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009, 907,5%. O concelho de Vinhais é como o concelho de Vila Flor o que possui um elevado crescimento do número de pessoas ao serviço de 1985 até 2009. A taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 é inacreditavelmente de 1000%, principalmente porque de 1 pessoa ao serviço no ano de 1985 aumenta para 27 pessoas ao serviço em 1991, ou seja a taxa de crescimento quinquenal neste período é de 2600%. É Devido a este elevado crescimento no número de pessoas ao serviço que o concelho de Vila Flor e de Vinhais são os que mais se destacam na tabela 9, apesar de não serem os concelhos com maior número de pessoas ao serviço no final do período em análise em 2009.

Freixo de Espada à Cinta é por exemplo uma exceção, pois apresenta em geral um crescimento da variável, contudo foi o único concelho com decréscimo no número de pessoas ao serviço, ou seja, existe uma taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 e entre 1995 e 2009 de 127,7% e 164,6% respetivamente, todavia do ano de 1985 a 1991 existe um decréscimo de 27 pessoas ao

serviço para 9 pessoas ao serviço, o que se repercutiu numa taxa de crescimento quinquenal negativa de 66,7%. O grande aumento ocorreu a posteriori do ano de 1995 a 2000, passando de 20 pessoas ao serviço para 66 pessoas ao serviço, existindo assim uma taxa de crescimento quinquenal de 230%.

Observando concelho por concelho denota-se que Bragança não é dos concelhos com maiores taxas de crescimento, porque também foi o concelho que iniciou o período em análise com maior número de pessoas ao serviço, contudo, é o concelho que tem das maiores proporções dos doze concelhos, no ano de 2009, 28,8% do total. Seguidamente está o concelho de Mirandela que finaliza em 2009 com 488 pessoas ao serviço. Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mogadouro, Torre de Moncorvo e Vimioso são concelhos que se mantêm em crescimento contudo não são em termos proporcionais os concelhos com maior número de pessoas ao serviço e com maior taxa de crescimento quinquenal. No entanto, conclui-se que em todos eles, nos dez primeiros anos, esse crescimento teve maior peso.

Na tabela seguinte (Tabela 10) apresenta-se a evolução da duração média semanal no período de trabalho normal, nos doze concelhos do distrito de Bragança, de 1985 até 2009.

Tabela 10:

Evolução absoluta e relativa da duração média semanal no período de trabalho normal do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho

		Duração Média Semanal no Período de Trabalho Normal												
Concelho	Indicador estatístico	1985		1991		1995		2000		2005		2009		
		N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	
Alfandega da Fé	Número	N				39,4	101,6	38,8	102,9	32,7	88,0	35,1	95,0	
	Taxa de crescimento quinquenal							-1,4	1,3	-15,7	-14,5	7,4	7,9	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)												-5,5	
Bragança	Número	N	33,4	90,2	38,3	93,2	38,8	100,0	37,8	100,1	37,7	101,4	36,7	99,0
	Taxa de crescimento quinquenal				14,7	3,3	1,2	7,3	-2,6	0,2	-0,2	1,3	-2,7	-2,3
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)								4,8					
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-2,8	
Carraceda de Ansiães	Número	N				34,5	89,0	32,5	86,1	37,1	99,8	36,5	98,7	
	Taxa de crescimento quinquenal							-5,9	-3,3	14,2	15,9	-1,6	-1,2	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)												2,8	
Freixo de Espada à Cinta	Número	N		43,7	106,3	41,0	105,6	37,9	100,3	36,9	99,3	36,3	98,1	
	Taxa de crescimento quinquenal					-6,2	-0,6	-7,6	-5,0	-2,5	-1,1	-1,6	-1,2	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-5,8	
Macedo de Cavaleiros	Número	N		40,2	97,9	34,1	88,0	37,4	99,2	35,8	96,2	36,5	98,6	
	Taxa de crescimento quinquenal					-15,1	-10,0	9,6	12,7	-4,4	-3,0	2,0	2,4	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												3,4	
Miranda do Douro	Número	N				39,0	100,6	38,4	101,7	38,2	102,8	38,0	102,8	
	Taxa de crescimento quinquenal							-1,6	1,1	-0,4	1,0	-0,5	0,0	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-1,3	
Mirandela	Número	N		43,9	106,9	39,9	103,0	38,3	101,4	37,7	101,5	37,4	101,0	
	Taxa de crescimento quinquenal					-9,1	-3,7	-4,2	-1,5	-1,4	0,0	-1,0	-0,5	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-3,3	
Mogadouro	Número	N		38,8	94,4	38,2	98,5	38,7	102,7	37,0	99,5	37,0	100,0	
	Taxa de crescimento quinquenal					-1,5	4,3	1,3	4,2	-4,5	-3,1	0,1	0,5	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-1,6	
Torre De Moncorvo	Número	N	40,6	109,8	41,2	100,4	39,1	100,9	37,1	98,3	38,3	103,1	38,6	104,2
	Taxa de crescimento quinquenal				1,6	-8,6	-5,1	0,5	-5,3	-2,6	3,4	4,9	0,6	1,1
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)												-2,6	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-0,7	
Vila Flor	Número	N				42,0	108,3	39,5	104,7	38,2	102,7	37,8	102,1	
	Taxa de crescimento quinquenal							-6,0	-3,3	-3,3	-1,9	-1,1	-0,6	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-5,1	
Vimioso	Número	N				37,5	96,8	39,3	104,2	38,2	102,8	37,3	100,9	
	Taxa de crescimento quinquenal							4,7	7,6	-2,7	-1,3	-2,3	-1,9	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-0,3	
Vinhais	Número	N		41,4	100,9	41,7	107,6	37,1	98,3	38,3	102,9	36,9	99,7	
	Taxa de crescimento quinquenal					0,7	6,7	-11,1	-8,6	3,1	4,6	-3,5	-3,1	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-6,0	
TOTAL	Número	N	37,0		41,1		38,8		37,7		37,2		37,0	
	Taxa de crescimento quinquenal				11,1		-5,6		-2,7		-1,4		-0,4	
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)								0,0					
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)												-2,3	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

Com a análise da evolução absoluta e relativa da duração média semanal no período de trabalho normal, no distrito de Bragança, em 24 anos, observa-se que esta duração sofreu bastantes oscilações. Contudo, no total a duração média semanal no período de trabalho normal iniciou com 37 horas em 1985, aumentou para 41,1 horas em 1991 e veio reduzindo a posteriori até 2009, voltando a apresentar 37 horas semanais. Tal facto representa um crescimento médio anual, no período de 24 anos, de 0% e no período de 14 anos, de -2,3%. As taxas de crescimento quinquenais demonstram precisamente este decréscimo a partir de 1991 até 2009 – no último quinquénio em análise, a duração média semanal no período de trabalho normal foi de -0,4%.

A análise por concelho permite atender que os doze concelhos do distrito de Bragança caminharam até ao ano de 2009 para uma uniformização da duração média semanal no período de trabalho normal, assim chega-se ao ano 2009 com uma duração média semanal no período de trabalho normal mínima de 35,1 horas, no concelho de Alfândega de Fé e uma duração média semanal no período de trabalho normal máxima de 38,6 horas, no concelho de Torre de Moncorvo. Iniciou-se o período de estudo, em 1985 com uma duração média semanal no período de trabalho normal de 37 horas e finalizou-se o período de estudo, em 2009 com uma duração média semanal no período de trabalho normal de 37 horas, sendo que, de uma forma geral a partir de 1991 a duração média semanal no período de trabalho normal entrou em decréscimo até ao ano de 2009.

De salientar o concelho de Torre de Moncorvo, que sofreu algumas oscilações no período em estudo. Existiu realmente, no concelho, um crescimento de 1985 a 1991, seguido de um decréscimo de 1991 a 2000 que depois de 2000 a 2009 cresceu novamente, ou seja, neste concelho a duração média semanal no período de trabalho normal manteve-se bastante irregular ao longo dos tempos. Apresenta portanto uma taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 de -2,6% e de 1985 a 2009 de -0,7%. No entanto o concelho de Torre de Moncorvo surge, como o concelho no ano 2009 com maior duração média semanal no período de trabalho normal.

Particularmente o concelho de Carrazeda de Ansiães e Macedo de Cavaleiros apresentam um decréscimo na duração média semanal no período de trabalho normal, como a grande maioria dos concelhos do distrito, contudo são os únicos concelhos que apresentam uma taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 positiva, 2,8% e 3,4%, respetivamente.

O concelho de Vinhais destaca-se como o concelho com o maior decréscimo médio entre 1995 e 2009. Todavia do ano de 1991 para o ano de 1995 existiu um ligeiro crescimento, seguindo-se um decréscimo muito acentuado até ao ano 2000. Do ano de 2000 até o ano de 2005 voltou a existir um crescimento, seguido de um decréscimo até ao ano 2009. Pode-se, portanto, constatar que existiram acentuadas oscilações na duração média semanal no período de trabalho normal para o concelho de Vinhais, que resultaram num elevado decréscimo médio entre 1995 e 2009, -6,0%. Seguidamente o concelho de Freixo de Espada à Cinta surge como o segundo concelho com maior decréscimo na duração média semanal no período de trabalho normal entre 1995 e 2009, -5,8%. Vila Flor foi o terceiro concelho do distrito de Bragança com maior decréscimo médio entre 1995 e 2009, -5,1%.

Sem grandes exceções encontram-se os restantes concelhos do distrito de Bragança (Alfândega da Fé, Bragança, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro e Vimioso) onde existiu um decréscimo gradual ao longo dos anos que resulta em taxas de crescimento quinquenais negativas, bem como taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 e 1995 e 2009 negativas. Bragança sofreu, uma significativa redução na duração média semanal no período de trabalho normal. Proporcionalmente o concelho de Bragança não foi dos concelhos com maior redução na duração média semanal no período de trabalho normal, daí que apresente em certos anos como o ano de 2000 e 2005 uma proporção positiva de 0,2% e 1,3% respetivamente. Na tabela seguinte (Tabela 11) apresenta-se a evolução da remuneração média mensal ganho, nos doze concelhos do distrito de Bragança, de 1985 até 2009.

Tabela 11:

Evolução absoluta e relativa da remuneração média mensal ganho do setor privado de saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009, por concelho

Concelho	Indicador estatístico	Remuneração Média Mensal Ganho												
		1985		1991		1995		2000		2005		2009		
		N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	N	Peso relativo	
Alfandega da Fé	Número	N				368,16	105,57	514,77	110,54	519,81	89,92	694,10	103,19	
	Taxa de crescimento quinquenal							39,82	4,71	0,98	-18,65	33,53	14,75	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											37,31	
Bragança	Número	N	112,98	111,44	287,74	109,54	466,26	133,70	560,92	120,45	753,69	130,38	775,06	115,23
	Taxa de crescimento quinquenal				154,69	-1,70	62,04	22,05	20,30	-9,91	34,37	8,25	2,83	-11,62
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)	%												161,92
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)	%												28,93
Carraceda de Ansiães	Número	N				291,61	83,62	408,89	87,80	531,19	91,89	583,11	86,69	
	Taxa de crescimento quinquenal							40,22	5,00	29,91	4,66	9,77	-5,66	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											41,41	
Freixo de Espada à Cinta	Número	N		247,23	94,12	287,53	82,45	438,82	94,23	488,02	84,42	553,29	82,26	
	Taxa de crescimento quinquenal					16,30	-12,40	52,61	14,29	11,21	-10,41	13,37	-2,57	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											38,72	
Macedo de Cavaleiros	Número	N		261,58	99,58	372,60	106,84	413,90	88,88	626,00	108,29	670,72	99,71	
	Taxa de crescimento quinquenal					42,44	7,29	11,09	-16,81	51,24	21,84	7,14	-7,92	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											34,17	
Miranda do Douro	Número	N				349,78	100,30	455,00	97,71	623,35	107,83	729,18	108,41	
	Taxa de crescimento quinquenal							30,08	-2,59	37,00	10,37	16,98	0,53	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											44,38	
Mirandela	Número	N		217,91	82,96	346,27	99,29	506,30	108,72	601,44	104,04	748,80	111,32	
	Taxa de crescimento quinquenal					58,91	19,69	46,21	9,49	18,79	-4,30	24,50	6,99	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											47,05	
Mogadouro	Número	N		253,18	96,39	366,06	104,97	405,19	87,01	551,73	95,44	651,94	96,92	
	Taxa de crescimento quinquenal					44,58	8,90	10,69	-17,11	36,17	9,70	18,16	1,55	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											33,45	
Torre De Moncorvo	Número	N	89,78	88,56	255,15	97,13	343,82	98,59	466,21	100,11	526,49	91,08	599,94	89,19
	Taxa de crescimento quinquenal				184,18	9,68	34,75	1,50	35,60	1,54	12,93	-9,02	13,95	-2,07
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)	%											158,50	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)	%											32,10	
Vila Flor	Número	N				312,25	89,54	434,61	93,33	573,15	99,15	728,01	108,23	
	Taxa de crescimento quinquenal							39,19	4,23	31,88	6,24	27,02	9,16	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											52,69	
Vimioso	Número	N				309,43	88,73	444,30	95,41	509,36	88,12	637,77	94,82	
	Taxa de crescimento quinquenal							43,59	7,53	14,64	-7,64	25,21	7,60	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											43,57	
Vinhais	Número	N		315,94	120,28	371,07	106,41	539,36	115,82	632,54	109,42	699,83	104,04	
	Taxa de crescimento quinquenal					17,45	-11,53	45,35	8,85	17,28	-5,52	10,64	-4,92	
	Taxa de crescimento médio (1995 a 2009)	%											37,33	
TOTAL	Número	N	101,4	262,7	348,7	465,7	578,1	672,6						
	Taxa de crescimento quinquenal			159,1	32,8	33,5	24,1	16,4						
	Taxa de crescimento médio (1985 a 2009)	%											157,6	
	Taxa de crescimento médio (1995 e 2009)	%											38,9	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

A remuneração média mensal ganha, calculada a partir da informação declarada relativamente aos trabalhadores por conta de outrem e resultado do somatório das remunerações base com os prémios e subsídios regulares e as remunerações por horas suplementares, aumentou ao longo dos 24 anos em análise na tabela 11. De 101,4 euros mensais ganhos em 1985 o distrito de Bragança passou para 672,6 euros mensais ganhos em 2009, o que significa que teve um crescimento médio anual, no período de 24 anos, superior a 150% ao ano. Mas contudo, este aumento foi mais evidente nos primeiros 5 anos, reduzindo depois disso o seu ritmo de crescimento, daí que no período de 14 anos, que decorre entre 1995 e 2009, a remuneração média mensal diminuiu para cerca de 39%. As taxas de crescimento quinquenais demonstram precisamente este atenuar do crescimento desta atividade, sendo que no último quinquénio em estudo, a remuneração média mensal ganha foi apenas de 16,4%.

A remuneração média mensal ganha está com o passar do tempo em crescimento no distrito de Bragança. Sendo que, de um modo geral, o período de tempo entre o ano de 1991 e o ano de 1995 foi o que sofreu maior crescimento na remuneração média mensal. No período de 24 anos a remuneração média mensal aumentou 571,26 euros. Os três concelhos com a maior remuneração média mensal ganha, no final do período de análise, são: (i) Bragança; (ii) Mirandela e (iii) Miranda do Douro. Os três concelhos com a menor remuneração média mensal ganha, no final do período de análise, são: (i) Freixo de Espada à Cinta; (ii) Carraceda de Ansiães e (iii) Torre de Moncorvo. No entanto, os três concelhos que iniciaram em 1985 com a maior remuneração média mensal ganha foram: (i) Alfândega da Fé; (ii) Miranda do Douro e (iii) Vinhais, e os que iniciaram com menor remuneração média mensal ganha foram: (i) Torre de Moncorvo; (ii) Bragança e (iii) Mirandela. O que se pode concluir é que nem sempre os que iniciaram com maior remuneração são os que finalizaram com maior remuneração, nem os que iniciaram com menor remuneração são os que finalizaram com menor remuneração. O concelho com maior taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 foi o concelho de Vila Flor e o concelho com menor taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009 foi o concelho de Bragança. Por outro lado, o concelho com maior taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009 foi o concelho de Bragança e o concelho com menor taxa de crescimento entre 1985 e 2009 foi o concelho de Torre de Moncorvo.

O concelho de Torre de Moncorvo é um concelho com resultados bastante curiosos, pois é o segundo concelho com maior taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009, 158,50%, e é o segundo concelho com menor taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009, 32,10. Tais resultados explicam a importância dos primeiros dez anos para o aumento da remuneração média mensal ganha no concelho de Torre de Moncorvo. Torre de Moncorvo é contudo o terceiro concelho do distrito de Bragança com menor remuneração média mensal ganho, isto é, existiu efetivamente um grande crescimento na remuneração média mensal ganho nos primeiros anos que a posteriori apesar de estar em crescimento, esse crescimento foi sendo cada vez menor.

Como foi dito anteriormente Bragança realça-se pelo facto de ser o concelho que finaliza o período em análise em 2009 com a maior remuneração média ganha dos doze concelhos em estudo, assim como é o concelho com a mais elevada taxa de crescimento médio entre 1985 e 2009.

Mirandela torna-se o segundo concelho com a maior remuneração média mensal ganha no ano de 2009. Para além disso o concelho de Mirandela é também o segundo concelho com maior taxa de crescimento médio entre 1995 e 2009, 47,05%, seguido do Concelho de Vila Flor com 52,69%. Porém, como é observado na tabela 11 no concelho de Mirandela a taxa de crescimento quinquenal mais elevada é no ano de 1995, com 58,91% de crescimento. Já o concelho de Freixo de Espada à Cinta destaca-se pela negativa pelo facto de ser dos doze concelhos em análise aquele que finalizou em 2009 com a menor remuneração média mensal ganha, como dito anteriormente.

Notoriamente a remuneração média mensal ganha está em crescimento com o passar dos anos. Todos os restantes concelhos do distrito de Bragança (Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso e Vinhais) tiveram um gradual crescimento até ao ano de 2009. De observar ainda que em certos casos os primeiros anos de análise foram os mais fulcrais para o aumento da remuneração média mensal ganha, exemplo disso são o concelho de Mogadouro e Mirandela.

A Figura seguinte (Figura 5) permite uma visualização mais rápida da evolução de cada uma das variáveis, ao longo do tempo, em cada um dos concelhos de Bragança.

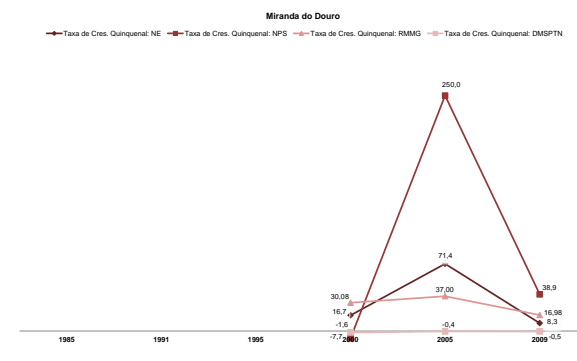
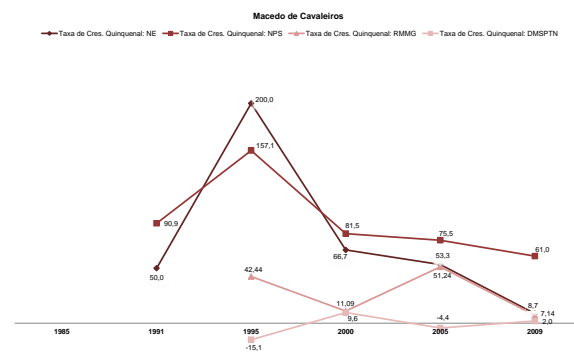
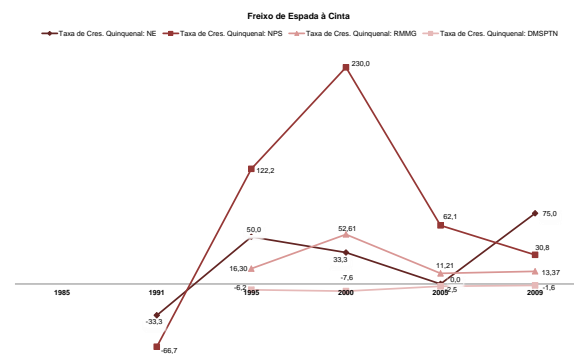
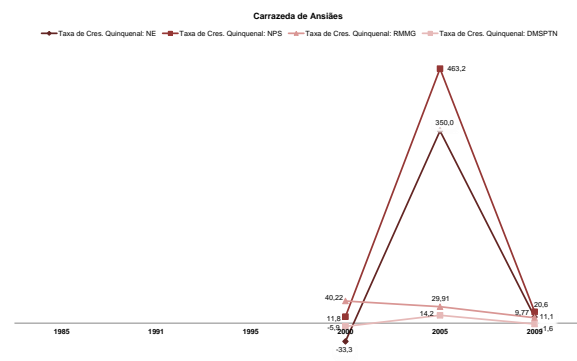
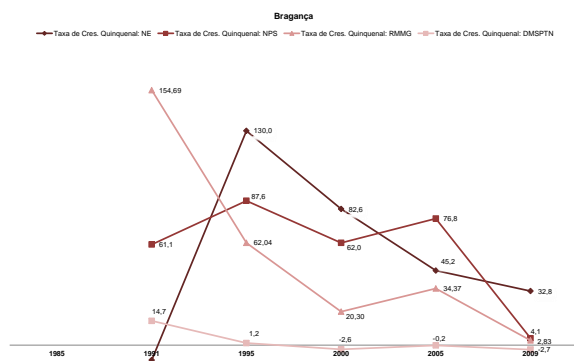
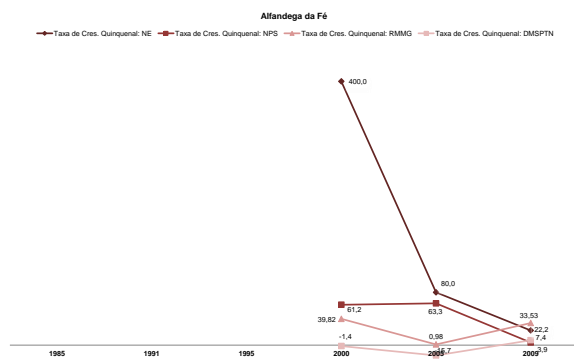


Figura 5. Evolução temporal da taxa de crescimento das variáveis analisadas, por concelho do distrito de Bragança

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

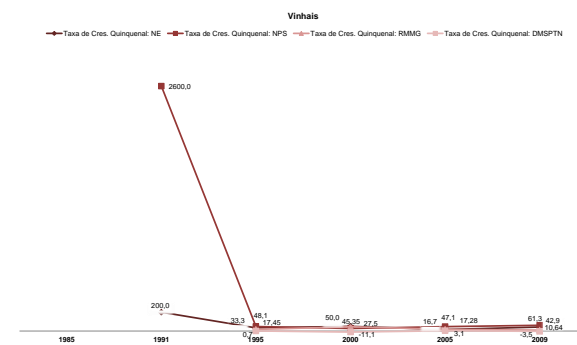
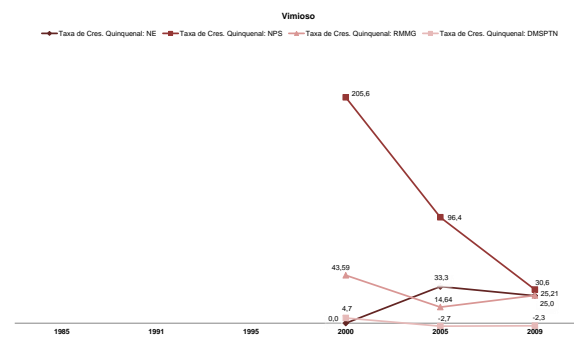
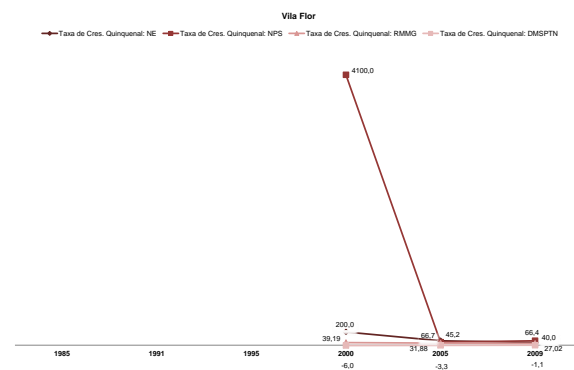
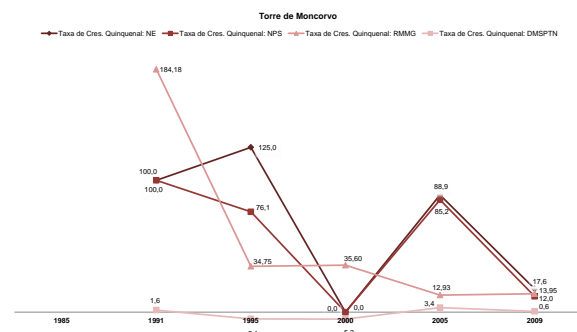
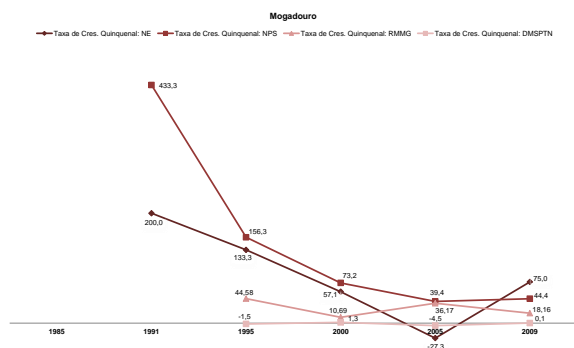
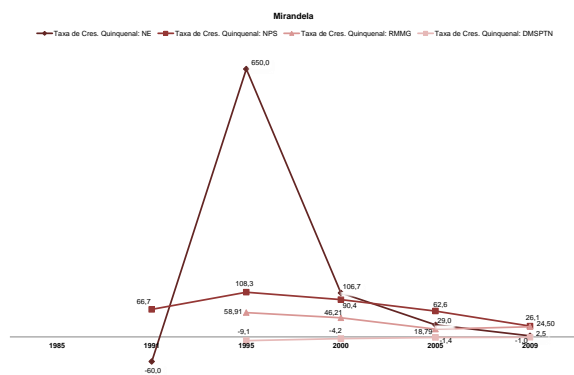


Figura 5. Evolução temporal da taxa de crescimento das variáveis analisadas, por concelho do distrito de Bragança (continuação)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

2.3 IDENTIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EMPRESARIAL PRIVADA NO SETOR DA SAÚDE HUMANA E AÇÃO/APOIO SOCIAL NO DISTRITO DE BRAGANÇA

2.3.1. Apresentação e discussão dos potenciais fatores explicativos da evolução da atividade empresarial privada no distrito de Bragança

Nesta secção, vai utilizar-se como indicador da atividade empresarial privada no setor da atividade de saúde humana e ação/apoio social nos doze concelhos do distrito de Bragança, o número de estabelecimentos contabilizados em cada concelho nos momentos de tempo considerados. O conjunto de possíveis determinantes considerados inclui as variáveis: taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, saldo natural, índice de potencialidade, índice de dependência total, população residente, índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos, índice de longevidade e índice de renovação da população em idade ativa. O processo de seleção deste conjunto de potenciais fatores determinantes da atividade empreendedora teve como base literatura relevante na oferta de cuidados de saúde, mas prende-se muito com a sensibilidade profissional da autora. Este conjunto de variáveis sócio demográficas de uma população localizada no interior do país acredita-se poder explicar a forma como evoluiu a atividade empreendedora privada no setor da saúde humana e ação social no distrito de Bragança.

Todas as variáveis acima mencionadas são apresentadas e explicadas na Tabela 12. A cada variável foi atribuída uma abreviatura para uma representação matemática mais simples, das mesmas.

Tabela 12:

Variáveis utilizadas na análise do número de estabelecimentos no distrito de Bragança, entre 1985 e 2009

Abreviatura	Variável	Descrição
<i>ne</i>	Número de Empresas	Número de uma unidade local que, sob um único regime de propriedade ou de controlo, produz exclusiva ou principalmente um grupo homogéneo de bens ou serviços, num único local.
<i>tb_n</i>	Taxa bruta de natalidade	Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período, expressa em número de nados vivos por 1000 (10 ³) habitantes.
<i>tb_m</i>	Taxa bruta de mortalidade	Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período, expressa em número de óbitos por 1000 (10 ³) habitantes.
<i>sn</i>	Saldo natural	Diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos, num dado período de tempo.
<i>ip</i>	Índice de potencialidade	Relação entre as duas metades da população feminina teoricamente mais fecundas.
<i>idt</i>	Índice de dependência total	Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, expresso por 100 (10 ²) pessoas com 15-64 anos.
<i>pr</i>	População residente	Pessoas que, independentemente de no momento de observação - zero horas do dia de referência - estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres.
<i>ie</i>	Índice de envelhecimento	Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, expresso por 100 (10 ²) pessoas dos 0 aos 14 anos.
<i>idi</i>	Índice de dependência de idosos	Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, expresso por 100 (10 ²) pessoas com 15-64 anos.
<i>il</i>	Índice de longevidade	Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, expresso por 100 (10 ²) pessoas com 65 ou mais anos.
<i>irpa</i>	Índice de Renovação da População em Idade Activa	Relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, expresso por 100 (10 ²) pessoas com 55-64 anos.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo GEP/MSSS

Os modelos a estimar de seguida, admitem que o número de estabelecimentos, em cada concelho do distrito de Bragança (i) e em cada momento de tempo considerado (t) é uma função das variáveis explicativas apresentadas na Tabela 12.

$$ne_{it} = f(tbn_{it}, tbm_{it}, sn_{it}, ip_{it}, idt_{it}, pr_{it}, ie_{it}, idi_{it}, il_{it}, irpa_{it}) \quad (4)$$

Os vetores da equação (4) são explicados com mais pormenor, de seguida, de forma a justificar a sua introdução como variáveis representativas e determinantes do número de estabelecimentos localizados e contabilizados em cada um dos doze concelhos do distrito de Bragança.

O número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e apoio social (ne) representa o número de unidades locais que “sob um único regime de propriedade ou de controlo, produz exclusiva ou principalmente um grupo homogéneo de bens ou serviços, num único local” (GEP, 2011b, p.4), neste caso, o concelho. A análise efetuada no ponto 2.2, permite mostrar a grande evolução deste indicador no distrito de Bragança que apresentou um crescimento médio, no período de 24 anos, de quase 200%. Neste contexto, e tendo o presente estudo como objetivo analisar a dinâmica empresarial do setor da saúde e ação/apoio social no distrito de Bragança, esta variável será utilizada como variável dependente nos modelos a estimar utilizando-se, para o efeito, um conjunto de indicadores sócio demográficos como potenciais variáveis explicativas.

A variável taxa bruta de natalidade (tbn) permite aferir da intensidade da taxa de natalidade e, neste contexto, de que forma ela atua sobre a população de empresas privadas no setor da saúde humana e apoio social. A tbn é influenciada pela estrutura da população, nomeadamente por aspetos demográficos relativos à distribuição da idade e sexo da população. Também, os aspetos culturais influenciam a tbn que depende muito da dimensão e do espaço geográfico que se analisa. Por fim, refira-se que elevadas taxas de natalidade estão, normalmente, associadas a condições socio económicas precárias. Atualmente, o que se verifica é uma queda global dos índices de natalidade no distrito de Bragança, causada pela diminuição da população rural e o aumento da população urbana, a integração da mulher na vida profissional, alterações das mentalidades e o envelhecimento da população entre outros fatores (INE, 2010a).

A variável taxa bruta de mortalidade (tbm) expressa a intensidade com que a mortalidade atua sobre uma determinada população. É, por isto, tal como a tbn, influenciada pela estrutura da população quanto à distribuição da idade e do sexo. No entanto, ao contrário da tbn, elevadas tbm podem estar associadas a baixas condições socio económicas ou então refletir uma elevada proporção de pessoas idosas na população. Uma melhor alimentação, cuidados de saúde mais eficientes, abastecimento de água canalizada, são fatores que têm vindo a reduzir as tbm. No distrito de Bragança, nos 24 anos em análise, as tbm foram, em geral, superiores às tbn, o que origina saldos naturais negativos (INE, 2010a & INE, 2011a).

A variável saldo natural (sn), dada pela diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos num dado período de tempo, surge, no distrito de Bragança, com um valor negativo. Ou seja, neste distrito o número de nascimentos foi inferior ao número de mortes, no período de tempo em análise. Esta situação ocorre por se estar perante um declínio demográfico. Contudo, com a variável índice de potencialidade (ip) a aumentar, de uma forma geral, no distrito de Bragança estão presentes as condições para progressos e aumentos de população. Recorde-se que esta variável mede entre as duas metades da população feminina teoricamente mais fecundas.

Já a variável índice de dependência total (idt) que, em termos genéricos, mede a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, permite perceber o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. O agravamento deste índice é resultado do aumento do índice de dependência de idosos (idi), bem como é, diretamente, afetado pelo índice de envelhecimento (ie) da população (INE, 2010a & INE, 2011a). Hoje a realidade apresenta-se “muito grisalha”, logo a variável ie apresenta-se elevada no distrito de Bragança o que indica que a transição demográfica entre uma população jovem e uma população idosa se encontra num estágio avançado. O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem fortes impactos sociais e económicos no distrito o que se reflete nas políticas sociais e de sustentabilidade adotadas (INE, 2011a). Neste trabalho acredita-se que é uma forte determinante do aumento da procura de cuidados de saúde cuja resposta é oferecida pelo setor privado. Este aumento da proporção da população idosa, conjuntamente com o decréscimo da população em idade ativa, origina um agravamento da variável idi . O índice de longevidade (il) trata-se de um indicador adicional da medida de envelhecimento de uma população. É um bom indicador para avaliar as condições sociais, de saúde e de salubridade no distrito de Bragança pois considera as taxas de mortalidade das diferentes faixas etárias no distrito.

Por sua vez o indicador da população residente (pr) expressa a magnitude do contingente demográfico e a sua distribuição relativa. Os valores para esta variável têm vindo a mostrar um continuado envelhecimento demográfico, resultante do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade, revela o Anuário Estatístico da Região Norte de Portugal 2010 (INE, 2010a). Por fim, considera-se ainda o índice de renovação da população em idade ativa ($irpa$). Este indicador influenciado pelo envelhecimento da população que, juntamente com a redução do número de nascimentos, conduzem a uma baixa no $irpa$.

O estudo de qualquer variável que envolva a oferta de cuidados de saúde deve ter em atenção a evolução demográfica da população bem como todos os fenómenos a ela associados onde se destaca o tão falado envelhecimento da população. Se não existirem fenómenos de grande magnitude de natureza ambiental, biológica ou social (pandemias, guerras, entre outros) as tendências demográficas são classificadas como tendências “*pesadas*”, ou seja, pouco influenciadas por episódios de curta duração e com manifestações graduais que se prolongam ao longo do tempo (Soares & Fialho, 2011). Desta forma acredita-se que todas as variáveis

explicativas selecionadas podem influenciar direta, ou indiretamente, a evolução do número de estabelecimentos no distrito de Bragança assim como pode explicar as diferenças existentes nesta atividade, do ponto de vista privado, nos doze concelhos do distrito. Estas variáveis introduzem assimetrias no estado de saúde das populações do distrito e devem, por isso, merecer a atenção por parte dos decisores da saúde quanto à acessibilidade à saúde e aos serviços de saúde. O comportamento da maioria das variáveis supracitadas traduz-se, em termos práticos, pela maior procura de serviços de saúde e, desta forma, maior pressão sobre o sistema de Saúde e Segurança Social. Por tudo isto, elas vão influenciar diretamente o número de estabelecimentos de saúde no distrito de Bragança.

Refira-se que os dados referentes às variáveis aqui abordadas foram obtidos no INE. Para quase todas as variáveis existe informação estatística para os anos de 1991 a 2009, para todos os concelhos do distrito de Bragança. A exceção são as variáveis: taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade e saldo natural. Para estas variáveis só está disponível informação a partir de 1995. O ano de 1985 será retirado da análise econométrica por não estar disponível informação estatística para a maioria das variáveis selecionadas e pelo facto da própria informação referente ao número de estabelecimentos, por concelho, se encontrar bastante incompleta.

Os valores para cada uma das variáveis, para 1991 e para 2009, apresentam-se na tabela seguinte (Tabela 13). Observar os valores entre os dois anos permite perceber o sentido da evolução de cada uma das variáveis explicativas selecionadas. Nesta tabela é possível, também, observar o valor do logaritmo natural das variáveis. Esta transformação do valor em níveis para o valor logaritmizado permite realizar uma análise do impacto das variáveis no número de estabelecimentos, não em valor absoluto mas em termos de taxas de crescimento no tempo.

Tabela 13:

Valor das variáveis explicativas em 1991 e 2009, para cada um dos 12 concelhos do distrito de Bragança

Concelhos	Taxa Bruta de Natalidade		Taxa Bruta de Mortalidade		Saldo Natural		Índice de Potencialidade		Índice de Dependência Total		População Residente		Índice de Envelhecimento		Índice de Dependência de Idosos		Índice de Longevidade		Índice de Renovação da População em Idade Activa	
	‰		‰		N.º		N.º		N.º		N.º		N.º		N.º		%		N.º	
	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009
Alfandega da Fé	-	4,7	-	13,5	-	-47,0	117,0	97,5	60,6	62,3	6.740	5.299	121,5	282,5	33,2	46,0	40,3	54,7	98,9	105,6
Bragança	-	7,5	-	10,9	-	-117,0	104,2	102,2	53,9	50,9	33.371	34.259	89,8	167,6	25,5	31,9	39,0	48,6	110,6	105,3
Carrazeda de Ansiães	-	5,8	-	17,4	-	-77,0	100,5	121,8	65,5	64,2	9.237	6.621	108,0	269,9	34,0	46,9	38,8	55,7	83,6	103,7
Freixo de Espada à Cinta	-	6,3	-	19,4	-	-50,0	97,7	102,5	62,5	75,2	4.906	3.789	149,3	289,9	37,4	55,9	40,8	51,0	55,2	103,4
Macedo de Cavaleiros	-	5,1	-	11,9	-	-113,0	108,7	116,8	57,2	55,4	19.037	16.624	82,2	220,3	25,8	38,1	38,6	50,9	114,6	119,6
Miranda do Douro	-	4,6	-	17,4	-	-93,0	93,3	106,1	56,1	66,9	8.684	7.159	130,7	307,0	31,8	50,4	37,6	52,4	80,6	87,3
Mirandela	-	6,4	-	11,0	-	-118,0	107,8	109,6	57,1	52,4	25.410	25.350	80,1	189,2	25,4	34,3	39,2	49,1	109,8	115,2
Mogadouro	-	5,6	-	12,5	-	-71,0	104,8	103,1	61,8	62,5	12.200	10.182	116,1	295,5	33,2	46,7	382,0	53,5	88,2	112,4
Torre De Moncorvo	-	2,7	-	14,4	-	-102,0	96,4	111,9	67,1	66,1	10.947	8.685	130,8	342,9	38,0	51,1	37,8	56,7	70,1	106,3
Vila Flor	-	4,3	-	14,1	-	-72,0	113,5	106,4	55,7	55,0	8.874	7.343	93,9	234,7	27,0	38,6	39,6	49,3	114,1	116,3
Vimioso	-	6,6	-	17,4	-	-52,0	84,3	132,0	65,1	74,3	6.312	4.801	123,5	367,1	36,0	58,4	36,4	53,6	60,9	103,8
Vinhais	-	4,0	-	14,2	-	-95,0	89,3	119,7	65,4	72,5	12.686	9.232	136,5	413,9	37,7	58,4	39,5	56,2	-	-
Concelhos	log(<i>tbn</i>)		log(<i>tbm</i>)		log(<i>snn</i>)		log(<i>ip</i>)		log(<i>idt</i>)		log(<i>pr</i>)		log(<i>ie</i>)		log(<i>idi</i>)		log(<i>il</i>)		log(<i>irpa</i>)	
	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009	1991	2009
Alfandega da Fé	-	1,548	-	2,603	-	3,850	4,762	4,580	4,104	4,132	8,816	8,575	4,800	5,644	3,503	3,829	3,696	4,002	4,594	4,660
Bragança	-	2,015	-	2,389	-	4,762	4,646	4,627	3,987	3,930	10,415	10,442	4,498	5,122	3,239	3,463	3,664	3,884	4,706	4,657
Carrazeda de Ansiães	-	1,758	-	2,856	-	4,344	4,610	4,802	4,182	4,162	9,131	8,798	4,682	5,598	3,526	3,848	3,658	4,020	4,426	4,642
Freixo de Espada à Cinta	-	1,841	-	2,965	-	3,912	4,582	4,630	4,135	4,320	8,498	8,240	5,006	5,670	3,622	4,024	3,709	3,932	4,011	4,639
Macedo de Cavaleiros	-	1,629	-	2,477	-	4,727	4,689	4,760	4,047	4,015	9,854	9,719	4,409	5,395	3,250	3,640	3,653	3,930	4,741	4,784
Miranda do Douro	-	1,526	-	2,856	-	4,533	4,536	4,664	4,027	4,203	9,069	8,876	4,873	5,727	3,459	3,920	3,627	3,959	4,389	4,469
Mirandela	-	1,856	-	2,398	-	4,771	4,680	4,697	4,045	3,959	10,143	10,141	4,383	5,243	3,235	3,535	3,669	3,894	4,699	4,747
Mogadouro	-	1,723	-	2,526	-	4,263	4,652	4,636	4,124	4,135	9,409	9,228	4,754	5,689	3,503	3,844	3,643	3,980	4,480	4,722
Torre De Moncorvo	-	0,993	-	2,667	-	4,625	4,569	4,718	4,206	4,191	9,301	9,069	4,874	5,837	3,638	3,934	3,632	4,038	4,250	4,666
Vila Flor	-	1,459	-	2,646	-	4,277	4,732	4,667	4,020	4,007	9,091	8,902	4,542	5,458	3,296	3,653	3,679	3,898	4,737	4,756
Vimioso	-	1,887	-	2,856	-	3,951	4,434	4,883	4,176	4,308	8,750	8,477	4,816	5,906	3,584	4,067	3,595	3,982	4,109	4,642
Vinhais	-	1,386	-	2,653	-	4,554	4,492	4,785	4,181	4,284	9,448	9,130	4,916	6,026	3,630	4,067	3,676	4,029	-	-

Nota: (-) significa que a informação estatística não está disponível para o ano de 1991.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)

Observando a Tabela 13 com as variáveis explicativas no distrito de Bragança percebe-se que a taxa bruta de natalidade se mantém, no ano de 2009, entre 2,7‰ (no concelho de Torre de Moncorvo) e 7,5 ‰ (no concelho de Bragança) ao contrário da taxa bruta de mortalidade que se apresenta com valores mais elevados, no geral, mantendo-se entre 10,9‰ (no concelho de Bragança) e 19,4‰ (no concelho de Freixo de Espada à Cinta). Tais números explicam o facto de em 2009 se apresentar no distrito de Bragança saldos naturais negativos, ou seja, o número de mortes é superior ao número de nascimentos. Salieta-se os concelhos de Freixo de Espada à Cinta, Miranda do Douro e Torre de Moncorvo com grandes diferenças entre a sua taxa bruta de natalidade e a sua taxa bruta de mortalidade. O índice de potencialidade está de uma forma geral a aumentar no distrito de Bragança, com especial atenção para os concelhos de Carrazeda de Ansiães, Vimioso e Vinhais que tiveram um elevado crescimento do índice de potencialidade tendo assim maior possibilidade de progressos e aumentos da população.

O índice de dependência total, o índice de envelhecimento e o índice de dependência de idosos é superior em todos os concelhos ao índice de dependência total, ao índice de envelhecimento e ao índice de dependência de idosos no concelho de Bragança. Com pior cenário para os concelhos de Freixo de Espada à Cinta, Vimioso e Vinhais que chegam a 2009 com números muito elevados. Como se pode observar o índice de dependência total, o índice de envelhecimento e o índice de dependência de idosos apresentam elevados números nos mesmos concelhos, isto é, Freixo de Espada à Cinta, Vimioso e Vinhais. Facto explicado pela estreita ligação entre estes três índices. Denota-se que no geral os três índices supracitados têm vindo a aumentar de 1991 a 2009, contudo, para além disso o índice de longevidade tem também aumentado com os anos, o que permite ao distrito de Bragança uma população cada vez mais longeva. Sendo que são os concelhos de Mogadouro, Vinhais e Carrazedo de Ansiães que apresentam um maior índice de longevidade.

Como explicita a tabela, com elevadas taxas brutas de mortalidade, baixas taxas brutas de natalidade e elevados índices de dependência total, envelhecimento, dependência de idosos e longevidade a população residente tem vindo a diminuir de 1991 a 2009, com exceção do concelho de Bragança. Tais números expressam o facto de a população estar a aumentar na capital de distrito, Bragança, e o meio rural estar com cada vez menos população logo maior solidão.

Por fim surge o índice de renovação da população em idade ativa, que influenciado pelo índice de envelhecimento e juntamente com as baixas taxas de natalidade, aumentou de forma geral no distrito de Bragança de 1991 para 2009. Sendo o concelho de Macedo de Cavaleiros o que apresenta maior índice de renovação da população em idade ativa e o concelho de Miranda do Douro o que apresenta menor índice de renovação da população em idade ativa.

2.3.2. Estimação e discussão dos resultados dos modelos de efeitos fixos e modelos de efeitos aleatórios

Ao longo desta secção serão estimados três modelos de efeitos fixos e três modelos de efeitos aleatórios, em nível e utilizando os valores das variáveis em logaritmo natural. A especificação econométrica dos modelos, com as variáveis em nível, apresenta-se de seguida (os modelos logaritmizados possuem exatamente a mesma especificação sendo que a única exceção se refere ao facto de as variáveis surgirem com o valor em logaritmo – por este motivo não são apresentados):

Modelo 1: Efeitos fixos

$$ne_{it} = \alpha_i + \beta_1 tbn_{it} + \beta_2 tbn_{it} + \beta_3 sn_{it} + \beta_4 ip_{it} + \beta_5 idt_{it} + \beta_6 pr_{it} + \beta_7 ie_{it} + \beta_8 idi_{it} + \beta_9 il_{it} + \beta_{10} irpa_{it} + e_{it} \quad (5)$$

Modelo 1: Efeitos aleatórios

$$ne_{it} = \alpha + \beta_1 tbn_{it} + \beta_2 tbn_{it} + \beta_3 sn_{it} + \beta_4 ip_{it} + \beta_5 idt_{it} + \beta_6 pr_{it} + \beta_7 ie_{it} + \beta_8 idi_{it} + \beta_9 il_{it} + \beta_{10} irpa_{it} + (\varepsilon_i + \varepsilon_{it}) \quad (6)$$

Modelo 2: Efeitos fixos

$$ne_{it} = \alpha_i + \beta_1 ip_{it} + \beta_2 idt_{it} + \beta_3 pr_{it} + \beta_4 ie_{it} + \beta_5 idi_{it} + \beta_6 il_{it} + \beta_7 irpa_{it} + e_{it} \quad (7)$$

Modelo 2: Efeitos aleatórios

$$ne_{it} = \alpha + \beta_1 ip_{it} + \beta_2 idt_{it} + \beta_3 pr_{it} + \beta_4 ie_{it} + \beta_5 idi_{it} + \beta_6 il_{it} + \beta_7 irpa_{it} + (\varepsilon_i + \varepsilon_{it}) \quad (8)$$

Modelo 3: Efeitos fixos

$$ne_{it} = \alpha_i + \beta_1 idt_{it} + \beta_2 pr_{it} + \beta_3 ie_{it} + \beta_4 idi_{it} + \beta_5 il_{it} + e_{it} \quad (9)$$

Modelo 3: Efeitos aleatórios

$$ne_{it} = \alpha + \beta_1 idt_{it} + \beta_2 pr_{it} + \beta_3 ie_{it} + \beta_4 idi_{it} + \beta_5 il_{it} + (\varepsilon_i + \varepsilon_{it}) \quad (10)$$

O primeiro modelo reúne todas as variáveis explicativas selecionadas, o segundo modelo retira da estimação as variáveis referentes à taxa de natalidade, taxa de mortalidade e saldo natural da população por estas variáveis não apresentarem valores estatísticos para 1991 e, desta forma, implicar a perda de várias observações e graus de liberdade no modelo. No terceiro modelo só é estimado o impacto da população residente e da sua estrutura de envelhecimento e dependência no número de estabelecimentos do setor da saúde humana ação/apoio social nos concelhos do distrito de Bragança. Acredita-se que estas variáveis podem ser fatores determinantes do número destes estabelecimentos pela fato do distrito de Bragança ser um distrito bastante envelhecido e onde o apoio social tem este tipo de população como principais destinatários.

Na especificação dos modelos com efeitos fixos, admite-se que o estimador para cada uma das variáveis explicativas selecionadas é contante entre os 12 concelhos do distrito de Bragança e ao longo do tempo (que aí se refere aos anos de 1991, 1995, 2001, 2005 e 2009). Se se acredita que os efeitos individuais (ou seja o efeito da localização geográfica) resultam de um grande número de fatores não aleatórios, a especificação com efeitos fixos é a mais lógica. Este modelo pode ser o mais apropriado quando se deseja estimar o comportamento individual, ou seja, a especificidade de cada concelho no que se refere à atividade empresarial privada no setor da saúde e da ação/apoio social. (Marques, 2000).

O modelo de efeitos aleatórios pressupõe que o comportamento específico da instalação de empresas privadas nos concelhos e ao longo dos anos em análise é desconhecido. Desta forma existindo um comportamento específico não observável entre indivíduos (concelhos) e ao longo do tempo, pode-se representar estes efeitos individuais ou temporais específicos sob a forma de uma variável aleatória normal. Contrariamente ao modelo anterior, a heterogeneidade não se capta através do termo independente (constante), mas sim através do termo de erro (Marques, 2000).

A decisão sobre quais os resultados mais adequados para cada especificação, será realizada com base no teste de Hausman. Ambos os modelos serão estimados e os seus resultados apresentados nas duas tabelas seguintes. Na Tabela 14 apresentam-se os resultados da estimação para as especificações dos modelos com as variáveis em níveis. Na Tabela 15 apresentam-se os resultados para as especificações dos modelos com as variáveis logaritmizadas.

Em primeiro lugar chama-se a atenção que os modelos apresentam diferentes observações. Para o primeiro modelo são estimados os resultados considerando 44 observações, o segundo modelo 50 observações e o terceiro, 55 observações. A diferença entre o número de observações nos modelos deve-se ao facto de, para algumas variáveis, não existir informação para o ano de 1991. Recorde-se que os modelos são estimados para 1991, 1995, 2001, 2005 e 2009. Chama-se, ainda, a atenção para o facto de a variável saldo natural não ser utilizada na estimação com os valores em logaritmo, porque apresenta sempre um valor negativo.

Para o tratamento e estimação dos modelos econométricos utilizou-se o *software* econométrico STATA. A versão utilizada neste documento de trabalho é a versão 11.0, lançada em junho de 2009 (Baum, Schaffer & Stillman, 2010).

Tabela 14:

Resultado da estimação dos modelos com as variáveis em nível (valor absoluto)

Variável	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
Constante	-176,974 **	14,181	-155,749 ***	28,352	-132,504 ***	11,161
tbn	0,235	-0,234	-	-	-	-
tbm	-8,823	-0,322	-	-	-	-
sn	-0,099	-0,086	-	-	-	-
ip	0,117	0,205	0,219 *	0,263 **	-	-
idt	-1,828	-2,527 **	-3,759 ***	-3,563 ***	-2,961 ***	-3,063 ***
pr	0,013 ***	0,002 ***	0,014 ***	0,002 ***	0,013 ***	0,002 ***
ie	-0,126	-0,190	-0,224 **	-0,273 ***	-0,099	-0,283 ***
idi	2,352	3,628 **	4,824 ***	4,965 ***	3,295 ***	4,755 ***
il	1,833 ***	0,623 *	1,502 ***	0,795 **	1,216 ***	0,795 **
irpa	-0,219 *	-0,236 **	-0,203 **	-0,261 ***	-	-
Estatísticas						
R2 Within	0,794	0,667	0,863	0,699	0,794	0,629
R2 Between	0,960	0,983	0,952	0,973	0,930	0,952
R2 Overall	0,762	0,903	0,601	0,852	0,597	0,814
Teste F	8,88 ***	n.a.	28,72 ***	n.a.	29,34 ***	n.a.
Teste Wald	n.a.	308,01 ***	n.a.	241,59 ***	n.a.	209,44 ***
N.º Observações	44	44	50	50	55	55
Teste Hausman	17, 27 *		37,48 ***		33,3 ***	
Rho	0,998	0	0,998	0	0,997	0,010

Notas: * indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 10%, ** indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 5%, *** indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 1%; n.a. indica que o teste não se aplica no modelo.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)

Para os modelos (1, 2 e 3), em que a estimação é realizada com as variáveis em nível (valor absoluto), da aplicação do teste de Hausman à estimação com efeitos fixos e à estimação com efeitos aleatórios resulta que a estimação mais adequada é a realizada através dos modelos de painel com efeitos fixos. Para o modelo 1 rejeita-se, com um nível de significância de 10%, que os resultados da estimação com efeitos aleatórios são mais robustos que os resultados da estimação com efeitos fixos. Para os modelos 2 e 3 a hipótese nula é rejeitada com 99% de confiança. Serão, então os resultados dos modelos com efeitos fixos aqueles a serem analisados. Em termos económicos, este resultado indica que a fonte de variação do número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e ação/apoio social, no distrito de Bragança, não se deve a diferenças existentes entre as variáveis explicativas, entre os concelhos, mas a diferenças que ocorrem, em média no distrito, ao longo do tempo. O que se estima é, então, uma diferença média entre os concelhos que evolui ao longo do período de tempo em análise. Recorde-se que ter aceite a hipótese nula do teste de Hausman implicaria admitir a existência de diferenças aleatórias não observáveis não só ao longo do tempo mas também entre concelhos.

Esta conclusão sai reforçada com a análise do valor estimado para a estatística denominada Rho (última linha da tabela anterior). Esta estatística, também conhecida como a correlação entre classes (Cameron & Trivedi, 2009) indica que cerca de 99% da variância é atribuída a diferenças entre painéis (entende-se por painel o conjunto de observações para os 12 concelhos em cada ano considerado). Por outro lado, a análise da estatística *R2-Within*¹⁵ indica que cerca de 79% (nos modelos 1 e 3) e 86% (modelo 2) das variações ocorridas no número de estabelecimentos no distrito de Bragança se deve a variações que ocorrem nas variáveis explicativas selecionadas ao longo do tempo.

O teste de significância estatística conjunta das variáveis incluídas em cada um dos três modelos indica que, em conjunto, as variações absolutas dos valores das variáveis explicativas selecionadas explicam as variações que ocorrem no número de estabelecimentos nos 12 concelhos do distrito de Bragança. Com 99% de confiança aceita-se que as variáveis, em conjunto, formam bons modelos.

Feita esta exposição inicial sobre a precisão de ajustamento dos modelos, é importante, agora, analisar o impacto de cada uma das variáveis explicativas selecionadas no número de empresas privadas, com pelo menos um trabalhador, no setor da saúde humana e ação/apoio social.

No modelo 1, apenas 3 variáveis apresentam significância estatística. Verifica-se a existência de significância estatística para as variáveis que pretendem estimar o impacto da população residente, índice de longevidade dessa população e índice de renovação da população em idade ativa no número de estabelecimentos no distrito de Bragança. Com 99% de confiança verifica-se que um aumento da população residente faz aumentar o número de estabelecimentos em 0,013 unidades – o aumento da população parece ter sido, assim, determinante na explicação do aumento da oferta privada de empresas no setor aqui em estudo, nos concelhos do distrito de

¹⁵ Opta-se por apresentar a estatística na terminologia original.

Bragança. O mesmo acontece para o aumento do índice de longevidade das populações residentes nestes concelhos. Também com 99% de confiança, se verifica que um aumento de 1% no índice de longevidade de uma população faz aumentar o número de empresas privadas no setor da saúde em 1,8 unidades – o envelhecimento da população apresenta, desta forma, um claro efeito explicativo da oferta privada de cuidados de saúde no distrito de Bragança.

Por fim, refira-se o efeito negativo do índice de renovação da população ativa na oferta privada de cuidados de saúde nos concelhos do distrito de Bragança. Para um nível de significância de 10%, verifica-se que, por cada acréscimo de 1% neste índice, um impacto negativo que se traduz na diminuição de cerca de 0,22 estabelecimentos. Refira-se que o crescimento deste índice indica uma estrutura populacional que mostra o crescimento de uma população não idosa relativamente à população idosa. Se o coeficiente estimado for analisado de forma inversa, é possível confirmar que o envelhecimento da população pode ser determinante para a evolução positiva do número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e ação/apoio social no distrito de Bragança – de facto, se o índice de renovação da população ativa diminuir 1%, o número de estabelecimentos aumento em cerca de 0,22 unidades.

O modelo 2 retira da explicação da evolução do número de estabelecimentos privados no distrito de Bragança, as taxas de natalidade, mortalidade e o saldo natural. Neste modelo todas as variáveis apresentam significância estatística, ou seja, o índice de potencialidade, de dependência total, de envelhecimento, de dependência de idosos, de longevidade, de renovação da população em idade ativa e a população residente conseguem estimar o impacto no número de estabelecimentos no distrito de Bragança. Com 99% de confiança observa-se que o aumento da população residente conduz a um aumento do número de estabelecimentos em 0,014 unidades – logo a população residente num concelho continua a parecer, tal como no modelo 1, determinante no crescimento da oferta privada de empresas no setor da saúde humana e ação/apoio social. Também com 99% de confiança se verifica que se o índice de longevidade aumentar 1% o número de estabelecimentos aumenta em 1,5 unidades. Salienta-se o índice de dependência de idosos, com 99% de confiança, que se aumentar 1% faz aumentar o número de estabelecimentos em 4,82 – sem dúvida o índice de dependência de idosos pode ser determinante para o aumento da oferta privada de cuidados de saúde no distrito de Bragança. Já o índice de potencialidade, com 90% de confiança, se acrescer 1% conduz a um aumento de 0,22 estabelecimentos.

Com um efeito negativo surge o índice de dependência total. Se aumentar 1% reduz cerca de 3,76 estabelecimentos. O mesmo acontece para o índice de envelhecimento que, ao aumentar 1% diminui 0,22 estabelecimentos, e para o índice de renovação da população em idade ativa que, se aumentar 1% diminui em 0,2 o número de estabelecimentos privados de cuidados de saúde no distrito de Bragança. Conclui-se que o crescimento dos três últimos índices supracitados faz diminuir o número da oferta privada no setor da saúde humana e ação/apoio social, já o índice de potencialidade, a população residente, o índice de longevidade e principalmente o índice de dependência de idosos apresenta uma clara explicação do acréscimo da oferta privada aqui em estudo.

No modelo 3, ao estimar-se o modelo utilizado apenas variáveis referentes à população e à sua estrutura etária pretende-se perceber qual o impacto da evolução da estrutura etária da população do distrito de Bragança na evolução da oferta privada de cuidados de saúde. Neste modelo todas as variáveis apresentam significância estatística para um nível de significância de 1%, com exceção do índice de envelhecimento. O crescimento da população residente leva a um aumento de 0,013 estabelecimentos. O mesmo acontece para o índice de longevidade, se este índice aumentar 1% aumenta o número de estabelecimentos em 1,22 unidades. Com grande peso e importância apresenta-se o índice de dependência de idosos. Se aumentar 1% conduz a mais 3,3 estabelecimentos no mercado da oferta privada de saúde e ação/apoio social. Apresenta, desta forma, um claro efeito explicativo do crescimento da oferta privada de cuidados de saúde no distrito de Bragança.

Com efeito contrário, surge a variável índice de dependência total. Se o valor desta variável aumentar 1% reduz em 2,96 unidades o número de estabelecimentos. Percebe-se, assim, que são as variáveis referentes à população e à sua estrutura etária que causam o grande impacto na oferta privada de saúde humana e ação/apoio social. Não é propriamente a dependência total, nem o envelhecimento da população que explicam o aumento de estabelecimentos neste distrito, mas sim a população residente, o índice de longevidade e principalmente, tal como no modelo 2, o índice de dependência de idosos. Estes resultados parecem permitir concluir que o facto de os concelhos do distrito de Bragança possuírem uma população idosa cada vez mais dependente induz uma grande necessidade no mercado de cuidados de saúde.

A Tabela 15, apresenta os resultados da estimação dos modelos com efeitos fixos e com efeitos aleatórios considerando os valores em logaritmo. A estimação dos modelos após esta transformação das variáveis pretende permitir uma análise da evolução do indicador em termos de taxas de crescimento. Ou seja, analisar o impacto do crescimento de cada uma das variáveis seleccionadas na taxa de crescimento do número de estabelecimentos no setor da saúde humana e ação/apoio social nos 12 concelhos do distrito de Bragança.

Tabela 15:

Resultado da estimação dos modelos com as variáveis em logaritmo

Variável	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios	Efeitos Fixos	Efeitos Aleatórios
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
Constante	41,275	-38,578 ***	57,060 *	-14,404 *	52,637 *	-1,167
ltbn	-0,262	-0,076	-	-	-	-
ltbm	0,505	1,293 **	-	-	-	-
lsn	-	-	-	-	-	-
lip	-0,628	-0,765	-0,515	-0,308	-	-
lidt	-10,552	6,445	-18,529 ***	-5,034	-16,903 ***	-11,239 ***
lpr	-2,424	1,971 ***	-2,444	1,873 ***	-2,405	1,425 ***
lie	-3,524	3,643 *	-5,623 **	0,335	-4,991 **	-2,622 *
lidi	9,851	-6,823	16,725 ***	5,252	15,577 ***	10,917 ***
lil	2,898	1,816	2,996 **	0,632	2,694 **	2,625 **
lirpa	0,002	-0,971	0,646	-0,439	-	-
Estatísticas						
R2 <i>Within</i>	0,755	0,696	0,839	0,699	0,834	0,817
R2 <i>Between</i>	0,832	0,967	0,838	0,973	0,762	0,674
R2 <i>Overall</i>	0,370	0,887	0,118	0,852	0,112	0,755
Teste F	8,21 ***	n.a.	23,80 ***	n.a.	38,06 ***	n.a.
Teste Wald	n.a.	267,23 ***	n.a.	249,43 ***	n.a.	196,08 ***
N.º Observações	44	44	50	50	55	55
Teste Hausman	a)		33,52 ***		3,82	
Rho	0,980	0	0,976	0	0,979	0,567

Notas: * indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 10%, ** indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 5%, *** indica que o coeficiente apresenta significância estatística ao nível de significância de 1%; n.a. indica que o teste não se aplica no modelo. a) Para o modelo 1 não foi possível calcular o teste de Hausman porque falhou a o cumprimento da hipótese assintótica em que se baseia o teste.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)

Para esta especificação, em particular, o teste de Hausman apresenta resultados distintos consoante os modelos em questão. Para o modelo 1, o reduzido número de observações não permitiu o cálculo do teste de Hausman por não se poder cumprir a hipótese do cálculo assintótico do teste. A estatística Rho parece indicar que a variância do termo de erro poderá ser explicada em 98% por diferenças entre painéis e, por isso, o modelo com efeitos fixos poderá ser o mais indicado. No entanto, para este modelo nenhum dos coeficientes estimados é estatisticamente significativo. Estes resultados devem-se, ao reduzido número de observações utilizadas que não permite inferir estatisticamente dos resultados obtidos – a análise do impacto de taxas de crescimento neste período de tempo não é a mais adequada para as variáveis selecionadas. O modelo não será, por este motivo, analisado.

Relativamente aos outros dois modelos. Verifica-se que, para o modelo 2, devem ser considerados os resultados obtidos pelo modelo com efeitos fixos (não é possível aceitar a hipótese nula do teste de Hausman com 99% de confiança). Para o modelo 3, não se rejeita a hipótese nula e, desta forma, aceita-se que os resultados do modelo com efeitos aleatórios são mais adequados para analisar o crescimento do número de estabelecimentos privados que oferecem cuidados de saúde no distrito de Bragança. A taxa de crescimento do número de estabelecimentos em cada um dos 12 concelhos do distrito é explicada por diferenças aleatórias não observáveis entre os concelhos e ao longo do tempo. Note-se que para o modelo 3, ao contrário dos outros modelos, o Rho estimado para o modelo de efeitos aleatórios indica que cerca de 57% da variância do termo de erro se deve a diferenças não observáveis.

Assim, para o modelo 2 analisam-se, em pormenor, os coeficientes estimados para o modelo de efeitos fixos e para o modelo 3 os coeficientes estimados para o modelo com efeitos aleatórios.

No modelo 2 verifica-se que apenas três das variáveis consideradas não apresentam significância estatística na explicação da taxa de crescimento do número de estabelecimentos privados a operar no setor da saúde humana e ação/apoio social, no distrito de Bragança. Essas variáveis são a população residente, o índice de potencialidade e o índice de renovação da população ativa. O crescimento destas variáveis não parece ter influência estatística no crescimento do número dos estabelecimentos, em análise ao longo do tempo, no distrito de Bragança.

O crescimento do índice de dependência total e do índice de envelhecimento apresentam uma influência negativa na taxa de crescimento da oferta privada em Bragança. Pelo contrário, o crescimento do índice de dependência de idosos e do índice de longevidade apresentam efeitos positivos no crescimento da oferta privada de cuidados de saúde. Destes dois efeitos opostos parece poder concluir-se que não basta que a população do distrito de Bragança tenha verificado um crescimento da sua parcela de habitantes mais envelhecidos para, só isto, explicar o crescimento da oferta de cuidados de saúde privados. É necessário, em simultâneo, que esta população envelhecida esteja dependente. De facto, a um crescimento de 1% no índice de dependência de idosos corresponde um crescimento de cerca de 17% no número de estabelecimentos no setor da saúde humana e ação/apoio social. O subsector do apoio social não será negligenciável nesta análise. Também para o índice de longevidade se verifica que para um

crescimento de 1% do índice se verifica um crescimento de, aproximadamente, 3% no número de estabelecimentos no distrito. Por outro lado, o índice de dependência total sobressai neste modelo de forma negativa, pois um aumento de 1% conduz a uma diminuição de quase 19% do número de estabelecimentos. Refira-se ainda que, também, um aumento de 1% no índice de envelhecimento reduz o número de estabelecimentos em, aproximadamente, 6%.

Analisando em pormenor os coeficientes estimados para o modelo com efeitos aleatórios no modelo 3 percebe-se que todas as variáveis consideradas apresentam significância estatística na explicação da taxa de crescimento da oferta privada no setor em estudo. Com uma influência positiva encontra-se a população residente, o índice de longevidade e o índice de dependência de idosos com grande destaque em relação às duas primeiras variáveis citadas (população residente e índice de longevidade). O crescimento de 1% do índice de dependência de idosos conduz a cerca de 11% de aumento no número de estabelecimentos no setor da saúde humana e ação/apoio social. Contrariamente, o índice de envelhecimento e, principalmente, o índice de dependência total apresentam efeitos negativos no crescimento da oferta privada de cuidados de saúde. Verifica-se que, com 99% de confiança, se o índice de dependência total aumentar 1% o número de estabelecimentos reduz-se, em média, 11%. Mais uma vez, tal como nos modelos anteriores, conclui-se que não basta existir uma população envelhecida para que tal faça aumentar o número de estabelecimentos no setor privado de cuidados de saúde. O fator determinante do crescimento deste tipo de oferta de cuidados de saúde é que essa população envelhecida esteja dependente.

Em conclusão, é sem dúvida o facto de o distrito de Bragança estar cada vez mais com uma população envelhecida e dependente que tem vindo a contribuir para o aumento do número de estabelecimentos. Pensa-se que o subsector de ação/apoio social tem grande peso neste distrito, bem como neste crescimento de estabelecimentos no período de tempo em análise. De facto, a maioria das respostas para este tipo de população é coberta pelo subsector de ação/apoio social. Ou seja, uma população envelhecida e dependente, necessita cada vez mais de respostas como Lares de terceira idade, Centros de Dia, Centros de Noite, Unidades de Cuidados Continuados, Equipas de Apoio Domiciliário, entre outras respostas oferecidas, na sua grande maioria, pelo subsector de ação/apoio social.

CONCLUSÃO

Todos os conceitos teóricos e ideias apresentadas e discutidas ao longo deste trabalho de investigação permitem verificar que o setor de saúde é um setor com um comportamento único e muito diferente dos restantes setores económicos. Ao observar-se toda a evolução e transformação do setor da saúde em Portugal desde a criação da primeira Misericórdia, em 1948, até à atualidade, observam-se dois factos. Primeiro, a grande preocupação em servir a população com os melhores cuidados de saúde e com a maior disponibilidade possível, para facilitar o acesso a esses cuidados. Depois, uma crescente preocupação com a racionalização dos custos e a gestão de recursos limitados. Tais factos, estão a originar um grande crescimento, na Europa, de prestadores de cuidados de saúde privados aliciando-se os empreendedores a investirem neste setor. Portugal segue a tendência e observa-se, por isso, a crescente privatização de serviços que, durante muito tempo, se encontraram na espera da oferta pública.

A oferta privada de cuidados de saúde, em Portugal, apresenta, na atualidade, uma grande relevância, pois responde a lacunas da oferta pública. Oferece serviços a que a prestação pública de cuidados de saúde e ação/apoio social não dá uma resposta considerada eficiente, rápida e de qualidade. A oferta tem sofrido grandes alterações, motivadas por diversos fatores, no entanto é evidente que a oferta privada de cuidados de saúde e ação/apoio social está realmente em expansão e existe cada vez mais um maior interesse e disponibilidade, por parte do setor privado,

para a prestação de cuidados de saúde. Os operadores privados estão instalados, têm um potencial de crescimento futuro elevado e contribuem, com um papel cada vez mais importante, para o desenvolvimento e sustentabilidade do setor da saúde e apoio social em Portugal (Deloitte, 2011).

O estudo empírico realizado permitiu apresentar indicadores e resultados para os doze concelhos que compõem o distrito de Bragança, que confirmam aquilo que tem vindo a ser observado na Europa, em geral, e na economia portuguesa, em particular. Neste trabalho de investigação foi realizada uma análise descritiva da evolução do número de estabelecimentos privados, e indicadores associados, no setor da saúde humana e ação/apoio social, entre 1985 e 2009, para o distrito de Bragança, tendo como base o concelho. Saliencia-se o facto de o número de trabalhadores ao serviço nestes estabelecimentos e o número de estabelecimentos, por concelho, estarem interligados. Os concelhos com maior número de estabelecimentos são, em norma, os que maior número de pessoas possuem ao serviço. Já o mesmo não se pode concluir em relação à duração média semanal no período de trabalho normal, onde os concelhos onde se trabalha mais horas semanais nem sempre são os que possuem maior remuneração média mensal. Relativamente ao nível de qualificação pode-se verificar que existiu uma evolução positiva nos níveis de qualificação entre 1985 e 2009 – em 1990 a qualificação dos trabalhadores indicava que estes eram, essencialmente, trabalhadores não qualificados e em 2009 a maioria do pessoal ao serviço em atividades de saúde humana e social, de carácter privado, era semiqualficada. O facto de o nível de qualificação de pessoal ao serviço ter aumentado no período de 24 anos pode explicar o facto de a remuneração média mensal também ter vindo a aumentar significativamente.

A análise realizada à evolução do número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e ação/apoio social mostra a existência de uma evolução crescente, e bastante clara, deste setor no distrito de Bragança. No entanto, este crescimento quase exponencial vem diminuindo de ritmo. Bragança, concelho que é sede do distrito, é um dos concelhos que, indiscutivelmente, apresenta um maior número de estabelecimentos e os concelhos de Freixo de Espada à Cinta e Vila Flor são os que apresentam menor número de estabelecimentos.

Quanto ao número de pessoas ao serviço existe, claramente, uma evolução positiva no distrito de Bragança. Contudo, tal como acontece no número de estabelecimentos, também o número de pessoas ao serviço vem diminuindo o seu ritmo de crescimento. O concelho que iniciou e finalizou, no período de estudo, com maior número de pessoas ao serviço foi o concelho de Bragança e o que iniciou e finalizou com menor número de pessoas ao serviço foi o concelho de Vinhais.

Com a análise da evolução absoluta e relativa da duração média semanal no período de trabalho normal, observa-se que esta duração sofreu bastantes oscilações. Contudo, no total, verifica-se que este indicador apresentava um valor de 37 horas, em 1985, tendo aumentado para 41,1 horas, em 1991, tendo-se reduzido, até 2009, voltando a apresentar 37 horas semanais. Os doze concelhos do distrito de Bragança caminharam, até ao ano de 2009, para uma uniformização da duração média semanal no período de trabalho normal. Assim, chega-se a 2009 com uma duração

mínima do horário de trabalho de 35,1 horas, no concelho de Alfândega de Fé, e uma duração máxima do horário de trabalho de 38,6 horas, no concelho de Torre de Moncorvo.

A remuneração média mensal está, notoriamente, em crescimento com o passar dos 24 anos. De 101,4 euros mensais auferidos em 1985 o distrito de Bragança passou para 672,6 euros mensais auferidos em 2009. Os três concelhos com a maior remuneração média mensal auferida, no final do período de análise, são: Bragança, Mirandela e Miranda do Douro. Os três concelhos com a menor remuneração média mensal auferida, no final do período de análise, são: Freixo de Espada à Cinta, Carraceda de Ansiães e Torre de Moncorvo.

De acordo com a metodologia econométrica de dados em painel, aplicada neste trabalho de investigação, e que pretende identificar (quantificando o seu impacto) quais os fatores sociais e demográficos que influenciam esta tendência para o aumento do número de estabelecimentos privados no setor da saúde humana e ação/apoio social nos concelhos do distrito de Bragança verifica-se que a estrutura da população e, em particular a dependência da população idosa, são fatores fundamentais para a explicação da tendência crescente da oferta de cuidados de saúde privados numa região do interior do país.

São, de facto, as variáveis referentes à população e à sua estrutura etária que causam o grande impacto na oferta privada de saúde humana e ação/apoio social. O aumento da população explica parte o aumento do número de estabelecimentos, contudo é o índice de dependência de idosos que é determinante para o aumento de estabelecimentos. Este indicador apresenta, desta forma, um claro efeito explicativo da oferta privada de cuidados de saúde no distrito de Bragança. Com efeito contrário surge a variável índice de dependência total. Verifica-se que não serão fatores demográficos como a dependência total da população ou o envelhecimento da população que explicam o aumento de estabelecimentos neste distrito. Não basta que a população do distrito de Bragança tenha verificado um crescimento da sua parcela de habitantes mais envelhecidos para só isto explicar o crescimento da oferta de cuidados de saúde privados. É necessário, em simultâneo, que esta população envelhecida esteja dependente.

O estudo do subsetor do apoio social, em particular, seria importante para confirmar a conclusão anterior, no entanto, constitui uma limitação deste estudo o facto de não se poder desagregar o tipo de atividade de ação/apoio social da atividade de saúde humana. Tal desagregação não existe ao nível dos dados estatísticos aqui utilizados. Porém, está implícito que uma população com elevado índice de dependência de idosos, necessita cada vez mais de respostas como Lares de terceira idade, Centros de Dia, Centro de Noite, Unidades de Cuidados Continuados, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outras respostas dadas, na sua grande maioria, pelo subsetor de ação/apoio social.

É de referir, portanto, que foram encontradas ao longo do desenvolvimento deste trabalho algumas limitações que se acredita puderem ser ultrapassadas em trabalhos futuros. A base de dados disponibilizada pelo GEP apresenta algumas falhas principalmente no primeiro ano, 1985. Também os dados retirados do INE apresentam algumas falhas nos primeiros anos deste estudo. Relativamente à nossa economia existe ainda algumas limitações no que respeita à divulgação de

estudos científicos relativos a este tema abordado. A escassez de referências bibliográficas com um pendor mais científico dificulta e limita a discussão e comparabilidade dos resultados.

Estas limitações reforçam, no entanto, aquela que se acredita ser a mais-valia deste trabalho de investigação. Fundamentar cientificamente, utilizando métodos de medição econométrica aceites na literatura internacional, resultados relativos à atividade empresarial no setor privado de saúde para o distrito de Bragança. Desta forma, este trabalho de investigação, constitui-se como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão no âmbito da prestação de cuidados de saúde e lança pistas para a adoção de políticas públicas de desenvolvimento regional, em geral, e na área da saúde, em particular. Em suma, este trabalho constitui uma mais-valia científica importante na área da atividade empresarial no setor da saúde visto não ser conhecido qualquer estudo deste tipo. Gerou informações ricas e detalhadas sobre o fenómeno empresarial num setor dominado pela oferta pública de cuidados. Contribui ainda para apoiar todos os atores que atuam no mercado de cuidados de saúde e ação/apoio social, que podem aqui perceber qual a dimensão e estrutura do mercado, qual o grau de concorrência existente, como é que este mercado tem evoluído e quais as possíveis tendências futuras para o mesmo.

Em tempos de forte contenção orçamental e onde se discute a viabilidade do serviço nacional de saúde, o presente estudo é de importância central para o desenvolvimento do setor no distrito de Bragança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrow, K. (1963, december). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Coimbra: Projeto PEMINT – The Political Economy of Migration in an Integrating Europe & Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Baptista, R. & Preto, M. T. (2011). New Firm Formation and Employment Growth: Regional and Business Dynamics. *Small Business Economics*, 36(4), 419-442.
- Baptista, R., Escária, V. & Madruga, P. (2008). Entrepreneurship, Regional Development and Job Creation: the Case of Portugal. *Small Business Economics*, 30, 49-58.
- Barbosa, N. & Eiriz, V. (2011). Regional Variation of Firm Size and Growth: The Portuguese Case. *Growth and Change*, 42(2), 125-158.
- Barros, P. (2001). Procura de cuidados de saúde – os efeitos do estado de saúde, co-Pagamento e rendimento [Working Paper Nº 2]. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*, Lisboa, Portugal.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- Baum, C., Schaffer, M., & Stillman, S. (2010). Using STATA for applied research: reviewing its capabilities. *Journal of Economic Surveys*, 380-394.
- Bohemer, R. (2000). The customers in health care, *Harvard Business School*.
- Borkowski, N., & Gordon, J. (2006). Entrepreneurial Organizations: The Driving Force for Improving Quality in the Healthcare Industry. *Journal of Health Services Administration*, 532-549.
- Borzada, C., & Santuari, A. (2000, setembro). The Innovative Trends in the Non-profit Sector in Europe: The Emergence of Social Entrepreneurship. In: *International Seminar OECD/LEED*, Washington DC.
- Brown, T., Davidsson, P., & Wiklund, J. (2001). An operationalization of Stevenson's conceptualization of entrepreneurship as opportunity-based firm behavior. *Strategic Management Journal*, 22(10), 953-968.
- Busse, R., Grinten, T., & Svensson, P. (2002). Regulating Entrepreneurial Behaviour in Hospitals: theory and practice. In: R. B. Saltman, R. Busse & E. Mossialos (Ed.). *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems* (Chap. 6, pp.126-145). Philadelphia: Open University Press.
- Cabral, L. & Mata, J. (2003). On the Evolution of the Firm Size Distribution: Facts and Theory. *The American Economic Review*, 93(4), 1075-1090.

- Cabral, L. (2007). Small firms in Portugal: A selective Survey of Stylized Facts, Economic Analysis and Policy Implementation. *Portuguese Economic Journal*, 6(1), 65-88.
- Cameron, A. C. and Trivedi, P. K. (2009). *Microeconometrics Using Stata*. Texas: Stata Press.
- Campeão (2010, dezembro). Privados garantem 40 por cento dos serviços médicos no país. *Excelência na Saúde Privada em Coimbra*, p. 4-7.
- Canotilho, J. J. G., Moreira, V. & Pinto, F. S. (1982). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Almedina.
- Centeno, M., Machado, C. & Novo, Á. A. (2008). A Anatomia do Crescimento do Emprego nas Empresas Portuguesas. *Boletim Económico de Verão do Banco de Portugal*, 69-95.
- Decreto-Lei nº 11/1993, de 15 de Janeiro. *Diário da República nº 12/93 – I série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Deloitte. (2011). *Saúde em Análise – Uma Visão para o Futuro*. Lisboa: Deloitte Consultores, S.A.
- Departamento de Saúde Pública [DSP] (2010), *Plano de Saúde – Região Norte 2009-2010* (Plano). Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, Porto, Portugal, 1-44.
- Dinis, A. R. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *IP – Instalação Profissional*, 1-11.
- Drucker, P. (1970). Entrepreneurship in Business Enterprise. *Journal of Business Policy*, vol. 1.
- Duarte, M. J. & Robarts, M. H. (2005). *Demografia de Empresas e Estabelecimentos em Portugal: 2001-2002*. Coleção *Cogitum*, 15, Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Duarte, P.; Lamounier, W. & Takamatsu, R. (2008). Modelos Económicos para Dados em Painel: Aspectos Teóricos e Exemplos de Aplicação à Pesquisa em Contabilidade e Finanças. In J. Lopes; J. Filho & M. Pederneiras (Ed.). *Educação Contábil: Tópicos de Ensino e Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Eira, A. A. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia, Porto, Portugal.
- Ferreira, J. R. (2009). *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde* (1a ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2011a). *Quadro de Pessoal 2009*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social: Lisboa.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2011b). *Quadro de Pessoal 2009 – Estatísticas em Síntese*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social: Lisboa.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2011c). *Séries Cronológicas Quadros de Pessoal 1999-2009*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social: Lisboa.

- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2012). *Boletim Estatístico Fevereiro de 2012*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social: Lisboa.
- Gaynor, M., & Vogt, W. B. (2000). Antitrust and competition in health care markets. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Ed.). *Handbook of Health Economics* (Chap. 27, pp. 1-89). Amsterdam, North-Holland.
- Gonçalves, M., & Costa, J. (2003). O Sistema de Saúde Português. In R. Nunes (Coord.). *Política de Saúde* (pp. 91-107). Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Grazier, K., & Metzler, B. (2006). Health Care Entrepreneurship: Financing Innovation. *Journal of Health Services Administration*, 28(4), 486-503.
- Griffiths, J. (2008). Private hospitals - how do they compare. Recuperado em 01 de Novembro, 2011, de: www.privatehealth.co.uk/articles/august-2008/hospitals-in-the-uk/.
- Guo, K. (2003). Applying Entrepreneurship to Health Care Organizations. *New England Journal of Entrepreneurship*, 6(1), 45-53.
- Guo, K., & Buss, T. (2006). Entrepreneurship in Health and Human Services Organizations: A Symposium. *Journal of Health Services Administration*, 28(4), 468-471.
- Hood, C., Rothstein, H., & Baldwin, R. (2001). *The Government of risk: Understanding risk regulation regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- Hsiao, C. (2003). *Analysis of Panel Data* (2ª ed.). Califórnia: Cambridge University Press.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2007). *Classificação Portuguesa das Actividades Económicas (CAE-Rev.3)*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2010a). *Anuário Estatístico da Região Norte*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2010b, novembro). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 101-138.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011a). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011b). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.
- Lei nº 56/1979, de 15 de Setembro. *Diário da República nº 214/79 - I série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Lopes, D., & Pinto, L. (2003). Princípios e Valores Reflexões para um Sistema de Saúde. In R. Nunes (Coord.). *Política de Saúde* (pp. 73-89). Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Loureiro, A. & Costa, L. (2009). Uma breve discussão sobre os modelos com dados em painel. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Económica do Ceará (IPECE).

- Marques, L. (2000). Modelos Dinâmicos com Dados em Painel: revisão de literatura. Faculdade de Economia do Porto, 1-82.
- Matias, Á. (1995). O Mercado de Cuidados de Saúde [Working Paper N° 5/95]. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*.
- Mccleary, K., Rivers, P., & Schneller, E. (2006). A Diagnostic Approach to Understanding Entrepreneurship in Health Care. *Journal of Health Services Administration*, 28(4), 550-577.
- Nunes, A. & Sarmento, E. M. (2012). Business Demography Dynamics in Portugal: A Non-Parametric Survival Analysis. In Bonnet, J., Dejardin, M. & Madrid-Guijarro, A. (Eds), *The Shift to the Entrepreneurial Society. A Built Economy in Education, Sustainability and Regulation*, 260-272, Edward Elgar Publishing.
- Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In J. Simões (Coord.). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um Percorso Comentado* (pp. 271-296). Coimbra: Almedina.
- Pereira, C. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde [Working Paper]. *Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa*, Lisboa, Portugal.
- Pevalin, D. & Rohson, K. (2009). *The stata survival manual*. Berkshire: Open University Press.
- Phillips, F., & Garman, A. (2006). Barriers to Entrepreneurship in Healthcare Organizations. *Journal of Health Services Administration*, 28(4), 472-484.
- Queirós, C. (2010). Nova Política de Gestão. In G. Rego, & R. Nunes (Coords.). *Gestão de Saúde* (pp. 245-261). Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda.
- Robarts, M. H. (2009). *Demografia de Empresas, Fluxo de Emprego e Mobilidade de Trabalhadores em Portugal: 1995-2006*. Coleção *Cogitum*, 33, Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Saltman, R., Busse, R., & Mossialos, E. (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems* (1ª ed.). Buckingham: Open University Press.
- Santos, B. S. (2007, outubro). Parcerias Público-Privadas e Justiça – Uma análise comparada de diferentes experiências. Coimbra: Faculdade de Economia.
- Sarmento, E. & Nunes, A. (2010). Entrepreneurship in Portugal: Comparison between the World Bank Data and Quadros de Pessoal, *Boletim Mensal de Economia Portuguesa*, nº 6/2010, 38-50.
- Sarmento, E. M. & Nunes, A. (2012). Employer Enterprises in Portugal: Size Distribution Dynamics. In Bonnet, J., Dejardin, M. & Madrid-Guijarro, A. (Eds), *The Shift to the Entrepreneurial Society. A Built Economy in Education, Sustainability and Regulation*, 242-259, Edward Elgar Publishing.
- Sarmento, E. M., & Nunes, A. (2010). Getting Smaller: Size Dynamics of Employer Enterprises in Portugal. In Neves, A. O. (Coord), *Economic Analysis using Linked Employer and*

- Employee Data*, Cadernos Sociedade e Trabalho, XV, 69-94, Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Sarmiento, E. M., & Nunes, A. (2011). Análise Comparativa de Sobrevivência Empresarial: O Caso da Região Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 25/26, 103-119.
- Schumpeter, J. A. (1976). *Capitalism, Socialism and Democracy*. New York: Harper and Row.
- Sebestova, J., & Cooney, T. (2011). How Can a Health Care Business Achieve Strategic Elasticity in a Crisis Environment. *Book of Proceedings of the 56th ICSB World Conference*, 156. Stockholm: Sweden.
- Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde – Dependências do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M., Hespanhol, A., Ferreira, P. & Silva, S. (2007). *Relatório Final* (Relatório). Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Lisboa, Portugal, 1-185.
- Soares, M. & Fialho, J. (2011). *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico – Relatório Final*. Lisboa: SERGA – Serviços, Organização e Informática.
- Stevenson, H. H., & Jarillo, J. C. (1990). A paradigm of entrepreneurship: entrepreneurial management. *Strategic Management Journal*, 17-27.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. & Souliotis, K. (2005). The unexpected growth of the private sector in Greece, *Health Policy* 74, 167-180.
- Williams, A. (1978). Need – na Economic Exegesis, in A. J. Culyer and K. Wright (eds), *Economic Aspects of Health Services*, Martin Robertson, London.
- Wooldridge, J. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. London: The MIT Press.
- World Health Organization [WHO] (2006). *Constitution of the World Health Organization*, 1-18.