



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**



Desigualdades Socioeconómicas na Utilização de Cuidados de Saúde na População com 65 ou mais anos de idade em Portugal

Dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Ricardo Miguel Canhoto Rosado

Orientador:

Professor Doutor Julian Perelman

Projecto de Investigação submetido para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão da Saúde

Ramo de Gestão das Organizações

Lisboa, Julho de 2014

*“A verdadeira generosidade para com o futuro
consiste em dar tudo ao presente”*

Albert Camus

Agradecimentos

Ao Professor Julian Perelman, por me ter orientado neste trabalho e com a partilha do seu conhecimento e experiência me ter ajudado a compreender a complexidade e importância das questões da equidade nos sistemas de saúde. Para além da sua orientação, agradeço-lhe sinceramente, mais do que alguma vez consiga verbalizar, todo o incentivo, conselhos, confiança e o exemplo de humildade que sempre me transmitiu e que foram essenciais ao culminar do meu percurso académico e profissional.

Aos meus colegas do Mestrado em Gestão da Saúde, por ajudarem com o trabalho quando foi necessário e pela descontração e amizade quando só isso importava.

À Escola Nacional de Saúde Pública, na pessoa do seu corpo docente e demais funcionários, o apoio e condições disponibilizadas para a concretização deste estudo.

Ao Filipe, ao Pedro, à Andreia, à Filipa, à Marta, ao André, ao Luís, à Isilda, ao José, ao Miguel, ao Tiago, a amizade e companheirismo de sempre.

À Inês, o amor e compreensão que pontuaram a redacção desta tese. Aos meus pais, e por último a todos os amigos e família que ajudaram das mais diversas formas...

ÍNDICE GERAL

Resumo	ix
Abstract	x
1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 A SAÚDE EM PORTUGAL – EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ENQUADRAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO....	14
2.2 SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	14
2.2.1 Caracterização Geral do Sistema de Saúde	14
2.2.2 Enquadramento Legal e Normativo do Sistema de Saúde	15
2.2.3 Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde.....	17
2.2.4 O Financiamento da Saúde em Portugal	18
2.2.5 Orientações regulamentares e estratégicas do Sistema de Saúde.....	19
2.3 EQUIDADE EM SAÚDE E NOS CUIDADOS DE SAÚDE	20
2.3.1 Definição de conceitos.....	20
2.3.2 Equidade e Igualdade	21
2.3.3 Conceitos clássicos e modernos de equidade	22
2.3.4 Equidade em Cuidados de Saúde.....	26
2.3.4.1 Evidência científica no plano internacional.....	26
2.3.4.2 Equidade no acesso a cuidados de saúde em Portugal	29
2.3.4.3 Equidade no acesso a cuidados de saúde por parte de pessoas com mais de 65 anos	39
2.3.4.4 Equidade no acesso a cuidados de saúde por parte de pessoas com mais de 65 anos em Portugal	43
2.3.5 Políticas e Estratégias de Saúde para a População Idosa	50
2.3.5.1 Equidade e Envelhecimento	50
2.3.5.2 Políticas Nacionais de Saúde para a população idosa em Portugal	50
3. METODOLOGIA DO ESTUDO	56
3.1 TIPO DE ESTUDO	56
3.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	56
3.2.1 Objectivo Geral	56
3.2.2 Objectivos Específicos.....	56
3.3 AMOSTRA DO ESTUDO	56
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	57
3.4.1 Variáveis sociodemográficas.....	57
3.4.2 Variáveis socioeconómicas	57
3.4.3 Variáveis de Utilização de Cuidados de Saúde.....	59
3.4.4 Variável Estado de Saúde.....	60
3.5 DESENHO DO ESTUDO.....	62
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	63
4.1.1 Distribuição por sexo	63

4.1.2 Distribuição por grupo etário	63
4.1.4 Distribuição por rendimento em categorias	64
4.1.5 Distribuição por estatuto face ao emprego	64
4.1.6 Distribuição por seguro de saúde	64
4.1.7 Estado de saúde auto-reportado	65
4.2 UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	65
4.2.1 Consultas, consultas de CSP e consultas de especialidade	65
4.2.2 Motivo principal para ter uma consulta	66
4.2.3 Número de consultas	66
4.2.4 Dias de espera pela consulta médica	67
4.2.5 Tempo de espera no acto da consulta	67
4.2.6 Grau de Satisfação em relação às consultas	68
4.3 ANÁLISE UNIVARIADA DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	68
4.3.1 Probabilidade de ter alguma consulta	68
4.3.2 Probabilidade de ter uma consulta de CSP	70
4.3.3 Probabilidade de ter uma consulta de especialidade	71
4.3.4 Dias de espera até obter consulta	73
4.3.5 Tempo de espera no acto da consulta	75
4.3.6 Grau de satisfação em relação às consultas	78
4.3.7 Número de consultas	80
4.3.8 Número de consultas de CSP	82
4.3.9 Número de consultas de especialidade	83
4.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA	85
4.4.1 Análise multivariada da utilização de consultas	85
4.4.2 Análise multivariada da utilização de consultas de CSP	87
4.4.3 Análise multivariada da utilização de consultas de especialidade	88
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
5.1 DISCUSSÃO DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE UNIVARIADA	90
5.2 DISCUSSÃO DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE MULTIVARIADA.....	93
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	99
5.4 CONCLUSÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO.....	100
6. CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Variáveis e categorias do estudo	61
Quadro 2 - Quadro síntese da análise univariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo masculino)	90
Quadro 3 - Quadro síntese da análise univariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo feminino)	91
Quadro 4 – Quadro síntese da análise multivariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo masculino)	93
Quadro 5 – Quadro síntese da análise multivariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo feminino)	94
Tabela 1 - Distribuição por sexo	63
Tabela 2 - Distribuição por grupo etário segundo o sexo	63
Tabela 3 - Nível de escolaridade	63
Tabela 4 - Distribuição por rendimento em categorias	64
Tabela 5 - Estatuto face ao emprego	64
Tabela 6 - Cobertura de seguro de saúde	64
Tabela 7 - Estado de saúde auto-reportada	65
Tabela 8 - Probabilidade de ter consultas	65
Tabela 9 - Motivo principal para ter consulta	66
Tabela 10 - Outro motivo para ter consulta	66
Tabela 11 - Número de consultas	66
Tabela 12 - Dias de espera até obter consulta	67
Tabela 13 - Motivo da espera em obter consulta	67
Tabela 14 - Tempo de espera no acto da consulta	67
Tabela 15 - Grau de satisfação após a consulta	68
Tabela 16 - Probabilidade de ter alguma consulta por nível de escolaridade	68
Tabela 17 - Probabilidade em ter alguma consulta por rendimento em categorias	69
Tabela 18 - Probabilidade em ter alguma consulta em função do estatuto face ao emprego	69
Tabela 19 - Probabilidade de ter uma consulta de CSP por nível de escolaridade	70
Tabela 20 - Probabilidade de ter uma consulta de CSP por rendimento em categorias	70
Tabela 21 - Probabilidade em ter uma consulta de CSP em função do estatuto face ao emprego	71
Tabela 22 - Probabilidade de ter alguma consulta de especialidade por nível de escolaridade	71
Tabela 23 - Probabilidade em ter uma consulta de especialidade por rendimento em categorias	72
Tabela 24 - Probabilidade de ter uma consulta de especialidade em função do estatuto face ao emprego	72
Tabela 25 - Dias de espera até obter consulta em função do nível de escolaridade na população masculina	73
Tabela 26 - Dias de espera até obter consulta em função do nível de escolaridade na população feminina	73
Tabela 27 - Dias de espera até obter consulta em função do rendimento em categorias na população masculina	74
Tabela 28 - Dias de espera até obter consulta em função do rendimento em categorias na população feminina	74
Tabela 29 - Dias de espera até obter consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina	74
Tabela 30 - Dias de espera até obter consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina	75
Tabela 31 - Tempo de espera no acto da consulta em função do nível de escolaridade na população masculina	75
Tabela 32 - Tempo de espera no acto da consulta em função do nível de escolaridade na população feminina	75
Tabela 33 - Tempo de espera no acto da consulta em função do rendimento em categorias na população masculina	76

Tabela 34 - Tempo de espera no acto da consulta em função do rendimento em categorias na população feminina	76
Tabela 35 - Tempo de espera no acto da consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina.....	77
Tabela 36 - Tempo de espera no acto da consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina	77
Tabela 37 - Grau de satisfação pela consulta em função do nível de escolaridade na população masculina	78
Tabela 38 - Grau de satisfação pela consulta em função do nível de escolaridade na população feminina	78
Tabela 39 - Grau de satisfação pela consulta em função do rendimento em categorias na população masculina.....	79
Tabela 40 - Grau de satisfação pela consulta em função do rendimento em categorias na população feminina	79
Tabela 41 - Grau de satisfação pela consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina.....	79
Tabela 42 - Grau de satisfação pela consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina	80
Tabela 43 - Número médio de consultas em função do nível de escolaridade	80
Tabela 44 - Número médio de consultas em função do rendimento em categorias	81
Tabela 45 - Número médio de consultas em função do estatuto face ao emprego.....	81
Tabela 46 - Número médio de consultas de CSP em função do nível de escolaridade	82
Tabela 47 - Número médio de consultas de CSP em função do rendimento	82
Tabela 48 - Número médio de consultas de CSP em função do estatuto face ao emprego	83
Tabela 49 - Número médio de consultas de especialidade em função do nível de escolaridade.....	83
Tabela 50 - Número médio de consultas de especialidade em função do rendimento em categorias	84
Tabela 51 - Número médio de consultas de especialidade em função do estatuto face ao emprego	84
Tabela 52 - Análise multivariada da utilização de consultas	85
Tabela 53 - Análise multivariada da utilização de consultas de CSP	87
Tabela 54 - Análise multivariada da utilização de consultas de especialidade.....	88

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS – Administração Regional de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EUA – Estados Unidos da América
F – Feminino
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
ISCED - International Standard Classification of Education
M – Masculino
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UE – União Europeia
USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

INTRODUÇÃO: A equidade em cuidados de saúde constitui uma prioridade das políticas de saúde, tendo vários estudos descrito uma iniquidade que geralmente favorece os indivíduos com maior rendimento e nível educacional. Este estudo visa caracterizar as desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde na população com 65 ou mais anos de idade, dadas as suas características, maior vulnerabilidade e crescente peso demográfico na população.

METODOLOGIA: Através de dados do INS, procedeu-se à análise univariada e multivariada por regressão linear múltipla para avaliação das desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde em 8698 indivíduos.

RESULTADOS: Identifica-se um padrão de desigualdade na utilização de cuidados de saúde – indivíduos com maior rendimento e nível de escolaridade utilizam em média mais consultas de especialidade; ocorrendo o inverso nas consultas de CSP. Com ajustamento pela necessidade, através do estado de saúde auto-reportado, observa-se um padrão de iniquidade no sexo masculino relativamente às consultas em geral e consultas de CSP.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: A iniquidade na utilização de cuidados de saúde, apesar de não constituir a única causa, pode determinar maior iniquidade em saúde, pelo que é relevante o seu estudo. Os resultados alcançados podem ser justificados pelas características do SNS, assim como pelas isenções de taxas moderadoras, rede social, outros indicadores económicos, ou ainda pelo próprio contexto de vida do indivíduo. Torna-se fundamental prosseguir a investigação acerca da equidade, assim como promover uma ampla reflexão sobre os desafios futuros do sistema de saúde, que permitam preservar a sua sustentabilidade e princípios fundadores.

PALAVRAS-CHAVE: *desigualdades socioeconómicas, equidade, equidade horizontal, políticas de saúde, idosos, Inquérito Nacional de Saúde.*

Abstract

INTRODUCTION: *Healthcare equity is considered a major goal in respect of health policies. Many researchers have analyzed health equity and healthcare equity, describing the existence of horizontal inequality that favors the individuals with higher income and education level. This study aims to characterize socioeconomic inequalities in healthcare utilization among population aged 65 or over given its characteristics, higher vulnerability and increasing demographic weight in the population.*

METHODS: *It was carried out both univariate analysis and multivariate analysis by multiple linear regression using National Health Survey data in order to assess socioeconomic inequalities in healthcare utilization in 8698 individuals.*

RESULTS: *Main results demonstrate an inequality pattern in healthcare utilization – individuals with higher income and education have more specialist visits and individual with lower incomes and education have more general practice visits. After risk-adjustment, towards self-perceived health status, is observed an horizontal inequality pattern between male individuals concerning GP visits and overall visits.*

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: *Healthcare inequality, despite not being the only cause, can determine higher health inequality, which recommends further research on this field. The results obtained may be justified by National Health Service features, exemption of user charges, social network, other socioeconomic figures, as well as the individual life context. Thus, it is essential to carry on with the research on the issue of equity, while promoting a wide discussion on the future challenges of the health system to ensure its sustainability and founding principles.*

KEY-WORDS: *socioeconomic inequalities, equity, horizontal equity, health policies, elderly, National Health Survey.*

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Projecto de Investigação, referente ao segundo ano do VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Intitulado sob a forma de “*Desigualdades Socioeconómicas na Utilização de Cuidados de Saúde na população com mais de 65 ou mais anos de idade em Portugal*”, faz com se tenham constituído como objectivos académicos primordiais ao presente estudo a reflexão crítica sobre a utilização de cuidados de saúde por parte desse segmento específico da população e a construção de hipóteses explicativas para as tendências de consumo deste bem específico que é a saúde. Alicerçado sobre a escolha criteriosa de evidência científica diversificada e pluridisciplinar, pretende-se consubstanciar o caso particular em estudo com outras publicações e análises de diferentes domínios, incidindo sobre outros níveis de cuidados, outras realidades sociodemográficas, e inclusivamente outras perspectivas metodológicas.

A eliminação das desigualdades em cuidados de saúde e, conseqüentemente, no estado de saúde das populações tem sido uma finalidade major dos sistemas de saúde modernos (ANAND, S.; 2002; BORREL, C.; *et al.*; 2000; MACKENBACH, J.P.; *et al.*; 2008). A temática do processo de envelhecimento tem alertado cada vez mais os profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade, uma vez que ao longo das últimas décadas, o mundo tem assistido ao aumento significativo do número de idosos, motivado pelo aumento da esperança média de vida, entre outros factores de natureza demográfica (INE; 2012; PORDATA; 2013). O envelhecimento consiste num fenómeno biopsicossocial que se manifesta de várias formas, passando pelo envelhecimento físico, psicológico ou social. Este conjunto de modificações irá afectar o funcionamento humano em diferentes áreas e contextos, repercutindo-se nas actividades diárias, na autonomia, na saúde física e mental, entre outros domínios (FERNANDEES, A. A.; 2005; SANTANA, P.; 2002).

O envelhecimento, para além dos aspectos relacionados com alterações biológicas e psicológicas, é um processo desencadeado pela cultura e contexto social, pelo que é entendido como uma alteração de atitudes e mentalidade que resulta das interacções que se vão estabelecendo entre os diversos grupos etários e as suas condições de vida (FERNANDEES, A. A.; 2005; SANTANA, P.; 2002).

Em Portugal, e à semelhança dos restantes estados europeus, observa-se um marcado envelhecimento da população devido à conjugação simultânea de determinados comportamentos de tendência demográfica, tais como a diminuição significativa da taxa de natalidade, o decréscimo generalizado das taxas de mortalidade e o aumento gradual da esperança média de vida à nascença. Assim, surge a necessidade de uma abordagem

multidimensional e compreensiva dos problemas dos idosos em função da sua condição física e funcional, mental e socioeconómica (CAMPOS, A. C.; 2001; FERNANDES, A. C.; *et al.*; 2012).

Actualmente assiste-se a uma profunda alteração do tecido económico, social e cultural, mas sobretudo a uma persistente transição demográfica, traduzida pela acentuada inversão da pirâmide etária, o que configura, por si só, novos paradigmas no que concerne às relações intergeracionais, familiares e comunitárias. Portugal tem vindo a tornar-se um país cada vez mais envelhecido, onde o peso dos idosos face à percentagem de jovens está a aumentar exponencialmente, em parte devido aos factores demográficos anteriormente expostos (INE; 2012; PORDATA; 2013).

Assim, e considerando que a população idosa apresenta uma tendência proporcionalmente crescente a nível nacional, impõe-se uma reformulação de estratégias que visem mitigar as desigualdades socioeconómicas em saúde e no acesso aos cuidados de saúde, pelo que o seu conhecimento e futuras investigações revestem-se de particular importância. Torna-se claro e relevante que este seja um autêntico desafio de futuro, não meramente académico mas sobretudo geracional pelo impacto social e económico que estes fenómenos implicam a médio e longo prazo (MENDES, F. R.; 2011). Deste modo, e por conseguinte, torna-se pertinente uma abordagem mais detalhada sobre as questões das desigualdades socioeconómicas e iniquidade ao nível do segmento populacional mais idoso, considerando o seu crescente peso demográfico no caso dos países desenvolvidos, tentando compreender e enquadrar socialmente este fenómeno. Actualmente, é unânime a existência de um padrão de iniquidade em cuidados de saúde em termos da população em geral, no entanto persistem algumas dúvidas, e estudos menos consistentes, acerca da população idosa, nomeadamente em Portugal. A temática da equidade na utilização de cuidados de saúde é hoje, mais do que um mero imperativo académico, uma responsabilidade social, consubstanciada pelas condições intrínsecas ao envelhecimento e respectiva situação de extrema vulnerabilidade em que se encontram muitos destes indivíduos, em resultado de constrangimentos relacionados com contextos de maior isolamento, a ruralidade decorrente de movimentos migratórios e particularidades geográficas, a maior dependência de mecanismos de suporte social, ou ainda um quadro acentuado de comorbilidades que geralmente se lhe encontra associado.

A equidade em saúde e na utilização de cuidados de saúde, vector central de reflexão deste trabalho, traduz-se por um valor de justiça distributiva e consiste *“na preocupação em reduzir as desigualdades de oportunidades para ser saudável, associado principalmente a grupos sociais menos privilegiados como as pessoas com menores recursos financeiros e materiais, os grupos raciais, étnicos ou religiosos, mulheres e residentes em áreas rurais”* (BRAVEMAN; GRUSKIN; 2003). Também seria pertinente, do ponto de vista da investigação, e

face aos pressupostos apresentados, acrescentar o subgrupo populacional dos idosos, ou pessoas com mais de 65 anos, dada a sua representatividade demográfica e influência exercida em termos de sustentabilidade social e económica para o sistema de saúde em geral.

Em Portugal existe registo de alguma evidência acerca de equidade na utilização de cuidados de saúde em termos genéricos. Consolidou-se a noção de que o país apresentou uma evolução significativa ao nível dos principais indicadores de saúde ao longo das últimas décadas, mas regista-se alguma inconsistência no conhecimento relativo a desigualdades socioeconómicas inerentes a esses mesmos indicadores. Sob uma perspectiva global, pode afirmar-se que o país apresenta um padrão de iniquidade que tende a favorecer os grupos socioeconómicos mais elevados, dos grandes centros urbanos e com maiores índices de escolaridade (BAGO D'UVA, T.; 2010; FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; 2006). Todavia, e no que diz respeito à equidade em cuidados de saúde por parte da população idosa em Portugal, o conhecimento neste domínio é escasso e praticamente inconsistente, o que reforça a pertinência de uma análise mais pormenorizada e com um foco particular neste grupo populacional, pela sua representatividade demográfica e pelas questões de sustentabilidade e adaptação de cuidados que devem ser asseguradas e monitorizadas pelo sistema de saúde português

A fonte de dados para o desenvolvimento deste estudo foi o 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Os objectivos gerais consistem em comparar a utilização de cuidados de saúde entre a população idosa, ou seja, com 65 ou mais anos de idade, por nível de cuidados e de acordo com parâmetros socioeconómicos. A análise do estudo incidirá sobre quais os constrangimentos na utilização para cada nível de cuidados de saúde – cuidados de saúde primários, e cuidados secundários ou consultas de especialidade, de acordo com alguns parâmetros sociodemográficos que se consideram relevantes do ponto de vista da investigação. Os objectivos específicos remetem para a caracterização do subgrupo populacional preconizado pelo estudo em termos de rendimento, nível de escolaridade e estatuto face ao emprego, assim como a verificação de uma possível associação entre nível socioeconómico e grau de utilização de cuidados de saúde em Portugal; ou ainda a análise do grau de equidade na utilização de cuidados de saúde por parte deste segmento populacional.

O presente trabalho desenvolver-se-á segundo quatro blocos principais: inicialmente será feito o enquadramento teórico e revisão da literatura sobre as principais referências científicas disponíveis e quadro conceptual que norteia a abordagem a esta problemática; segue-se a componente metodológica que alicerçou o processo de investigação; a apresentação dos resultados decorrentes das inferências estatísticas; e por último uma discussão crítica dos principais resultados produzidos pelo estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE EM PORTUGAL – EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ENQUADRAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

Ao longo das últimas quatro décadas, e na sequência de uma fase de consolidação democrática, foi iniciado um período de reestruturação dos serviços de saúde, em que Portugal registou progressos notórios em termos da saúde da sua população por via da ampliação da oferta de cuidados de saúde e pelo acréscimo de recursos alocados ao sistema de saúde (BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011). Durante este período temporal, o país registou concomitantemente um elevado padrão de desenvolvimento ao nível dos principais indicadores do seu sistema de saúde, como por exemplo a esperança média de vida à nascença ou a taxa de mortalidade infantil. Nesta fase observou-se algum paralelismo em termos de políticas de saúde, expressas em medidas como a transferência generalizada de hospitais para a esfera do estado, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a publicação da Lei de Bases da Saúde, entre outras. Assim, desde 1979, o sistema de prestação de cuidados de saúde baseia-se na estrutura de um SNS, com seguro público, cobertura universal, acesso tendencialmente gratuito no momento de utilização de serviços e cujo financiamento é assegurado através da cobrança de impostos (OLIVEIRA, M.; 2010).

2.2 SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.2.1 Caracterização Geral do Sistema de Saúde

Segundo a Constituição da República Portuguesa, o SNS assenta a sua matriz fundacional num sistema de organização descentralizado, pautado pela oferta pública da maioria de cuidados de saúde primários e hospitalares (OLIVEIRA, M.; 2010).

Outro enquadramento jurídico relevante prende-se com a Lei de Bases da Saúde, a qual pressupõe um SNS universal quanto à população abrangida; a prestação integral de cuidados globais ou a garantia da sua prestação; a gratuitidade tendencial para os utentes de acordo com as suas condições económicas e sociais; a garantia de equidade no acesso com o propósito normativo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados de saúde; e um modelo de organização regional com gestão descentralizada e participada (BARROS, P.P.; 2007).

Embora o princípio da equidade, patente nos principais documentos legislativos que caracterizam o sistema de saúde português, esteja sublinhado através dos princípios normativos da universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial, o desempenho do

sistema de saúde tem merecido a atenção por parte de algumas organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde, a Comissão Europeia ou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Pelas repercussões que a iniquidade no acesso e utilização de cuidados de saúde pode representar em termos dos resultados em saúde nas populações, torna-se importante reforçar as linhas de investigação nesta área do conhecimento, permitindo o suporte de decisão no plano das políticas de saúde (CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J.; 2011; FURTADO, C.; 2013; MACKENBACH, J. P.; 2006; WHO; 2010)

Actualmente, o sistema de saúde português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas sobrepostos: o Serviço Nacional de Saúde, planos de seguros públicos e privados específicos para determinadas profissões (subsistemas de saúde), e que cobrem cerca de um quarto da população, e seguros de saúde privados cuja cobertura se estima entre os 10 e os 20% da população (BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011)

Em termos gerais, o sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal consiste numa rede mista entre prestadores públicos e privados, cada um dos quais ligado ao Ministério da Saúde e aos pacientes de um modo próprio. A maioria da população tem o direito de escolha entre dois mecanismos de seguros de saúde, SNS ou seguro privado, podendo utilizar ambos simultaneamente. De acordo com os dados mais recentes do Inquérito Nacional de Saúde, entre 20% a 25% da população encontra-se protegida por um outro seguro de saúde e/ou um subsistema de saúde determinado a partir da ocupação ou profissão do indivíduo. Os prestadores de cuidados de saúde podem ser de natureza pública ou privada, com diversos protocolos, relativamente ao seu financiamento, e que variam desde os tradicionais orçamentos baseados no histórico até pagamentos prospectivos. Devem considerar-se ainda os pagamentos directos, do acrónimo inglês “*out of pocket*”, e que se estimam representar uma parte significativa dos fluxos financeiros no que concerne aos cuidados de saúde (BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011, INS 2008; OECD; 2013).

2.2.2 Enquadramento Legal e Normativo do Sistema de Saúde

À luz do enquadramento legal em vigor em Portugal, e segundo a Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (Art.º 13º, n.º 2). Ainda de acordo com o mesmo documento constitucional “todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (Art.º 64, n.º 1).

Os princípios orientadores da Lei de Bases da Saúde estipulam que *“a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”*, e que *“o estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”*. A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) defende ainda que *“o estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde”* e que o Serviço Nacional de Saúde deve *“garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”*. Por analogia, depreende-se que a equidade e o acesso universal aos cuidados de saúde são salvaguardados em Portugal através do Serviço Nacional de Saúde e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 56/79; Lei 48/90).

Ainda de acordo com este diploma, o sistema de saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo localizar-se junto das populações, em permanente articulação com os diferentes níveis de cuidados de saúde.

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, *“todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”*. Por outro lado, *“incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...), garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde ... e orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentos”* (Art.º 64.º).

Esta relevância atribuída pelo quadro normativo legal em vigor, é enfatizada através da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, ao estabelecer que *“é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.”*

Em forma de conclusão, pode afirmar-se que embora o sistema de saúde em Portugal, sobretudo na forma do Serviço Nacional de Saúde, assuma o princípio da equidade, estima-se que o mesmo pode nem sempre estar assegurado no domínio da equidade de acesso e financiamento dos cuidados de saúde, pelo que tem constituído objecto de estudo das mais diversas organizações.

2.2.3 Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde

Até ao início da década de oitenta, a prestação de cuidados de saúde em Portugal era realizada essencialmente por organizações públicas, designadamente por hospitais e centros de saúde públicos. No entanto, a iniciativa privada de prestação de cuidados de saúde desenvolveu-se e aumentou a sua capacidade de prestação de modo a responder à necessidade de cuidados dos utentes, consolidando a sua posição no sector (DINIS, A.; 2008). Actualmente, a prestação de cuidados de saúde caracteriza-se por ser um processo em permanente mudança, em consequência dos constantes avanços tecnológicos, das modificações sociais e políticas e dos constrangimentos económicos. Assim, reconhece-se que o impacto económico global da prestação de cuidados de saúde tem sido condicionado por inúmeros factores, de entre os quais se destacam o envelhecimento, a incorporação de novas tecnologias, ou a repartição dos recursos por um número cada vez maior de prestadores e de consumidores (BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011; FERREIRA, J; 2009; SIMÕES, J.; *et al.*; 2010)

O acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade à população de uma respectiva área geográfica é garantido através das Administrações Regionais de Saúde (ARS), adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde (BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011).

Em todo o caso, discutir a questão do papel do estado no capítulo da oferta de serviços e prestação de cuidados de saúde constitui um domínio complexo e de abordagem multifactorial. Neste âmbito, observa-se que a oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes alterações e tem sido influenciada por factores tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no sector da saúde e a dinâmica do sector privado (BARROS, P. P.; 2007).

De acordo com os pressupostos jurídicos que regulam o sistema de saúde, a Lei de Bases da Saúde compreende um sistema de cuidados de saúde misto, com prestadores públicos e privados na prestação de cuidados de saúde, o que permite definir o sistema de saúde como uma rede nacional de oferta de cuidados de saúde.

A prestação de cuidados de saúde no nosso país beneficiou nas décadas recentes de um aumento apreciável dos níveis de produção e qualidade, mas apresenta ainda registos inferiores à média da OCDE e da UE-27, quer em matéria de produtividade, quer de qualidade, disponibilidade e acessibilidade. Hoje em dia, Portugal apresenta indicadores de saúde e bem-estar (esperança média de vida à nascença, taxas de mortalidade e de mortalidade infantil) muito satisfatórios, o que configura o sistema de saúde português como um caso de boas práticas a nível internacional. Todavia, os níveis de eficiência-custo na prestação de cuidados

hospitalares apresentam-se desfavoráveis face a países de rendimento *per capita* próximo do nosso país (Eslovénia, Israel, Coreia do Sul), apesar de favoráveis em relação a países de elevado rendimento *per capita* (EUA, Itália, França, Canadá, Suécia). Ocorreu no país um reforço claro dos recursos humanos, equipamentos e tecnologias (em quantidade e qualidade) disponíveis para a prestação de cuidados de saúde, num contexto de progressiva integração/racionalização, concentração e qualificação das unidades hospitalares e de saúde (HEALTH CLUSTER PORTUGAL; 2010)

2.2.4 O Financiamento da Saúde em Portugal

O financiamento do SNS processa-se segundo as características de fundos da população, designadamente a cobrança de impostos, a despesa privada familiar, os seguros privados e o seguro social (SIMÕES, J.; *et al.*; 2000).

O fundo de financiamento dos subsistemas públicos e privados é muito semelhante entre si, baseando-se a sua contribuição no rendimento dos seus beneficiários e apresentando simultaneamente um financiamento directo e indirecto do estado (SIMÕES, J.; *et al.*; 2007).

Em Portugal, a percentagem dos gastos com a saúde no *PIB* era, em 1980, de 5,6%, ao passo que em 2004 era já de 10%. Esta percentagem é superior ao valor médio da *UE15* (9%) e da *OCDE* (8,9%). No período compreendido entre 1980 e 2004, Portugal duplicou o peso dos gastos públicos com saúde face ao *PIB* (3,6% em 1980, 7,2% em 2004). Os ritmos de crescimento da despesa em saúde criaram, na passada década, instabilidade nas transferências orçamentais para o *SNS*. A manutenção dos ritmos históricos das últimas décadas configura uma situação de insustentabilidade financeira e, face às necessidades crescentes de cuidados de saúde, exige uma adequada organização na captação de fundos (COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS; 2007).

As despesas privadas dos cidadãos residentes em Portugal com entidades privadas representaram cerca de 22,5% da despesa total em saúde em 2004. Este valor contrasta fortemente com os pagamentos directos das famílias em sede de prestação pública, inferiores a 1%. Ressalta daqui que os co-pagamentos exigidos às famílias na prestação pública têm uma muito reduzida expressão em termos de contribuição para o financiamento. É no sector do medicamento que a participação dos utentes é relativamente elevada, o que se deve, por um lado, a taxas de comparticipação comparativamente baixas, com poucas isenções de pagamento, e por outro lado, a níveis de utilização de fármacos relativamente elevados. A análise dos dados de inquéritos aos orçamentos familiares demonstrou ainda que os pagamentos directos, na sua globalidade, são altamente regressivos no financiamento do sistema (COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS; 2007).

O financiamento da saúde ao longo dos últimos tem sido marcado pela persistência em orçamentos reconhecidamente insuficientes do ponto de vista operacional, défices acumulados e uma certa ausência de instrumentos de gestão e responsabilização com capacidade de inverter esta tendência (SIMÕES, J.; *et al.*; 2007). No que concerne aos gastos relacionados com a saúde, é importante reconhecer que estes têm crescido a um ritmo superior ao crescimento económico, e acerca do qual se podem apontar alguns factores conducentes a este aumento das despesas em saúde, nomeadamente os factores demográficos e do envelhecimento, pressão de natureza tecnológica e desenvolvimento da medicina, indução da procura, crescimento económico e o aumento dos recursos de cuidados de saúde (CASTILHO, A; 2008; SIMÕES, J.; 2007).

Em suma, e como forma de aferir o peso específico do sector público no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, importa registar dois factos – a despesa corrente pública diminui significativamente desde 2011 e a despesa corrente privada assume uma tendência contrária. De acordo com os dados disponibilizados pelo *INE*, durante os anos de 2011 e 2012 a despesa corrente em saúde diminuiu a um ritmo muito superior ao do *PIB*, invertendo a tendência de crescimento registada anteriormente. Por seu turno, a despesa corrente privada apresentou uma taxa de crescimento médio anual de 2,7% entre 2007 e 2012. No mesmo período, a despesa corrente pública decresceu, em média, 1,6%. Assim, pode concluir-se que a despesa pública em saúde tem vindo a acentuar a sua perda de importância relativa face à despesa corrente privada, atingindo no final do ano de 2012 os 62,6% da despesa corrente total (INE; 2012).

Pode deste modo concluir-se que o Estado continua a ser responsável pela maioria das despesas registadas em saúde, seja em matéria da operacionalização do *SNS* e/ou dos subsistemas de saúde, mas tem vindo a perder alguma significância estatística face às despesas correntes privadas em virtude do aumento das taxas moderadoras, das diminuições de comparticipações em medicamentos e do menor investimento público na gestão dos equipamentos e organização dos cuidados de saúde.

2.2.5 Orientações regulamentares e estratégicas do Sistema de Saúde

Qualquer sistema de saúde assenta o seu regular funcionamento, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, num quadro estável e participado de princípios e valores, que em parte derivam dos pressupostos constitucionais pelos quais o mesmo se regula, mas por outro lado em função de um conjunto de estratégias e planos de acção inscritos num conjunto de documentos orientadores e que visam a execução das políticas de saúde. Como exemplo destas premissas, podem destacar-se o Plano Nacional de Saúde e a Carta de Direitos de Acesso ao Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde define as linhas gerais de actuação das políticas de saúde e constitui o instrumento de execução do planeamento em saúde, enquadrador dos seus objectivos principais, aplicando planos e estratégias com vista à melhoria e recuperação da saúde de indivíduos e populações em Portugal. Assim, o Plano Nacional de Saúde estabelece metas, indicadores e programas prioritários que visem a sua operacionalização e desenvolvimento. De acordo com este documento, constitui objectivo principal do mesmo “*a maximização dos ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e a utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis*” (DGS – PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012/2016).

Por outro lado, a Carta dos Direitos de Acesso, e enfatizando os princípios da equidade e do acesso da matriz fundacional do SNS, tem por missiva enunciar um conjunto de premissas que visem salvaguardar os direitos de acesso dos utentes aos cuidados de saúde no âmbito do SNS.

2.3 EQUIDADE EM SAÚDE E NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A saúde constitui uma aspiração universal e necessidade humana básica. O desenvolvimento social pode ser avaliado através da saúde da sua população, como os recursos alocados ao sector se encontram distribuídos, ou ainda, pelo grau de protecção social destinada aos grupos do espectro social mais desfavorecido (BRAVEMAN, P.; 2006; CULYER, A. J.; WAGSTAFF, A.; 1993; MARMOT; M., 2007). Assim, a equidade nos cuidados de saúde constitui um eixo central para esta premissa, assim como um objectivo imprescindível e transversal a qualquer sistema de saúde (GODDARD; M.; SMITH, P.; 2001; MARMOT; M.; 2008; WATERS; H. R.; 2000).

2.3.1 Definição de conceitos

Do ponto de vista histórico, o termo equidade em saúde encontra a sua primeira referência na década de oitenta, com a avaliação às desigualdades no serviço de saúde inglês (BLACK, D.; 1980). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010) e Marmot (2008), entende-se **equidade em saúde** como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos. Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. O acesso aos cuidados de saúde consiste numa dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado. As desigualdades em saúde remetem para a

existência de diferenças no estado de saúde e nos respectivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam. Outras classificam-se como desnecessárias e evitáveis, potenciando injustiças relativas, socialmente concebidas e mantidas, e que traduzem efectivas iniquidades em saúde, pelo que se torna, pelo menos do ponto de vista ético e social, tomar medidas que as permitam atenuar ou eliminar.

Por equidade pode entender-se a distribuição justa de determinado atributo populacional. O conceito de equidade não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes usados como sinónimos. Quando se define equidade na prestação de cuidados de saúde em termos de igualdade, o conceito envolve duas dimensões importantes: a **equidade horizontal** - tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual; e **equidade vertical** - tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas. Por outro lado, a equidade tem a ver com justiça, tem uma dimensão ética relacionada com a redistribuição de algo de acordo com as necessidades referentes a esse algo, é um conceito relativo. Ao invés da igualdade, que se traduz por um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética, e que compara níveis de saúde, de recursos, de acesso, por exemplo, entre indivíduos e comunidades, independentemente de critérios associados às necessidades desses indivíduos ou comunidades. Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem iniquidade (PEREIRA, J.; 1992)

Em suma, pode concluir-se que persiste a falta de um consenso em torno do significado do conceito de “*equidade*”, quer no âmbito da economia da saúde, quer noutra domínio mais abrangente. Deste modo, importa, ao nível da revisão da literatura, situar esta heterogeneidade de definições num enquadramento histórico, político, social e económico mais preciso e que as tornem mais fidedignas.

2.3.2 Equidade e Igualdade

A equidade e os quadros conceptuais onde esta se insere têm sido discutidos por diversas correntes do pensamento e estudados em diversos ramos da ciência. Trata-se de um conceito complexo, de abordagem heterogénea e multidisciplinar, não sendo consensual a sua definição. Ocorre que ao nível da literatura, encontram-se muitas vezes as noções de equidade e igualdade, sendo necessária a sua distinção.

A igualdade remete para um domínio mais redutor e objectivo no que concerne à distribuição de bens ou recursos entre os indivíduos, ao passo que a equidade transporta em si

um conceito subjacente de moral, contendo inclusivamente um determinado vínculo subjectivo associado à ideia de justiça (SEN, A.; 2002; LE GRAND, J.; 1987).

Ainda assim, é possível sistematizar a abordagem em torno do conceito de equidade em função das abordagens clássicas ao mesmo. Segundo estas, a saúde consiste num produto complexo e multifactorial, indispensável à concretização dos objectivos pessoais dos indivíduos, pelo que enquadrado numa sociedade onde a escassez de recursos é uma evidência efectiva, a sua distribuição em função das necessidades deve ser orientada por padrões de justiça na sua distribuição (BARROS, P.P.; 2007; BRAVEMAN, P; GRUSKIN, S.; 2003).

2.3.3 Conceitos clássicos e modernos de equidade

Assim, é lógico que, e não existindo uma definição consensual de equidade em saúde, seja particularmente útil ensaiar um exercício de análise em função das diversas conceptualizações clássicas e modernas que o domínio da equidade encerra em si mesmo. De acordo com Pereira (1989), podemos compartimentar as diversas definições entre abordagens clássicas e abordagens modernas (PEREIRA, J.; 1989).

De entre as abordagens clássicas, sobressai numa primeira análise a **igualdade** (*equality*), a qual foi assumida como uma perspectiva de equidade. O objectivo de cada indivíduo com a mesma necessidade de cuidados de saúde dever receber o mesmo tratamento é atractivo. Isto resulta, em grande parte, da sua implicação principal: que a distribuição de cuidados de saúde deva ser independente da distribuição do rendimento, riqueza ou qualquer outra forma de poder económico ou político. Com efeito, pode considerar-se como injusto se dois indivíduos com a mesma doença um receba melhor tratamento do que o outro, simplesmente porque é economicamente mais favorecido, tem um melhor nível educacional ou tem conhecimentos mais influentes. No entanto, existem na prática dificuldades óbvias na interpretação desta concepção. O que é que se entende por tratamento? O que se entende por necessidade? Estas questões, pese embora a sua relevância, não são centrais para esta discussão. Em vez disso, pretende levantar-se a questão se o igual tratamento para igual necessidade, seja como for definido, será sempre consistente com a equidade; se tratamento desigual para igual necessidade poderá, por vezes, promover a equidade e vice-versa (PEREIRA, J.; 1990)

A igualdade pode ser percebida mediante duas perspectivas: igualdade de recursos ou igualdade de bem-estar (DWORKIN, E.; 1981). A igualdade de recursos implica que a distribuição dos mesmos seja processada de modo a que todos os indivíduos tenham um conjunto de bens o mais igualitários entre si. Por outro lado, a igualdade de bem-estar assume

que a distribuição de recursos será otimizada de modo a que os indivíduos possuam um nível de bem-estar o mais idêntico entre si, não sendo obrigatório que estes possuam o mesmo conjunto de recursos. Em suma, na primeira visão o foco está centrado ao nível dos recursos, ao passo que na segunda abordagem centra-se a visão ao nível dos resultados, sendo o critério para ambos a equalização, ou num sentido mais lato, a harmonização.

A igualdade de acesso pode ser definida como o requisito de que os indivíduos enfremem os mesmos custos pessoais de receber tratamento médico. A igualdade de acesso e a igualdade de tratamento para igual necessidade são frequentemente confundidos embora sejam diferentes (MOONEY; G.; *et al.*; 1991). O acesso ao tratamento é um fenómeno do lado da oferta, enquanto a quantidade de tratamento recebido, efectivamente, depende da interacção entre a oferta e a procura. A igualdade de acesso, contudo, apresenta tal como a igualdade de tratamento para igual necessidade o problema da interpretação prática: como se deverá medir o “*custo pessoal*”? (LE GRAND, J.; 1989; PEREIRA, J.; 1993). A questão fundamental prende-se com a equidade, ou a igualdade de acesso, como objectivo das políticas de saúde (LE GRAND, J.; 1989)

Esta definição consiste no referencial teórico a ser utilizado na análise e discussão dos resultados deste trabalho, isto é, compreender em que medida são disponibilizados os mesmos recursos para uma situação ou necessidade idêntica. Trata-se da abordagem conceptual que reúne maior consenso, em função igualmente do que se pretende aferir com este estudo de natureza académica.

Uma outra abordagem, **distribuição de acordo com os “direitos”** (*Entitlement*), rejeita em absoluto as teorias da igualdade. O foco principal desta abordagem incide no facto de o indivíduo ter o direito ao que possui, desde que adquirido de forma lícita. Assim, rejeita-se a redistribuição de recursos, conferindo inclusivamente uma determinada sensação de injustiça moral e ética. Seguindo um ângulo de análise mais pragmático, pode concluir-se que esta teoria falha ao não admitir que indivíduos mais vulneráveis ou menos capacitados não devem beneficiar de uma protecção adicional em matéria de promoção da saúde (PEREIRA, J.; 1989).

A teoria do “**Mínimo Decente**” estipula que deve existir um padrão mínimo em termos de segurança, abaixo do qual a sociedade não deverá permitir que os indivíduos caiam. Alguns teóricos liberais sugerem este conceito, sendo possível de ser aplicado em sistemas de saúde que visem a cobertura geral e universal. No entanto, torna-se quase que impraticável dada a dificuldade em definir o tal “*mínimo de saúde*”, da mesma forma que seria praticamente impossível determinar o número de anos que será razoável para uma pessoa viver, ou a quantidade e natureza de cuidados de saúde a que se deve ter acesso (PEREIRA, J.; 1989).

O **utilitarismo** como corrente relativa ao conceito de equidade deve ser interpretada como um princípio decisor que requer recursos para serem distribuídos por forma a aumentar o somatório do bem-estar individual ou das utilidades, e maximizando a utilidade agregada (LE GRAND, 1989) Aplicando à saúde ou aos cuidados de saúde, uma distribuição será considerada como equitativa se for o resultado de um processo de maximização da utilidade agregada. No entanto, o utilitarismo não se preocupa em fornecer definições de equidade ou regras de qualquer tipo para a distribuição de recursos. Seja qual for a distribuição que deriva da aplicação de princípios de utilitarismo, constitui apenas um produto secundário da maximização do somatório das utilidades individuais, não sendo o resultado de uma aplicação conscienciosa de uma noção de equidade ou de justiça entre indivíduos (LE GRAND, J.; 1989; PEREIRA, J.; 1993)

O princípio do **Maximin de Rawls**, por ele designado como “*princípio da diferença*” é o de que “*as desigualdades sociais e económicas devem ser ultrapassadas de forma que sejam tanto para o benefício dos menos favorecidos e ligadas a posições abertas a todas as condições de justa igualdade de oportunidades*”. Aplicando estas premissas à área da saúde, depreende-se que a desigualdade em saúde ou em cuidados de saúde se possa justificar apenas se essa desigualdade funcionar em prol dos menos favorecidos, isto é, uma distribuição equitativa de saúde ou cuidados de saúde é aquela que potencia o bem-estar dos que menos possuem ou carecem de cuidados de saúde (LE GRAND, J.; 1989; RAWLS, J.; 1972).

A abordagem **Envy-Free** assume que uma distribuição é equitativa se cada pessoa não estiver disposta a ter o mesmo consumo de recursos de qualquer outra. Esta teoria surge na base dos problemas metodológicos relacionados com o utilitarismo e a teoria de *Rawls*, conduzindo à necessidade de reformular as bases conceptuais para actuar sobre a problemática da equidade. Em termos práticos, esta teoria, também conhecida pelo critério da “*não-inveja*”, pressupõe que uma determinada distribuição é equitativa se cada indivíduo não invejar o conjunto de recursos detido por outros. Contudo, esta teoria de equidade não leva em consideração necessidades distintas ou diferenças acentuadas ao nível do estado de saúde dos indivíduos, tal como contém em si mesma uma subjectividade que torna complexo de ser justificada a sua implementação (PEREIRA, J.; 1993).

Tendo por base as discrepâncias metodológicas e critérios de aplicabilidade destas abordagens mais tradicionais de equidade, foram desenvolvidas outras abordagens teóricas especificamente dirigidas ao sector da saúde – a equidade como escolha e a maximização da saúde (LE GRAND, J.; 1987; PEREIRA, J.; 1989).

A teoria da **equidade como escolha** tem por princípio base a dependência ou não de factores externos para gerar situações de iniquidade, isto é, quando uma doença resulta de

factores externos a mesma deve ser considerada como iniquidade, caso contrário, e a mesma dependa de factores controláveis então considera-se dentro de um padrão de equidade (LE GRAND, J.; 1987). Esta conceptualização introduz variáveis que extravasam o domínio do indivíduo, introduzindo assim factores externos, ou seja, determinantes de saúde.

Por outro lado, surge a teoria da **maximização da saúde**, defendendo que uma distribuição apenas será equitativa caso consiga maximizar o potencial de saúde da comunidade (PEREIRA, J.; 1989). De acordo com esta definição, estão subjacentes princípios de justiça social, o que efectivamente contribui para a redistribuição de recursos de forma a potenciar o estado de saúde geral na comunidade (PEREIRA, J.; 1989; PEREIRA, J.; 1993; LE GRAND, J.; 1987).

Tendo em conta estes considerandos, torna-se pertinente, do ponto de vista conceptual, clarificar o conceito de equidade, as suas várias dimensões e a representação que pode assumir no âmbito deste trabalho. Assim, uma ideia central e condutora do percurso de investigação é a de que a equidade no acesso e utilização de cuidados de saúde é fundamental para a obtenção de equidade em saúde.

A utilização dos cuidados de saúde constitui um dos principais determinantes do estado de saúde das populações, pelo que as iniquidades na prestação de cuidados podem reflectir-se em iniquidades no estado de saúde (DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.; 2006).

Existe uma multiplicidade de definições em torno do conceito “*equidade*”, existindo inclusivamente pouca uniformidade quanto à forma de se medir a equidade. Por outro lado, consensualizou-se que esta consiste num princípio básico de qualquer sistema de saúde, estando consagrada ao nível do enquadramento legal português, pelo que é identificada como sendo uma dimensão relevante ao nível da qualidade dos cuidados de saúde (CLARK, 2007; GIRALDES, M. R.; 2001; GIRALDES, M. R.; 2005).

Pese embora a equidade constitua um primado essencial da política de saúde da maioria dos países e deva assumir-se como um princípio norteador da aplicação dessas mesmas políticas, com monitorização permanente, existe alguma variação ao nível do quadro conceptual deste atributo em termos dos diferentes sistemas de saúde. A avaliação das implicações dos valores da equidade em matéria de políticas de saúde deve ser feita com base na interpretação do seu significado mas sem negligenciar o enquadramento legal e normativo que suporta o sistema de saúde.

2.3.4 Equidade em Cuidados de Saúde

Conforme foi possível abordar no capítulo anterior, nomeadamente em termos do conceito de equidade como igual tratamento para igual necessidade, torna-se particularmente oportuno dedicar alguma reflexão à questão das potenciais fontes de iniquidade na utilização de cuidados de saúde. Numa primeira fase será discutida genericamente a questão da equidade em cuidados de saúde em termos da evidência científica disponível ao nível internacional, seguidamente centrar-se-á a abordagem no plano nacional por parte da população em geral e da forma como é processada a utilização dos cuidados de saúde em geral. Posteriormente, torna-se pertinente apontar o foco da discussão à utilização de cuidados de saúde pela população idosa, ou seja, procurar encontrar diferenças significativas no que concerne à evidência científica disponível e aquilo que torna este conceito de equidade específica numa área distintiva das restantes situações de acesso a cuidados de saúde.

2.3.4.1 Evidência científica no plano internacional

Os cuidados de saúde primários constituem uma primeira linha de actuação de qualquer sistema de saúde. Deste modo, e por forma a avaliar o acesso a este nível de cuidados, foi desenvolvida uma análise de equidade com factores demográficos, rendimento, estado de saúde e cobertura de seguro de saúde. Os resultados mais relevantes mostram que ao nível dos médicos de família e cuidados de enfermagem não se observam disparidades significativas, sendo estes equitativos para a generalidade da população, quando comparados com outras especialidades clínicas (FERRER, R. L.; 2007).

Uma das principais conclusões desta avaliação consiste no reforço do papel que os cuidados de saúde primários, designadamente os médicos de família, assumem na assistência médica aos grupos social e economicamente menos favorecidos (FERRER, R. L.; 2007).

Por outro lado, a consulta de especialistas encontra-se altamente associada à educação, uma vez que se considera esta variável como indutora de estilos de vida saudáveis e como tendo um efeito positivo ao nível do estado geral de saúde (GRUBER, S.; KIESEL, M.; 2010). Os resultados deste estudo sugerem a existência de algumas iniquidades quanto às consultas de especialidade, nomeadamente em desfavor dos trabalhadores por conta própria, dadas as condicionantes da sua situação profissional, e revelam ainda que os homens recorrem a este nível de cuidados de saúde de acordo com factores predisponentes ou facilitadores, ao passo que nas mulheres as variáveis sociodemográficas apresentam menor grau de influência na utilização de cuidados de saúde (GRUBER, S.; KIESEL, M.; 2010).

Ainda segundo a mesma fonte, denota-se a existência de um sistema de saúde bipolarizado e com iniquidades bem patentes, uma vez que providencia cuidados de saúde primários aos beneficiários da cobertura pública e cuidados de saúde mais especializados aos utilizadores de unidades de saúde privadas (GRUBER, S.; KIESEL, M.; 2010). Outras iniquidades podem ser referidas, tais como por exemplo a observação de um gradiente educacional transversal ao sistema de saúde alemão e que correlaciona uma maior utilização de cuidados de saúde com habilitações literárias superiores; ou ainda a associação entre consultas de clínica geral com áreas mais rurais e um maior grau de diferenciação de cuidados de saúde em zonas mais urbanas (GRUBER, S.; KIESEL, M.; 2010).

Relativamente aos seguros de saúde, públicos ou privados, estes desempenham um forte valor preditivo no que diz respeito ao tempo de espera por consultas, e por conseguinte na equidade no acesso a cuidados de saúde. Um estudo acerca da utilização de cuidados de saúde na Alemanha revelou que os indivíduos com seguro de saúde público esperavam, em média, três vezes mais por uma consulta de especialidade do que os utentes de uma seguradora privada (LUNGEN, M.; *et al.*; 2008).

No caso do sistema de saúde britânico, foram investigadas potenciais iniquidades socioeconómicas no acesso a consultas de clínica geral, consultas de ambulatório, episódios diários e estadias de internamento. Assim, foram identificadas algumas fontes de iniquidade na utilização dos cuidados de saúde supracitados, designadamente no que respeita ao rendimento, etnia, estatuto profissional e educação. Os indivíduos com menor instrução e/ou pertencentes a minorias étnicas apresentam um menor índice de utilização de cuidados hospitalares, pese embora observem taxas de utilização superiores ao nível dos cuidados de saúde primários (MORRIS, S.; SUTTON, M.; GRAVELLE, H.; 2008). Estes resultados são ainda corroborados pelo estudo da equidade horizontal a nível europeu, que sublinha existir uma iniquidade a favor das classes economicamente mais favorecidas ao nível dos cuidados hospitalares ou especialistas, e uma iniquidade que favorece os indivíduos mais desfavorecidos ao nível das consultas de clínica geral (BAGO D'UVA, T.; 2007). Ainda neste estudo foi salientado o facto de, analogamente à iniquidade revelada a favor dos mais ricos no acesso a consultas de especialidade, também ser possível observar uma iniquidade semelhante ao nível dos indivíduos que apresentam um maior crescimento ao nível dos seus rendimentos (BAGO D'UVA, T.; 2007).

Numa outra dimensão, e que releva a importância social e económica das políticas públicas de saúde, encontra-se a questão do enquadramento social, cultural e político do próprio país. De acordo com Espelt (2008), a opção política e ideológica de um determinado estado pode implicar, a médio-longo prazo, alterações no mercado de trabalho e nas políticas sociais e, conseqüentemente, induzir efeitos no âmbito das iniquidades e principais indicadores de saúde. Assim, e comparando as iniquidades em saúde registadas em três tipologias de

regime – social-democracia, democracias cristãs ou democracias recentes – pode aferir-se uma maior distinção das mesmas ao nível das mulheres nas democracias mais recentes. As iniquidades são deste modo mais marcadas ao nível das habilitações literárias quando comparadas com as restantes dimensões sociais (ESPELT, A.; *et al.*; 2008). Poucos são os estudos que se ocupam em enquadrar as características políticas na análise às iniquidades em saúde, porém pode ainda destacar-se que as mesmas são mais evidentes na auto-percepção do estado de saúde do que nos indicadores de cuidados de longa-duração, assim como uma maior significância nos indivíduos do sexo feminino (ESPELT, A.; *et al.*; 2008).

Em forma de síntese, pode concluir-se, com base nos principais estudos internacionais neste domínio, que relativamente à utilização de consultas existe uma maior necessidade concentrada junto da população com menores recursos económicos, porém, quando efectuado um ajustamento pela necessidade, observa-se um padrão de iniquidade horizontal que favorece os indivíduos com maior rendimento na maior parte dos países, quer em termos de probabilidade de ter uma consulta, quer inclusivamente no número médio de consultas. Este padrão é particularmente elevado, entre outros, em Portugal. (VAN DOORSLAER, E.; *et al.*; 2000). Mais a mais, se feita a análise em função da natureza dos cuidados de saúde obtidos, observa-se um padrão distinto entre consultas de clínica geral, que tende a favorecer os indivíduos mais pobres, e as consultas médicas de especialidade, que favorecem os indivíduos com maiores rendimentos. Uma vez mais, verifica-se um padrão acentuado de iniquidade horizontal neste âmbito em Portugal (VAN DOORSLAER, E.; *et al.*; 2000; 2006). Apesar de não existir um consenso claro relativamente ao padrão de iniquidade ao nível dos países estudados, é óbvio que estes padrões derivam, em parte, das próprias características de cada sistema de saúde.

Num estudo que se debruçava sobre a utilização de cuidados de saúde em países em via de desenvolvimento, foram corroboradas conclusões produzidas por estudos anteriores, ou seja, as classes com maiores rendimentos registam uma utilização superior de recursos de saúde, apresentando inclusivamente maiores despesas em saúde (MAKINEN, M.; *et al.*; 2000).

Uma outra análise do espectro internacional relativamente à utilização de serviços de saúde em 19 países da OCDE, revela uma iniquidade horizontal idêntica relativamente às consultas médicas. Após ajustamento pela necessidade de cuidados de saúde, os indivíduos com maiores rendimentos apresentam maior probabilidade em ter consultas médicas, sobretudo ao nível das especialidades médicas. Porém, se centramos a análise ao nível dos CSP o cenário altera-se, sendo que na maioria dos países analisados, para o mesmo nível de necessidade, os indivíduos de menor rendimento apresentam probabilidade semelhante em ter consultas de clínica geral, fazendo inclusivamente uma utilização mais frequente das mesmas (DEVAUX, M.; DE LOOPER, M.; 2012). Adicionalmente, esta mesma publicação observa outros padrões de iniquidade, nomeadamente no campo da medicina dentária e algumas

técnicas de diagnóstico (DEVAUX, M.; DE LOOPER, M.; 2012). Assim, são múltiplas as comparações internacionais aos diversos sistemas de saúde que vêm sublinhar a ideia de iniquidades persistentes na utilização dos serviços de saúde, com especial enfoque ao nível das especialidades médicas e da medicina dentária derivadas do rendimento (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004), mas igualmente padrões de iniquidade resultantes do nível educacional (OR, Z.; JUSOT, F.; YILMAZ, E.; 2008). No que respeita às consultas de clínica geral, no âmbito dos *CSP*, não existe um consenso mas são diversos os autores a apontar no sentido de iniquidades que tendem a favorecer os indivíduos de menor rendimento na utilização deste género de cuidados (BAGO D'UVA, T.; *et al.*; 2008).

2.3.4.2 Equidade no acesso a cuidados de saúde em Portugal

A maioria dos estudos que se ocupam do sistema de saúde em Portugal observa a existência de factores, para além da condição clínica intrínseca dos doentes, que determinam a utilização de cuidados de saúde, evidenciando a existência de iniquidades a favor dos grupos com rendimentos superiores (PEREIRA, J.; 2002; LOURENÇO, O.; *et al.*; 2007; PEREIRA, J.; LOPES, S.; 2006). Esta tendência é corroborada pelo estudo realizado pela *OCDE*, e que permite contextualizar o desempenho de Portugal com outros 21 países, revelando um dos índices de iniquidade mais elevados (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Assim, e como metodologia de abordagem às iniquidades socioeconómicas e geográficas no acesso aos cuidados de saúde, optou-se pela sistematização de evidência científica nos diferentes sectores de actuação: cuidados de saúde primários, cuidados de saúde secundários ou hospitalares e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Cuidados de Saúde Primários

A relevância deste nível de cuidados traduz-se pela importância que os mesmos assumem no acompanhamento do doente ao nível dos cuidados primários e posteriormente por uma eventual referência para um nível de cuidados mais especializados ou, inclusivamente, para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Em Portugal, a probabilidade de ter uma consulta de clínica geral continuava a apresentar um índice de iniquidade na prestação estatisticamente significativo, podendo ter ocorrido um agravamento a favor dos mais ricos ao longo do tempo, o que sugere que as iniquidades são maiores no acesso inicial à consulta (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004). Comparativamente com os restantes países europeus incluídos no estudo, Portugal é dos que apresenta uma maior iniquidade favorecendo os grupos de maior rendimento (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Um outro estudo, em que se procedia a uma análise longitudinal (1995-2001) da equidade na prestação de cuidados de saúde, apresentou índices de iniquidade favorecendo os grupos de maior rendimento para o número total de visitas aos médicos de clínica geral, padrão idêntico ao observado na Áustria e Finlândia, e que contraria os restantes países onde se observa um índice de iniquidade na prestação, que favorece os grupos de rendimento inferior (BAGO D'UVA, T.; JONES, A.; VAN DOORSLAER, E.; 2008). Estes resultados contrariam os alcançados num outro estudo, em que analisando as consultas de clínica geral, obtiveram um valor que favorecia os indivíduos de nível socioeconómico inferior, independentemente do indicador de morbilidade utilizado (PEREIRA, J.; LOPES, S; 2006). A influência da educação na utilização dos cuidados de saúde primários também foi estudada no espectro de países europeus. Os dados referentes a Portugal, após padronização para a necessidade, factores demográficos e local de residência, revelam uma iniquidade a favor dos indivíduos com nível de habilitações literárias mais elevado (OR, Z.; JUSOT, F.; YILMAZ, E.; 2008).

No estudo relativo a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária, através da utilização dos conceitos de curvas e índices de concentração de modo a calcular o índice de equidade horizontal, os resultados obtidos apontam para a existência de iniquidade nas consultas de clínica geral, visto discriminar a favor das classes de rendimentos mais elevados, isto apesar de os indivíduos com menores rendimentos apresentarem maior utilização. No entanto, deve ressaltar-se que apesar do maior consumo deste tipo de recursos, esta classe socioeconómica apresenta níveis de necessidade superiores aos de utilização (SIMÕES, A. P.; PAQUETE, A. T.; ARAÚJO, M.; 2008).

Em relação aos cuidados preventivos, como por exemplo a realização de rastreios oncológicos, as principais conclusões que foi possível obter seriam a de que os comportamentos e literacia em saúde constituem-se como factores preponderantes ao induzirem e potenciarem a percepção de benefício decorrente da utilização de cuidados preventivos (OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE; 2005).

Cuidados de Saúde Secundários

Antes de se introduzir outro género de referências no que concerne à literatura disponível sobre este tópico, é pertinente contextualizar que a referenciação para as consultas de especialidade é realizada pelos médicos de clínica geral no âmbito do SNS, ou por iniciativa do próprio indivíduo ao nível do sistema privado de prestação de cuidados de saúde, o que permite concluir que eventuais iniquidades recorrentes ao nível dos cuidados de saúde primários poderão condicionar a análise rigorosa da equidade de acesso e utilização dos cuidados de saúde secundários ou hospitalares.

Assim, e segundo o nível socioeconómico, para idêntico nível de necessidade clínica observa-se um padrão de iniquidade que favorece de modo significativo os grupos de maior rendimento (PEREIRA, J.; LOPES, S.; 2006; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, C.; JONES, A.; 2004; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.; VAN DOORSLAER, E.; 2008). Embora a maioria dos países da União Europeia e da OCDE apresentem, em traços gerais, iniquidades que favorecem os grupos com maiores rendimentos, em Portugal os valores são particularmente elevados (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004). A mesma fonte revela igualmente que o nível de iniquidade no número total de visitas é superior ao da probabilidade em ter pelo menos uma consulta médica, o que indicia que os padrões de iniquidade se agravam consoante a intensidade de utilização (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

No mesmo sentido, seguindo uma outra perspectiva metodológica e considerando que integram o sistema de saúde em Portugal prestadores públicos e privados, seria pertinente abordar a questão da equidade no acesso de acordo com a natureza pública, privada ou mista do prestador. Assim, foi desenvolvido um estudo com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999, tendo como princípio subjacente o conceito de equidade horizontal, em que foi estudado o acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. De forma implícita, pretende estudar-se o acesso no sector público através de consultas de clínica geral e do sector privado mediante consultas de medicina dentária. Também foi analisada a especialidade de cardiologia que apresenta um carácter misto entre público e privado. Os resultados obtidos neste estudo demonstram, em geral, uma iniquidade nos serviços de saúde favorável às classes de maior rendimento (SIMÕES, A. P.; PAQUETE, A. T.; ARAÚJO, M.; 2008).

No que diz respeito aos possíveis factores justificativos da iniquidade na utilização de consultas de especialidade, verifica-se que a desigualdade do ponto de vista do rendimento parece constituir o principal factor, e que apresenta em Portugal uma preponderância substancialmente mais elevada quando comparada com os restantes países europeus (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004). Em suma, as desigualdades existentes na distribuição do rendimento em Portugal condicionam a distribuição da utilização de cuidados mais diferenciados, o que pode eventualmente explicar-se pela possibilidade dos indivíduos com maior índice de rendimento ultrapassarem algumas das barreiras existentes à utilização deste tipo de cuidados, ou acederem mais frequentemente a cuidados de saúde privados (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Em parte, a questão do rendimento pode ter influência sobre vários domínios, isto é, o facto de os indivíduos possuírem maiores índices de literacia em saúde resultantes de habilitações literárias superiores e, por conseguinte, um maior grau de consciencialização face aos seus problemas de saúde. Também não devem ser subvalorizados factores como a

distância ao local de prestação de cuidados, o aumento das taxas moderadoras, a posse de transporte próprio, ou ainda a utilização de planos de saúde alternativos, seja sob a forma de um subsistema de saúde e/ou seguro de saúde privado.

Por outro lado, padronizando a utilização em função da necessidade, região e seguro de saúde, observou-se que as iniquidades na utilização dos cuidados especializados em Portugal variavam em função da existência de seguros ou da desigual distribuição geográfica de recursos de saúde especializados, não constituindo porém os únicos factores para as variações registadas (VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; PUFFER, F.; 2002).

No mesmo sentido, e de acordo com uma análise longitudinal da admissão aos cuidados hospitalares, verificou-se que em Portugal o rendimento tem um efeito positivo e estatisticamente significativo na probabilidade de ser admitido ao hospital, efeito esse que se manteve ao longo do período sob análise e sendo o país da União Europeia onde essa iniquidade é mais elevada (MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; VAN DOORSLAER, E.; 2004). Ainda relativamente ao internamento hospitalar, e tendo por base que o índice de iniquidade do número de dias de internamento é inferior ao índice de iniquidade da probabilidade de admissão, é sugestivo que a maior barreira ocorre precisamente ao nível do acesso (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

A disponibilidade generalizada de novos medicamentos e a sua utilização em território nacional tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos, o que indica uma maior acessibilidade a estas opções terapêuticas (PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT INFORMATION – PORTUGAL; 2008). Pese embora esta evolução, verificam-se determinadas desigualdades regionais na utilização de medicamentos que não parecem ser totalmente atribuíveis a diferenças em termos de morbilidade (PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT INFORMATION – PORTUGAL; 2008; FURTADO, C.; PINTO, M.; 2006; CORTEZ-DIAS, N.; MARTINS, S.; BELO, A.; 2009).

De acordo com um estudo acerca da equidade no sector do medicamento com base numa análise empírica ao sistema de saúde português utilizando dados do INS 2005/2006, observou-se que, perante as mesmas necessidades, o sistema de prestação tende a favorecer os indivíduos de nível socioeconómico superior, tanto em termos da utilização como da distribuição de recursos do estado com medicamento (FURTADO, C.; 2013). Segundo a mesma fonte, conclui-se igualmente que o rendimento e nível educacional são atributos individuais que estão associados à iniquidade na utilização de medicamentos (FURTADO, C.; 2013).

Relativamente aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e com base no Inquérito Nacional de Saúde, foi analisada a equidade na sua prestação, designadamente a utilização de análises clínicas, radiografias e electrocardiogramas. Os índices de iniquidade observados favorecem as classes de maior rendimento para estes meios, sendo essa mesma iniquidade mais acentuada ao nível da realização de electrocardiogramas, independentemente do indicador de morbilidade (LOPES, S.; 2004; PEREIRA, J.; LOPES, S.; 2006). Num estudo recente, centrado nas diferenças de utilização por género no acesso a meios de terapêutica em doenças cardiovasculares, inferiu-se que os homens apresentam um acesso mais facilitado perante situações de idêntica necessidade (PERELMAN, J.; MATEUS, C.; FERNANDES, A.; 2010).

Em resumo, e tendo por base os estudos já efectuados sobre a avaliação empírica do princípio da equidade no acesso e utilização de cuidados de saúde no sistema de saúde português, conclui-se que, na sua maioria, existe iniquidade que favorece os indivíduos com maior rendimento (PEREIRA, J.; 1995; 1992; LOPES, S.; 2004; PEREIRA, J.; LOPES, S.; 2006; PEREIRA, J.; PINTO, C.G.; 1993; SIMÕES, A.; PAQUETE, A.; ARAUJO, M.; 2008; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E.; 2009; VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; JONES, A.M.; 2004; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; 2006). Todavia, registam-se algumas diferenças consoante a natureza dos cuidados de saúde em estudo. No caso das consultas de clínica geral não se pode afirmar que exista um padrão de iniquidade na utilização, uma vez que os resultados diferem entre si, embora remetendo para uma distribuição de cariz equitativo (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; LOPES, S.; 2004; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E.; 2009). Por outro lado, relativamente às consultas de especialidade, os resultados apontam no sentido de um padrão evidente de iniquidade a favor dos indivíduos com nível socioeconómico superior, sendo inclusivamente dos índices de iniquidade mais elevados de entre os países abrangidos ao nível das diversas comparações internacionais (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; LOPES, S.; 2004; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E.; 2009; VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; JONES, A.M.; 2004; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; 2006). Assim, o fenómeno da equidade na prestação de cuidados de saúde é particularmente relevante no âmbito das políticas de saúde, uma vez que a utilização dos serviços de saúde constitui um dos determinantes do estado de saúde das populações e por conseguinte as iniquidades na prestação de cuidados de saúde podem ter impacto no estado de saúde das populações (MARMOT, M.; *et al.*; 2008).

Relativamente à equidade horizontal na utilização de cuidados médicos, Portugal tem sido sinalizado ao nível de inúmeros estudos internacionais recentes acerca da iniquidade na utilização de cuidados de saúde (BAGO D'UVA *et al.*; 2009; VAN DOORSLAER *et al.* 2004; VAN DOORSLAER *et al.*; 2006). De entre esses estudos realça-se que, em geral, a distribuição do número total de consultas é equitativa com as excepções, entre outros, de Portugal (VAN

DOORSLAER, et al.; 2006). Segundo o mesmo estudo, contribuem para este diagnóstico o elevado nível de desigualdade no número de consultas com médicos de especialidade, assim como uma iniquidade na distribuição dos cuidados de saúde primários a favor dos mais ricos, contrariando assim uma certa tendência dos restantes países europeus (VAN DOORSLAER, *et al.*; 2006). Numa análise com maior detalhe a este padrão de iniquidade horizontal nas consultas de especialidade, verifica-se que, no caso específico de Portugal, factores como o rendimento dos indivíduos, a região e grau de urbanização da área de residência contribuem de modo significativo para esta iniquidade a favor dos mais ricos (VAN DOORSLAER, *et al.*; 2006). De acordo com o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS (2012), no que respeita a desigualdades socioeconómicas, observa-se um determinado impacto no acesso, designadamente no melhor acesso a consultas de especialidade, como por exemplo medicina dentária e cardiologia, nos grupos de nível socioeconómico e índices de escolaridades mais elevados.

Em todo o caso, existem outras vias para que se possa aferir da efectiva equidade na utilização de cuidados de saúde, como por exemplo, a distribuição geográfica de recursos hospitalares. Segundo Santana (1999), a acessibilidade geográfica influencia a utilização de cuidados médicos, e tende a ser mais deficitária em regiões com baixos níveis socioeconómicos associados (SANTANA, P.; 1993), o que surge na sequência lógica do postulado anterior, ou seja, a forte influência gerada pela região e grau de urbanização da área de residência para potenciais iniquidades no acesso a cuidados de saúde (VAN DOORSLAER, *et al.*; 2006).

Assim, e tendo por base as diferentes necessidades de cuidados em diferentes distritos, por sua vez definidas em função da distribuição idade-sexo e de taxas de mortalidade estandardizadas, avaliou-se a distribuição de recursos. Foi então possível identificar iniquidades assinaláveis na distribuição de valências de cuidados hospitalares, favorecendo os aglomerados populacionais dos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, nomeadamente em termos de número de médicos e onde, por seu turno, as necessidades das populações eram inferiores (OLIVEIRA, M. D.; BEVAN, G.; 2003).

Em linha com estes resultados, surge uma outra investigação que se centrou na premissa de melhor compreender a distribuição geográfica dos recursos de saúde, designadamente ao nível do Serviço Nacional de Saúde e, conseqüentemente, constituir um indicador privilegiado do acesso e da equidade neste domínio específico (SANTOS, C.; 2012). Assim, este estudo baseou-se na construção e interpretação de índices de desigualdade frequentemente utilizados na literatura, como por exemplo o índice de Gini, o índice de dissimilaridade, o coeficiente de variação, a razão de taxas e a diferença de taxas com dados provenientes do INE e englobando os 308 concelhos de Portugal Continental e Regiões Autónomas. Desta forma, os resultados alcançados demonstram fortes assimetrias geográficas

na distribuição de recursos de saúde em Portugal e sugerem que o sistema de saúde se encontra ainda algo distante de alcançar o objectivo central a que se propõe – equidade no acesso a cuidados de saúde (SANTOS, C.; 2012). Conclui-se, portanto, que persistem elementos territoriais com elevada concentração de recursos, como são os casos dos concelhos urbanos e do litoral; e por outro lado, o estudo evidencia ainda uma acentuada falta de recursos nos concelhos mais rurais do interior do país (SANTOS, C.; 2012).

Em linha com estes considerandos, e tendo por base a definição de políticas de saúde promotoras do acesso no domínio da equidade em cuidados de saúde, concluiu-se que as desigualdades existentes devem ser tomadas em consideração num ensaio de uma proposta de metodologia de distribuição de recursos a nível regional baseada em episódios de morbilidade e num princípio de equidade de utilização e de satisfação do utente (GIRALDES, M.R.; 2001) O mesmo estudo sugere ainda que sejam introduzidos mecanismos que visem uma discriminação positiva direccionada às regiões Norte, do Alentejo e Algarve (GIRALDES, M. R.; 2001). Se por outro lado se extrapolar a análise do conceito de equidade no acesso, de acordo com os diferentes subsistemas de saúde, e segundo o INS 1995/96, pode concluir-se que não se verificam desigualdades regionais no SNS, pelo que pode falar-se em existência de equidade de acesso para a maioria da população do continente (GIRALDES, M. R.; 2002).

Surge ainda ao nível da literatura disponível, evidência científica que aponta para dificuldades adicionais no acesso aos serviços de saúde em concelhos onde se observa má cobertura viária e rede de transportes públicos ineficaz, o que vem reforçar a importância dos factores geográficos e de mobilidade relativamente à procura e utilização dos serviços de saúde (REMOALDO, P.; COSTA, M.; 2002).

Apesar de apenas se terem considerado variáveis de índole social, demográfica ou económica, deve igualmente considerar-se o factor género como potencial fonte de iniquidade na utilização de cuidados de saúde. Assim, um estudo acerca do tratamento de doenças cardiovasculares, e respectivo impacto ao nível da mortalidade, revelou desigualdade a favor dos doentes do sexo masculino em ambos os procedimentos considerados – cateterismo cardíaco e revascularização coronária (PERELMAN, J.; MATEUS, C.; FERNANDES, A.; 2010). Através de dados administrativos dos hospitais, o estudo revelou ainda que essas mesmas diferenças são mais elevadas antes do diagnóstico e que as mulheres apresentam maiores níveis de mortalidade durante o período de internamento para igual tratamento e condição clínica, pelo que as desigualdades de género registadas na detecção, referenciação e tratamento de doença cardiovascular em estadios precoces são fulcrais ao desenvolvimento da doença e posteriores resultados em saúde alcançados (PERELMAN, J.; MATEUS, C.; FERNANDES, A.; 2010).

Relativamente a indicadores mais específicos em termos de consultas de especialidade, foi realizado um estudo transversal exploratório-descritivo usando a base de dados do 4.º INS 2005/06. As desigualdades socioeconómicas nas doenças cardiovasculares, AVC e doença cardíaca isquémica, factores de risco [sedentarismo, hipertensão arterial (*HTA*), diabetes *mellitus* (*DM*), tabagismo, obesidade e sofrimento psicológico] e o número de consultas médicas, foram analisadas através dos valores do nível socioeconómico e dos índices e curvas de concentração. Assim, as doenças cardiovasculares, a doença cardíaca isquémica, o acidente vascular cerebral, a hipertensão arterial, a diabetes e a obesidade estão associados com níveis socioeconómicos mais baixos, o tabagismo está associado aos níveis socioeconómicos mais elevados, enquanto o sedentarismo, o número de consultas médicas e o sofrimento psicológico não apresentam associação significativa com o nível socioeconómico (RIBEIRO, S.; 2010). Estes resultados revelam a associação entre os estilos de vida, morbidade e nível socioeconómico e demonstram a necessidade de políticas de saúde mais abrangentes de acordo com as características sociais e económicas intrínsecas da população (RIBEIRO, S.; 2010).

Assim, e por forma a aferir da influência de factores como o sexo, a idade e a localização geográfica no acesso ao transplante renal, contribuindo para desigualdades de utilização, foi desenvolvida uma linha de investigação em torno deste tipo de procedimentos altamente diferenciados. Deste modo, as desigualdades encontradas no acesso ao transplante renal verificam-se entre o início do tratamento até à inscrição em lista activa para transplante, uma vez que após os doentes se encontrarem inscritos em lista activa, o tempo de espera médio não é influenciado significativamente pelo sexo, idade ou localização geográfica (OLIVEIRA, P.; 2011).

Também relativamente ao tempo de espera, e através de um estudo que visava comparar o gradiente socioeconómico e os tempos de espera para consultas médicas, surge a conclusão de que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas face às variáveis socioeconómicas, o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por outros factores, como a *ocupação* e a *região* de residência, existindo alguma iniquidade no acesso a cuidados de saúde públicos electivos (HENRIQUES, T.; 2012).

Uma avaliação do grau de equidade do sistema de saúde em Portugal revela que, mesmo considerando os ganhos de equidade alcançados após a introdução em 1979 do Serviço Nacional de Saúde – com melhorias significativas de cobertura e utilização de cuidados de saúde; os potenciais ganhos de equidade noutras dimensões são algo limitados, persistindo determinadas desigualdades, tais como por exemplo iniquidades significativas em termos de resultados em saúde associadas às características socioeconómicas da população (PEREIRA, J.; 1995; SANTANA, P.; 1993; GIRALDES, M. R.; 1998); a presença de vários elementos de iniquidade ao longo do sistema de financiamento de cuidados de saúde (PEREIRA, J.; 1990;

1993; 1995; 1996; VAN DOORSLAER, E.; *et al.* 1999); a distribuição não equitativa de recursos humanos e materiais que se traduz na falta de médicos em áreas remotas e excessiva concentração de médicos em Lisboa, Porto e Coimbra (GIRALDES, M. R. 1995); a acessibilidade regional que influencia a utilização de cuidados de saúde (SANTANA, P.; 1999); a má acessibilidade regional que se relaciona com baixos níveis socioeconómicos (SANTANA, P.; 1993); ou ainda a coexistência de diversos subsistemas, o que contribui para que cerca de 25% da população se encontre numa situação de dupla e tripla cobertura, o que lhes confere acesso privilegiado a cuidados de saúde públicos e privados (PINTO, C. G.; OLIVEIRA, M.; 2001). Em suma, pode concluir-se pela existência de iniquidades significativas na distribuição geográfica dos recursos de cuidados hospitalares em Portugal (OLIVEIRA, M.; BEVAN, G.; 2003).

A utilização dos serviços do sector privado apresenta desigualdades de género, regionais e socioeconómicas. (VILLAVERDE-CABRAL, M., SILVA, P.A.; 2009). Um estudo em que se compara o sector público de prestação de cuidados de saúde com o sector privado, através das consultas de clínica geral, consultas de cardiologia e consultas de medicina dentária, sugere a existência de um certo grau de iniquidade horizontal a favor dos indivíduos com maiores rendimentos em ambos os sectores (SIMOES, A.P.; PAQUETE, A.T.; ARAUJO, M.; 2006).

Relativamente ao financiamento, a situação também não constitui um ponto de concordância relativamente ao parâmetro de equidade, sendo considerada das mais injustas do espaço europeu, uma vez que sobrecarrega mais os indivíduos das classes socioeconómicas mais desfavorecidas, sendo apenas ultrapassada por países cujo sistema de saúde não cobre os indivíduos com maiores rendimentos e onde predominam os seguros privados de saúde (WAGSTAFF, *et al.*; 1999).

Torna-se consensual que a promoção da equidade no acesso aos cuidados médicos tem sido parte integrante dos objectivos da política de saúde desde que se assistiu à criação do SNS. De acordo com este objectivo imprescindível, e com o objectivo de avaliar a existência ou não de equidade na utilização de cuidados médicos através do número de consultas efectuadas num período de três meses, mediante dados provenientes do INS 1998/99, foi detectado um padrão geral de inibição de acesso a esses mesmos cuidados de saúde (LOURENÇO, O.; *et al.*; 2007). Assim, concluiu-se que, para o caso da população global, persistem factores não relacionados com o estado de saúde inibidores do acesso, sendo que no caso dos utilizadores ocasionais conclui-se pela ausência de equidade, enquanto na classe dos utilizadores recorrentes não se pode rejeitar a hipótese de equidade (LOURENÇO, O.; *et al.*; 2007).

Muitos têm sido os estudos relativamente aos cuidados de saúde, sendo porém focados essencialmente do lado da oferta, o que nem sempre reflecte o acesso e utilização dos mesmos, nem tão pouco a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados e prestados à população (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010). Algumas das potenciais barreiras no acesso aos cuidados de saúde em Portugal – disponibilidade, proximidade, qualidade, custo e aceitação - ocorrem em diferentes fases do processo de prestação de cuidados e estão relacionadas quer com características estruturais, tais como a oferta e proximidade dos serviços prestadores, quer com características do ponto de vista organizacional, como por exemplo dificuldades na marcação de consultas, tempos de espera ou referenciação (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Em Portugal, e ao longo das últimas décadas, vários indicadores apontam para que o sistema de saúde tenha registado uma evolução muito significativa que se traduziu em termos de equidade, sem contudo excluir que importa modificar a relação entre rendimento e cuidados de saúde, garantindo por esta via uma menor desigualdade na distribuição de rendimento (ROCHA, R.; 2010).

Apesar das inúmeras iniciativas em curso, note-se, contudo, que se mantém uma desigual distribuição de recursos humanos, dificuldades generalizadas no acesso à informação, barreiras à medicina familiar e na prestação de cuidados de saúde domiciliários e um recurso inadequado ao serviço de urgência, com prejuízo no acesso aos doentes que dele efectivamente necessitam, os problemas de acesso continuarão a ser uma realidade (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012/2016).

Por último, e como síntese final, pese embora sejam valorizados as evoluções recentes em termos dos principais indicadores de saúde, assim como os níveis de acesso a cuidados de saúde, ou ainda o quadro geral de políticas que têm vindo a ser desenvolvidas no sentido de dotar o sistema de saúde português de maior autonomia, eficiência e sustentabilidade, é importante sublinhar que as questões da equidade na utilização de cuidados de saúde continuam a representar uma importante fonte de preocupação em matéria de políticas de saúde. Assim, é possível aferir que os factos socioeconómicos, como por exemplo o rendimento ou os níveis de educação, ainda representam fortes pontos de iniquidade em cuidados de saúde, ao que também devem acrescer outros factores de índole mais específica como o género, a distribuição geográfica dos mais diversos recursos alocados à saúde, e inclusivamente a natureza dos cuidados de saúde, não reunindo um amplo consenso no que diz respeito à equidade de utilização.

2.3.4.3 Equidade no acesso a cuidados de saúde por parte de pessoas com mais de 65 anos

A temática do envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade pois, ao longo das últimas décadas, o mundo tem assistido ao aumento significativo do número de idosos, sendo isto motivado parcialmente pelo aumento da esperança média de vida. O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, manifestando-se de várias formas, passando pelo envelhecimento físico, psicológico e social. Isto irá afectar o funcionamento humano em diferentes áreas e contextos, repercutindo-se nas actividades diárias, nas relações interpessoais, na autonomia, na saúde física e mental, entre outras (FERNANDES, A.; 2005).

O envelhecimento, para além dos aspectos relacionados com alterações biológicas e psicológicas, é um processo determinado pela cultura e contexto social, pelo que é entendido como uma alteração de atitudes e mentalidades que resulta das interacções que se vão estabelecendo entre os diversos grupos etários e as suas condições de vida (FERNANDES, A.; 2005).

A literatura em torno das barreiras no acesso a cuidados de saúde encontra-se bem documentada ao nível da população em geral, porém, importa perceber com maior profundidade este fenómeno ao nível da população idosa, pois constitui um segmento populacional com determinadas especificidades, que representa percentualmente uma parte considerável da população e pelo facto de estar em parte subavaliado, o que por sua vez pode conduzir a uma situação de subavaliação em matéria de equidade na utilização de cuidados de saúde.

A medição das iniquidades socioeconómicas mediante a auto percepção do estado de saúde da população idosa em 8 países europeus revela, em traços gerais, que indivíduos com maior diferenciação e habilitações literárias são mais críticos na avaliação que fazem ao seu próprio estado de saúde (BAGO D'UVA, T.; O'DONNELL, V.; VAN DOORSLAER, E.; 2008). Este estudo, com dados provenientes do inquérito internacional *SHARE – Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* - evidencia a iniquidade que se observa a favor dos indivíduos europeus com maior escolaridade no que concerne à avaliação do seu estado de saúde, relevando a necessidade de considerar essas mesmas diferenças (BAGO D'UVA, T.; O'DONNELL, V.; VAN DOORSLAER, E.; 2008).

No geral, as barreiras psicológicas e físicas influenciam o acesso a cuidados de saúde no segmento da população idosa, podendo estes ser mais afectados em função das condições económicas do que a condição racial (FITZPATRICK, A.L.; *et al.*; 2004). Num estudo que visava avaliar a auto percepção do acesso a cuidados de saúde em beneficiários do sistema de

seguros *Medicare*, sugere-se serem fundamentalmente os factores financeiros, directos ou indirectos, os mais determinantes em termos do acesso, secundado por outros condicionalismos de índole sociodemográfica, tais como a raça, idade, género ou educação (FITZPATRICK, A.L.; *et al.*; 2004). Assim, e pese embora se tenha depreendido que o rendimento é o factor preditivo mais relevante em termos de auto percepção do acesso, outros aspectos como a cobertura do seguro de saúde por exemplo, estão directamente relacionados com os resultados obtidos (FITZPATRICK, A.L.; *et al.*; 2004).

A incidência deste género de estudo sobre a população idosa é relativamente pertinente, uma vez que existe evidência que estima que a pobreza aumenta com a idade, mesmo que não de forma significativa, o que correlacionado com o papel dos factores socioeconómicos na determinação de acesso a cuidados de saúde torna este ângulo de análise relevante para a linha de investigação. Também ao nível deste estrato populacional, a educação assume ser um factor determinante no estado socioeconómico, tal como as condições de habitação, a presença ou não de filhos adultos ou ainda a distribuição geográfica (VIGNOLI, D.; DE SANTIS, G.; 2010). Estes dados foram corroborados por um outro estudo que enfatiza a relevância do estatuto socioeconómico ao nível dos principais indicadores de saúde na população idosa em Espanha, Itália e Grécia, ressaltando igualmente a preponderância da variável educação em termos preditivos de riqueza e rendimento nesse segmento da população (TSIMBOS, C.; 2010).

Em termos de um sistema público de prestação de cuidados de saúde, importa atender aos factores mais relevantes que determinam a utilização dos mesmos cuidados. Assim, factores subjectivos como a necessidade de cuidados médicos, uma auto percepção do estado de saúde negativa ou ainda um baixo índice de escolaridade são factores importantes no que concerne a influência de utilização dos serviços de saúde (OLANO, C.F.; *et al.*; 2006).

São inúmeros os aspectos que podem determinar ou influenciar negativamente a utilização de cuidados de saúde, a ponto de gerar padrões de iniquidade entre os cidadãos idosos no acesso aos mesmos. A distância a percorrer até junto do serviço prestador de cuidados de saúde numa comunidade local com carácter predominantemente rural parece constituir-se como elemento de relevo em matéria de políticas de acesso aos cuidados de saúde (NEMET, G.F.; BAILEY, A.J.; 2000). O estudo de Bentley (2003) visava compreender as barreiras e catalisadores de consumo na perspectiva de uma população idosa de uma pequena comunidade e salientou aspectos mais particulares, e de natureza mais subjectiva, como por exemplo o receio do diagnóstico e respectivas implicações, a influência de familiares e amigos próximos, a idade avançada como explicação de causa-efeito para determinados problemas de saúde, a institucionalização de alguns membros ou ainda a atitude manifestada por parte dos profissionais de saúde, entre outros factores, assumem-se como eventuais explicações para as variações observadas no acesso e utilização de cuidados de saúde na comunidade (BENTLEY,

J.M.; 2003). A mesma fonte atribui ainda alguma justificação ao facto da implementação do *NHS (National Health Service)* ainda não ter sido consciencializada por parte da população idosa como um fenómeno democrático, de acesso geral e gratuito e que por esse motivo não é tão frequentemente exercido o direito de “*consumidor*” face aos serviços de saúde disponíveis (BENTLEY, J.M.; 2003).

Ainda relativamente ao sistema de saúde britânico, e tendo por base dados administrativos, foi analisada a equidade de utilização de consultas de clínica geral, internamento, ambulatório e medicina dentária na população idosa do Reino Unido. Os resultados apontam no sentido de existir um padrão de iniquidade horizontal favorecendo os indivíduos de rendimentos superiores, mesmo considerando que estes apresentam um melhor estado de saúde geral – problemas de saúde associados, estado de saúde auto-reportado e limitações de autonomia (ALLIN, S.; MASSERIA, C.; MOSSIALOS, E.; 2006).

Analisando esta questão sob um outro prisma, em países com economias emergentes como por exemplo a China, e em ambientes essencialmente urbanos, observa-se um padrão de iniquidade que desfavorece os indivíduos idosos com menores índices de escolaridade, rendimentos domésticos inferiores ou ainda com uma cobertura de seguro de saúde menos abrangente (LUO, J.; *et al.*; 2009). O mesmo estudo observa, adicionalmente, que as mulheres recorrem mais vezes aos cuidados de saúde, tendo porém menos custos associados assim como tempo dispensado na prestação desses mesmos cuidados quando comparadas com a população idosa masculina (LUO, J.; 2009). Também na Índia e no Brasil, o acelerado crescimento da população idosa e o processo de envelhecimento coloca uma pressão adicional sobre o sistema de saúde, constituindo-se como um desafio ao qual importa dar uma resposta adequada e eficiente. Assim, e com o propósito de estudar a prestação de cuidados de saúde e a duração dos mesmos em dois países de dimensão assinalável e com sistemas de saúde distintos, foram analisadas as iniquidades no acesso à prestação de cuidados de saúde através de bases de dados nacionais (CHANNON, A. A.; *et al.*; 2012). Os resultados apontam para um padrão de iniquidade em ambos os países, que favorece os indivíduos com maior grau de escolarização e que apresentam seguro de saúde, sendo que os idosos com maior escolaridade apresentam uma duração superior de internamento no Brasil. No entanto, a situação brasileira contraria grande parte da literatura disponível, pois não existe evidência de iniquidade no acesso a cuidados de saúde em função do rendimento, o que provavelmente se pode dever à recente implementação de reformas no sector da saúde e que visavam promover, entre outros objectivos, a equidade na utilização de cuidados de saúde entre os idosos (CHANNON, A. A.; *et al.*; 2012).

Na Europa, e observando a utilização de cuidados de saúde primários pela população idosa em Espanha com o objectivo de estudar a equidade horizontal na prestação deste nível de cuidados e a identificação de factores de iniquidade, os resultados indicam a presença de

iniquidade a favor dos mais pobres, quer no acesso, quer na frequência de utilização de cuidados de saúde primários, o que pode encontrar justificação numa desigual distribuição dos factores de necessidade, depreendendo-se deste modo que para iguais níveis de necessidade, idosos ricos e pobres não recebem tratamento igual, não se podendo concluir que a iniquidade observada favoreça os indivíduos de menores rendimentos em termos de ganhos em saúde (CEBADA, E.; GARRIDO, R.; 2012).

Para contextualizar a discussão em termos de equidade aplicada num quadro de morbilidade em idosos, e num retrato europeu ao nível das iniquidades socioeconómicas em termos de morbilidade observada neste grupo populacional específico, sugere-se que as iniquidades em termos de educação e rendimento são transversais a todos os grupos populacionais, independentemente da idade, género ou país, e que são gradualmente mitigadas com a idade. mas que parte substancial das mesmas persistem, mesmo em idades avançadas (HUISMAN, M.; KUNST, A.; MACKENBACH, J.; 2003).

Cada vez mais, temas como a sustentabilidade dos sistemas de protecção social, a alteração progressiva da matriz demográfica nos países desenvolvidos e a solidariedade e equidade intergeracional estão no centro do debate político. Motel-Klingebiel, Gordo e Betzin (2009) defenderam a relação entre sistemas de estados sociais com a presença de bons resultados em termos de indicadores de qualidade de vida em idade acima dos 65 anos, prevalecendo este cenário nos regimes social-democratas, conservadores e corporativistas, sendo que sob regimes mais liberais os indicadores apresentados seriam inferiores (MOTEL-KLINGEBIEL, A.; GORDO, L.R.; BETZIN, J.; 2009). Aliás, o conflito geracional em matéria de cuidados de saúde é salientado como fulcral para a definição de políticas públicas na prestação de cuidados de saúde aos mais velhos, consubstanciado pelo aumento da esperança média de vida e pela alteração do perfil epidemiológico através da maior prevalência de doenças crónicas (TABATA, K.; 2005).

Um estudo que visava estudar as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre a população idosa em São Paulo no Brasil, revelou existirem algumas desigualdades na utilização na prestação, tendo a análise multivariada revelado associação entre a utilização e o sexo, a presença prévia de doenças, o estado de saúde auto-reportado, o nível de escolaridade e ainda os seguros de saúde privados. De acordo com esta publicação, é reforçada a importância para que as políticas públicas de saúde adequem o seu modelo de resposta às especificidades desta população, de modo a promover o acesso e por essa via reduzir as desigualdades na sua utilização (LOUVISON, M.; *et al.*; 2008).

Da análise da evidência científica internacional disponível a este respeito – equidade no acesso e utilização e cuidados de saúde por parte da população com mais de 65 anos – resulta a conclusão de que o padrão de iniquidade horizontal que está documentado para a população

em geral se replica sem grandes alterações ao nível deste segmento específico da população, podendo eventualmente registar-se maiores desigualdades socioeconómicas e/ou encontrarem-se subavaliadas. Tal como referido anteriormente, a iniquidade no acesso e utilização de cuidados de saúde pode condicionar sobremaneira a equidade em saúde e resultados de saúde. Assim, pode concluir-se que um padrão de iniquidade na prestação gerado previamente pode ter reflexos posteriores neste subgrupo populacional. Acresce ainda o facto desta população específica obedecer a determinadas especificidades que devem ser consideradas, tais como por exemplo o isolamento, as questões de dependência, mobilidade e transportes, os factores de natureza económica, entre outros.

2.3.4.4 Equidade no acesso a cuidados de saúde por parte de pessoas com mais de 65 anos em Portugal

A saúde dos portugueses tem registado melhorias significativas para vários indicadores de âmbito sociodemográfico, colocando-se actualmente novos desafios no que respeita ao envelhecimento e à igualdade de acesso a cuidados de saúde. Paralelamente, as condições de habitação, alimentação, saneamento ou higiene melhoraram substancialmente, contribuindo sobremaneira para os avanços que se registaram em termos de indicadores de saúde das populações (SANTANA, P.; 2000). Estas e outras condições encontram-se devidamente documentadas, como atesta Silva (1988), em que os idosos que habitam em casas com boas condições apresentam índices de saúde superiores, utilizam mais frequentemente os serviços de saúde e estão mais predispostos a consultar um médico quando comparados com idosos com menores rendimentos e que possuam habitações mais elementares (SILVA, 1988 cit..em SANTANA, P.; 2000). De acordo com Santana (2000), as políticas proactivas de prevenção da doença e promoção da saúde encontram-se algo subdesenvolvidas ao nível do SNS, ao que acresce a fraca acessibilidade aos serviços de saúde como barreira importante na utilização de consultas médicas, o que se torna particularmente relevante se nos referirmos à população mais idosa (SANTANA, P.; 2000).

O envelhecimento da população portuguesa tende a variar consoante a região, reflectindo disparidades de desenvolvimento socioeconómico entre as diferentes zonas do país. O fenómeno de envelhecimento é assimétrico, sendo superior, mais precoce e com um ritmo mais elevado nas zonas rurais, o que foi acentuado pelos movimentos migratórios de jovens adultos para junto dos grandes centros urbanos (SANTANA, P.; 2000). Outro problema associado com esta tendência demográfica reside na proporção de pessoas que vivem sozinhas, sobretudo nas zonas com traço rural com uma percentagem significativa de pessoas idosas a viverem sozinhas. Numa interpretação mais aproximada, também não deixa de ser relevante constatar que o envelhecimento se encontra fortemente associado a factores como

desestruturação familiar, presença de doenças crónicas, problemas de mobilidade e o isolamento crescente de pessoas idosas (SANTANA, P.; 2000).

De acordo com Santana (2000), apenas 1,1% da população reformada recebia cuidados médicos hospitalares com uma duração média de 7,8 dias, uma vez mais com significativas disparidades em termos regionais. Por outro lado, em situações padronizadas pela necessidade, o recurso a cuidados médicos não é um procedimento habitual junto da população com 65 ou mais anos. Neste caso os idosos procedem a medicação conhecida ou recomendada por amigos (49%), tratamentos caseiros (15,6%), alteração da dieta alimentar (11,8%), ou então não procediam a quaisquer alterações do seu quotidiano doméstico (18,2%). Paralelamente aos restantes indicadores, verificou-se também um padrão de iniquidade regional, com a região do Alentejo e a região Centro a demonstrarem um comportamento diferente em matéria de cuidados de saúde quando comparadas às restantes regiões ou ao país como um todo. Estas regiões também apresentam os valores mais baixos de utilização de cuidados de saúde. As consultas de clínica geral nos centros de saúde representavam em média 84% do total de consultas médicas em Portugal. A população idosa da região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma utilização média, para este nível de cuidados, inferior à média nacional, no entanto, é nesta região que ocorre um maior número de consultas de especialidade, sendo a cardiologia, ortopedia e psiquiatria as especialidades mais frequentes (SANTANA; P.; 2000).

O envelhecimento populacional é uma realidade bem documentada em Portugal, conforme atestam os principais documentos de análise sociodemográfica à população nacional (FERNANDES, A.; 2005; CAMPOS, A. C.; 2001; PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016; INSITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; 2011). No entanto, e paradoxalmente, verifica-se que nas regiões mais envelhecidas e com uma maior prevalência de doenças crónicas e dependência é onde se registam as mais baixas taxas de utilização dos serviços de saúde. Assim, deve privilegiar-se uma política de saúde que tenha em linha de conta as questões de acessibilidade para a população mais idosa, periférica e isolada. A compreensão das questões geográficas deve imperar quanto à determinação da localização dos serviços de saúde, assim como a ponderação das características intrínsecas e especificidades próprias da população que servem por forma a uma real promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde (SANTANA, P.; 2000). De acordo com a mesma fonte, duas das barreiras mais frequentes à utilização dos serviços de saúde por parte da população mais idosa prendem-se com os custos de transporte e a falta de mobilidade, pelo que se observa um padrão de iniquidade entre os residentes de zonas urbanas e rurais (SANTANA, P.; 2000). Esta iniquidade latente remete para uma situação em que as populações idosas que apresentam maiores necessidades em cuidados de saúde são aquelas que posteriormente apresentam uma menor taxa de utilização, em virtude das assimetrias geográficas e regionais descritas (SANTANA, P.; 2000).

Num estudo mais retrospectivo, que visa interpretar a influência da posição e trajetória social na relação com as questões dos sistemas de saúde, Antunes (2010) salienta a faixa etária compreendida entre os 60 e os 70 anos de idade como o período onde se registaram modificações mais significativas do ponto de vista comportamental e na adopção de estilos de vida. É assim reforçada a mudança de paradigma social que este grupo etário preconiza, nomeadamente a transição de uma posição economicamente activa para a condição de aposentado e, por conseguinte, o surgimento das primeiras doenças de carácter incapacitante. Seguindo uma trajetória natural e biológica, é nesta faixa etária que se acentuam os consumos de cuidados de saúde, a alteração da estrutura familiar e em que, segundo a mesma fonte, se adensam as desigualdades no domínio da saúde através de uma assimetria favorável às classes que apresentam maiores recursos, consubstanciada pelo registo de uma maior longevidade, ou a adopção mais precoce de comportamentos saudáveis, em contraposição com as classes mais desfavorecidas em que se observa, por exemplo, uma menor longevidade e índices superiores de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (ANTUNES, R.; 2010).

O envelhecimento, e todos os processos de índole biológica e social que lhe estão associados, conferem-lhe um carácter multifactorial quando interpretado à luz da equidade no acesso a cuidados de saúde, não podendo estas questões ser analisadas isoladamente, sob o risco de não contemplarem todas as dimensões que visam influenciar os mecanismos de prestação de cuidados de saúde, assim como a definição de políticas de saúde mais eficientes, sustentáveis e promotoras da equidade no acesso.

De uma outra perspectiva, e contrariando esta lógica, numa análise por género e classes latentes, e cujo contexto se centra fundamentalmente no envelhecimento exponencial da população, pretendia identificar-se os determinantes da utilização de cuidados de saúde por parte deste grupo populacional (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012). O possível impacto do rendimento sobre a utilização de cuidados de saúde tem constituído uma das preocupações principais das autoridades em políticas de saúde e tem sido alvo de inúmeras reflexões. No âmbito deste estudo, esta variável surge com coeficientes estatisticamente não significativos, não se podendo aferir que o rendimento funcione como elemento facilitador no acesso a cuidados de saúde. Segundo estes autores, o resultado é expectável dada a organização do Serviço Nacional de Saúde – universal e tendencialmente gratuito ou pelo facto de os idosos utilizarem maioritariamente os serviços disponibilizados pelo SNS, podendo ainda estar isentos do pagamento de taxas moderadoras (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012).

Dado que o principal objectivo consistia em compreender o comportamento da população idosa portuguesa no que respeita à utilização de cuidados de saúde, destacou-se a predominância no grupo de utilizadores pouco frequentes de factores como a residência, a educação, o estatuto profissional e o viver sozinho como parecendo ter impacto sobre a

utilização de cuidados de saúde, traduzida em número de consultas, podendo deste modo constituir uma barreira no acesso aos mesmos (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o efeito rendimento e dupla cobertura de seguro parecem não produzir quaisquer efeitos sobre a utilização de cuidados de saúde, sugerindo-se todavia o estudo destas duas variáveis separadamente para consultas de clínica geral e consultas de especialidade. A metodologia adoptada evidenciou algumas diferenças entre géneros e classes latentes de utilizadores, surgindo o sexo feminino com maior índice de utilização. No entanto, e estratificando por classes, os homens surgem com uma maior utilização na classe dos utilizadores frequentes. Estes resultados acompanham o relatado ao nível da literatura, em que as mulheres utilizam mais frequentemente os cuidados de saúde do que homens, sendo que estes últimos tendem a esperar mais até ao processo de tomada de decisão de procurar esses mesmos cuidados e que, quando o efectivam, a necessidade destes aumentou (DEB, P.; TRIVEDI, P. K.; 1997; 2000 cit. em QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012). Os resultados sugerem, contrariando alguma da literatura sobre estes tópicos, a ausência de qualquer efeito do rendimento sobre a utilização de consultas, bem como a inexistência de risco moral resultante da dupla cobertura de seguro. Apesar do modelos de classes latentes gerar duas categorias distintas consoante a frequência de utilização, as diferenças entre classes são menos notórias na subpopulação dos idosos, o que pode dever-se ao facto desta constituir um grupo com utilização relativamente mais elevada (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012).

Apesar das conclusões produzidas, constitui uma limitação ao estudo a não inclusão dos cuidados informais que os idosos recebem, variável potencialmente relevante na óptica da utilização de cuidados de saúde (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012). Também se enfatiza a ideia generalizada de que as políticas de saúde devem ser reformuladas e concebidas num contexto de envelhecimento crescente da população e pressão contínua sobre os custos no sector da saúde, simultaneamente ao panorama de contenção de despesa pública que se verifica ao nível do estado (QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012).

Adicionalmente, torna-se oportuno contextualizar o fenómeno do envelhecimento e necessidades em cuidados de saúde em termos de evolução temporal. Assim, e em menos de quatro décadas, Portugal passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por patologias complexas e economicamente pesadas, próprias das faixas etárias mais idosas. Este quadro acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para os decisores políticos, especialmente no que concerne à implementação de novos modelos e métodos de gestão e prestação de cuidados de saúde (VIANNA, K. T.; 2008).

Os estudos acima citados aferem que ainda persistem desigualdades sociais, as quais exercem uma forte pressão sobre a saúde das populações, em especial das mais vulneráveis, como a das pessoas idosas ou economicamente mais fragilizadas. Neste sentido, embora a principal política de acesso à saúde, na esmagadora maioria dos países, seja a de promover uma distribuição equitativa de saúde, os poucos estudos sobre acesso a serviços de saúde realizados em Portugal, sugerem a presença de desigualdades sociais em saúde e de barreiras para obter esses mesmos cuidados de saúde.

Num estudo intitulado “*Acesso a Cuidados de Saúde Primários por Pessoas Idosas Pobres*”, pretendia avaliar-se o grau de acesso a este nível de cuidados num centro de saúde da região de Lisboa para a faixa populacional descrita. De entre os múltiplos aspectos considerados, os aspectos negativos ao nível do acesso, e que se constituem efectivamente como barreiras ao mesmo, apontam para a ausência de uma equipa multidisciplinar, o foco redutor dos cuidados de saúde primários, limitações na estrutura física, a falta de organização do serviço, ou a longa lista de espera para o atendimento de cuidado especializado (VIANNA, K. T.; 2008).

De uma outra perspectiva de análise, assume-se que o conceito de género tem vindo a ganhar especial relevância em matéria de equidade em saúde e nos cuidados de saúde, e que associado ao facto da população idosa ser hoje um grupo demograficamente significativo, com tendência crescente, coloca importantes desafios às políticas de saúde. Acresce ainda o facto de que o estado de saúde que se goza em idade mais avançada depende, em parte, daquilo que foi o capital de saúde construído ao longo de uma vida, mas também do contexto actual do individuo e da capacidade que este tenha em prevenir a doença ou minorar as consequências desta. Constitui ponto de partida imprescindível a esta investigação que o género afecta grande parte da dimensão humana, o que inclui naturalmente a saúde (ANTUNES, R.; 2010).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, torna-se relevante do ponto de vista conceptual a utilização que os idosos fazem deste tipo de valências. Deste modo, procedeu-se a uma avaliação multidimensional de idosos, não institucionalizados, que envolveu os recursos sociais, económicos, saúde física, saúde mental, capacidade funcional (actividades de vida diária) e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio (ANTUNES, R.; 2010).

Segundo essa mesma fonte, e de acordo com a caracterização da amostra, praticamente não foram detectadas diferenças entre as características sociodemográficas: sexo, idade, estado civil e instrução. Apenas entre o sexo e o estado civil foi possível encontrar uma relação. Para além do mais, e concomitantemente com os resultados anteriores, poucas foram as diferenças encontradas entre as características sociodemográficas e as dimensões da avaliação da dependência funcional do idoso. A este nível, apenas o nível de instrução interfere

com os recursos sociais, a avaliação da saúde física, da saúde mental e das actividades de vida diária. O défice de escolaridade pode, sem dúvida, influenciar utilização de cuidados de saúde e de apoio, bem como provocar alguma deterioração da saúde mental e dos contactos sociais. No capítulo das actividades de vida diária, a sua avaliação demonstrou que estas se encontram igualmente dependentes da idade e do estado civil, pelo que efectivamente os idosos que vivem sós apresentam maiores dificuldades a este nível de autonomia (ANTUNES, R.; 2010).

Em 2010, cerca de 80 % dos utentes referenciados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tinham mais de 65 anos (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE; 2009), o que legitima a análise mais atenta e detalhada acerca deste nível de cuidados de saúde. Avaliou-se o acesso em termos espaciais, verificando-se que a expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem sido adequadamente distribuída, de forma a minimizar as desigualdades regionais no acesso (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE; 2009).

Numa abordagem por diagnóstico e grau de complicações associado, foi possível aferir que a patologia associada limita o acesso aos cuidados tal como a idade e estatuto socioeconómico (REGO, A.; SARMENTO, E.; 2010).

A análise da revisão de literatura em sede das potenciais iniquidades no acesso aos cuidados de saúde por parte da população idosa em Portugal não pode ser redutora ao ponto de apenas incluir os cuidados de saúde institucionais e formais. Assim e em alternativa às diferentes redes de unidades prestadoras de cuidados de saúde, diferenciadas segundo vários níveis de cuidados, surge a família, considerada como o principal apoio ao idoso em situação de dependência. Por conseguinte, a sobrecarga resultante do contexto da prestação de cuidados de saúde informais familiares ao idoso dependente parece interferir negativamente na percepção do estado de saúde (FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L.; 2008)

Torna-se deste modo importante aprofundar e contribuir para o conhecimento dos aspectos fundamentais sobre os cuidados informais em Portugal, por intermédio da quantificação da realidade nacional dos idosos dependentes em Portugal; a caracterização da situação portuguesa dos cuidadores informais; e, por último, a formulação de possíveis modelos explicativos sobre a acessibilidade a cuidados informais (PEGO, M.; 2013).

Paralelamente à caracterização da realidade nacional, foi possível evidenciar que o actual modelo de prestação de cuidados de saúde, alicerçado nos cuidados informais prestados por elementos familiares, exclui uma parte significativa dos idosos dependentes. Assim, foi demonstrado que uma parte significativa dos idosos não tem acesso a quaisquer cuidados de saúde, e que, embora sejam os elementos da família que maioritariamente

prestam os cuidados informais, esse facto, por si só, não explica o acesso aos cuidados (PEGO, M.; 2013). Adicionalmente, foi possível verificar que os cuidados de longa duração têm como principais destinatários os idosos com limitações nas suas actividades diárias e com doença crónica, sobretudo do sexo feminino e com idade mais elevada (PEGO, 2013).

O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados de saúde prestados aos idosos, e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na União Europeia, com um valor de 26,3% só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22% para 27%, o que vem enfatizar a necessidade de adaptação de respostas mais eficientes no âmbito da prestação de cuidados de saúde a este grupo populacional (SOARES, M. C.; FIALHO, J. A.; 2011).

As questões socioeconómicas, num grupo à partida considerado mais vulnerável às falhas de mercado no domínio da saúde, assumem particular relevância quando se discute o acesso e utilização de cuidados de saúde. A população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza, (considerado como abaixo de 60% do rendimento mediano), de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%). Conforme se vai avançando nas idades dos idosos o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3% (SOARES, M. C.; FIALHO, J. A.; 2011).

Estima-se que a interioridade e o analfabetismo, aliados aos baixos recursos económicos, poderão, entre outros factores, contribuir para uma condição de vida mais adversa, que condiciona de certa forma a qualidade da mesma e o grau de autonomia e independência dos idosos. (AMARAL; M. F.; VICENTE, M. O.; 2000)

Assim, e segundo o mesmo estudo, depreende-se a necessidade de os serviços se organizarem num espírito multidisciplinar, conjugando esforços e iniciativas sob a forma de um programa de apoio ao idoso centrado na comunidade, mas também em programas de saúde que visem a adopção de estilos de vida saudáveis e que possam contribuir significativamente para um processo de envelhecimento activo e com bons índices de saúde física e mental (AMARAL, M. F.; VICENTE, M. O.; 2000).

Uma conclusão imediata passa pela constatação da disformidade entre a natureza da rede de prestação de cuidados de saúde e o perfil demográfico para o qual o país evoluiu, nomeadamente expresso através do fenómeno do envelhecimento. Assim, e mediante o

padrão de distribuição, verificou-se que não existe uma relação entre a taxa de envelhecimento da população e a disponibilidade de recursos de saúde (SANTOS, C.; 2012).

Pode naturalmente concluir-se que a presença de múltiplos resultados contraditórios ou especificidades metodológicas transversais ao fenómeno do envelhecimento são próprias do processo dinâmico e em permanente evolução. Seja a qualidade de vida, os principais indicadores sociodemográficos ou o próprio estado de saúde dos idosos são função de um encadeamento cronológico de acções, comportamentos e decisões ao longo da vida, cuja heterogeneidade nem sempre é susceptível de ser interpretada.

2.3.5 Políticas e Estratégias de Saúde para a População Idosa

2.3.5.1 Equidade e Envelhecimento

A temática da velhice e do processo de envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade, pois, ao longo das últimas décadas, o mundo tem assistido ao aumento significativo do número de idosos, sendo isto motivado pelo aumento da esperança média de vida. O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, manifestando-se de várias formas, passando pelo envelhecimento físico, psicológico e social. Isto irá afectar o funcionamento humano em diferentes áreas e contextos, repercutindo-se nas actividades diárias, nas relações interpessoais, na autonomia, na saúde física e mental, entre outros.

O envelhecimento, para além dos aspectos relacionados com alterações biológicas e psicológicas, é um processo determinado pela cultura e contexto social, pelo que é entendido como uma alteração de atitudes e mentalidades, que resulta das interacções que se vão estabelecendo entre os diversos grupos etários e as suas condições de vida.

2.3.5.2 Políticas Nacionais de Saúde para a população idosa em Portugal

Reformas na saúde e acesso aos serviços de saúde

Nos tempos mais recentes tem-se assistido a um conjunto de intervenções, no que diz respeito ao paradigma nacional, com o propósito de melhorar o acesso aos cuidados de saúde. Assim, foram preconizadas ao nível do eixo estratégico de “Equidade e Acesso” várias iniciativas, traduzidas em instrumentos, que visam a monitorização e promoção da equidade e do acesso aos serviços de saúde, como por exemplo a Linha Saúde 24, os programas de redução dos tempos de espera para cirurgia, o Número Nacional de Emergência Médica, o Portal da Saúde ou o Site da Direcção Geral da Saúde (FURTADO, C; PEREIRA; J.; 2010;

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016). Este quadro genérico de programas e iniciativas materializou-se num conjunto de instrumentos e mecanismos de promoção do acesso aos serviços de saúde. Para que possa ser analisado transversalmente todo este processo, complexo e extenso, deve ser feito um enquadramento retrospectivo daquilo em que consistiram as iniciativas mais relevantes (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016).

Assim, em 2005, iniciou-se uma Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que incorporava objectivos de melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados, reorganizando a rede de cuidados de saúde primários em 74 agrupamentos de centros de saúde (ACES) com responsabilidade pelo acesso da comunidade aos cuidados de saúde, contratualização de indicadores de acesso e produção, tal como a aprovação de um conjunto de incentivos às Unidades de Saúde Familiares, ou a criação de Cuidados na Comunidade (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016).

Posteriormente, em 2007 foi encetada a implementação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, baseada em parcerias entre instituições públicas, privadas e do sector social, incluindo Unidades de Convalescença de Média Duração e Reabilitação, de Longa Duração e Manutenção, de Cuidados Paliativos, de Dia e de Promoção da Autonomia e Equipas Domiciliárias.

Ainda em 2007 foram discutidos de forma ampla os critérios, condições de acesso e proposta de pontos de rede de urgência, na sequência do trabalho desenvolvido pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016).

Por outro lado, e segundo o eixo da governação, têm sido desenvolvidos programas e iniciativas cuja filosofia e espírito legislador remete invariavelmente para a promoção do acesso aos cuidados de saúde

Em termos da promoção geral do acesso, Furtado e Pereira (2010) sugerem, com fundamento na evidência científica existente, três princípios estratégicos: reduzir as desigualdades socioeconómicas na morbilidade e mortalidade, reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e melhorar a informação e conhecimento (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010). Em virtude do que constituem os objectivos gerais e específicos deste trabalho, focar-se-á a abordagem ao nível do acesso aos cuidados de saúde.

O cumprimento das metas de redução das desigualdades em saúde força a que o sistema tenha que ser repensado, nomeadamente a jusante, com a intervenção específica em termos das potenciais barreiras, que restringem o acesso geral, universal e equitativo aos cuidados de saúde. Assim, recomenda-se que sejam definidos como elementos indispensáveis

os cuidados de saúde primários, a acção ao nível dos cuidados secundários, a identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis ou onde as desigualdades sejam mais acentuadas, a racionalização dos recursos disponíveis e a construção de mecanismos de responsabilização (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Os cuidados de saúde primários são considerados como a estrutura de partida para a promoção da equidade de acesso aos cuidados de saúde, tanto que se percebe esta como uma área indispensável em muitas das propostas de reformas do sector da saúde. Alguns pontos onde a intervenção pode constituir ganhos significativos prendem-se com a acção local através de sinergias entre os diversos intervenientes, tanto as instituições e profissionais de saúde, como as organizações do poder local e sector social, por meio de políticas intersectoriais, que melhor adequem a oferta às características da população, e por esta via atenuem as desigualdades observadas; a proximidade geográfica na prestação de cuidados deve constituir uma linha de intervenção que diminua o efeito da interioridade e do isolamento, assim como os custos inerentes às deslocações; adequação às necessidades das populações dos serviços disponibilizados em função da capacidade instalada e em articulação com outros centros de saúde; uma acção focada nos grupos mais vulneráveis através da identificação prévia dos subgrupos populacionais onde as desigualdades no acesso se encontrem mais acentuadas, ou ainda uma evolução compreensiva do âmbito de acção dos cuidados de saúde primários e respectiva articulação com os restantes níveis de cuidados (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Ao nível dos cuidados de saúde secundários, também genericamente designados como hospitalares, também se configura um quadro de áreas potencialmente a melhorar, entre as quais um acesso atempado aos cuidados de saúde para que se possam obter os melhores resultados em saúde, garantindo que são cumpridos e que as organizações de saúde sejam responsabilizadas pelos resultados obtidos; a prestação de cuidados próximo do local de residência, uma vez salvaguardada a eficiência técnica; ou a qualidade dos cuidados por via de uma uniformização de protocolos de referência e tratamento que assegure equidade no domínio da qualidade (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Tal como à semelhança das melhores referências de práticas internacionais, deve proceder-se à identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis em termos de desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde, assinalando as áreas geográficas ou os grupos socioeconómicos onde se observem desigualdades superiores à restante população, diferenciando o tipo de assistência que garanta um melhor suporte e monitorização (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Ainda no âmbito das políticas e estratégias que combatam as desigualdades no acesso, a racionalização dos recursos existentes deve ser uma máxima indissociável e que tenha

presente que a afectação dos recursos materiais, humanos e financeiros deve ser efectuada em linha com as necessidades da população e da vulnerabilidade de determinadas regiões e/ou grupos socioeconómicos (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Por último, também não deve ser negligenciada a relevância do papel dos mecanismos de responsabilização, mediante um processo de contratualização rigoroso e que incluam indicadores e metas no acesso aos cuidados de saúde. A responsabilização deve passar em parte por um compromisso político transversal, dado que a redução das desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde são processos longos e complexos (FURTADO, C.; PEREIRA, J.; 2010).

Programas de promoção do acesso a cuidados de saúde nos idosos

O aumento da esperança média de vida, em função da transição demográfica, associada ou precedida pela transição epidemiológica, pressupõe a sobrevivência por mais anos de pessoas com idades avançadas e o possível acréscimo de encargos com a saúde destes cidadãos. Todas as hipóteses de trabalho apontam para a consideração de que, sendo as pessoas no segmento final da vida mais propensas a utilizar cuidados de saúde, um aumento da densidade dos idosos na população em geral implicaria acréscimos regulares dos gastos em saúde, em princípio proporcionais àquele aumento (CAMPOS, A. C.; 2001).

Assim, o envelhecimento, as alterações no padrão epidemiológico, as modificações na estrutura e comportamento social e familiar, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção. As políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, potenciadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população. (PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA 2004-2010)

De acordo com o Programa Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa, e numa perspectiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a este subgrupo populacional, deve ser efectuada segundo uma lógica de integração, centrado em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados

que integrem cuidados de longa duração. Estas premissas são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.

O presente Programa estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a acção que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema. De acordo com o estabelecido no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, parece reunir o máximo consenso que se descreva com maior grau de detalhe a temática relacionada com a adequação de cuidados às necessidades das pessoas idosas. Desta forma, prevêm-se algumas recomendações, nomeadamente a identificação dos determinantes da saúde da população idosa e as dificuldades mais frequentes no acesso deste grupo aos serviços e cuidados de saúde. Também concentra alguma razoabilidade que se deva informar a população idosa e respectivas famílias da forma de utilização correcta dos serviços disponíveis, tal como orientar tecnicamente os prestadores de cuidados acerca da abordagem específica que estes devem ter presente, e que conduza a uma melhoria da acessibilidade à informação e a adequação da prescrição terapêutica. Por fim, é de todo conveniente que se proceda a uma efectiva programação, organização, prestação e avaliação dos cuidados de saúde ao domicílio, tendo por base uma abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência da pessoa idosa (PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA 2004-2010)

Muitas são as referências à necessidade de adaptar as reformas em curso às características do país e à realidade idiossincrática da população. Segundo Freitas (2011), torna-se urgente desenvolver estratégias no sentido de atenuar ou eliminar o sofrimento da população idosa provocado pelo sentimento de solidão que é considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas. Na sociedade actual os laços de convivialidade e os afectos são desvalorizados perante a crescente importância do que é material e superficial (FREITAS, P.; 2011)

Por último, deve sempre avaliar-se o impacto da implementação de políticas públicas ao nível das iniquidades em saúde, considerando as classes (ESPELT, A.; *et al.*; 2008;). As questões da equidade em saúde e nos cuidados de saúde são um tema recorrente e que encontra múltiplos paralelismos, aliás, a Comissão Europeia, no relatório “*Health Inequalities in the EU*”, anexa cinco desafios a ter em conta nas políticas de saúde: a distribuição equitativa de saúde como parte de um desenvolvimento social e económico global; a melhoria das bases de dados, informação e conhecimento para a monitorização e avaliação das políticas de saúde a implementar; a concretização de compromissos sociais; e a adequação de respostas perante

os grupos vulneráveis ou subgrupos populacionais com maiores índices de iniquidades em saúde (EUROPEAN COMMISSION; 2013).

Outro aspecto particular que merece relevo neste importante relatório é a questão dos idosos e do envelhecimento saudável. Segundo a mesma fonte, as acções que promovem o envelhecimento activo e a equidade no acesso a cuidados de saúde assumem um protagonismo central ao envolver e reforçarem o foco nas causas económicas e sociais que estão na génese de iniquidades no acesso ao longo do ciclo de vida humano (EUROPEAN COMMISSION; 2013). Por conseguinte, a concertação de intervenções transversais aos vários estados membros estarão a contribuir para sistemas de saúde mais sustentáveis, ao mesmo tempo que fomentem uma maior competitividade e oportunidades de crescimento ao nível do espaço europeu. O documento consensualiza a importância das reformas em função do acesso a cuidados de saúde e rede social de prestação de serviços à população idosa. ao sinalizar o papel que a literacia em saúde e as tecnologias de informação podem desempenhar, assim como a integração das valências social e de saúde como instrumento de maximização do acesso aos serviços de suporte a este grupo populacional com características tão específicas (EUROPEAN COMMISSION; 2013).

3. METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este projecto de investigação consiste num estudo observacional retrospectivo, baseado na análise e inferência estatística de um inquérito por questionário de base populacional – o 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 – e em que se pretende correlacionar o nível socioeconómico e utilização de cuidados de saúde por parte da população com 65 ou mais anos de idade. O propósito major será o de comparar valores em termos dos diferentes níveis de prestação de cuidados e, por conseguinte, traçar um perfil ao nível das desigualdades socioeconómicas em termos da utilização de cuidados de saúde.

3.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO

3.2.1 Objectivo Geral

Este estudo tem como objectivo geral – ***Analisar as desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde na população com 65 ou mais anos de idade em Portugal.***

3.2.2 Objectivos Específicos

Para o efeito, e de acordo com o objectivo geral do estudo, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar a população com 65 ou mais anos de idade em Portugal em termos de rendimento, nível de escolaridade e estatuto face ao emprego;
- Verificar a associação entre nível socioeconómico (determinado em função do nível de escolaridade, rendimento e estatuto face ao emprego) e o grau de utilização de cuidados de saúde em Portugal por parte da população com 65 ou mais anos de idade em Portugal;

3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo incide no número de casos referentes ao 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, sendo que o número total de elementos da amostra corresponde a 8698 casos.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para dar resposta aos objectivos da investigação foram seleccionadas variáveis com base nas perguntas do INS, que permitissem desse modo estudar a relação entre as condições socioeconómicas na população com mais de 65 anos de idade e a utilização de cuidados de saúde em geral. Foi ainda incluída uma variável de ajustamento às condições de saúde dos indivíduos – estado de saúde auto-reportado - assim como algumas variáveis de índole sociodemográfica (4.º INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 2005/2006). A definição do conjunto de variáveis e respectivas categorias pode ser consultada no *Quadro 1* (“*Variáveis e categorias do estudo*”).

3.4.1 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas “*sexo*” e “*idade*” são factores determinantes da saúde dado que se referem a características intrínsecas dos indivíduos, o que lhes confere riscos específicos para a sua saúde. Porquanto, são geralmente utilizados para ajustar os resultados a estas características particulares dos indivíduos. Por este trabalho incidir especificamente sobre a população idosa, determinou-se estratificar a variável “*idade*” em três categorias de grupos etários: 65-74 anos, 75-84 anos e ≥ 85 anos.

3.4.2 Variáveis socioeconómicas

Neste projecto de investigação o nível socioeconómico dos indivíduos será aferido mediante a educação (nível de escolaridade) e pelo rendimento (rendimento em categorias segundo a escala modificada da OCDE) dos inquiridos. Foi ainda incluída uma terceira variável que permitisse aferir o vínculo que o indivíduo mantém com o trabalho – estatuto face ao emprego.

Nível de Escolaridade

Esta variável visa estratificar os indivíduos segundo o nível de escolaridade que cada um possui. Por se tratar de uma variável categórica ordinal, a mesma baseou-se na escala adoptada pela *International Standard Classification of Education* da UNESCO, e que na sua versão de 1997, pressupõe seis níveis:

Nível 0 – Educação Pré-Primária

Nível 1 – Educação Primária /1º Estádio da Educação Básica

Nível 2 – Educação Secundária inferior/ 2º estádio da Educação Básica

Nível 3 – Ensino Secundário

Nível 4 – Ensino Pós Secundário não superior

Nível 5 – Ensino Superior – Bacharelato, Licenciatura, Mestrado

Nível 6 – Formação Superior Avançada – Doutoramento (UNESCO; 1997).

Após uma reconfiguração que a aproximasse dos modelos utilizados ao nível do *INS*, procedeu-se à sua divisão e consequente adopção das seguintes categorias:

“Sem escolaridade” (corresponde ao nível do ISCED 0);

“Ensino Básico do 1.º Ciclo” (corresponde ao nível do ISCED 1);

“Ensino Básico Completo” (corresponde ao nível do ISCED 2);

“Ensino Secundário” (corresponde aos níveis do ISCED 3 e 4);

“Ensino Superior” (corresponde aos níveis do ISCED 5 e 6).

Esta reconfiguração visa formar grupos com maior dimensão, aumentando assim o seu poder estatístico e preditivo, e permitindo uma comparabilidade e nomenclatura mais fácil e imediata entre os diferentes níveis de escolaridade. Optou-se por esta divisão por categorias, ao invés do número total de anos de escolaridade, por representar uma medida mais fidedigna, estável ao longo da vida e por ser menos influenciada pelo estado de saúde, limitando desta forma o efeito de casualidade inversa (KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E.; 1997; PERELMAN, J.; FERNANDES, A.; MATEUS, C.; 2012).

Rendimento

A variável rendimento em categorias foi determinada sob a forma de quintis e visa representar em termos socioeconómicos o rendimento disponível por cada um dos indivíduos da amostra. Para o efeito, e seguindo a opção metodológica adoptada nos estudos mais recentes, foi adoptada a escala de equivalência modificada para o rendimento da OCDE (VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; 2004; PERELMAN, J.; FERNANDES, A.; MATEUS, C.; 2012).

Estatuto face ao emprego

A variável estatuto face ao emprego visa aferir qual o vínculo do ponto de vista socioeconómico, que o inquirido ainda mantém face a um factor de trabalho (PERELMAN, J.; FERNANDES, A.; MATEUS, C.; 2012). Assim, consideraram-se quatro grandes grupos: (1) empregado no caso de o indivíduo, apesar de ter idade igual ou superior a 65 anos, ainda manter uma posição economicamente activa face ao emprego; (2) reformado, o que inclui todos os indivíduos que do ponto de vista formal adquiriram o direito ao estatuto de reformado ou pensionista; (3) doméstica(o), para que se englobem todos os indivíduos que não estando empregados, reformados e/ou desempregados desenvolvam do ponto de vista profissional tarefas domésticas; e (4) outra ocupação, para os casos em que os indivíduos identifiquem outro vínculo para com o factor de emprego, como por exemplo desempregado.

3.4.3 Variáveis de Utilização de Cuidados de Saúde

As variáveis de utilização de cuidados de saúde visam caracterizar a amostra do ponto de vista casuístico relativamente ao grau de utilização que os indivíduos fazem de determinados recursos de saúde. Numa primeira instância foi avaliada a probabilidade de os indivíduos utilizarem consultas médicas, tendo para o efeito sido definidas três variáveis categóricas nominais: “*probabilidade de ter uma consulta médica nos últimos 3 meses*”, “*probabilidade de ter uma consulta de CSP nos últimos 3 meses*”, e “*probabilidade de ter uma consulta de especialidade nos últimos 3 meses*”. A variável “*probabilidade de ter alguma consulta*” refere-se à probabilidade de o inquirido ter tido qualquer género de consulta, independentemente do seu âmbito, natureza ou grau de diferenciação. As outras duas variáveis referem-se a consultas específicas, designadamente consultas de clínica geral ou medicina familiar ao nível dos cuidados de saúde primários, ou consultas de especialidade médica.

Numa segunda fase, e de modo a quantificar a utilização que os indivíduos fazem deste género de recursos de saúde, foram estudadas três variáveis numéricas: “*número de consultas médicas*”, “*número de consultas de CSP*” e “*número de consultas de especialidade*”.

Seguidamente, procurou incluir-se variáveis que visassem descrever qualitativamente a utilização feita dos cuidados de saúde com base em questões do *INS 2005/2006*. Assim, consideraram-se as variáveis “*dias de espera pela consulta*”, “*tempo de espera no acto da última consulta*” e “*grau de satisfação relativo à última consulta*”. Em relação à variável “*dias de espera pela última consulta*”, a mesma refere-se ao número total de dias que o indivíduo esperou até obter uma consulta médica. Foi feita uma estratificação em 6 categorias: “*0 dias*”, “*1-5 dias*”, “*6-10 dias*”, “*11-15 dias*”, “*16-30 dias*” e “*>30 dias*”. A variável “*tempo de espera no acto da consulta*” trata de mensurar, em minutos, o tempo de espera entre a hora marcada para a consulta e a hora em que a mesma efectivamente ocorreu. Foi feita uma estratificação nas seguintes 5 categorias: “*0 minutos*”, “*1-10 minutos*”, “*11-30 minutos*”, “*31-60 minutos*” e “*>60 minutos*”. A variável “*grau de satisfação*” tem por objectivo avaliar do ponto de vista qualitativo a satisfação dos indivíduos em virtude da sua última consulta médica. Por forma a aumentar a comparabilidade entre grupo, optou-se por reconfigurar a variável em três categorias: “*Muito Bom e Bom*”, “*Razoável*” e “*Muito Mau e Mau*”.

Por último incluíram-se as variáveis “*motivo principal para ter a última consulta*” e “*motivo da espera pela última consulta*”, constituindo-se como variáveis explicativas que melhor possam enquadrar a relação entre as condições socioeconómicas dos indivíduos e o grau de utilização de cuidados de saúde observado.

3.4.4 Variável Estado de Saúde

Foi incluída a variável estado de saúde auto-reportado, o que permitirá igualmente proceder a um ajustamento em função da necessidade relativamente às restantes variáveis do estudo.

A variável “*estado de saúde auto-reportado*” refere-se ao estado de saúde percebido pelos indivíduos, constando como uma das perguntas ao nível do 4.º *INS 2005/2006*. Este tipo de questões está presente na maior parte dos inquéritos de saúde existentes e, pese embora se possa considerar a mesma como manifestamente subjectiva, foi evidenciado o seu poder preditivo sobre futuros problemas de saúde e sobre o estado de saúde futuro (DE LOOPER, M.; LAFORTUNE, G.; 2009).

De acordo com o 4.º *INS 2005/2006*, o estado de saúde auto-reportado é composto em cinco diferentes níveis: 1,00 - *Muito Má*, 2,00 - *Má*, 3,00 - *Razoável*, 4,00 - *Boa*, 5,00 - *Muito Boa* (*INS 2005/2006*).

Quadro 1 – Variáveis e categorias do estudo

	Nome	Descrição	Tipo	Categorias
Variáveis de utilização	Probabilidade de ter uma consulta médica	Probabilidade em ter alguma consulta médica nos últimos 3 meses	Catagórica nominal	Sim / Não
	Número de consultas médicas	Número total de consultas médicas nos últimos três meses	Numérica	
	Probabilidade em ter uma consulta de CSP	Probabilidade em ter uma consulta de CSP nos últimos 3 meses	Catagórica nominal	Sim / Não
	Número de consultas de CSP	Número total de consultas de CSP nos últimos 3 meses	Numérica	
	Probabilidade em ter uma consulta de especialidade	Probabilidade de ter uma consulta médica de especialidade nos últimos 3 meses	Catagórica nominal	Sim / Não
	Número de consultas de especialidade	Número total de consultas médicas de especialidade nos últimos 3 meses	Numérica	
	Motivo principal para ida ao médico	Motivo principal que o inquirido aponta para ter ido a uma consulta médica	Catagórica ordinal	Para ter baixa Doença Receitas/Exames Realização de exames Outro motivo
	Dias de espera pela consulta	Dias que o inquirido esperou até obter consulta	Catagórica numérica	0 dias 1-5 dias 6-10 dias 11-15 dias 16-30 dias >30 dias
	Motivo da espera pela consulta	Razão pelo tempo que esperou até obter uma consulta médica	Catagórica ordinal	Não precisava consulta antes Não havia vaga Não havia médico Outro motivo
	Tempo de espera no acto da consulta	Tempo que o inquirido esperou com base na hora marcada da consulta	Catagórica Numérica	0 minutos 1-10 minutos 11-30 minutos 31-60 minutos >60 minutos
Satisfação face à consulta	Após a consulta, classificação que o inquirido atribui à consulta médica	Catagórica ordinal	Muito Bom / Bom Razoável Má / Muito Má	
Variáveis Socioeconómicas	Nível de Escolaridade	Nível de escolaridade do inquirido por categorias	Catagórica ordinal	Sem escolaridade 1.º Ciclo do Ensino Básico Ensino Básico Completo Ensino Secundário Ensino Superior
	Rendimento em categorias	Estratificação da população em 5 níveis de acordo com o seu rendimento familiar	Catagórica ordinal	1,00 – 1.º Quintil 2,00 – 2.º Quintil 3,00 – 3.º Quintil 4,00 – 4.º Quintil 5,00 – 5.º Quintil
	Estatuto face ao emprego	Tipo de actividade económica na relação com o factor emprego	Catagórica ordinal	Empregado(a) Reformado(a) Doméstico(a) Outra
Variáveis Demográficas	Grupo Etário	Idade do inquirido por categoria	Catagórica ordinal	65-74 anos 75-84 anos ≥ 85 anos
	Sexo	Sexo do inquirido	Catagórica nominal	Masculino Feminino
Variável de Necessidade	Estado de Saúde Auto-Reportado	Estado de saúde em categorias que o indivíduo atribui a si próprio	Catagórica ordinal	1,00 – Muito Má 2,00 – Má 3,00 – Razoável 4,00 – Boa 5,00 – Muito Boa

3.5 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo, do ponto de vista metodológico, processar-se-á segundo três grandes etapas: numa primeira fase será feita a análise descritiva univariada, ou seja, proceder-se-á à caracterização da amostra de acordo com as variáveis de estudo seleccionadas e com a respectiva distribuição de frequências. Numa segunda fase será feita a análise univariada das desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde de acordo com as diferentes variáveis em estudo; e por último numa última fase será processado o ajustamento pelo risco em função do estado de saúde auto-reportado e idade na população em estudo para as variáveis de consultas, consultas de *CSP* e consultas de especialidade.

A primeira fase, necessariamente mais sucinta, constitui uma análise descrita a todas as variáveis relativas ao processo de investigação em curso, podendo estas ser agrupadas em três grandes grupos: variáveis sociodemográficas, variáveis socioeconómicas e variáveis de utilização de cuidados de saúde. Incluiu-se ainda a variável de ajustamento ao estado de saúde – estado de saúde auto-reportado.

Relativamente à segunda etapa do estudo - análise univariada das desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde - e uma vez processadas as medidas estatísticas e distribuições dentro de cada grupo comparativo, torna-se necessário investigar em que medida os resultados estatísticos sugerem diferenças entre os grupos em análise. Por conseguinte, foram concebidas tabelas bivariáveis de cruzamento, às quais se aplicou o *Teste do Qui-Quadrado*, enquanto primeira abordagem que permita concluir se as diferenças observadas são estatisticamente significativas – variáveis categóricas (MARÔCO, J.; 2007).

Por outro lado, tendo em conta a natureza contínua de variáveis do estudo, torna-se pertinente efectuar a comparação de médias de duas ou mais populações de onde foram extraídas amostras aleatórias e independentes. Para este procedimento parece adequada a utilização de uma metodologia designada por *Análise de Variância*, adiante a abreviadamente mencionada como *ANOVA* - variáveis numéricas. Se existir apenas um factor em estudo, ou seja, uma variável independente, como é o caso deste projecto de investigação, utiliza-se a análise de variância a um factor – *ANOVA one-way* (MARÔCO, J.; 2007).

Por último, no que concerne aos principais resultados englobados neste estudo, procedeu-se à análise multivariada das diferentes variáveis que expressam a utilização de cuidados de saúde – número de consultas, número de consultas de *CSP* e número de consultas de especialidade. Apenas foram utilizadas estas três variáveis pois constituem as únicas variáveis numéricas contínuas, e portanto passíveis de ser processada uma análise multivariada através de um modelo de regressão linear múltipla, além de que constituem os principais indicadores de utilização no âmbito deste projecto de investigação.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

4.1.1 Distribuição por sexo

Tabela 1 - Distribuição por sexo (n=8.698)

Sexo	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Feminino	4934	56,7%
Masculino	3764	43,3%

De acordo com a Tabela 1, observa-se que 56,7% da amostra é do sexo feminino.

4.1.2 Distribuição por grupo etário

Tabela 2 - Distribuição por grupo etário segundo o sexo (n=8698)

Grupo etário (anos)	Sexo	
	Masculino	Feminino
65-74	2.219 (59,0%)	2.834 (57,4%)
75-84	1.329 (35,3%)	1.704 (34,6%)
>85	216 (5,7%)	396 (8,0%)

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos entre os 65 e os 74 anos (59,0% nos homens e 57,4% nas mulheres) seguindo-se os indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos, sendo o grupo com idades acima dos 85 anos o menos representativo da amostra (5,7% nos homens e 8,0% nas mulheres).

4.1.3. Distribuição por nível de escolaridade

Tabela 3 - Nível de escolaridade (n=8.698)

Nível de Escolaridade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Sem escolaridade	1322 (35,2%)	2607(52,8%)
Ensino Básico do 1.º Ciclo	1864 (49,5%)	1900 (38,6%)
Ensino Básico Completo	331 (8,8%)	228 (4,6%)
Ensino Secundário	125 (3,3%)	86 (1,7%)
Ensino Superior	122 (3,2%)	113 (2,3%)

No sexo feminino predomina o grau “sem escolaridade” com 52,8% e que no sexo masculino predominam os indivíduos com o Ensino Básico completo com 49,5%. No sexo

feminino a categoria menos representativa é o Ensino Secundário com 1,7%, ao passo que nos homens a categoria com valor percentual mais baixo é o Ensino Superior com 3,2%.

4.1.4 Distribuição por rendimento em categorias

Tabela 4 - Distribuição por rendimento em categorias (n=8.548)

Rendimento em categorias	Sexo	
	Masculino	Feminino
1,00	645 (17,4%)	1058 (21,8%)
2,00	1062 (28,7%)	1465 (30,2%)
3,00	756 (20,4%)	975 (20,1%)
4,00	710 (19,2%)	790 (16,3%)
5,00	528 (14,3%)	559 (11,5%)

Observa-se que existe uma maior presença dos indivíduos pertencentes às primeiras 3 categorias de rendimento, com maior número ao nível da segunda categoria, 28,7% no sexo masculino e 30,2% no feminino. Observa-se ainda uma tendência decrescente de elementos da amostra consoante aumenta a categoria de rendimento.

4.1.5 Distribuição por estatuto face ao emprego

Tabela 5 - Estatuto face ao emprego (n=8.698)

Estatuto face ao emprego	Sexo	
	Masculino	Feminino
Outra	107 (2,8%)	166 (3,4%)
Doméstico(a)	6 (0,2%)	1082 (21,9%)
Reformado(a)	3070 (81,6%)	3337 (67,6%)
Empregado(a)	581 (15,4%)	349 (7,1%)

Segundo a Tabela 5, pode constatar-se um claro predomínio dos indivíduos reformados em ambos os sexos. Se considerarmos as especificidades do sexo feminino, pode verificar-se que 21,9% dos elementos são domésticas, e por outro lado os indivíduos do sexo masculino ainda trabalham numa percentagem sensivelmente o dobro quando comparados com o sexo feminino (15,4% na população masculina vs. 7,1% na população feminina).

4.1.6 Distribuição por seguro de saúde

Tabela 6 - Cobertura de seguro de saúde (n=8.698)

Cobertura de seguro de saúde	Sexo	
	Masculino	Feminino
SNS	3238 (86,0%)	4450 (90,2%)
Privado	59 (1,6%)	45 (0,9%)
Subsistema	467 (12,4%)	439 (8,9%)

Uma ampla maioria dos indivíduos, 86% nos homens e 90,2% nas mulheres, encontram-se sob cobertura do Serviço Nacional de Saúde. Por outro lado, observa-se uma reduzida percentagem, 1,6% no sexo masculino e 0,9% no sexo feminino, relativamente à cobertura de seguro de saúde privado.

4.1.7 Estado de saúde auto-reportado

Tabela 7 - Estado de saúde auto-reportada (n=6929)

Estado de saúde auto-reportado	Sexo	
	Masculino	Feminino
1,00	196 (5,2%)	470 (9,5%)
2,00	719 (19,1%)	1350 (27,4%)
3,00	1351 (35,9%)	1799 (36,5%)
4,00	511 (13,6%)	422 (8,6%)
5,00	63 (1,7%)	48 (1,0%)

Relativamente ao estado de saúde auto-reportado, observa-se que existe uma percentagem superior de mulheres que tendem a classificar mais negativamente o seu próprio estado de saúde. Por exemplo, nas duas categorias mais baixas registam-se 9,5% no sexo feminino em oposição a 5,2% do sexo masculino na categoria 1,00, e 27,4% contra 19,1% para mulheres e homens respectivamente na categoria 2,00.

4.2 UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

4.2.1 Consultas, consultas de CSP e consultas de especialidade

Tabela 8 - Probabilidade de ter consultas (n=8698)

Tipo de consulta	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Alguma consulta	1337 (35,5%)	1451 (29,4%)	2788 (32,1%)
Consulta de CSP	2003 (53,2%)	2277 (46,1%)	4280 (49,2%)
Consulta de Especialidade	666 (17,7%)	826 (16,7%)	1492 (17,2%)

A probabilidade de um indivíduo aceder a uma consulta médica é de 35,5% no caso dos indivíduos do sexo masculino, e de 29,4% no sexo feminino. Se especificarmos por natureza da consulta, então observa-se que no caso de consultas ao nível dos CSP, a probabilidade de obter uma consulta é de 53,2% nos homens e 46,1% nas mulheres. Em contrapartida, no caso das consultas médicas de especialidade os indivíduos do sexo masculino apresentam uma probabilidade de obter consulta de 17,7% e os indivíduos do sexo feminino 16,7%.

4.2.2 Motivo principal para ter uma consulta

Tabela 9 - Motivo principal para ter consulta (n=5955)

Qual a razão principal porque foi a essa consulta	Sexo	
	Masculino	Feminino
Para ter baixa	4 (0,2%)	7 (0,2%)
Porque se sentiu doente	773 (31,5%)	1339 (38,2%)
Para pedir receitas ou exames	603 (24,6%)	912 (26,0%)
Para realização de exames (motivados ou não por doença)	734 (29,9%)	855 (24,4%)
Por outro motivo	337 (13,8%)	391 (11,1%)

Tabela 10 - Outro motivo para ter consulta (n=2317)

Outro motivo para ter consulta	Sexo	
	Masculino	Feminino
Medicina do trabalho	7 (2,1%)	0 (0,0%)
Consulta de vigilância da gravidez e puerpério	2 (0,6%)	2 (0,5%)
Realização de exames complementares de diagnóstico	49 (14,5%)	29 (7,4%)
Realização de tratamentos	25 (7,4%)	35 (9,0%)
Medição da tensão arterial	15 (4,5%)	22 (5,6%)
Obtenção de certificados	17 (5,0%)	9 (2,3%)
Mostrar resultados de exames	136 (40,4%)	169 (43,2%)
Acidente	9 (2,7%)	25 (6,4%)
Outros motivos	77 (22,8%)	100 (25,6%)

Os principais motivos para ter uma consulta médica são o facto de se sentir doente, para pedir receitas ou exames, ou ainda para efeitos de realização de exames complementares de diagnóstico, motivados ou não por uma situação de doença. Observa-se ainda que 12,2% dos indivíduos apontam outro motivo para ter consulta, e do qual se destacam os exames de rotina, mostrar resultados de exames, ou por motivo de exame de rotina em consequência de doença (924).

4.2.3 Número de consultas

Tabela 11 - Número de consultas

Tipo de Consulta	N	Média	Desvio Padrão
Número de consultas	8.687	1,56	2,07
Número de consultas CSP	8698	1,05	1,65
Número de consultas especialidade	8687	0,48	1,56

O número médio de consultas foi de 1,56, o número médio de consultas de clínica geral foi de 1,05, enquanto que para as consultas médicas de especialidade o seu valor médio foi de 0,48.

4.2.4 Dias de espera pela consulta médica

Tabela 12 - Dias de espera até obter consulta (n=5.956)

Dias de espera até obter consulta	Sexo	
	Masculino	Feminino
0	988 (40,3%)	1454 (41,5%)
1-5	308 (12,6%)	444 (12,7%)
6-10	283 (11,5%)	399 (11,4%)
11-15	151 (6,2%)	215 (6,1%)
16-30	308 (12,6%)	456 (13,0%)
> 30	413 (16,9%)	537 (15,3%)

Em relação ao tempo de espera por uma consulta, não se registam variações significativas entre homens e mulheres. A categoria mais representativa em ambos os sexos é os “0 dias” (41,5% nos homens e 40,3% nas mulheres, enquanto que a menos representativa é a dos “11-15 dias” (6,1% nos homens e 6,2% nas mulheres).

Tabela 13 - Motivo da espera em obter consulta (n=3.459)

Motivo da espera	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não precisava de ter consulta antes da data marcada	1409	40,7%
Não havia vaga	1684	48,7%
Não havia médico	197	5,7%
Outra situação	169	4,9%

De acordo com a Tabela 13, 40,7% dos elementos da amostra afirmam não precisar de uma consulta antes da data marcada, enquanto 48,7% apontam para o facto de não existir vaga como motivo de espera para consulta.

4.2.5 Tempo de espera no acto da consulta

Tabela 14 - Tempo de espera no acto da consulta (n=5.956)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Sexo	
	Masculino	Feminino
0	337 (13,7%)	441 (12,6%)
1-10	280 (11,4%)	326 (9,3%)
11-30	719 (29,3%)	1061 (30,3%)
31-60	496 (20,2%)	740 (21,1%)
>60	619 (25,3%)	937 (26,7%)

Segundo a Tabela 14, não se observam grandes discrepâncias entre homens e mulheres em termos de tempos de espera no acto da consulta. Assim, a categoria com maior valor percentual, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino é a categoria dos “11-30 minutos”, ao passo que a menos representativa é dos “1-10 minutos”.

4.2.6 Grau de Satisfação em relação às consultas

Tabela 15 - Grau de satisfação após a consulta (n=4.799)

Satisfação relativa à última consulta	Sexo	
	Masculino	Feminino
Muito Bom / Bom	1596 (85,1%)	2417 (82,7%)
Razoável	241 (12,9%)	416 (14,2%)
Muito Mau ou Mau	38 (2,0%)	91 (3,1%)

Se considerarmos o grau de satisfação em relação à última consulta, não se observam variações significativas entre homens e mulheres, sendo que uma ampla maioria classifica a consulta como “*Muito Bom / Bom*”.

4.3 ANÁLISE UNIVARIADA DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

4.3.1 Probabilidade de ter alguma consulta

Tabela 16 - Probabilidade de ter alguma consulta por nível de escolaridade (n=8698)

Nível de Escolaridade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Sem escolaridade	513 (38,8%)	796 (30,5%)
Ensino Básico do 1.º Ciclo	627 (33,6%)	537 (28,3%)
Ensino Básico Completo	114 (34,4%)	64 (28,1%)
Ensino Secundário	41 (32,8%)	23 (26,7%)
Ensino Superior	42 (34,4%)	31 (27,4%)

$\chi^2 = 9,748$ $\chi^2 = 3,492$
 $P \text{ value} = 0,045$ $P \text{ value} = 0,479$

De acordo com a tabela 16, a probabilidade em ter alguma consulta médica não apresenta grande variação em função do nível de escolaridade. Ainda assim, no sexo masculino são os indivíduos sem qualquer grau de escolaridade que apresentam maior probabilidade (38,8%), ao passo que aqueles que possuem o ensino secundário apresentam uma probabilidade mais baixa (32,8%). No sexo feminino, observa-se o mesmo padrão de distribuição.

Quando aplicado o teste do qui-quadrado, conclui-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de nível de escolaridade no sexo masculino, ao invés do sexo feminino onde essas mesmas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 17 - Probabilidade em ter alguma consulta por rendimento em categorias (n=8548)

Rendimento em categorias	Sexo	
	Masculino	Feminino
1,00	243 (37,7%)	322 (30,4%)
2,00	384 (36,2%)	420 (28,7%)
3,00	276 (36,5%)	279 (28,6%)
4,00	233 (32,8%)	233 (29,5%)
5,00	176 (33,3%)	169 (30,2%)

$\chi^2=5,182$ $\chi^2= 1,399$
P value =0,259 *P value =0,844*

Não existe grande variação dos valores percentuais entre as diferentes categorias de rendimento, assinalando-se como aspecto comum que em ambos os sexos é a categoria de rendimento mais baixa aquela em que se regista maior grau de probabilidade em obter consulta.

De acordo com o teste do qui-quadrado, as diferenças entre categorias de rendimento observadas não são estatisticamente significativas em ambos os sexos.

Tabela 18 - Probabilidade em ter alguma consulta em função do estatuto face ao emprego (n=8698)

Estatuto face ao emprego	Sexo	
	Masculino	Feminino
Outra	44 (41,1%)	41 (24,7%)
Doméstico(a)	1 (16,7%)	348 (32,2%)
Reformado(a)	1060 (34,5%)	948 (28,4%)
Empregado(a)	232 (39,9%)	114 (32,7%)

$\chi^2=8,653$ $\chi^2= 9,116$
P value =0,034 *P value =0,028*

Segundo a tabela 18, a probabilidade em obter uma consulta em função do estatuto face ao emprego varia entre os 16,7% (“doméstico”) e os 41,1% (“outra ocupação”) no sexo masculino. A mesma probabilidade varia entre os 24,7% (“outra ocupação”) e os 32,7% (“empregado”) na população feminina. Assim, observam-se algumas diferenças na probabilidade de obter uma consulta entre as diversas categorias profissionais, salientando-se ainda que a baixa probabilidade nos homens com estatuto face ao emprego de doméstico se deve a um único caso.

De acordo com o teste do qui-quadrado, conclui-se que as diferenças observadas entre as diferentes categorias da variável estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas.

4.3.2 Probabilidade de ter uma consulta de CSP

Tabela 19 - Probabilidade de ter uma consulta de CSP por nível de escolaridade (n=8698)

Nível de Escolaridade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Sem escolaridade	683 (51,7%)	1118 (42,9%)
Ensino Básico do 1.º Ciclo	950 (51,0%)	892 (46,9%)
Ensino Básico Completo	198 (59,8%)	132 (57,9%)
Ensino Secundário	82 (65,6%)	55 (64,0%)
Ensino Superior	90 (73,8%)	80 (70,8%)

$\chi^2=39,269$ $P\text{ value}=0,000$ $\chi^2=62,916$ $P\text{ value}=0,000$

A probabilidade em ter uma consulta de CSP em função do nível de escolaridade aumenta quanto mais diferenciada for a educação de um indivíduo. Assim, no sexo masculino a probabilidade em ter uma consulta de CSP situa-se entre os 51,0% nos elementos com o ensino básico do 1.º ciclo e os 73,8% nos indivíduos com o ensino superior. Em relação ao sexo feminino, a mesma probabilidade varia entre os 42,9% (“sem escolaridade”) e os 70,8% (“ensino superior”).

De acordo com a técnica de inferência estatística do teste do qui-quadrado, conclui-se que as diferenças observadas entre os diferentes níveis de escolaridade são estatisticamente significativas na probabilidade de ter uma consulta de CSP em ambos os sexos.

Tabela 20 - Probabilidade de ter uma consulta de CSP por rendimento em categorias (n=8548)

Rendimento em categorias	Sexo	
	Masculino	Feminino
1,00	329 (51,0%)	461 (43,6%)
2,00	530 (49,9%)	621 (42,4%)
3,00	398 (52,6%)	437 (44,8%)
4,00	371 (52,3%)	387 (49,0%)
5,00	337 (63,8%)	330 (59,0%)

$\chi^2=30,142$ $P\text{ value}=0,000$ $\chi^2=51,759$ $P\text{ value}=0,000$

Em termos da probabilidade em ter uma consulta de CSP em função do rendimento, a categoria com maior grau de probabilidade em obter uma consulta é categoria 5,00 para ambos os sexos (63,8% nos homens e 59,0% nas mulheres). Em relação à categoria com a probabilidade mais reduzida é a categoria 2,00, registando-se um valor associado de 49,9% no sexo masculino e 42,4% no sexo feminino.

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças entre categorias de rendimento são estatisticamente significativas para a probabilidade em ter uma consulta de CSP em ambos os sexos.

Tabela 21 - Probabilidade em ter uma consulta de CSP em função do estatuto face ao emprego (n=8698)

Estatuto face ao emprego	Sexo	
	Masculino	Feminino
Outra	67 (62,6%)	76 (45,8%)
Doméstico(a)	1 (16,7%)	555 (51,3%)
Reformado(a)	1622 (52,8%)	1483 (44,4%)
Empregado(a)	313 (53,9%)	163 (46,7%)

$X^2=7,298$ $X^2=15,494$
 $P \text{ value} =0,063$ $P \text{ value} =0,001$

A probabilidade em ter uma consulta de CSP é superior nos homens com outra ocupação (62,6%) e nas mulheres domésticas (51,3%). Os valores de probabilidade mais reduzidos concentram-se nos homens com a categoria de “doméstico” com 16,7% e nas mulheres reformadas (44,4%). Uma vez mais ressalva-se o facto de a categoria de “doméstica” no sexo masculino apresentar um elemento em termos de frequência absoluta.

O teste do qui-quadrado revela que as diferenças observadas entre as diferentes categorias de estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas para a probabilidade em ter uma consulta de CSP para o sexo feminino, enquanto no sexo masculino essas mesmas diferenças não são estatisticamente significativas.

4.3.3 Probabilidade de ter uma consulta de especialidade

Tabela 22 - Probabilidade de ter alguma consulta de especialidade por nível de escolaridade (n=8698)

Nível de Escolaridade	Sexo	
	Masculino	Feminino
Sem escolaridade	170 (12,9%)	322 (12,4%)
Ensino Básico do 1.º Ciclo	323 (17,3%)	355 (18,7%)
Ensino Básico Completo	84 (25,4%)	68 (29,8%)
Ensino Secundário	41 (32,8%)	32 (37,2%)
Ensino Superior	48 (39,3%)	49 (43,4%)

$X^2=93,662$ $X^2=152,495$
 $P \text{ value} =0,000$ $P \text{ value} =0,000$

A probabilidade em ter uma consulta de especialidade em função do rendimento em categorias apresenta um gradiente relativamente ao nível de escolaridade. Assim, para ambos os sexos, a probabilidade em obter consultas de especialidade é superior nos indivíduos com um nível educacional mais diferenciado. No sexo masculino a probabilidade em estudo varia entre os 12,9% nos elementos sem qualquer escolaridade e os 39,3% nos indivíduos com o ensino superior. No que diz respeito ao sexo feminino, a probabilidade em obter consulta de especialidade varia entre os 12,4% e os 43,3% para as mesmas categorias de escolaridade.

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças entre níveis de escolaridade são estatisticamente significativas para ambos os sexos para a probabilidade em ter uma consulta de especialidade.

Tabela 23 - Probabilidade em ter uma consulta de especialidade por rendimento em categorias (n=8548)

Rendimento em categorias	Sexo	
	Masculino	Feminino
1,00	86 (13,3%)	139 (13,1%)
2,00	146 (13,7%)	201 (13,7%)
3,00	122 (16,1%)	158 (16,2%)
4,00	138 (19,4%)	154 (19,5%)
5,00	161 (30,5%)	161 (28,8%)

$\chi^2=82,080$ $\chi^2=82,145$
P value =0,000 *P value =0,000*

A probabilidade em obter uma consulta médica de especialidade aumenta com o nível de rendimento da população. No sexo masculino a probabilidade mais reduzida corresponde à categoria de rendimento 1,00 (13,3%) e a mais elevada à categoria 5,00 (30,5%). Essa mesma probabilidade varia entre os 13,1% e os 28,8% para as mesmas categorias de rendimento no sexo feminino. Observa-se igualmente um gradiente que se acentua sobretudo na transição entre as duas categorias de rendimento mais elevado (19,4% - 30,5% no sexo masculino; 19,5% - 28,8% no sexo feminino).

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças observadas entre as categorias de rendimento em quintis para a probabilidade em ter uma consulta de especialidade são estatisticamente significativas.

Tabela 24 - Probabilidade de ter uma consulta de especialidade em função do estatuto face ao emprego (n=8698)

Estatuto face ao emprego	Sexo	
	Masculino	Feminino
Outra	23 (21,5%)	35 (21,1%)
Doméstico(a)	0 (0,0%)	207 (19,1%)
Reformado(a)	562 (18,3%)	535 (16,0%)
Empregado(a)	81 (13,9%)	49 (14,0%)

$\chi^2=8,759$ $\chi^2=9,710$
P value =0,033 *P value =0,021*

No que concerne à probabilidade em ter uma consulta de especialidade em função do estatuto face ao emprego, observa-se que para ambos os sexos a categoria com maior grau de probabilidade é a “outra” com 21,5% e 21,1% para homens e mulheres, respectivamente. A categoria “empregado” regista os valores mais reduzidos de probabilidade (13,9% nos homens e 14,0% nas mulheres). Não se considera a categoria “doméstica” relativa ao sexo masculino, uma vez que não apresenta nenhuma observação.

A aplicação do teste do qui-quadrado indica que as diferenças registadas entre as categorias do estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas em ambos os sexos.

4.3.4 Dias de espera até obter consulta

Tabela 25 - Dias de espera até obter consulta em função do nível de escolaridade na população masculina (n=2451)

Dias de espera até obter consulta	Nível de Escolaridade					$\chi^2=29,438$ $P\text{ value}=0,079$
	Sem escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	354 (43,1%)	488 (39,2%)	85 (39,0%)	30 (34,9%)	31 (38,8%)	
1-5	94 (11,4%)	147 (11,8%)	35 (16,1%)	16 (18,6%)	16 (20,0%)	
6-10	83 (10,1%)	143 (11,5%)	29 (13,3%)	14 (16,3%)	14 (17,5%)	
11-15	51 (6,2%)	88 (7,1%)	8 (3,7%)	2 (2,3%)	2 (2,5%)	
16-30	107 (13,0%)	160 (12,8%)	24 (11,0%)	10 (11,6%)	7 (8,8%)	
>30	132 (16,1%)	220 (17,7%)	37 (17,0%)	14 (16,3%)	10 (12,5%)	

Tabela 26 - Dias de espera até obter consulta em função do nível de escolaridade na população feminina (n=3505)

Dias de espera até obter consulta	Nível de Escolaridade					$\chi^2=34,865$ $P\text{ value}=0,021$
	Sem Escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	767 (42,0%)	570 (41,6%)	60 (36,6%)	23 (36,5%)	34 (41,5%)	
1-5	208 (11,4%)	170 (12,4%)	36 (22,0%)	13 (20,6%)	17 (20,7%)	
6-10	209 (11,5%)	148 (10,8%)	22 (13,4%)	11 (17,5%)	9 (11,0%)	
11-15	120 (6,6%)	83 (6,1%)	6 (3,7%)	1 (1,6%)	5 (6,1%)	
16-30	231 (12,7%)	192 (14,0%)	18 (11,0%)	8 (12,7%)	7 (8,5%)	
>30	290 (15,9%)	208 (15,2%)	22 (13,4%)	7 (11,1%)	10 (12,2%)	

Em relação à distribuição dos dias de espera para obter uma consulta em função do nível de escolaridade não se observam grandes variações em ambos os sexos. Assim, a categoria mais representativa em ambos os sexos é a dos “0 dias” (entre os 34,9% e os 43,1% nos homens, e os 36,5% e os 42,0% nas mulheres). A categoria em que se verifica maior variação percentual é a dos “1-5 dias”, tanto nos homens (11,4% nos indivíduos sem escolaridade e os 20,0% nos que possuem o ensino superior), como nas mulheres (11,4% nos elementos sem qualquer escolaridade e os 22,0% nos que têm o ensino básico completo).

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças observadas entre os vários níveis de escolaridade são estatisticamente significativas ($p<0,05$) relativamente aos dias de espera até obter uma consulta na população feminina e que essas mesmas diferenças não são estatisticamente significativas na população masculina ($p>0,05$).

Tabela 27 - Dias de espera até obter consulta em função do rendimento em categorias na população masculina (n=2413)

Dias de espera até obter consulta	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
0	174 (42,9%)	290 (42,4%)	206 (42,6%)	181 (37,4%)	127 (35,8%)	$\chi^2=41,431$ $P\text{ value}=0,003$
1-5	45 (11,1%)	75 (11,0%)	56 (11,6%)	63 (13,0%)	59 (16,6%)	
6-10	56 (13,8%)	66 (9,6%)	49 (10,1%)	53 (11,0%)	55 (15,5%)	
11-15	16 (3,9%)	49 (7,2%)	34 (7,0%)	38 (7,9%)	12 (3,4%)	
16-30	57 (14,0%)	81 (11,8%)	67 (13,8%)	65 (13,4%)	35 (9,9%)	
>30	58 (14,3%)	123 (18,0%)	72 (14,9%)	84 (17,4%)	67 (18,9%)	

Tabela 28 - Dias de espera até obter consulta em função do rendimento em categorias na população feminina (n=3445)

Dias de espera até obter consulta	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
0	328 (44,5%)	434 (41,1%)	282 (40,3%)	228 (40,6%)	159 (40,7%)	$\chi^2=43,025$ $P\text{ value}=0,002$
1-5	80 (10,9%)	128 (12,1%)	78 (11,1%)	71 (12,6%)	76 (19,4%)	
6-10	98 (13,3%)	101 (9,6%)	91 (13,0%)	62 (11,0%)	44 (11,3%)	
11-15	41 (5,6%)	73 (6,9%)	45 (6,4%)	38 (6,8%)	14 (3,6%)	
16-30	86 (11,7%)	146 (13,8%)	106 (15,1%)	66 (11,7%)	42 (10,7%)	
>30	104 (14,1%)	173 (16,4%)	98 (14,0%)	97 (17,3%)	56 (14,3%)	

No que diz respeito aos dias de espera por uma consulta, não se observam variações significativas em função do rendimento em categorias nos homens. Ainda assim, a categoria dos “0 dias” apresenta uma diferença entre os indivíduos da categoria de rendimento 1,00 (42,9%) e os indivíduos da categoria de rendimento 5,00 (35,8%). Adicionalmente, observa-se que esta categoria, “0 dias”, consiste na categoria de dias de espera mais representativa em todos os níveis de rendimento de acordo com a metodologia adoptada. Em relação à população feminina observa-se que, e pese embora não se registre uma grande variação de dias de espera consoante as diferentes categorias de rendimento, a categoria “1-5 dias” varia entre os 10,9% (categoria de rendimento 1,00) e os 19,4% (categoria de rendimento 5,00).

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças observadas entre as diferentes categorias de rendimento para os dias de espera até obter consulta são estatisticamente significativas ($p<0,05$).

Tabela 29 - Dias de espera até obter consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina (n=2451)

Dias de espera até obter consulta	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
0	28 (43,1%)	3 (60,0%)	812 (40,1%)	145 (41,0%)	$\chi^2=19,960$ $P\text{ value}=0,173$
1-5	8 (12,3%)	0 (0,0%)	250 (12,3%)	50 (14,1%)	
6-10	5 (7,7%)	1 (20,0%)	223 (11,0%)	54 (15,3%)	
11-15	5 (7,7%)	0 (0,0%)	121 (6,0%)	25 (7,1%)	
16-30	10 (15,4%)	1 (20,0%)	256 (12,6%)	41 (11,6%)	
>30	9 (13,8%)	0 (0,0%)	365 (18,0%)	39 (11,0%)	

Tabela 30 - Dias de espera até obter consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina (n=3505)

Dias de espera até obter consulta	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
0	61 (48,0%)	266 (36,1%)	1016 (42,3%)	111 (46,8%)	$\chi^2=35,337$ $P \text{ value } =0,002$
1-5	16 (12,6%)	130 (17,6%)	271 (11,3%)	27 (11,4%)	
6-10	11 (8,7%)	91 (12,3%)	269 (11,2%)	28 (11,8%)	
11-15	5 (3,9%)	38 (5,2%)	158 (6,6%)	14 (5,9%)	
16-30	19 (15,0%)	92 (12,5%)	321 (13,4%)	24 (10,1%)	
>30	15 (11,8%)	120 (16,3%)	369 (15,3%)	33 (13,9%)	

Em termos dos dias de espera por uma consulta em função do estatuto face ao emprego, observa-se que em ambos os sexos não se verificam grandes oscilações das categorias dos dias de espera entre categorias profissionais. Apenas, e a título excepcional, foi possível identificar um padrão diferenciado entre a categoria “doméstica(o)” na população masculina em virtude de a mesma ser composta por um número reduzido de casos. Nas restantes categorias não se verificam grandes variações para os dias de espera por consulta.

Assim, o teste do qui-quadrado indica que as diferenças entre as diversas categorias de estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas ($p<0,05$) para os dias de espera até obter uma consulta para a população feminina.

4.3.5 Tempo de espera no acto da consulta

Tabela 31 - Tempo de espera no acto da consulta em função do nível de escolaridade na população masculina (n=2451)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Nível de Escolaridade					
	Sem escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	109 (13,3%)	156 (12,5%)	39 (17,9%)	14 (16,3%)	19 (23,8%)	$\chi^2=36,409$ $P \text{ value } =0,003$
1-10	94 (11,4%)	141 (11,3%)	23 (10,6%)	13 (15,1%)	9 (11,3%)	
11-30	222 (27,0%)	363 (29,1%)	79 (36,2%)	25 (29,1%)	30 (37,5%)	
31-60	163 (19,9%)	269 (21,6%)	36 (16,5%)	14 (16,3%)	14 (17,5%)	
>60	233 (28,4%)	317 (25,4%)	41 (18,8%)	20 (23,3%)	8 (10,0%)	

Tabela 32 - Tempo de espera no acto da consulta em função do nível de escolaridade na população feminina (n=3505)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Nível de Escolaridade					
	Sem Escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	224 (12,3%)	164 (12,0%)	17 (10,4%)	11 (17,5%)	25 (30,5%)	$\chi^2=67,412$ $P \text{ value } =0,000$
1-10	151 (8,3%)	135 (9,8%)	23 (14,0%)	8 (12,7%)	9 (11,0%)	
11-30	502 (27,5%)	447 (32,6%)	65 (39,6%)	23 (36,5%)	24 (29,3%)	
31-60	406 (22,2%)	282 (20,6%)	29 (17,7%)	9 (14,3%)	14 (17,1%)	
>60	542 (29,7%)	343 (25,0%)	30 (18,3%)	12 (19,0%)	10 (12,2%)	

Em relação ao tempo de espera no acto da consulta em função do nível de escolaridade na população masculina (Tabela 31), observa-se uma certa variação, nomeadamente entre as categorias “sem escolaridade” e “ensino superior”; nomeadamente ao nível dos “0 minutos” com 13,3% e 23,8%, na categoria “11-30 minutos” com 27,0% e 37,5%, e na categoria dos “>60 minutos” com 28,4% e 10,0%, respectivamente. Por seu lado, ao nível da população feminina (Tabela 32) observa-se o mesmo padrão de variação, designadamente ao nível dos “0 minutos” com 12,3% nos indivíduos sem escolaridade e os 30,5% nos que possuem o ensino superior como nível de escolaridade, ou ainda ao nível dos “>60 minutos” com a categoria sem escolaridade a apresentar 29,7% e a categoria com ensino superior com 12,2%.

Assim, considera-se que as diferenças são substanciais entre as categorias socioeconómicas mais diferenciadas (ensino superior) e as com o menor nível educacional (sem escolaridade) no que concerne ao tempo de espera no acto da consulta, sendo que os com maiores índices de escolaridade tendem a esperar percentualmente menos tempo aquando da consulta.

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças entre os diversos níveis de escolaridade são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o tempo de espera no acto da consulta para as populações em estudo.

Tabela 33 - Tempo de espera no acto da consulta em função do rendimento em categorias na população masculina (n=2413)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
0	46 (11,3%)	97 (14,2%)	63 (13,0%)	70 (14,5%)	59 (16,6%)	$X^2=66,680$ $P \text{ value}=0,000$
1-10	46 (11,3%)	81 (11,8%)	63 (13,0%)	41 (8,5%)	46 (13,0%)	
11-30	101 (24,9%)	159 (23,2%)	154 (31,8%)	159 (32,9%)	134 (37,7%)	
31-60	79 (19,5%)	149 (21,8%)	94 (19,4%)	103 (21,3%)	64 (18,0%)	
>60	134 (33,0%)	198 (28,9%)	110 (22,7%)	111 (22,9%)	52 (14,6%)	

Tabela 34 - Tempo de espera no acto da consulta em função do rendimento em categorias na população feminina (n=3445)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
0	90 (12,2%)	131 (12,4%)	92 (13,1%)	59 (10,5%)	63 (16,1%)	$X^2=57,742$ $P \text{ value}=0,000$
1-10	59 (8,0%)	86 (8,2%)	76 (10,9%)	57 (10,1%)	40 (10,2%)	
11-30	204 (27,7%)	286 (27,1%)	222 (31,7%)	206 (36,7%)	128 (32,7%)	
31-60	152 (20,6%)	253 (24,0%)	130 (18,6%)	100 (17,8%)	93 (23,8%)	
>60	232 (31,5%)	299 (28,3%)	180 (25,7%)	140 (24,9%)	67 (17,1%)	

Na população masculina (Tabela 33), ao nível dos “>60 minutos” observa-se que a categoria de rendimento 1,00 apresenta 33,0% de probabilidade contra os 14,6% da categoria de rendimento 5,00. No sexo feminino, a comparação entre as mesmas categorias de

rendimento no tempo de espera “>60 minutos” apresenta uma variação correspondente a 31,5% na categoria de rendimento mais reduzida em oposição aos 17,1% na categoria mais elevada de rendimento. Observa-se ainda que na categoria correspondente ao menor tempo de espera no acto da consulta se verifica um gradiente crescente consoante aumenta a categoria de rendimento e, por outro lado, ao nível da categoria de maior tempo de espera corresponde um gradiente decrescente à medida que aumenta a categoria de rendimento associado.

O teste do qui-quadrado indica, em ambas as populações, que as diferenças entre o rendimento em categorias para o tempo de espera no acto da consulta são estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 35 - Tempo de espera no acto da consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina (n=2451)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
0	15 (23,1%)	1 (20,0%)	272 (13,4%)	49 (13,8%)	$X^2=18,259$ $P \text{ value } =0,108$
1-10	4 (6,2%)	1 (20,0%)	235 (11,6%)	40 (11,3%)	
11-30	14 (21,5%)	1 (20,0%)	620 (30,6%)	84 (23,7%)	
31-60	18 (27,7%)	1 (20,0%)	400 (19,7%)	77 (21,8%)	
>60	14 (21,5%)	1 (20,0%)	500 (24,7%)	104 (29,4%)	

Tabela 36 - Tempo de espera no acto da consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina (n=3505)

Tempo de espera no acto da consulta (minutos)	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
0	32 (25,2%)	80 (10,9%)	300 (12,5%)	29 (12,2%)	$X^2=35,352$ $P \text{ value } =0,000$
1-10	13 (10,2%)	73 (9,9%)	221 (9,2%)	19 (8,0%)	
11-30	30 (23,6%)	244 (33,1%)	725 (30,2%)	62 (26,2%)	
31-60	28 (22,0%)	168 (22,8%)	495 (20,6%)	49 (20,7%)	
>60	24 (18,9%)	172 (23,3%)	663 (27,6%)	78 (32,9%)	

Em termos do tempo de espera no acto da consulta em função do estatuto face ao emprego, verificam-se algumas variações na população masculina (Tabela 35), nomeadamente entre as categorias “reformado” / “empregado” e as categorias “doméstica(o)” / “outra”. Em relação à população feminina (Tabela 36), verifica-se uma determinada variação entre a categoria “outra” e as restantes categorias consideradas, em que se verifica que estas últimas esperam percentualmente mais tempo no acto da consulta.

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças entre as categorias da variável de estatuto face ao emprego não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para o tempo de espera no acto da consulta na população masculina e que essas mesmas diferenças se podem considerar como estatisticamente significativas no sexo feminino.

4.3.6 Grau de satisfação em relação às consultas

Tabela 37 - Grau de satisfação pela consulta em função do nível de escolaridade na população masculina (n=1875)

Grau de Satisfação relativo à última consulta	Nível de Escolaridade					
	Sem escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Muito Bom / Bom	518 (83,7%)	801 (84,2%)	154 (90,6%)	56 (86,2%)	67 (95,7%)	$\chi^2=14,887$ P value =0,061
Razoável	84 (13,6%)	132 (13,9%)	13 (7,6%)	9 (13,8%)	3 (4,3%)	
Muito Mau / Mau	17 (2,7%)	18 (1,9%)	3 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Tabela 38 - Grau de satisfação pela consulta em função do nível de escolaridade na população feminina (n=2924)

Grau de Satisfação relativo à última consulta	Nível de Escolaridade					
	Sem escolaridade	Ensino Básico do 1.º Ciclo	Ensino Básico Completo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Muito Bom / Bom	1230 (80,6%)	953 (83,4%)	127 (92,0%)	43 (87,8%)	64 (94,1%)	$\chi^2=21,084$ P value =0,007
Razoável	243 (15,9%)	156 (13,6%)	8 (5,8%)	5 (10,2%)	4 (5,9%)	
Muito Mau / Mau	53 (3,5%)	34 (3,0%)	3 (2,2%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	

No que diz respeito ao grau de satisfação relativo à última consulta em função do nível de escolaridade observam-se pequenas variações entre as diferentes categorias socioeconómicas. Assim, na população masculina (Tabela 37) verifica-se que 83,7% dos indivíduos sem escolaridade classificam a consulta com “*Muito Bom / Bom*” e que 95,7% dos indivíduos com o ensino superior atribuem o mesmo grau de satisfação. Por seu turno, na população feminina (Tabela 38), 80,6% dos elementos sem escolaridade consideram como “*Muito Bom / Bom*” a consulta e 94,1% dos elementos com formação superior consideram a mesma classificação face à última consulta. Em suma, as variações que se registam são ligeiras, sendo que os indivíduos com nível de escolaridade mais diferenciado tendem a classificar de forma mais positiva as consultas médicas, mediante uma percentagem expressa superior na classificação “*Muito Bom / Bom*” e uma percentagem mais reduzida nas restantes classificações – “*Razoável*” e “*Muito Mau / Mau*”.

O teste do qui-quadrado indica que as diferenças observadas entre as diferentes categorias do nível de escolaridade não são estatisticamente significativas ($p>0,05$) para o grau de satisfação relativo à última consulta na população masculina e que essas mesmas diferenças são estatisticamente significativas ao nível da população feminina ($p<0,05$).

Tabela 39 - Grau de satisfação pela consulta em função do rendimento em categorias na população masculina (n=1856)

Grau de satisfação relativo à última consulta	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Muito Bom / Bom	272 (85,5%)	433 (83,0%)	302 (82,1%)	325 (86,0%)	249 (92,2%)	$\chi^2=18,964$ <i>P value =0,015</i>
Razoável	39 (12,3%)	73 (14,0%)	60 (16,3%)	46 (12,2%)	19 (7,0%)	
Muito Mau / Mau	7 (2,2%)	16 (3,1%)	6 (1,6%)	7 (1,9%)	2 (0,7%)	

Tabela 40 - Grau de satisfação pela consulta em função do rendimento em categorias na população feminina (n=2882)

Grau de satisfação relativo à última consulta	Rendimento em categorias					
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Muito Bom / Bom	508 (81,2%)	748 (81,5%)	495 (83,3%)	366 (81,7%)	264 (89,2%)	$\chi^2=15,026$ <i>P value =0,059</i>
Razoável	103 (16,5%)	136 (14,8%)	82 (13,8%)	64 (14,3%)	26 (8,8%)	
Muito Mau / Mau	15 (2,4%)	34 (3,7%)	17 (2,9%)	18 (4,0%)	6 (2,0%)	

Em relação ao grau de satisfação pela consulta em função do rendimento em categorias registam-se igualmente algumas variações entre as diferentes categorias socioeconómicas. Assim, ao nível da população masculina, os que classificam a consulta como “*Muito Bom / Bom*” varia entre os 82,1% na categoria de rendimento 3,00 e os 92,2% na categoria de rendimento 5,00. No sexo feminino a mesma comparação situa-se entre os 81,2% (1,00) e os 89,2% (5,00). Por outro lado, a percepção negativa face às consultas também se atenua consoante a categoria de rendimento, uma vez que 2,2% dos indivíduos do sexo masculino da categoria de rendimento 1,00 classifica a consulta como “*Muito Mau / Mau*” contra 0,7% dos indivíduos da categoria de rendimento 5,00.

O teste do qui-quadro revela que as diferenças entre as categorias de rendimento são estatisticamente significativas ($p<0,05$) para o grau de satisfação relativo à última consulta no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino essas mesmas diferenças não se consideram como sendo estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 41 - Grau de satisfação pela consulta em função do estatuto face ao emprego na população masculina (n=1875)

Grau de satisfação relativo à última consulta	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
Muito Bom / Bom	36 (81,8%)	4 (100,0%)	1329 (85,2%)	227 (84,7%)	$\chi^2=3,107$ <i>P value =0,795</i>
Razoável	8 (18,2%)	0 (0,0%)	199 (12,8%)	34 (12,7%)	
Muito Mau / Mau	0 (0,0%)	0 (0,0%)	31 (2,0%)	7 (2,6%)	

Tabela 42 - Grau de satisfação pela consulta em função do estatuto face ao emprego na população feminina (n=2924)

Grau de satisfação relativo à última consulta	Estatuto face ao Emprego				
	Outra	Doméstico(a)	Reformado(a)	Empregado(a)	
Muito Bom / Bom	57 (89,1%)	503 (85,3%)	1689 (82,0%)	168 (79,6%)	$\chi^2=7,537$
Razoável	6 (9,4%)	68 (11,5%)	306 (14,9%)	36 (17,1%)	$P\text{ value}=0,274$
Muito Mau / Mau	1 (1,6%)	19 (3,2%)	64 (3,1%)	7 (3,3%)	

Da análise das tabelas 41 e 42 – Grau de satisfação pela consulta em função do estatuto face ao emprego, não resulta a observação de variações substanciais entre as diferentes categorias profissionais consideradas para ambos os sexos. A única excepção que se observa é ao nível dos homens pelo facto de os elementos “domésticos” se encontrarem todos concentrados no mesmo grau de satisfação.

Assim, o teste do qui-quadrado indica que as diferenças observadas entre as diversas categorias profissionais relativas ao estatuto face ao emprego não são estatisticamente significativas ($p>0,05$) em relação ao grau de satisfação relativo à última consulta para ambos os sexos.

4.3.7 Número de consultas

Tabela 43 - Número médio de consultas em função do nível de escolaridade (n=8687)

Nível de Escolaridade	Sexo / Consultas						
	Masculino			Feminino			
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão	
Sem escolaridade	1,45	1322	2,16	1,59	2603	2,13	$F\text{-Test}=0,137$
Ensino Básico do 1.º Ciclo	1,53	1861	2,12	1,61	1897	2,00	$P\text{ value}=0,829$
Ensino Básico Completo	1,54	330	2,00	1,55	228	1,57	
Ensino Secundário	1,60	125	1,75	1,49	86	1,52	
Ensino Superior	1,45	122	2,10	1,65	113	1,56	

Observa-se que tanto no sexo masculino como no sexo feminino as diferenças de valores não são muito elevadas. No sexo masculino são os indivíduos com o ensino secundário quem apresenta a média de consultas mais elevada (1,60) e os indivíduos sem qualquer nível de escolaridade os que apresentam média de consultas mais reduzida (1,45). Quanto ao sexo feminino, os indivíduos com formação superior apresentam a média mais alta (1,65) e os com o ensino secundário completo quem tem média mais baixa (1,49).

Da aplicação do teste da ANOVA, conclui-se que as diferenças ao nível dos valores médios de consultas de acordo com o nível de escolaridade não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 44 - Número médio de consultas em função do rendimento em categorias (n=8538)

Rendimento em categorias	Sexo / Consultas					
	Masculino			Feminino		
	Médias	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão
1	1,54	644	2,44	1,63	1057	2,36
2	1,53	1060	2,20	1,59	1461	1,84
3	1,50	756	2,02	1,55	975	1,70
4	1,48	710	1,94	1,58	789	2,15
5	1,39	527	1,68	1,63	559	2,22

De acordo com a distribuição por sexos, os indivíduos da categoria de rendimento 1,00 apresentam os valores médios de consultas mais elevados (1,54 nos homens e 1,63 nas mulheres). Na população masculina os indivíduos da categoria de rendimento 5,00 apresentam a média de consultas mais baixa (1,39), enquanto nas mulheres a categoria de rendimento 3,00 apresenta o valor médio de consultas mais baixo (1,55). É possível igualmente constatar que para todas as categorias de rendimento o valor médio de consultas médicas é sempre superior nas mulheres comparativamente aos homens.

O teste da ANOVA indica que as diferenças observadas em termos do número médio de consultas em função do rendimento em categorias não são estatisticamente significativas para ambos os sexos ($p > 0,05$).

Tabela 45 - Número médio de consultas em função do estatuto face ao emprego (n=8687)

Estatuto face ao emprego	Sexo / Consultas					
	Masculino			Feminino		
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão
Outra	1,86	105	2,93	2,20	166	3,56
Doméstico(a)	1,17	6	0,98	1,44	1082	1,99
Reformado(a)	1,53	3068	2,13	1,64	3330	1,98
Empregado(a)	1,27	581	1,789	1,38	349	1,55

Para o conjunto da população em estudo, aqueles que referem ter outra ocupação são os que apresentam uma média de consultas superior. O valor mais elevado observa-se na categoria “outra” com uma média de 1,86 nos homens e 2,20 nas mulheres. O valor médio mais baixo de consultas médicas observa-se na categoria “doméstico(a)” nos homens com 1,17, ressalvando-se no entanto que para o mesmo contribuíram um conjunto de 6 elementos, ao passo que nas mulheres o valor médio mais baixo corresponde à categoria de “empregado” com 1,38.

O teste da ANOVA revela que as diferenças de valores médios de consultas médicas em função do estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas para ambos os sexos ($p < 0,05$).

4.3.8 Número de consultas de CSP

Tabela 46 - Número médio de consultas de CSP em função do nível de escolaridade (n=8698)

Nível de Escolaridade	Sexo / Consultas de CSP					
	Masculino			Feminino		
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão
Sem escolaridade	1,01	1322	1,60	1,20	2607	1,70
Ensino Básico do 1.º Ciclo	1,00	1864	1,66	1,09	1900	1,67
Ensino Básico Completo	0,89	331	1,65	0,84	228	1,28
Ensino Secundário	0,70	125	1,30	0,66	86	1,28
Ensino Superior	0,56	122	1,65	0,53	113	1,00

Quanto maior o nível de escolaridade, menor o valor médio de consultas de clínica geral. Os homens sem escolaridade apresentam como número de médio de consultas de CSP 1,01, em contraste com aqueles que detêm formação superior com 0,56. As mulheres sem grau de escolaridade têm em média 1,20 consultas de CSP, enquanto o mesmo valor para quem possui o ensino superior é de 0,53.

O teste da ANOVA indica que as diferenças observadas na distribuição do número médio de consultas de CSP por nível de escolaridade são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para ambos os sexos em estudo

Tabela 47 - Número médio de consultas de CSP em função do rendimento em categorias (n=8548)

Rendimento em categorias	Sexo / Consultas de CSP					
	Masculino			Feminino		
	Médias	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão
1,00	1,15	645	2,18	1,22	1058	2,05
2,00	1,09	1062	1,70	1,21	1465	1,63
3,00	0,92	756	1,44	1,13	975	1,51
4,00	0,87	710	1,21	0,97	790	1,36
5,00	0,70	528	1,35	0,83	559	1,40

Os indivíduos de ambos os sexos pertencentes às categorias de rendimento mais elevadas apresentam um valor médio de consultas inferior ao registado nas categorias inferiores, o que é acompanhado de um gradiente decrescente. Na categoria de rendimento 1,00 do sexo masculino o número médio de consultas de CSP é de 1,15 e na categoria 5,00 o mesmo valor corresponde a 0,70. Para o sexo feminino, às mesmas categorias de rendimento correspondem os valores médios de 1,22 e 0,83.

Através do teste da ANOVA, conclui-se que as diferenças assinaladas em termos do número médio de consultas de CSP em função do rendimento em categorias são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para ambos os sexos.

Tabela 48 - Número médio de consultas de CSP em função do estatuto face ao emprego (n=8698)

Estatuto face ao emprego	Sexo / Consultas de CSP						F-Test=9,417 P value=0,000
	Masculino			Feminino			
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão	
Outra	1,20	107	2,75	1,43	166	2,98	
Doméstico(a)	1,17	6	0,98	0,90	1082	1,30	
Reformado(a)	0,98	3070	1,62	1,18	3337	1,68	
Empregado(a)	0,88	581	1,39	1,04	349	1,43	

Observa-se que em ambos os sexos a categoria “outra” apresenta o valor médio mais elevado. Nos homens são os “empregados” quem possui o número médio de consultas mais reduzido (0,88) e nas mulheres são as “domésticas” (0,90).

O teste da ANOVA revela que as diferenças encontradas na população masculina não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), contrariamente ao que se observa na população feminina, cujas diferenças em termos da média de consultas de CSP em função do estatuto face ao emprego são estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

4.3.9 Número de consultas de especialidade

Tabela 49 - Número médio de consultas de especialidade em função do nível de escolaridade (n=8687)

Nível de Escolaridade	Sexo / Consultas de especialidade						F-Test=10,077 P value=0,000
	Masculino			Feminino			
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão	
Sem escolaridade	0,38	1322	1,46	0,38	2603	1,59	
Ensino Básico do 1.º Ciclo	0,51	1861	1,65	0,51	1897	1,52	
Ensino Básico Completo	0,64	330	1,56	0,71	228	1,42	
Ensino Secundário	0,79	125	1,43	0,83	86	1,33	
Ensino Superior	0,89	122	1,65	1,12	113	1,63	

Observa-se que quanto mais diferenciado é o grau de escolaridade dos indivíduos, homens e mulheres, maior é o valor médio de consultas. Assim, aos homens sem escolaridade corresponde um número médio de consultas de especialidade de 0,38, sendo que aqueles que possuem o ensino superior apresentam 0,89 de valor médio de consultas de especialidade. Nas mulheres, os valores médios correspondentes às mesmas categorias de escolaridade são de 0,38 e 1,12, respectivamente.

Em ambos os grupos sociodemográficos - masculino e feminino, observa-se que o valor médio de consultas de especialidade correspondente à categoria “Ensino Superior” é mais do que o dobro comparativamente à categoria “Sem Escolaridade”.

Segundo o teste da ANOVA, conclui-se que as diferenças encontradas ao nível do número médio de consultas de especialidade em função do nível de escolaridade são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a população em análise.

Tabela 50 - Número médio de consultas de especialidade em função do rendimento em categorias (n=8538)

Rendimento em categorias	Sexo / Consultas de especialidade						F-Test=5,103 P value=0,000	F-Test=9,980 P value=0,000
	Masculino			Feminino				
	Médias	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão		
1,00	0,37	644	1,43	0,41	1057	1,54		
2,00	0,38	1060	1,34	0,35	1461	1,24		
3,00	0,55	756	1,70	0,42	975	1,26		
4,00	0,59	710	1,83	0,59	789	1,98		
5,00	0,66	527	1,35	0,80	559	2,07		

Da análise do número médio de consultas de especialidade em função do rendimento em categorias resulta que o mesmo varia consoante aumenta o nível de rendimento, ou seja, quanto mais elevada a categoria de rendimento maior o número médio de consultas. Assim, o valor médio de consultas de especialidade varia entre os 0,37 (categoria 1,00) e os 0,66 (categoria 5,00) nos homens; e nas mulheres varia entre 0,41 (categoria 1,00) e os 0,80 (categoria 5,00).

O teste da ANOVA indica que as diferenças no número médio de consultas de especialidade observadas em função do rendimento em categorias são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para ambos os sexos em análise.

Tabela 51 - Número médio de consultas de especialidade em função do estatuto face ao emprego (n=8687)

Estatuto face ao emprego	Sexo / Consultas de especialidade						F-Test=2,220 P value=0,084	F-Test=3,198 P value=0,022
	Masculino			Feminino				
	Média	N	Desvio Padrão	Média	N	Desvio Padrão		
Outra	0,57	105	1,48	0,74	166	2,44		
Doméstico(a)	0,00	6	0,00	0,52	1082	1,78		
Reformado(a)	0,52	3068	1,62	0,45	3330	1,47		
Empregado(a)	0,35	581	1,33	0,32	349	1,02		

A distribuição do número médio de consultas de especialidade em resultado do estatuto face ao emprego revela que em ambos os sexos é a categoria profissional “outra” a que apresenta valores médios superiores às restantes.

O teste da ANOVA conclui que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas para a distribuição do número médio de consultas de especialidade em função do estatuto face ao emprego na população masculina ($p > 0,05$) e que essas mesmas diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a população feminina.

4.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Relativamente ao modelo de regressão linear múltipla efectuado para as consultas, consultas de *CSP* e consultas de especialidade para o sexo masculino e feminino, foram seleccionadas as variáveis independentes de natureza socioeconómica rendimento em categorias, nível de escolaridade, estado de saúde auto-reportado e idade.

As variáveis dependentes foram decompostas segundo variáveis logaritimizadas, o que permite obter uma distribuição normal e uma interpretação em termos percentuais.

4.4.1 Análise multivariada da utilização de consultas

Tabela 52 - Análise multivariada da utilização de consultas

Variáveis / Categorias		Sexo					
		Masculino			Feminino		
		Unstandardized Coefficients		P value	Unstandardized Coefficients		P value
		B	Std. Error		B	Std. Error	
	(Constant)	0,731	0,085	0,000	0,755	0,059	0,000
Grupo Etário	65-74 anos	Ref. ^a					
	75 – 84 anos	0,020	0,028	0,476	-0,023	0,022	0,298
	>85 anos	-0,009	0,056	0,880	-0,050	0,041	0,231
Estado de saúde auto-reportado	1,00	Ref. ^a					
	2,00	0,062	0,036	0,084	-0,016	0,027	0,560
	3,00	-0,179	0,032	0,000	-0,238	0,027	0,000
	4,00	-0,333	0,048	0,000	-0,359	0,046	0,000
	5,00	-0,347	0,157	0,027	-0,247	0,153	0,107
Estatuto face ao emprego	Outra	Ref. ^a					
	Doméstico(a)	-0,523	0,297	0,078	-0,113	0,059	0,056
	Reformado(a)	-0,089	0,081	0,270	-0,037	0,056	0,507
	Empregado(a)	-0,150	0,087	0,083	-0,102	0,068	0,136
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	Ref. ^a					
	Ensino Básico do 1.º Ciclo	0,025	0,030	0,401	0,017	0,022	0,435
	Ensino Básico Completo	0,161	0,055	0,003	0,046	0,052	0,382
	Ensino Secundário	0,198	0,079	0,012	0,009	0,080	0,909
	Ensino Superior	0,168	0,084	0,046	0,117	0,076	0,121
Rendimento em categorias	1,00	Ref. ^a					
	2,00	-0,004	0,039	0,910	-0,012	0,029	0,679
	3,00	0,011	0,042	0,800	-0,016	0,032	0,605
	4,00	-0,011	0,044	0,800	-0,008	0,034	0,811
	5,00	-0,107	0,054	0,045	0,039	0,042	0,356

R²=0,046

Relativamente às consultas médicas em geral, podemos considerar que relativamente às diferentes variáveis socioeconómicas, é o estatuto face ao emprego a que apresenta uma maior variação de utilização, designadamente ao nível do sexo masculino.

Assim, para o sexo masculino, os indivíduos com categoria profissional de doméstico utilizam -52,3% de consultas comparativamente com a categoria de referência, os reformados utilizam -8,9% de consultas, ao passo que os que ainda se encontram empregados utilizam -15,0%. Por outro lado, ao nível do sexo feminino o espectro de variação é mais limitado, sendo que as mulheres domésticas utilizam -11,3%, seguindo-se as reformadas com -10,2% de utilização e por último as reformadas que recorrem -3,7% comparativamente à categoria de referência. No entanto, conclui-se que as diferenças registadas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Em termos do nível de escolaridade, nos homens não se registam grandes amplitudes de variação entre a categoria de referência e os indivíduos que possuem o ensino básico do 1.º ciclo. No entanto, à medida que aumentam as habilitações literárias, verifica-se uma maior variação de utilização de consultas médicas, como por exemplo aqueles que possuem o ensino básico completo (+16,1%), ensino secundário (+19,8%) e ensino superior (+16,8%). Também se verificou, de acordo com o teste estatístico, que para estas três últimas categorias da variável nível de escolaridade, as variações registadas são estatisticamente significativas ($p<0,05$). Em relação às mulheres, as variações são mais ténues, salientando-se que os indivíduos do sexo feminino com o ensino superior utilizam as consultas +11,7% face à categoria de referência para a variável nível de escolaridade. No sexo feminino, e para todas as categorias consideradas, o valor de teste indica que as variações observadas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Por último, e no que diz respeito à variável rendimento, observam-se variações pouco significativas para ambos os sexos em termos de utilização de consultas médicas. Apenas ao nível da categoria de rendimento mais elevado se regista um coeficiente de variação um pouco mais substancial, isto é, os homens da categoria de rendimento 5,00 utilizam em média -10,7% de consultas, ao passo que no sexo feminino para a mesma categoria de rendimento se observa uma variação equivalente a +3,9%. À excepção da categoria de rendimento 5,00 no sexo masculino ($p<0,05$), considera-se que em todas as restantes categorias as diferenças observadas em termos de variação não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

4.4.2 Análise multivariada da utilização de consultas de CSP

Tabela 53 - Análise multivariada da utilização de consultas de CSP

Variáveis / Categorias		Sexo					
		Masculino			Feminino		
		Unstandardized Coefficients		P value	Unstandardized Coefficients		P value
		B	Std. Error		B	Std. Error	
	(Constant)	0,735	0,098	0,000	0,663	0,066	0,000
Grupo Etário	65-74 anos	Ref. ^a					
	75 – 84 anos	0,021	0,031	0,498	-0,019	0,025	0,429
	>85 anos	0,067	0,060	0,262	-0,012	0,045	0,796
Estado de saúde auto-reportado	1,00	Ref. ^a					
	2,00	0,050	0,039	0,207	-0,005	0,030	0,872
	3,00	-0,132	0,035	0,000	-0,211	0,029	0,000
	4,00	-0,314	0,053	0,000	-0,348	0,051	0,000
	5,00	-0,296	0,168	0,077	-0,172	0,177	0,330
Estatuto face ao emprego	Outra	Ref. ^a					
	Doméstico(a)	-0,505	0,283	0,074	-0,099	0,067	0,140
	Reformado(a)	-0,157	0,096	0,103	-0,014	0,063	0,832
	Empregado(a)	-0,189	0,102	0,064	-0,052	0,076	0,491
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	Ref. ^a					
	Ensino Básico do 1.º Ciclo	0,017	0,032	0,603	0,014	0,024	0,559
	Ensino Básico Completo	0,174	0,063	0,006	0,048	0,064	0,453
	Ensino Secundário	0,125	0,099	0,210	-0,030	0,107	0,779
	Ensino Superior	0,163	0,117	0,164	-0,008	0,109	0,940
Rendimento em categorias	1,00	Ref. ^a					
	2,00	-0,001	0,042	0,980	0,009	0,031	0,774
	3,00	-0,060	0,046	0,189	-0,004	0,034	0,903
	4,00	-0,073	0,048	0,127	-0,046	0,038	0,225
	5,00	-0,111	0,062	0,074	0,029	0,049	0,554

$R^2=0,045$

Quanto às consultas de *CSP*, voltam a não ser observadas grandes variações, sendo que estas são superiores em geral no sexo masculino e que tornam a ser as variáveis socioeconómicas do estatuto face ao emprego e do nível de escolaridade as que registam variações mais significativas.

Assim, ao nível do sexo masculino os indivíduos domésticos utilizam em média $-50,5\%$ de consultas de *CSP* em relação à categoria de referência, sendo que essa mesma variação se situa em $-15,7\%$ nos indivíduos reformados e $-18,9\%$ nos que ainda se encontram empregados. Os testes de inferência estatística indicam que estas variações não são estatisticamente significativas ($p>0,05$). No sexo feminino estas mesmas variações são menos expressivas, sendo que na categoria de doméstica se observa uma utilização de consultas de $-9,9\%$ em comparação com a categoria de referência. De acordo com os valores de teste, constata-se igualmente que as variações registadas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Em termos do nível de escolaridade, observa-se uma maior variação de utilização média de consultas de *CSP* no sexo masculino nas categorias de escolaridade mais

diferenciadas. Assim, os indivíduos que possuem o ensino básico completo utilizam em média +17,4% de consultas quando comparados com a categoria de referência. O valor p indica que esta variação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Nas restantes categorias do sexo masculino observam-se variações de +12,5% nos indivíduos com ensino secundário e +16,3% com ensino superior. Para estas categorias, conclui-se que as variações registadas em comparação com a categoria de referência não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). No sexo feminino, observam-se variações muito pouco expressivas, sendo que pelos valores do teste estatístico se conclui que as mesmas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Por último, em relação à variável rendimento, observam-se no sexo masculino uma variação negativa crescente à medida que aumenta a categoria de rendimento (-0,1% na categoria de rendimento 2,00 e -11,1% na categoria de rendimento 5,00). Adicionalmente, conclui-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Ao nível do sexo feminino, as variações voltam a ser menos consideráveis, não sendo ainda possível tipificar um padrão de variação à semelhança do sexo masculino. As diferenças identificadas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

4.4.3 Análise multivariada da utilização de consultas de especialidade

Tabela 54 - Análise multivariada da utilização de consultas de especialidade

Variáveis / Categorias	Sexo						
	Masculino			Feminino			
	Unstandardized Coefficients		P value	Unstandardized Coefficients		P value	
	B	Std. Error		B	Std. Error		
(Constant)	0,707	0,170	0,000	1,029	0,126	0,000	
Grupo Etário	65-74 anos	Ref. ^a					
	75 – 84 anos	0,016	0,058	0,779	-0,013	0,050	0,789
	>85 anos	-0,314	0,137	0,022	-0,134	0,099	0,174
Estado de saúde auto-reportado	1,00	Ref. ^a					
	2,00	0,047	0,074	0,529	-0,040	0,059	0,495
	3,00	-0,313	0,068	0,000	-0,226	0,060	0,000
	4,00	-0,342	0,100	0,001	-0,285	0,103	0,006
	5,00	-0,408	0,350	0,244	-0,342	0,298	0,252
Estatuto face ao emprego	Outra	Ref. ^a					
	Doméstico(a)	-	-	-	-0,140	0,122	0,254
	Reformado(a)	0,155	0,147	0,294	-0,048	0,117	0,680
	Empregado(a)	0,038	0,165	0,819	-0,170	0,149	0,255
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	Ref. ^a					
	Ensino Básico do 1.º Ciclo	0,036	0,068	0,594	-0,037	0,053	0,483
	Ensino Básico Completo	0,103	0,105	0,331	-0,089	0,094	0,345
	Ensino Secundário	0,110	0,134	0,411	-0,109	0,129	0,399
	Ensino Superior	0,101	0,133	0,445	0,029	0,117	0,805
Rendimento em categorias	1,00	Ref. ^a					
	2,00	-0,046	0,090	0,609	-0,105	0,071	0,141
	3,00	0,165	0,094	0,078	-0,101	0,076	0,181
	4,00	0,105	0,092	0,255	0,015	0,076	0,844
	5,00	-0,159	0,103	0,123	-0,017	0,085	0,841

$R^2=0,043$

Em termos da análise multivariada à utilização de consultas de especialidade, observam-se algumas variações, nomeadamente em termos do rendimento e nível de escolaridade no sexo masculino e no estatuto face ao emprego no sexo feminino.

O estatuto face ao emprego apresenta uma variação positiva no sexo masculino (+15,5% nos reformados e +3,8% nos empregados) e uma variação negativa no sexo feminino (-14,0% nas domésticas, -4,8% nas reformadas e -17,0% nas empregadas). Verifica-se em ambos os sexos e em todas as categorias consideradas para a variável estatuto face ao emprego, que as diferenças observadas ao nível da utilização média de consultas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

A variável nível de escolaridade apresenta dois padrões distintos de variação. No sexo masculino, o índice de variação é superior nas categorias de escolaridade mais avançadas (+3,6% nos indivíduos com o ensino básico do 1.º ciclo, +11,0% nos indivíduos com ensino secundário e +10,1% nos indivíduos com ensino superior). Todavia, e de acordo com os testes de inferência estatística, consideram-se estas diferenças ao nível da variação de utilização média de consultas de especialidade como sendo estatisticamente não significativas ($p>0,05$). Por outro lado, no sexo feminino observam-se variações negativas crescentes nas categorias de escolaridade (-3,7%, -8,9% e -10,9% para ensino básico do 1.º ciclo, ensino básico completo e ensino secundário, respectivamente). Ao nível do ensino superior observa-se uma variação de utilização positiva (+2,9%). Para todas as categorias da variável nível de escolaridade, conclui-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Por último, em relação à variável rendimento em categorias, observam-se algumas variações pontuais, pese embora não muito expressivas. No sexo masculino observam-se variações negativas na primeira e última categoria de rendimento (-4,6% na categoria 2,00 e -15,9% na categoria 5,00) em relação à categoria de referência. Nas categorias intermédias regista-se uma variação positiva (+16,5% na categoria 3,00 e +10,5% na categoria 4,00). Relativamente ao sexo feminino, identifica-se uma variação negativa inicial (-10,5% na categoria 2,00), mas que vai decrescendo, tornando-se positiva na categoria 4,00 (+1,5%). Para todas as categorias de rendimento de ambos os sexos, conclui-se que as diferenças observadas em termos de utilização de consultas de especialidade não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior - Apresentação de Resultados (4), procedeu-se à descrição sumária dos principais resultados em termos das variáveis socioeconómicas mediante três fases: apresentação e caracterização da amostra, análise univariada das desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde e análise multivariada através de modelos de regressão linear múltipla.

Para que a análise de resultados seja o mais completa e abrangente possível, torna-se imperioso consubstanciar os resultados obtidos segundo uma perspectiva multidimensional e que englobe as diferentes variáveis estudadas ao longo deste projecto de investigação. Assim, os quadros apresentados ao longo deste capítulo visam representar a síntese agregada dos diversos testes de inferência estatística que foram processados de modo a correlacionar as diferentes variáveis do estudo – variáveis de utilização de cuidados de saúde e variáveis socioeconómicas.

5.1 DISCUSSÃO DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE UNIVARIADA

Os quadros seguintes – Quadro 2 e 3 – visam consubstanciar os testes estatísticos aplicados às diferenças observadas relativamente às variáveis de utilização de cuidados de saúde em função das variáveis socioeconómicas consideradas no âmbito deste estudo. Estes representam o resultado de correlações efectuadas entre essas mesmas variáveis numa perspectiva de análise univariada às desigualdades socioeconómicas em cuidados de saúde.

Quadro 2 - Quadro síntese da análise univariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo masculino)

Variáveis	Variáveis Socioeconómicas			
	Nível de Escolaridade	Rendimento em categorias	Estatuto face ao emprego	
Variáveis de utilização de cuidados de saúde	Probabilidade de ter alguma consulta	(X)	(-)	(X)
	Probabilidade de ter uma consulta de CSP	(X)	(X)	(-)
	Probabilidade de ter uma consulta de especialidade	(X)	(X)	(X)
	Dias de espera até obter consulta	(-)	(X)	(-)
	Tempo de espera no acto da consulta	(X)	(X)	(-)
	Grau de satisfação relativo às consultas	(-)	(X)	(-)
	Número de consultas	(-)	(-)	(X)
	Número de consultas de CSP	(X)	(X)	(-)
	Número de consultas de especialidade	(X)	(X)	(-)

Legenda: "(X)" - diferenças observadas consideram-se, de acordo com o teste de inferência estatística aplicado, como estatisticamente significativas

Quadro 3 - Quadro síntese da análise univariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo feminino)

Variáveis	Variáveis Socioeconómicas			
	Nível de Escolaridade	Rendimento em categorias	Estatuto face ao emprego	
Variáveis de utilização de cuidados de saúde	Probabilidade de ter alguma consulta	(-)	(-)	(X)
	Probabilidade de ter uma consulta de CSP	(X)	(X)	(X)
	Probabilidade de ter uma consulta de especialidade	(X)	(X)	(X)
	Dias de espera até obter consulta	(X)	(X)	(X)
	Tempo de espera no acto da consulta	(X)	(X)	(X)
	Grau de satisfação relativo às consultas	(X)	(-)	(-)
	Número de consultas	(-)	(-)	(X)
	Número de consultas de CSP	(X)	(X)	(X)
	Número de consultas de especialidade	(X)	(X)	(X)

Legenda: "X" - diferenças observadas consideram-se, de acordo com o teste de inferência estatística aplicado, como estatisticamente significativas

No que concerne ao sexo masculino, pode concluir-se que o nível de escolaridade apresenta influência significativa sobre grande parte das variáveis estudadas, exceptuando os dias de espera por uma consulta, o grau de satisfação, assim como o número de consultas em geral. Por outro lado, e um pouco à semelhança da variável de âmbito educacional, o rendimento em categorias também apresenta um valor preditivo significativo sobre as variáveis consideradas, excepto a probabilidade de ter alguma consulta e o número de consultas em geral. Nestas duas variáveis, as diferenças observadas entre as mesmas e as restantes variáveis de utilização de cuidados de saúde são estatisticamente significativas para o nível de significância de 95%. Por sua vez, as variáveis de utilização de cuidados de saúde quando analisadas em função da variável relativa ao estatuto face ao emprego, apenas registam diferenças estatisticamente significativas na probabilidade de ter alguma consulta, probabilidade de ter uma consulta de especialidade e no número de consultas médicas em geral.

Relativamente ao sexo feminino, assume-se ser, do ponto de vista das variáveis socioeconómicas, a variável relativa ao estatuto face ao emprego a única que influencia as diferentes variáveis de utilização de cuidados de saúde, observando-se que as diferenças registadas são estatisticamente significativas em todas, excepto ao nível do grau de satisfação relativo à última consulta. Por outro lado, as variáveis relativas ao rendimento e nível de escolaridade apresentam uma influência significativa sob o ponto de vista das diversas variáveis de utilização de cuidados de saúde, uma vez que à excepção da probabilidade em ter alguma consulta e número de consultas médicas em geral, as diferenças observadas consideram-se estatisticamente significativas a um nível de confiança de 95%.

Numa primeira instância, e de acordo com a análise univariada, observa-se que para a probabilidade em ter alguma consulta não se registam variações significativas de utilização. Ainda assim, é na variável do estatuto face ao emprego que se observam variações

significativas de probabilidade de utilização. Por outro lado, se considerarmos a probabilidade de ter uma consulta de *CSP*, são os indivíduos com maior rendimento e nível de escolaridade mais diferenciado aqueles que apresentam maior grau de probabilidade. O estatuto face ao emprego apenas parece ter alguma relevância estatística ao nível do sexo feminino. Por fim, e relativamente às consultas de especialidade, os resultados apontam no sentido de um gradiente crescente de probabilidade consoante aumenta o nível de escolaridade e a categoria de rendimento, corroborando assim a maioria dos estudos internacionais neste âmbito (BAGO D'UVA, T.; *et al.*; 2008; DEVAUX, M.; DE LOOPER, M.; 2012; MAKINEN, M.; *et al.*; 2000; OR, Z.; JUSOT, F.; YILMAZ, E.; 2008; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Numa abordagem complementar, foi estudada a relação entre dias de espera pela consulta, tempo de espera no acto da consulta e grau de satisfação com as variáveis socioeconómicas estudadas anteriormente. Observa-se que existe uma diferença substancial entre o tempo de espera no acto da consulta e as categorias do nível de escolaridade, sendo que os indivíduos com maior escolaridade esperam tendencialmente menos tempo aquando da consulta. Por raciocínio análogo, em relação ao rendimento observa-se que na categoria de menor tempo de espera existe um gradiente percentual crescente consoante aumenta o rendimento, e que para a categoria de maior tempo de espera se verifica um gradiente contrário. Estes resultados encontram algum paralelismo ao nível da literatura científica, nomeadamente a questão dos tempos de espera em sistemas de prestação de cuidados de saúde públicos uma vez que o acesso não se encontra, teoricamente, condicionado a critérios socioeconómicos (LAUDICELLA, M.; SICILIANI, L.; COOKSON, R.; 2010). Assim, este parâmetro relacionado com a utilização de cuidados de saúde é geralmente considerado como um mecanismo de equidade. De acordo com um estudo desenvolvido com base em dados administrativos referentes a episódios de cirurgia electiva da bacia, observa-se uma iniquidade favorável aos indivíduos com maior escolaridade, e em menor extensão a favor dos indivíduos com maiores rendimentos, ou seja, indivíduos com maiores índices de educação e rendimento tendem a esperar menos tempo por uma cirurgia (LAUDICELLA, M.; SICILIANI, L.; COOKSON, R.; 2010).

Por último, e no que se refere ao grau de satisfação, importa reter a noção de que os indivíduos tendem a avaliar as consultas de forma mais positiva e satisfatória quanto maior a categoria de rendimento e o nível de escolaridade. Em termos de evidência científica, e apesar do conceito de satisfação envolver alguma heterogeneidade na sua definição, consensualizou-se que se trata de um indicador fundamental na gestão das organizações, que assume um carácter multidimensional e, por conseguinte, influencia a qualidade dos serviços prestados ao nível das organizações de prestação de cuidados de saúde, traduzindo-se dessa forma numa medida do desempenho (HESPANHOL, A.; 2004). A satisfação dos utilizadores está directamente relacionada com as suas necessidades e expectativas. Ao nível dos diversos estudos identificam-se os principais determinantes da satisfação - características

sociodemográficas, expectativas, características dos prestadores e qualidade técnica, aspectos da relação médico-doente e factores estruturais e ambientais, tais como o acesso e o pagamento (DONABEDIAN, A; 1990). No entanto, e sendo a satisfação influenciada por factores clínicos e não clínicos, os estudos não são completamente esclarecedores quanto à influência dessas características. A idade e o grau de ensino parecem ser as que apresentam maior impacto na determinação da satisfação (FITZPATRICK, R.; 1991; MCINTYRE, T. M.; *et al.*, 2002). Alguns estudos, por sua vez, demonstram que a relação entre satisfação e características sociodemográficas é muito limitada, assim como as diferenças de género (CARR-HILL, R. A.; 1992), enquanto outros autores reconhecem a influência dos níveis de escolaridade na determinação da satisfação relativa à prestação de cuidados de saúde (HALL, J. A.; DORNAN, M. C.; 1990). Não é possível, dado o balanço entre necessidades, expectativas e cuidados efectivamente prestados, estabelecer uma relação de causalidade entre idade, género, rendimento e/ou nível de escolaridade com as questões da satisfação reportada, persistindo por vezes a dúvida se esta resulta de menores expectativas, dificuldade em expressar de forma clara uma opinião negativa ou da maior literacia em saúde que consequentemente conduz a uma avaliação mais rigorosa dos cuidados de saúde recebidos.

De uma outra perspectiva, e considerando os valores médios de utilização de consulta, é possível identificar alguns padrões de utilização de cuidados de saúde. Se por um lado não parecem existir variações significativas ao nível das consultas em geral, no que concerne às consultas de CSP são os indivíduos de menores níveis de escolaridade e menores rendimentos os que apresentam valores médios de utilização superiores. Por outro lado, e relativamente às consultas de especialidade, observa-se um fenómeno inverso, ou seja, os indivíduos com categoria de rendimento superior e estatuto de escolaridade mais diferenciado apresentam valores médios de utilização mais elevados.

5.2 DISCUSSÃO DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE MULTIVARIADA

Quadro 4 – Quadro síntese da análise multivariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo masculino)

Variáveis	Variáveis Socioeconómicas			
	Nível de Escolaridade	Rendimento em categorias	Estatuto face ao emprego	
Variáveis de utilização de cuidados de saúde	Consultas em geral	(X)	(X)	(-)
	Consultas de CSP	(X)	(X)	(-)
	Consultas de Especialidade	(-)	(-)	(-)

Legenda: "(X)" - diferenças observadas consideram-se, de acordo com o teste de inferência estatística aplicado, como estatisticamente significativas em pelo menos uma das categorias da respectiva variável

Quadro 5 – Quadro síntese da análise multivariada às desigualdades socioeconómicas na utilização de cuidados de saúde (sexo feminino)

Variáveis	Variáveis Socioeconómicas		
	Nível de Escolaridade	Rendimento em categorias	Estatuto face ao emprego
Variáveis de utilização de cuidados de saúde	Consultas em geral	(-)	(-)
	Consultas de CSP	(-)	(-)
	Consultas de Especialidade	(-)	(-)

Legenda: "(X)" - diferenças observadas consideram-se, de acordo com o teste de inferência estatística aplicado, como estatisticamente significativas em pelo menos uma das categorias da respectiva variável

Por outro lado, se considerarmos a análise multivariada às desigualdades socioeconómicas para os diferentes níveis de cuidados de saúde, os resultados acabam por encontrar algum paralelismo com investigações desenvolvidas anteriormente (BAGO D'UVA, T.; *et al.*; 2008; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Assim, para os cuidados de saúde na generalidade, medidos através da utilização nos últimos 3 meses de uma qualquer consulta médica, é o estatuto face ao emprego a variável que apresenta uma maior variação, nomeadamente ao nível do sexo masculino. Este fenómeno acaba por encontrar algum paralelismo em termos da literatura científica, dado que existem algumas condições clínicas e piores indicadores de saúde que estão fortemente associados com o facto de não estar economicamente inserido no mercado de trabalho, podendo aqui existir uma potencial fonte de iniquidade na utilização de cuidados de saúde, e consequentemente iniquidade em saúde (ALAVINIA, S. M.; BURDOF, A.; 2008).

A variável de educação apresenta alguma variação, sobretudo se considerarmos os níveis de escolaridade superiores, onde as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Esta variação é, no entanto, não significativa para o sexo feminino. Existe evidência científica que relata a associação entre iniquidade horizontal na utilização e acesso a cuidados de saúde e variáveis de educação, corroborando desta forma alguns dos resultados aqui observados (OR, Z.; JUSOT, F.; YILMAZ, E.; 2008). O rendimento, e considerando uma análise multivariada à utilização de consultas médicas em geral, parece não apresentar variações significativas para ambos os sexos. À excepção da última categoria de rendimento no sexo masculino ($p < 0,05$), considera-se que em todas as restantes categorias as diferenças observadas em termos de variação não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

De uma outra abordagem, e se adoptarmos a perspectiva de análise segundo níveis de cuidados de saúde – cuidados de saúde primários mediante utilização de consultas de clínica geral, ou cuidados de saúde secundários através da utilização de consultas médicas de

especialidade – é possível identificar um padrão da utilização que a população em estudo faz dos mesmos.

A análise de um nível específico de cuidados de saúde – cuidados de saúde primários, é particularmente relevante até na medida em que eventuais restrições de acesso e iniquidade na prestação podem ser replicados aos restantes níveis de cuidados do sistema de saúde (ABASOLO, I.; MANNING, R.; JONES, A. M.; 2001). Assim, no capítulo das consultas de CSP não se observam variações relevantes, sendo, no entanto, superiores no sexo masculino e ainda mais significativas nas variáveis do estatuto face ao emprego e do nível de escolaridade. Apesar de se registarem algumas variações na variável “*estatuto face ao emprego*”, as mesmas não apresentam diferenças estatisticamente significativas, dada a estatística de teste adoptada. Por outro lado, em relação à variável “*nível de escolaridade*”, observa-se que, no sexo masculino, a diferença observada ao nível dos indivíduos com o ensino básico completo é estatisticamente significativa. Note-se, aliás, que esta é a única diferença relevante de acordo com o teste estatístico. Por último, e referente à variável “*rendimento em categorias*”, é possível identificar um padrão de variação negativa crescente à medida que aumenta a categoria de rendimento, ou seja, quanto maior for o rendimento, maior a variação negativa relativa à utilização de consultas de CSP, o que aliás surge na sequência de outros estudos internacionais e nacionais, que apontavam as classes mais favorecidas, do ponto de vista económico, como utilizando menos esta tipologia de cuidados de saúde (BAGO D’UVA, T.; *et al.*; 2008; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004).

Relativamente às consultas de especialidade, é possível identificar algumas variações em termos de rendimento e nível de escolaridade ao nível do sexo masculino e no estatuto face ao emprego no sexo feminino. Importa realçar a variável nível de escolaridade, com variações positivas de utilização ao nível das habilitações literárias superiores no sexo masculino. Por seu turno, no sexo feminino regista-se uma variação negativa crescente, em que à excepção do ensino superior, não parece existir uma iniquidade horizontal que favoreça os indivíduos com maiores níveis de escolaridade. No que diz respeito à variável rendimento, observa-se, para o sexo masculino, uma variação negativa nas categorias 2,00 e 5,00, ao invés das categorias intermédias onde se registam variações positivas de utilização. Para o sexo feminino, é possível identificar uma variação negativa inicial que vai decrescendo, tornando-se positiva nas categorias de rendimento superiores.

A equidade, nomeadamente as questões de equidade horizontal, na utilização de cuidados de saúde constitui o vector central de reflexão que este trabalho visa aprofundar, sobretudo se considerarmos que determinadas iniquidades estão porventura subavaliadas em termos de investigação e que o segmento populacional mais idoso permanece como tema menos consistente da avaliação do impacto de políticas de saúde em termos de acesso e equidade.

No caso deste estudo, pode concluir-se pela presença de um padrão de iniquidade horizontal na utilização de consultas em geral, assim como ao nível das consultas de CSP no sexo masculino. Pelos resultados obtidos, e de acordo com os dados disponíveis, parece não se registar iniquidade tanto ao nível do sexo feminino, quer nas consultas de especialidade. O conjunto de resultados é corroborado por estudos anteriores (PERELMAN, J.; FERNANDES, A.; MATEUS, C.; 2012; QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.; 2012; VERBRUGGE, L. M.; 1985; WINGARD, D. L.; 1984), a partir dos quais se infere, à semelhança deste estudo, que as mulheres fazem maior utilização dos cuidados de saúde e que tendem a classificar de forma mais negativa a sua condição de saúde (estado de saúde auto-reportado). Desta forma, estes resultados podem ajudar a explicar que as mulheres estejam mais conscientes dos seus problemas de saúde, fazendo maior uso de cuidados de saúde preventivos e, conseqüentemente, registando efeitos positivos ao nível da sua esperança média de vida.

Outro aspecto que parece ser central a esta discussão reside no facto da iniquidade na prestação de cuidados de saúde, apesar de não constituir a causa única e exclusiva, mas poder fazer aumentar a iniquidade em saúde (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; 2008). Por este motivo, constitui uma componente no desempenho dos sistemas de saúde que tem sido amplamente estudada e cujos resultados têm necessariamente um impacto nos responsáveis pelas políticas em saúde e nos decisores políticos em geral (MARMOT, M.; 2008).

Os principais estudos a nível internacional que se ocupam do estudo da equidade na utilização de cuidados de saúde apontam no sentido dos principais resultados obtidos, ou seja, uma iniquidade horizontal que favorece tendencialmente os indivíduos que possuem maiores rendimentos e/ou níveis de escolaridade superiores. Contudo, esta inferência não pode ser aplicada de forma uniforme a todos os níveis de cuidados de saúde, isto é, o mesmo padrão de iniquidade não se verifica de modo idêntico em termos dos cuidados de saúde primários, como se verifica em cuidados mais diferenciados, tais como consultas de especialidade por exemplo.

Em Portugal, a análise à equidade na utilização de cuidados de saúde assume particular relevância, pelas especificidades do sistema de saúde em particular, tal como pelo contexto socioeconómico da população.

Embora sustentado num Serviço Nacional de Saúde geral, de cobertura universal e tendencialmente gratuito aquando do momento de utilização, o sistema de saúde português apresenta algumas particularidades ao nível da prestação e do financiamento, que sobretudo ao nível dos grupos mais vulneráveis, podem representar estrangimentos à utilização de cuidados de saúde (OECD; 2013; WHO; 2011). Assim, o facto de a esmagadora maioria dos indivíduos estar coberta pelo SNS, ou respectivos subsistemas, pode conduzir a uma certa atenuação ou subavaliação de potenciais iniquidades, uma vez que o sistema de saúde

assegura, pelo menos no plano teórico e normativo, uma universalidade e generalidade como principais valores da sua matriz fundacional.

Seria porventura legítimo apontar algumas causas possíveis para que estes fenómenos persistam em termos do desempenho do sistema de saúde. Deste modo, a escassez de oferta no sector público, as listas de espera e o recurso ao sector privado por parte de quem tem capacidade financeira para suportar os encargos totais da prestação de cuidados de saúde ou esteja coberto por subsistemas ou seguros de saúde podem constituir-se como elementos explicativos deste padrão de iniquidade. Pode ainda depreender-se que esta situação configura uma situação de desigualdade socioeconómica na utilização de cuidados de saúde, o que, por sua vez, gera frequentemente iniquidade a favor dos mais ricos, particularmente notórias nos cuidados mais diferenciados (ANDERSEN, R. M.; 1995; ALLIN, S.; HERNANDEZ-QUEVEDO, C.; MASSERIA, C.; 2009) e que em Portugal são, em média, superiores à maioria dos países estudados nas diversas comparações internacionais (BARROS, P. P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.; 2011; MASSERIA, C.; 2004; OLIVEIRA, M. D.; BEVAN, G.; 2003; SANTANA, P.; 2005).

Alguns estudos internacionais, ao contrário do gradiente socioeconómico presente na maior parte dos cuidados de saúde primários e/ou secundários, observam a possibilidade de que os indivíduos de baixo estrato socioeconómico são favorecidos em termos de cuidados de saúde domiciliários (GOODRIDGE, D.; et al.; 2012). Não foi possível considerar este aspecto no âmbito deste projecto de investigação, pelo que algumas fontes de iniquidade podem estar atenuadas em contexto de uma população idosa.

Em Portugal, grande parte dos estudos que se ocupam do sistema de saúde observa a existência de factores, para além da condição clínica intrínseca dos doentes, que determinam a utilização de cuidados de saúde, evidenciando a existência de iniquidades a favor dos grupos com rendimentos superiores. (PEREIRA, J.; 2002; LOURENÇO, O.; *et al.*; 2007; PEREIRA, J.; LOPES, S.; 2006). Esta tendência é corroborada pelo estudo realizado pela OCDE, e que permite contextualizar o desempenho de Portugal com outros 21 países, revelando um dos índices de iniquidade mais elevados (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004). Porém, deve ressaltar-se que este padrão não é transversal e uniforme a todo o género de cuidados prestados. Por exemplo, no caso das consultas de clínica geral (*CSP*) não pode afirmar-se que exista um padrão de iniquidade na utilização, uma vez que os resultados diferem entre si, embora remetendo para uma distribuição de cariz equitativo (VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; LOPES, S.; 2004; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E.; 2009). Por outro lado, relativamente às consultas de especialidade, os resultados apontam no sentido de um padrão evidente de iniquidade a favor dos indivíduos com nível socioeconómico superior, sendo inclusivamente dos índices de iniquidade mais elevados de entre os países abrangidos ao nível das diversas comparações internacionais (VAN

DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; 2004; LOPES, S.; 2004; BAGO D'UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E.; 2009; VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; JONES, A.M.; 2004; VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; 2006).

Uma conclusão imediata remete para a importância que o fenómeno da equidade na prestação de cuidados parece representar, sendo particularmente relevante no âmbito das políticas de saúde, uma vez que a utilização dos serviços de saúde constitui um dos determinantes do estado de saúde das populações e por conseguinte as iniquidades na prestação de cuidados de saúde podem ter impacto no estado de saúde das populações (MARMOT, M.; *et al.*; 2008).

Em suma, e segundo uma avaliação genérica do sistema de saúde português, pode observar-se que, pese embora os ganhos de equidade alcançados após a implementação do SNS em 1979 – com melhorias significativas de cobertura e utilização de cuidados de saúde –, os potenciais ganhos de equidade noutros domínios são ainda algo limitados, persistindo determinadas desigualdades, como por exemplo as relacionadas com o estatuto socioeconómico dos cidadãos e o respectivo acesso a cuidados de saúde (PEREIRA, J.; 1995; SANTANA, P.; 1993; GIRALDES, M. R.; 1998). Este parece ser um ponto fulcral em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, a associação entre as características do próprio sistema de saúde e as potenciais fontes de iniquidade que o mesmo induz.

Ainda assim, existe um conjunto de possíveis explicações que permitem melhor compreender o espectro de resultados observados. A universalidade de cobertura do SNS parece constituir o eixo central da equidade de utilização de cuidados de saúde em Portugal, indiciando que o sistema de saúde consegue respeitar a sua matriz fundacional, nomeadamente a universalidade e generalidade. Outro aspecto que pode influenciar estes resultados prende-se com o regime de isenções, uma vez que parte considerável da população encontra-se isenta do pagamento de taxas moderadoras na utilização de cuidados de saúde (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE; 2014). No, entanto, e não sendo possível contudo estimar qual a percentagem de isentos com idade acima dos 65 anos de idade, é expectável que uma percentagem considerada seja pertencente ao segmento populacional mais velho, dado o baixo valor médio de pensões vigente (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE; 2014; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; 2011). Por outro lado, devem também ser consideradas algumas características intrínsecas deste subgrupo populacional, como por exemplo o quadro patológico, tendencialmente de cariz crónico e de maior severidade, sendo menos recorrente a utilização de cuidados de saúde privados, e existindo consequentemente menos barreiras à sua utilização, nomeadamente factores de índole económica.

Em suma, a equidade não pode ser percebida de uma perspectiva meramente relacionada com o domínio da saúde, as iniquidades em saúde e em cuidados de saúde resultam de um processo complexo e dinâmico, e como tal devem ser consideradas sob o espectro de uma equidade global e sistémica, ou seja, uma equidade social que produz resultados sobre os mais diversos domínios, não sendo a saúde e os cuidados de saúde uma excepção em todo este sistema. Assim, a iniquidade na prestação de cuidados de saúde deve ser integrada numa avaliação geral que permita compreender o fenómeno de iniquidade social.

Por outro lado, e enfatizando a pertinência em estudar-se o segmento populacional mais envelhecido, os resultados obtidos apontam no sentido de que não existe evidência científica que permita afirmar com segurança de que o padrão de iniquidade nos idosos difere substancialmente do registado ao nível das gerações mais jovens, sendo portanto sugestivo de que as iniquidades em termos de educação e rendimento são transversais aos diferentes grupos populacionais, independentemente da idade, género ou país, podendo estas ser atenuadas ao longo da vida, mas que, porém, parte significativa das mesmas persistem, podendo mesmo ser agravadas em idades mais avançadas (HUISMAN, M.; KUNST, A.; MACKENBACH, J.; 2003)

Deste modo, o padrão de iniquidade horizontal que está documentado para a população em geral replica-se sem grandes alterações ao nível deste segmento específico da população, podendo eventualmente registar-se maiores desigualdades socioeconómicas e/ou encontrarem-se subavaliadas. Reforçando uma ideia-chave transmitida anteriormente, a iniquidade na utilização de cuidados de saúde pode condicionar de modo substancial a equidade em saúde, consubstanciado pelo facto de verificar-se na população mais velha um conjunto de particularidades que lhe configuram uma situação de vulnerabilidade acrescida.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Analisando as limitações metodológicas desta investigação, realça-se, numa primeira instância, a fonte dos dados, tendo em conta que a maior parte dos países utiliza inquéritos ou fontes de dados administrativos para medir o acesso e a necessidade. No entanto, e independentemente do método utilizado, todos eles apresentam limitações associadas. Os inquéritos baseados na recolha de dados de utilização são susceptíveis a vieses e factores culturais, comportamentais ou sociais; ao passo que as fontes de dados administrativos são menos propícias à recolha de informação do estado de saúde, podendo ainda estar limitadas na aferição de outros indicadores importantes (ALLIN, S; *et al.*; 2007). Neste caso, e como os dados são recolhidos pelo reporte directo dos indivíduos, podem admitir-se algumas imprecisões.

Importa ainda salientar outros aspectos metodológicos que podem ser percebidos enquanto limitações ao desenvolvimento deste estudo. Inicialmente, é oportuno ressaltar, de acordo com o âmbito e objectivos do estudo, que era pretendido avaliar-se a utilização de cuidados de saúde, ao invés do acesso. O acesso é um conceito mais abrangente e complexo, que sofre diversas interações e adaptações em função do contexto em que se insere. Por outro lado, a utilização relaciona-se directamente com o funcionamento do próprio sistema de saúde (TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; 2004). No caso deste estudo, não se considerou o conceito de acesso por não se dispor de dados suficientes, e dado o seu carácter multidimensional e maior complexidade na sua operacionalização.

Pode ainda considerar-se limitativo da discussão de resultados o facto de os dados não disponibilizarem outro tipo de informação de cariz socioeconómico, nomeadamente a riqueza ou outras fontes de rendimento, que não decorrem propriamente do rendimento auferido por cada indivíduo; o capital social, estrutura familiar e redes de apoio formal ou informal que suportam o quotidiano do indivíduo; ou ainda o próprio contexto de vida do inquirido que não foi possível considerar neste projecto de investigação.

Ainda em relação às limitações do estudo, mas igualmente em termos de investigações futuras, podem discutir-se as possíveis causas para a possível presença de iniquidade no acesso e utilização de cuidados de saúde, designadamente: os preços enquanto barreira económica, sobretudo no sistema de saúde privado; as questões de natureza cultural ou organizacional; os transportes e as distâncias ao local de prestação de cuidados de saúde, particularmente relevantes em situações de dependência, ruralidade e e/ou isolamento geográfico; e a literacia em saúde e crenças pessoais que podem constituir-se como determinantes da utilização de cuidados de saúde.

Por último, esclarecer que não foi efectuada a análise multivariada para todos os indicadores de utilização de cuidados, por se considerar que ultrapassavam o âmbito de análise do estudo e por a utilização de consultas (gerais, de CSP ou de especialidade) representarem de modo fidedigno a utilização de cuidados de saúde.

5.4 CONCLUSÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO

Se considerarmos que a equidade é um objectivo central em muitas das políticas definidas em diversos sistemas de saúde, então áreas importantes no âmbito da prestação de cuidados de saúde, como por exemplo a utilização de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, os cuidados continuados ou paliativos, entre outros, ainda não foram suficientemente estudados a nível nacional, pelo que a análise da equidade na utilização

de cuidados de saúde pode não estar apenas incompleta, mas pode o padrão de iniquidade estar subavaliado. Todos os estudos que consubstanciem o conhecimento em torno da equidade em saúde e na prestação de cuidados de saúde devem ser estimulados, de modo a que possam ser introduzidos os processos de reforma necessários a tornar o sistema de saúde mais eficiente e equitativo, sobretudo se considerarmos os grupos populacionais social e economicamente mais vulneráveis.

Da mesma forma, considera-se oportuna a possibilidade de um estudo mais detalhado acerca da utilização de cuidados de saúde na população idosa que possa contemplar outro tipo de variáveis, designadamente a comparação entre prestadores públicos e privados, a presença de seguros de saúde e/ou subsistemas de saúde em alternativa ao SNS, ou inclusivamente a comparação regional da iniquidade em cuidados de saúde, de modo a possibilitar uma avaliação destes processos entre regiões urbanas e rurais.

Tal como referido anteriormente, o envelhecimento é um processo contínuo, multifactorial e complexo que não se esgota na análise de base empírica de dados de utilização de cuidados de saúde. Ao discutir-se equidade em cuidados de saúde na população idosa deve tentar incorporar-se uma variável relevante e que consiste na rede de cuidados informais, suporte familiar e outro género de respostas de apoio social que visem diminuir e/ou corrigir potenciais fontes de iniquidade na prestação de cuidados de saúde.

Por fim, e com vista a um melhor enquadramento deste estudo, sugere-se uma reflexão ampla e participada relativamente às políticas de saúde que visem adaptar um conjunto de respostas por parte do sistema de saúde em função de um novo paradigma social marcado por um acentuado envelhecimento populacional e a transição para um novo perfil epidemiológico, e que possibilitem uma melhor integração de cuidados de saúde e a adopção de novos mecanismos de financiamento que lhe permitam tornar-se mais sustentável, eficiente e equitativo.

6. CONCLUSÃO

A iniquidade na utilização de cuidados de saúde, apesar de não constituir a única causa, pode determinar maior índice de iniquidade em saúde, expresso através dos principais indicadores de saúde.

Apesar de o direito à saúde e protecção da doença estar garantido por via de um direito fundamental consagrado constitucionalmente, e de o sistema de saúde incluir na sua matriz fundacional o princípio da equidade de acesso, são inúmeros os estudos, de âmbito nacional e internacional, que vieram alertar para a não aplicabilidade deste princípio, comprometendo assim o acesso, e conseqüentemente, o estado geral de saúde das populações.

Este estudo visou analisar as desigualdades socioeconómicas na prestação de cuidados de saúde num segmento específico da população – os indivíduos com 65 ou mais anos de idade. Assim, persiste um padrão de desigualdades de utilização, e que favorece tendencialmente os indivíduos de maiores recursos financeiros e níveis de escolaridade superior, sobretudo se considerarmos os cuidados de saúde mais diferenciados. Por outro lado, ao nível das consultas em geral e dos cuidados de saúde primários, parece não existir uma evidência clara de desigualdade na sua utilização, favorecendo inclusivamente os indivíduos de menores rendimentos e escolaridade no caso das consultas de clínica geral. No entanto, e uma vez processado o ajustamento em função da necessidade, medida através do estado de saúde auto-reportado, as variações registadas parecem não indicar a existência de um padrão claro de iniquidade horizontal na utilização dos diferentes níveis de cuidados de saúde, embora se registre iniquidade na utilização de consultas em geral e consultas de *CSP* no sexo masculino em função do rendimento em categorias e nível de escolaridade, sendo as respectivas variações de utilização estatisticamente significativas de acordo com o teste utilizado.

Estima-se que no decorrer das próximas décadas a população com idade superior a 65 anos de idade atinja aproximadamente o dobro do que se regista actualmente, verificando-se concomitantemente uma diminuição significativa da população, o que acarreta naturalmente sérios problemas, tanto a nível do sistema de saúde, como da própria sustentabilidade da segurança social, considerando quer a maior necessidade de cuidados de saúde e despesa em saúde, assim como a obtenção de menos receitas para um sistema de saúde financiado sobretudo em função da cobrança de impostos. Qualquer sistema de saúde, e respectiva organização, constituem factores determinantes do estado de saúde da sua população, e pese embora se reconheça uma assinalável evolução em termos dos principais indicadores de saúde, continuam por operacionalizar importantes reformas que visem a sua sustentabilidade, eficiência e manutenção dos mais elevados padrões de qualidade e segurança.

Por outro lado, o envelhecimento populacional é, hoje em dia, um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Em paralelo às modificações observadas ao nível do tecido social, um dos resultados dessa dinâmica é uma procura crescente por serviços de saúde, pelo que o conhecimento desta problemática deve fazer com que a mera importação mecânica dos modelos tradicionais de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação para o grupo populacional dos idosos não seja executada sem as necessárias adaptações.

O sistema de saúde em Portugal reúne um amplo consenso relativamente ao seu elevado nível de qualidade técnica e desempenho global, persistindo, porém, alguma incerteza relativamente ao acesso, à integração e complementaridade dos cuidados. Assim, parece existir um dilema relativamente ao binómio da garantia de sustentabilidade financeira e a necessidade de aumento de cobertura num quadro de universalidade, de promoção do acesso e de resposta ajustada às necessidades dos cidadãos. O quadro de crise económica e social veio acelerar esta reflexão, tornando imperativa uma maior racionalidade nas políticas de saúde de forma a assegurar que as restrições orçamentais não comprometam a coesão social, salvaguardando a universalidade no sistema de saúde. O sistema de saúde assume a responsabilidade de garantir a protecção na saúde de uma forma equitativa a todos os cidadãos, devendo responder às expectativas das populações na medida adequada e de acordo com os meios disponíveis. Assim, e à luz da natureza social que o sistema de saúde deve preconizar, configura-se como pertinente uma reflexão global estratégica sobre a natureza do sistema, a tipologia da rede de cuidados, os mecanismos de referenciação, os instrumentos de financiamento, assim como sobre a regulação e políticas de qualidade. Numa perspectiva mais pragmática, surgem como desafios relativamente à promoção da equidade na população idosa a adopção de políticas que fomentem a independência e envelhecimento activo, um plano estratégico com vista à manutenção ou melhoria da qualidade de vida dos idosos, ou, em linhas gerais, o reforço dos mecanismos de solidariedade e apoio social perante os grupos mais vulneráveis.

Tendo em conta o actual contexto que o país atravessa, marcado por uma enorme contracção da despesa pública em que a saúde não constitui excepção, não pode ser negligenciado um enquadramento da recente evolução demográfica, social, económica, política e cultural. Assim, o Serviço Nacional de Saúde é actualmente considerado uma importante fonte de regulação social, reunindo potencial suficiente para acelerar os efeitos positivos dos factores determinantes da saúde. Mais relevante do que uma simples especulação em torno da sua sustentabilidade económica, importa perceber como pode o sistema de saúde evoluir de modo a adaptar-se às contingências organizacionais e desafios futuros, preservando os princípios gerais que alicerçam a sua génese e funcionamento global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABASOLO, I.; MANNING, R.; JONES, A. M.; **Equity in utilization of and access to public-sector GPs in Spain.** Applied Economics. 33:3 (2001) 349-364.
2. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Taxas Moderadoras [Em linha]. Taxas Moderadoras – Actualização de Dados, 2014 [Consult. 8 Jul. 2014] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%20A7%B5es/TabelasImpressos/TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualiza%20A7%A3odedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>.
3. ALAVINIA, S.M.; BURDORF, A. – **Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries.** Int Arch Occup Environ Health. 82 (2008) 39-45.
4. ALLIN, S.; *et al.* - *Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices?* [Em linha]. The London School of Economics and Political Science – European Commission, 2007 [Consult. 8 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/lsehealthandsocialcare/pdf/eurohealth/vol15no3/eurohealthvol15n3-full.pdf>.
5. ALLIN, S.; MASSERIA, C.; MOSSIALOS, E. – Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data. [Em linha]. The London School of Economics and Political Science, Working Paper No. 1/2006. [Consult. 8 Fev, 2014]. Disponível em <http://eprints.lse.ac.uk/19262/1/LSEHWP1.pdf>.
6. AMARAL, M.F.; VICENTE, M.O. – **Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. 18: 2 (2000) 23-31.
7. ANAND, S. – **The concern for equity in health.** Journal of Epidemiology and Community Health. 56 (2002) 485-487.
8. ANTUNES, R. – Classes sociais e a desigualdade na saúde. CIES e-Working Papers [Em linha]. Centro de Investigação e Estudos Sociais – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2010 [Consult. 20 Jan. 2014]. Disponível em http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP85Antunes_000.pdf.

9. BAGO D'UVA, Teresa – Equidade no Sector da Saúde em Portugal. In SIMÕES, J. - 30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um Percorso Comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 83-112.
10. BAGO D'UVA, T.; JONES, A.; VAN DOORSLAER, E. – **Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel data**. Journal of Health Economics. 28 (2009) 280-289.
11. BAGO D'UVA, T.; O'DONNELL, O.; VAN DOORSLAER, E. – **Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans**. International Journal of Epidemiology. 37 (2008) 1375-1383.
12. BARROS, Pedro P. - Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2.ª edição. Coimbra: Almedina, 2007.
13. BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J. – Health Systems in Transition: Portugal Health System Revision. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 13 No. 4, 2011. [Consult 12 Jan. 2014]. Disponível em http://www.ecoi.net/file_upload/1930_1320851447_e95712.pdf.
14. BENTLEY, J.M. – **Barriers to accessing health care: the perspective of elderly people within a village community**. International Journal of Nursing Studies. 40 (2003) 9-21.
15. BLACK, D. – Inequalities in Health. Report of a research working group, chaired by Sir Douglas Black. London: UK Department of Health and Social Security. 1980.
16. BORREL, C.; *et al.* – **La medición de las desigualdades en salud**. Gac Sanit. 14: S3 (2000) 20-33.
17. BRAVEMAN, P. – **Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurements**. Annu. Rev. Public Health. 27 (2006) 167-194.
18. BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. – **Defining equity in health**. Journal of Epidemiology and Community Health. 57 (2003) 254-258.
19. CAMPOS, António C. – **O envelhecimento da população e os gastos com a saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 19: 1 (2001) 25-27.

20. CAMPOS, António C.; SIMÕES, Jorge – O Percurso da Saúde: Portugal na Europa. 1.^a Edição. Coimbra: Almedina, 2011.
21. CARR-HILL, R. A - **The measurement of patient satisfaction**. Journal of Public Health Medicine. 14:3 (1992) 236-249.
22. CASTILHO, A. Evolução e Estrutura das Despesas Privadas em Saúde em Portugal, 1980-1995. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2008.
23. CEBADA, E.C.; GARRIDO, R. – **Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case**. Health Policy. 104 (2012) 193.199.
24. CHANNON, A. M.; *et al.* – **Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities**. Social Science and Medicine. 75 (2012) 2394-2402.
25. CLARK, J. P.; - **Performance Measurement and Equity**. British Medical Journal. 334 (2007) 1333-1334.
26. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS-Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde [em linha]. Lisboa, Fevereiro de 2007. [Consult. 12 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.
27. CORTEZ-DIAS, N.; MARTINS, S.; BELO, A. – **A Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Resultados do Estudo VALSIM**. Revista Portuguesa de Cardiologia. 28:5 (2009) 499-523.
28. CULYER, A. J.; WAGSTAFF, A. – **Equity and equality in health and health care**. J Health Econ. 12:4 (1993) 431-457.
29. DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. - Concepts and Principles for Tacking Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II [Em linha]. World Health Organization, Copenhagen 2006 [Consult. 19 Jan. 2014] Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

30. DE LOOPER, M.; LAFORTUNE, G. – Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries. [Em linha]. OECD Health Working Papers. OECD Paper No. 43, 2009 [Consult. 23 Fev. 2014]. Disponível em [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&coct e=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)2](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&coct e=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)2).
31. DEVAUX, M.; DE LOOPER, M. – Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. [Em linha]. OECD Health Working Papers No. 58. OECD Publishing, 2012 [Consult. 12 Abr. 2014]. Disponível em http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en.
32. DONABEDIAN, A. - **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 114:11 (1990) 1115-1118.
33. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários no Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Ministério da Saúde, 2009 [Consult. 15 Jan. 2014]. Disponível em <http://www.sep.org.pt/files/2014/05/290514ERS.pdf>.
34. ESPELT, A.; *et al.* – **Inequalities in health by social dimensions in European Countries of diferente political traditions**. International Journal of Epidemiology. 37 (2008) 1095-1105.
35. EUROPEAN COMMISSION – Health inequalities in the European Union – Final report of a consortium by Sir Michael Marmot [Em linha]. European Commission Directorate-General for Health and Consumers – European Union, 2013 [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.
36. FERNANDES, A. A. – **Envelhecimento e saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 23:2 (2005) 45-48.
37. FERNANDES, A. C.; *et al.* - Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios. Coimbra: Almedina, 2012.
38. FERREIRA, J. - Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória. Lisboa: Instituto Superior Técnico. Universidade Técnica de Lisboa, 2009. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica.

39. FERRER, R. L. – **Pursuing Equity: Contact With Primary Care and Specialist Clinicians by Demographics, Insurance, and Health Status**. *Annals of Family Medicine*. 5:6 (2007) 492-502.
40. FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. – **Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26:1 (2008) 15-24.
41. FITZPATRICK, R. - **Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey**. *British Medical Journal* 302:6785 (1991) 1129-1132.
42. FITZPATRICK, A.L.; *et al.* – **Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them**. *American Journal of Public Health*. 94:10 (2004) 1788-1794.
43. FORTIN, M. F. – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª edição. Loures, Lusociência, 2003
44. FREITAS, P. - **Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social**. Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2011.
45. FURTADO, C. – **Equidade na Utilização de Medicamentos em Portugal**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2013. Dissertação submetida para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública (Especialidade de Economia da Saúde). ENSP-UNL, 2013.
46. FURTADO, C.; PEREIRA, J. – **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde – Documento de Trabalho [Em linha]**. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa – Documento de Trabalho, 2010 [Consult. 19 Jan. 2014]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>.
47. FURTADO, C.; PINTO, M. – **Utilização de medicamentos anti-hipertensivos em Portugal Continental (1999-2004)**. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 25:3 (2006) 273-292.
48. GIRALDES, M. R. – **Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal**. *Análise Social*. 37:164 (2002) 939-947.
49. GIRALDES, M. R. – **Equidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 195/96, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes?** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19:2 (2001) 15-26.

50. GIRALDES, M. R. – **Equidade em áreas socioeconómicas com impacto na saúde em países da União Europeia**. Cadernos de Saúde Pública. 17:3 (2001) 533-544.
51. GIRALDES, M. R. – **Morbilidade declarada no INS 1995/96. Que respostas? – Uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 16:1 (1998) 43-60.
52. GODDARD, M.; SMITH, P. – **Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK**. Social Science and Medicine. 53 (2001) 1149-1162.
53. GOODRIDGE, D.; *et al.* - **Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review**. International Journal of Nursing Studies. 49 (2012) 1310-1319.
54. GRUBER, S.; KIESEL, M. – **Inequality in health care utilization in Germany? Theoretical and empirical evidence for specialist consultation**. J Public Health. 18 (2010) 351-365.
55. HALL, J. A.; DORNAN, M. C. - **Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis**. Social Science & Medicine. 30:7 (1990) 811-818.
56. HEALTH CLUSTER PORTUGAL - **Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal: Sumário Executivo [Em linha]**. Instituto Superior de Economia e Gestão, 2010 [Consult. 15 Maio 2014]. Disponível em <http://healthportugal.com/Quem%20somos/documentos/sustentabilidade-e-competitividade-na-saude-em.pdf-1>.
57. HENRIQUES, T. - **Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconómico**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.
58. HESPANHOL, A. - **Assegurar Qualidade em medicina geral e familiar**. Revista Portuguesa Clínica Geral. 20 (2004) 264-268.
59. HUISMAN, M.; KUNST, A. E.; MACKENBACH, J.P. – **Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview**. Social Science and Medicine. 57 (2003). 861-873..

60. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Conta Satélite da Saúde 2010-2012 [Em linha]. INE – Statistics Portugal, 2012 [Consult. 10 Jan. 2014] Disponível em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=161090525&att_display=n&att_download=y
61. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [Em linha]. INE – Censos 2011 [Consult. 12 Fev. 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.
62. KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. – **Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines**. *Annu Rev Public Health*. 18 (1997) 341-378.
63. LAUDICELLA, M.; SICILIANI, L.; COOKSON, R. – **Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England**. *Soc Sci Med*. 74:9 (2012) 1331-1341.
64. LE GRAND, J. – **Equidade, saúde e cuidados de saúde**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 7:3 (1989) 5-15.
65. LE GRAND, J. - Desigualdades em saúde: uma perspectiva económica. In A. C. CAMPOS; PEREIRA, J. (eds). 1987. *Sociedade, Saúde e Economia*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
66. LEI n.º 41/2007, D. R., 1.ª série. 163 (2007-08-24) 5664-5665 - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde.
67. LOPES, S. – **Equity in the Delivery of Health Care in Portugal: evidence from the 198/1999 National Health Interview Survey**. Master of Science in Health Economics. Department of Economics and Related Studies. University of York. 2004.
68. LOURENÇO, O.; *et al.* - **A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem**. *Notas Económicas*. 2007. 6-26.
69. LOUVISON, M.; *et al.* – **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo**. *Revista Saúde Pública*. 42:4 (2008) 733-740.
70. LUNGEN, M.; *et al.* - **Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany**. *International J for Equity in Health*. 7:1 (2008).
71. LUO, J.; *et al.* – **Inequality of access to health care among the urban elderly in northwestern China**. *Health Policy*. 93 (2009). 111-117.

72. MACKENBACH, J. P.; *et al.* – **Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.** The New England Journal of Medicine. 358:23 (2008) 2468-2481.
73. MACKENBACH, J. P. - Health Inequalities: Europe in Profile. [Em linha]. European Commission: An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, 2006. [Consult. 13 Jun. 2014] Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd_06_en.pdf.
74. MAKINEN, M.; *et al.* – **Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition.** Bulletin of the World Health Organization. 78:1 (2000) 55-65.
75. MARMOT, M. – **Achieving health equity: from root causes to fair outcomes.** The Lancet. 370 (2007) 1153-1163.
76. MARMOT, M.; *et al.* – **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.** The Lancet. 372:8 (2008) 1661-1669.
77. MARÔCO, João – *Análise Estatística com Utilização do SPSS. 3.ª Edição.* Lisboa: Edições Sílabo, 2007.
78. MASSERIA, C.; KOOLMAN, X.; VAN DOORSLAER, E. - *Equity in the delivery of inpatient care in the European Union: a pooled analysis.* [Em linha]. ECuity III, WP13. ECuity Project, European Union, 2004 [Consult. 29 Jan. 2014]. Disponível em http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp13Masseria.pdf.
79. MCINTYRE, T. M. *et al.* – *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: avaliação e divulgação.* Porto, Comissão Coordenadora da Região do Norte, Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente 2002.
80. MENDES, Fernando Ribeiro - *Segurança Social: o futuro hipotecado.* 1.ª Edição. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.
81. MOONEY, H.; *et al.* – **Utilisation as a Measure of Equity: weighing health?** J Health Econ. 10:4 (1991) 475-480.
82. MOTEL-KLINGEBIEL, A.; GORDO, L.R.; BETZIN, J. – **Welfare states and quality of later life: distributions and predictions in a comparative perspective.** Eur J Ageing. 6 (2009) 67-78.

83. MORRIS, S.; SUTTON, M.; GRAVELLE, H. – **Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation**. *Social Science and Medicine*. 60 (2008) 1251-1266.
84. NEMET, G.F.; BAILEY, A.J. – **Distance and health care utilization among the rural elderly**. *Social Science and Medicine*. 50 (2000). 1197-1208.
85. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE [Em linha]. OPSS – Relatório Primavera, 2013 [Consult. 12 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.observaport.org/rp2013>.
86. OECD – Health at a Glance 2013 [Em linha]. OECD Indicators 2013 [Consult. 20 Fev 2014] Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
87. OLANO, C.F; *et al.* – **Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system**. *Health Policy*. 75 (2006) 131-139.
88. OLIVEIRA, P. – Transplante Renal: desigualdades no acesso. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011. Trabalho de Projecto no âmbito do V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde 2009/2011 ministrado pela ENSP. UNL.
89. OLIVEIRA, M. - Evolução da oferta. In SIMÕES, J. - 30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um Percurso Comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 271-296.
90. OLIVEIRA, M.; BEVAN, G. – **Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: na estimation of hospital care needs**. *Health Policy*. 66 (2003) 277-293.
91. OR, Z.; JUSOT, F.; YILMAZ, E. – Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use for the European Union [Em linha]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé – Working Paper for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health [Consult. 27 Abr. 2014]. Disponível em <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT17ImpactHealthCareSystSocioeconomicInequalities.pdf>.
92. PEGO, M. A. - Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2013. Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública.

93. PENAS, A. - **Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina ministrado pela FMUP 2009/2010.
94. PEREIRA, J. – **Equity Objectives in Portuguese health policy**. *Social Science and Medicine*. 31:1 (1990) 91-94.
95. PEREIRA, J. – **Horizontal equity in the delivery of health care in Portugal**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10:4 (1992) 35-46.
96. PEREIRA, J. – **Justiça Social no Domínio da Saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*. 6:4 (1990) 400-421.
97. PEREIRA, J. – **Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português**. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (eds). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3.ª ed. Brasília, IPEA; 2002. 141-166.
98. PEREIRA, J. – **What does Equity in Health Mean?** *Journal of Social Policy*. 22:1 (1993) 19-48.
99. PEREIRA, J.; LOPES, S.; **Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need**. *European Journal of Health Economics*. 7:S1 (2006) S77.
100. PEREIRA, J.; PINTO, C.G. – **Equity in the Finance and Delivery of Health Care in Portugal**. In: VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. editors - *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international study*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
101. PEREIRA, J. - **Economia da saúde: glossário de termos e conceitos**. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1992.
102. PERELMAN, J.; MATEUS, C.; FERNANDES, A. – **Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal**. *Social Science and Medicine*. 71:1 (2010) 25-29.
103. PERELMAN, J; FERNANDES, A.; MATEUS, C. – **Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey**. *Cad. Saúde Pública*. 28:12 (2012) 2339-2348.
104. PINTO, C. G.; OLIVEIRA, M. – **The Portuguese Health Care System: current organization and perspectives for reform**. In CENTRO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE ECONOMIA PORTUGUESA, editor. *Como está a Economia Portuguesa?* Lisboa: Europress; 2001. 161-194.

105. PORDATA – DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL [Em linha]. Fundação Francisco Manuel dos Santos [Consult. 12 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Home>>.
106. PORTUGAL – INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 2005/2006 [Em linha]. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2009 [Consult. 20 Mar. 2014] Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>
107. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. Direcção Geral da Saúde, 2012 [Consult. 15 Abr. 2014]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
108. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [Em linha]. Direcção Geral da Saúde, 2004. [Consult. 29 Abr. 2014]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
109. PORTUGAL: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS (Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto) [Em linha]. Portal da Saúde, 2012 [Consult. 28 Abr. 2014] Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7E9EAFB1-D986-4C2D-A01F-190434F9AFBA/0/RA_Acesso_2012_25_jun_2012.pdf.
110. PORTUGAL - Constituição da República Portuguesa, 2 de Abril de 1976.
111. PORTUGAL - Lei 48/90. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, I.ª Série (195) 24 de Agosto de 1990, p. 3452-3464.
112. PORTUGAL - Lei 56/79: Criação do SNS, Diário da República, I.ª Série (214): p. 2357-2363.
113. QUINTAL, C.; LOURENÇO, O.; FERREIRA, P. – **Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 30:1 (2012) 35-46.
114. RAWLS, J. – A Theory of Justice. Oxford: Oxford University Press. 1972.
115. REMOALDO, P.; COSTA, M. – **Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde – Resultados de dois Inquéritos realizados à população**. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social. 2002. 71-90.

116. RIBEIRO, S. – Desigualdades Socioeconómicas na Doença Cardiovascular em Portugal – Estudo baseado no 4.º Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado apresentada no âmbito do IV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde.
117. ROCHA, R. - Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado apresentada no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina.
118. SANTANA, P. – Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio Metodológico em Economia da Saúde, In: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra: Coimbra; 1993.
119. SANTANA, P. – **Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care.** Social Science and Medicine. 50 (2000) 1025-1036.
120. SANTANA, P. – **Poverty, social exclusion and health in Portugal.** Social Science and Medicine. 55 (2002). 33-45.
121. SANTOS, C. - **Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal.** Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho (TESE DE MESTRADO). 2012.
122. SEN, A. – **Why health equity?** Health Economics. 11:8 (2002) 659-666.
123. SIMÕES, J. – 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2004.
124. SIMÕES, J. – Retrato Político da saúde: dependência do percurso e Inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina, 2004.
125. SIMOES, A. P.; PAQUETE, A. T.; ARAUJO, M. – **Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. 26:1 (2008) 39-52.
126. SOARES, M. C.; FIALHO, J. A. - Novos Empregos e Competência nos domínios da Saúde e Serviços Sociais no Contexto do Envelhecimento Demográfico [Em linha]. SERGA – Relatório Final, 2011 [Consult 22 Jun. 2014]. Disponível em http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/RelatorioFinal_v11.pdf.
127. STARFIELD, B. – **Global Health, Equity, and Primary Care.** The Journal of the American Board of Family Medicine. 20:6 (2007) 511-513.

128. TABATA, K. – **Population ageing, the costs of health care for the elderly and growth**. Journal of Macroeconomics. 27 (2005). 472-493.
129. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. - **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública. S20:2 (2004) S190-S198.
130. TSIMBOS, C. – **An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain**. Int J Public Health. 55 (2010) 5-15.
131. UNESCO. ISCED - ISCED: INTERNATIONAL STANDARD CLASSIFICATION OF EDUCATION [Em linha]. UNESCO – Institute for Statistics, 2011 [Consult. 20 Abr. 2014]. Disponível em <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/international-standard-classification-of-education.aspx>.
132. VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, C. – **Explaining the differences in income-related health inequalities across European Countries**. Health Economics. 13 (2004) 609-628.
133. VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, C.; JONES, A. – **Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe**. Health Economics. 13 (2004) 629-647.
134. VAN DOORSLAER, E.; O'DONNELL, O. – **Measurement and Explanation of Inequality in Health and Health Care in Low-Income Settings**. Discussion Paper No. 2008/04. United Nations University. 2008.
135. VAN DOORSLAER, E.; KOOLMAN, X.; PUFFER, F. – **Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In Measuring-up: Improving the performance of health systems in OECD countries**. Paris: OCED; 2002. p225-248.
136. VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C. – OECD Health Equity Research Group Members. **Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries**. OCDE. Health Working Paper. 14, 2004.
137. VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. OECD Health Equity Research Group. **Inequalities in access to medical care by income in developed countries**. CMAJ. 174:2 (2006) 177-183.
138. VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C. OECD Health Equity Research Group Members. **Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 32 OECD Countries**. Health Working Paper n.º 14. 2004.

139. VIANNA, K. T.; - Acesso a Cuidados de Saúde Primários por Pessoas Idosas Pobres. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia – UA.
140. VIGNOLI, D.; DE SANTIS, G. – **Individual and Contextual Correlates of Economic Difficulties in Old Age in Europe**. Popul Res Policy Rev. 29 (2010) 481-501.
141. VILLAVERDE-CABRAL, M.; SILVA, P. A.. O Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2009.
142. WAGSTAFF, A.; *et al.* – **Equity in the finance of health care: some further international comparison**. Journal of Health Economics 18:3 (1999) 263-290.
143. WATERS, H. R. – **Measuring equity in access to health care**. Social Science and Medicine. 51 (2000) 599-612.
144. WHITEHEAD, M. – The concepts and principles of equity and health [Em linha]. World Health Organization, 2000 [Consult. 28 Abr. 2014]. Disponível em http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf.
145. WHO - Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies [Em linha] Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Portugal, 2008 [Consult. 28 Jan. 2014] Disponível em <http://whocc.goeg.at/>
146. WHO - The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance [Em linha]. Genebra: World Health Organization, 2000 [Consult. 12 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00en.pdf>.
147. WHO - Active Ageing: A Policy Framework [Em linha]. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing, 2002 [Consult. 18 Mai. 2014] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.