

Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna



**Tiago Miguel Luzio Cordeiro**

Aspirante a Oficial de Polícia

**Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais**

XXXIII Curso de Formação de Oficiais de Polícia

**Análise da satisfação dos beneficiários do Serviço de  
Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública**

Orientador: Professor Doutor Nuno Venes

Coorientador: Doutor João Afonso

Lisboa, 13 de maio de 2021





**Tiago Miguel Luzio Cordeiro**

Aspirante a Oficial de Polícia

**Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais**

XXXII Curso de Formação de Oficiais de Polícia

**Análise da satisfação dos beneficiários do Serviço de  
Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna com vista à obtenção do grau de mestre em Ciências Policiais, elaborada sob a orientação do Prof. Doutor Nuno Venes e do Doutor João Afonso.





<b>Estabelecimento de ensino</b>	Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna
<b>Curso</b>	XXXIII CFOP
<b>Orientadores</b>	Professor Doutor Nuno Venes e Doutor João Afonso
<b>Título</b>	Análise da satisfação dos beneficiários do Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
<b>Autor</b>	Tiago Miguel Luzio Cordeiro
<b>Local de Edição</b>	Lisboa
<b>Data de Edição</b>	Maio de 2021

*A vós, Pai e Mãe*

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Venes, por ter acedido a este repto e a todo o seu tempo, disponibilidade e paciência despendidos a instruir-me. A sua prestabilidade e pronta atenção, em elucidar-me, aconselhar-me e em dissipar as inquietudes próprias desta fase, mesmo “fora de horas”, revelaram-se essenciais na concretização desta etapa final do meu percurso académico, a culminar em Oficial da Polícia de Segurança Pública. O meu profundo agradecimento!

Ao meu coorientador, Doutor João Afonso, pela prontidão com que me aceitou como seu orientando, manifestada ainda, ao longo de todo este ano, nas inúmeras remessas de dúvidas que lhe fui endossando e que me foi esclarecendo. A sua dedicação, competência e capacidade em gerir o subsistema de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública, deve ser e será com certeza, um exemplo para todos os Oficiais da PSP. O meu muito obrigado!

À minha família, em especial aos meus Pais, Tia Adelina e Tio Manuel e Avós (estes últimos, infelizmente, já não se encontram entre nós), pelos princípios e valores que me inculcaram, sem descurar o apoio que sempre me deram e continuam a dar, no meu já extenso percurso académico.

Ao meu ilustre amigo Jorge Costa, pelo apoio, tanto logístico como emocional, durante os tempos de confinamento, que me permitiram não só realizar uma parte significativa desta Dissertação de Mestrado, como também assistir às aulas por videochamada, convertidas em apanágio do 2.º semestre do 4.º ano.

Ao exmo. Sr. Superintendente José Poças Correia pelos conselhos dados numa fase ainda muito embrionária deste trabalho, e que me permitiram deter um primeiro contacto com os objetos de estudo.

Ao Sr. Superintendente Hélder Valente Dias pela imediata disponibilidade em prestar alguns dos esclarecimentos iniciais, essenciais à base da realização deste trabalho.

Ao Subcomissário Mateus Lopes, pela paciência, atenção e sempre pronta ajuda que se disponibilizou a facultar-me, não só durante este ano, como ao longo destes 5 anos.

Ao Comissário Negreiro, Subcomissário Fernandes, Chefe Freixiela, Agente Principal Galvão e a todo o efetivo da 11.ª Esquadra e EIFP da 5.ª Divisão, pertencentes ao COMETLIS, pela cortesia com que me trataram no tempo que por lá estagiei, sem esquecer os saberes e experiências que me transmitiram e que guardo com a maior estima.

Ao Subcomissário Rafael, Chefe Gomes e a todo o efetivo da 91.<sup>a</sup> Esquadra pelos conhecimentos adquiridos, experiências partilhadas e debates ocasionais sobre as mais diversas matérias, que me ajudaram a crescer e a preparar para o futuro que se avizinha.

Ao efetivo da Esquadra Genérica e EIFP, ambas da Divisão de Castelo Branco e pertencentes ao Comando Distrital de Castelo Branco e da 12.<sup>a</sup> Esquadra do Comando Metropolitano de Lisboa, por me terem “ensinado” a ser polícia.

A todo o corpo docente e não docente do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. Um agradecimento especial ao Professor Doutor João Mendes, por me ter encaminhado numa fase ainda muito inicial do meu trabalho, mostrando-se sempre apto a ajudar-me em momentos fulcrais de tomada de decisão.

Por fim, mas não menos importante (nunca!) ao 33.º Curso de Formação de Oficiais de Polícia, por todos os desafios que vencemos (o “1.º ano”; a transição curricular e, com ela, a realização de um número infindável de unidades curriculares; o regresso aos projetos-escola, a partir da “estaca zero”; o confinamento, ... etc.), pelos bons momentos vividos, pelas amizades perpétuas que travamos ao longo destes 5 anos, pelas brincadeiras e boa disposição geral com que sempre encaramos o dia a dia. Isto tudo, sem esquecer os debates de ideias, de onde sempre tentamos tirar os melhores proveitos para nós e para a instituição policial.

Enfim, a esta “segunda família”. *Simul Per Aspera, Simul Ad Astra.*

A todos, o meu obrigado!

## Resumo

O SAD/PSP existe como meio complementar ao SNS, para satisfazer as necessidades de uma parte dos cidadãos portugueses que, correm riscos, suportam exigências e vivem penosidades próprias da função policial. A qualidade de beneficiário do SAD/PSP é obrigatória para todos os Polícias e implica o desconto de uma percentagem do seu vencimento/pensão, que lhes dá direito ao regime convencionado e livre. É devido a esta obrigatoriedade, que é fundamental conhecer o grau de satisfação dos beneficiários com os serviços prestados pelo subsistema, de maneira a poder melhorá-los. Neste sentido, pretendeu-se essencialmente realizar: um périplo histórico pelos subsistemas SAD/PSP, SAD/GNR, ADM, ADSE e SNS; um paralelismo entre SAD/PSP e SAD/GNR; e uma avaliação do nível de satisfação, através de estudo quantitativo por questionário, feito a uma amostra representativa dos beneficiários do SAD/PSP. Deste último, verificou-se que a maioria dos beneficiários está satisfeita com os serviços prestados pela rede convencionada; a maioria dos beneficiários acredita que não existe igualdade geográfica no número de acordos com prestadores de serviços; a maioria dos beneficiários acredita que existe igualdade no facto de todos contribuírem na mesma percentagem, para o SAD/PSP; mesmo que não fosse obrigatório, a maioria dos beneficiários titulares continuaria a ser contribuinte deste subsistema; a maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que o prazo de reembolso das faturas que submetem ao subsistema, é um dos principais fatores que influenciam a sua satisfação com o subsistema. Concluiu-se que existe um nível neutral, com tendência para a satisfação, por parte dos beneficiários do SAD/PSP.

**Palavras-Chave:** beneficiários; regimes convencionado e livre; satisfação; serviço nacional de saúde; subsistemas públicos de saúde.

## **Abstract**

The SAD / PSP exists as a complementary means to the SNS, to satisfy the needs of part of the portuguese citizens who, at risk, support the demands and live the hardships typical of the police function. The status of beneficiary of the SAD / PSP is mandatory for all policemen and implies the discounting of a percentage of their salary / pension, which entitles them to the agreed and free regime. It is due to this obligation, that it is essential to know the degree of satisfaction of the beneficiaries with the services provided by the subsystem, in order to be able to improve them. In this sense, the intention was essentially to carry out: a historical tour through the subsystems SAD / PSP, SAD / GNR, ADM, ADSE and SNS; a parallel between SAD / PSP and SAD / GNR; and an assessment of the level of satisfaction, through a quantitative study by questionnaire, made to a representative sample of the beneficiaries of the SAD / PSP. Of the latter, it was found that the majority of the beneficiaries are satisfied with the services provided by the agreed network; the majority of beneficiaries believe that there is no geographic equality in the number of agreements with service providers; the majority of beneficiaries believe that there is equality in the fact that everyone contributes the same percentage to the SAD / PSP; even if it were not mandatory, the majority of the beneficiaries would continue to be contributors to this subsystem; most beneficiaries of the SAD / PSP believe that the repayment term of the invoices they submit to the subsystem, is one of the main factors that influence their satisfaction with the subsystem. It was concluded that there is a neutral level, with a tendency towards satisfaction, on the part of the beneficiaries of the SAD / PSP.

**Key words:** beneficiaries; agreed and free regimes; satisfaction; national health service; public health subsystems.



## Resumen

El SAD / PSP existe como un medio complementario al SNS, para satisfacer las necesidades de una parte de los ciudadanos portugueses, que se encuentran en situación de riesgo, apoyar las demandas y vivir las penurias propias de la función policial. La condición de beneficiario del SAD / PSP es obligatoria para todos los policías e implica el descuento de un porcentaje de su salario / pensión, lo que les da derecho al régimen pactado y gratuito. Es debido a esta obligación, que es fundamental conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios con los servicios prestados por el subsistema, para poder mejorarlos. En este sentido, la intención fue esencialmente realizar: un recorrido histórico por los subsistemas SAD / PSP, SAD / GNR, ADM, ADSE e SNS; un paralelo entre SAD / PSP y SAD / GNR; y una evaluación del nivel de satisfacción, a través de un estudio cuantitativo por cuestionario, realizado a una muestra representativa de los beneficiarios del SAD / PSP. De estos últimos, se encontró que la mayoría de los beneficiarios están satisfechos con los servicios brindados por la red pactada; la mayoría de los beneficiarios cree que no hay igualdad geográfica en el número de convenios con proveedores de servicios; la mayoría de los beneficiarios cree que hay igualdad en el hecho de que todos aportan el mismo porcentaje al SAD / PSP; aunque no fuera obligatorio, la mayoría de los beneficiarios seguirían siendo cotizantes de este subsistema; la mayoría de los beneficiarios del SAD / PSP cree que el plazo de amortización de las facturas que presentan al subsistema, es uno de los principales factores que influyen en su satisfacción con el subsistema. Se concluyó que existe un nivel neutral, con tendencia a la satisfacción, por parte de los beneficiarios del SAD / PSP.

**Palabras clave:** beneficiários; regímenes pactados y libres; satisfacción; servicio nacional de salud; subsistemas de salud pública.

## **Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas**

### **Abreviaturas**

- al. Alínea
- art.º Artigo
- cf. Conforme
- et al. E outros
- n.º Número
- p. Página
- pp. Páginas
- DL Decreto-Lei

### **Acrónimos e Siglas**

- ADM Assistência na Doença aos Militares
- ADSE Instituto de Proteção e Assistência na Doença
- ARS Administração Regional de Saúde
- CGSPS Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde
- CNP *Cuerpo Nacional de Policía*
- CRP Constituição da República Portuguesa
- DAD Divisão de Assistência na Doença
- DNPSP Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública
- DSAD Departamento de Saúde e Assistência na Doença
- GNR Guarda Nacional Republicana
- IASFA Instituto de Ação Social das Forças Armadas
- MAI Ministério da Administração Interna

- MDN Ministério da Defesa Nacional
- MFAP Ministério das Finanças e da Administração Pública
- OE Orçamento de Estado
- PAEF Programa de Assistência Económica e Financeira
- PSP Polícia de Segurança Pública
- SAD Serviço de Assistência à Doença
- SNS Sistema Nacional de Saúde
- SSPSP Serviços Sociais da Polícia de Segurança Pública
- TC Tribunal de Contas
- UE União Europeia

## Índice de Figuras

Figura 1. Alternativas apontadas ao SAD/PSP.....	63
Figura 2. Organograma do SNS. Adaptado de: SNS, 2021. Obtido de: <a href="https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS29012016.pdf">https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS29012016.pdf</a> . 83	83
Figura 3. Organograma do DSAD. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).....	84
Figura 4. Beneficiários do SAD/PSP. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).....	85
Figura 5. Beneficiários do SAD/GNR em 2019. Adaptado de: Relatório de Atividades 2019. Obtido de: <a href="https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx">https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx</a> . ....	86
Figura 6. Stakeholders. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).....	87
Figura 7. Evolução da despesa do SAD/PSP. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).....	88
Figura 8. Formulário de inscrição dos beneficiários familiares. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39)..	89
Figura 9. Formulário de inscrição dos beneficiários associados. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39)..	90
Figura 10. Perguntas 9, 16, 19 e 24 - Sessão de esclarecimentos sobre o SAD/PSP. .....	95
Figura 11. Perguntas 10, 17, 20 e 25 - Consulta do Portal Social por parte dos beneficiários.....	96
Figura 12. Grau de parentesco com os beneficiários titulares. ....	96
Figura 13. Conhecimento sobre as competências do SAD/PSP. ....	97
Figura 14. Prestadores de cuidados médicos convencionados mais recorridos..	97
Figura 15. Utilização da rede de acordos SAD/PSP em 2020. ....	98
Figura 16. Conhecimento sobre a distribuição da rede de acordos SAD/PSP....	98
Figura 17. Utilização do regime de participação livre do SAD/PSP. ....	99
Figura 18. SNS enquanto substituto do SAD/PSP.....	99
Figura 19. Satisfação com a comunicação/imagem do SAD/PSP. ....	100
Figura 20. Serviços a disponibiliza/reforçar pelo SAD/PSP. ....	101
Figura 21. SAD/PSP, como incremento da satisfação com a PSP. ....	122
Figura 22. Satisfação global com o SAD/PSP.....	122

Figura 23. Os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelo país?.....	123
Figura 24. Usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria benéfico? .....	123
Figura 25. Influência na distribuição dos acordões na satisfação dos beneficiários do SAD/PSP .....	124
Figura 26. É justo que os beneficiários descontem todos na mesma percentagem? .....	124
Figura 27. Se pudesse, abandonava o SAD/PSP?.....	125
Figura 28. Questão 13.....	125
Figura 29. Questão 42.....	126

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Recurso à comparticipação livre vs. tempo levado a ser ressarcido .	47
Tabela 2 - Considerações.....	48
Tabela 3 - 1.º Coeficiente de Cramér.....	48
Tabela 4 - Categoria de beneficiário titular no ativo vs. Vontade de abandonar o SAD/PSP. ....	49
Tabela 5 - Considerações.....	49
Tabela 6 – 2.º Coeficiente de Cramér. ....	50
Tabela 7 - Utilização da rede convencionada em 2020 vs. Nível de satisfação. ....	50
Tabela 8 – Considerações. ....	50
Tabela 9 - 3.º Coeficiente de Cramér.....	51
Tabela 10 - Regiões de residência vs. Distribuição dos acordos. ....	51
Tabela 11 - considerações.....	51
Tabela 12 - 4.º Coeficiente de Cramér.....	52
Tabela 13 - Região de residência vs. Desejo em abandonar o SAD/PSP.....	52
Tabela 14 - Considerações.....	53
Tabela 15 - 5.º Coeficiente de Cramér.....	53
Tabela 16 - Categoria beneficiário vs. Satisfação Global com o SAD/PSP.....	54
Tabela 17 - Considerações.....	54
Tabela 18 - beneficiários com/sem salário vs. Satisfação global com o SAD/PSP. ....	55
.....	55
Tabela 19 - 6.º Coeficiente de Cramér.....	55
Tabela 20 - SNS como substituto do SAD/PSP vs. Satisfação global com o SAD/PSP. ....	55
Tabela 21 - Considerações.....	56
Tabela 22 - 7.º Coeficiente de Cramér.....	56
Tabela 23 - SNS, enquanto substituto do SAD/PSP vs. Faixas etárias inquiridas. ....	57
.....	57
Tabela 24 - Satisfação global com o SAD/PSP vs. Faixa etária inquirida. ....	57
Tabela 25 - Considerações.....	58
Tabela 26 - Análise da Hipótese 1. ....	59
Tabela 27 - Teste Qui-quadrado para a Hipótese 1. ....	60
Tabela 28 – respostas à questão 35.....	60

Tabela 29 – respostas à questão 36.....	60
Tabela 30 – respostas à questão 37.....	61
Tabela 31 – respostas à questão 38.....	61
Tabela 32 – respostas à questão 39.....	62
Tabela 33 - respostas à questão 12. ....	62
Tabela 34 - respostas à questão 13. ....	62
Tabela 35 – respostas à questão 42.....	63
Tabela 36 - respostas à questão 41. ....	64
Tabela 37 - respostas à questão 45 "desagrupadas".....	64
Tabela 38 - respostas à questão 45 agrupadas. ....	64
Tabela 39 - respostas à questão 11. ....	65
Tabela 40. Beneficiários do SAD/PSP em jan2020. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).....	85
Tabela 41 - Evolução das fontes de financiamento do SAD/PSP. ....	86
Tabela 42. Interpretação sobre a escala medida pelo V de Cramér. Adaptado de: IBM, 20.....	93

## Índice de Apêndices e Anexos

<b>Anexos</b> .....	<b>82</b>
Anexo 1 – Organograma do SNS .....	83
Anexo 2 – Organograma do DSAD com a evidência para a DAD.....	84
Anexo 3 – Beneficiários do SAD/PSP em jan2020.....	85
Anexo 4 – Evolução dos Orçamentos do SAD/PSP entre 2012 e 2019: receitas	86
Anexo 5 – Beneficiários do SAD/GNR em 2019 .....	86
Anexo 6 – Identificação dos Stakeholders.....	87
Anexo 7 – Evolução dos Orçamentos SAD/PSP entre 2012 e 2019: despesa....	88
Anexo 8 – Formulário de inscrição dos beneficiários familiares .....	89
Anexo 9 – Formulário de inscrição dos beneficiários associados .....	90
Anexo 10 – Autorização para utilização do Despacho 20/GDN/2009 para fins bibliográficos.....	91
Anexo 11 – Autorização para disponibilizar o questionário de satisfação aos beneficiários do SAD/PSP.....	92
Anexo 12 – Interpretação sobre a escala medida pelo V de Cramér. ....	93
<b>Apêndices</b> .....	<b>94</b>
Apêndice 1 – Análise estatística secundária: conhecimento, utilização e sugestões acerca do SAD/PSP. ....	95
Apêndice 2 – Questionário de satisfação feito aos beneficiários do SAD/PSP	103
Apêndice 3 – Satisfação com o SAD/PSP, como incremento da satisfação com a instituição PSP.....	122
Apêndice 4 – Nível de satisfação global com o SAD/PSP.....	122
Apêndice 5 – Os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país? .....	123
Apêndice 6 – Usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria benéfico? .....	123
Apêndice 7 – Influência na distribuição dos acórdãos na satisfação dos beneficiários do SAD/PSP.....	124
Apêndice 8 – É justo que os beneficiários descontem todos na mesma percentagem?.....	124
Apêndice 9 – Se pudesse abandonava o SAD/PSP?.....	125



Apêndice 10 – Questão 13.....	125
Apêndice 11 – Questão 42.....	126

## Índice

<b>Dedicatória</b> .....	ii
<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Resumen</b> .....	vii
<b>Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas</b> .....	viii
<b>Índice de Figuras</b> .....	x
<b>Índice de Tabelas</b> .....	xii
<b>Índice de Apêndices e Anexos</b> .....	xiv
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1 – Serviço de Assistência na Doença da PSP e da GNR</b> .....	3
1.1 Evolução Histórica.....	3
1.2 Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro .....	8
1.2.1 Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde. ....	11
<b>Capítulo 2 – Outros Subsistemas Públicos de Proteção e Assistência na Doença: pequena contextualização histórica</b> .....	13
2.1 ADSE.....	13
2.2 ADM.....	14
2.3 MUFACE do <i>Cuerpo Nacional de Policía</i> .....	16
<b>Capítulo 3 – Serviço Nacional de Saúde</b> .....	18
3.1 Direito à Proteção na Saúde.....	18
3.2 Conceito de Serviço Nacional de Saúde .....	19
3.3 Breve revisão sobre a Lei de Bases da Saúde.....	21
<b>Capítulo 4 – Organização e Funcionamento do Serviço de Assistência na Doença da PSP e da GNR</b> .....	25
4.1 Orgânica e Recursos Humanos .....	25

4.2 Regimes e Valências .....	27
4.3 Beneficiários .....	29
4.4 <i>Stakeholders</i> .....	30
4.5 Orçamentos: breves referências às receitas e despesas dos SAD .....	31
<b>Capítulo 5 – Satisfação</b> .....	<b>33</b>
5.1 Conceito de Satisfação.....	33
5.2 Importância da Satisfação .....	34
5.3 Avaliação da Satisfação .....	35
5.4 Estudos anteriores sobre Satisfação na Assistência na Doença nas Forças Policiais .....	37
<b>Capítulo 6 – Investigação</b> .....	<b>39</b>
6.1 Problema de Investigação .....	39
6.2 Objetivos do Estudo.....	39
6.3 Hipóteses.....	40
<b>Capítulo 7 – Método</b> .....	<b>41</b>
7.1 Definição da Amostra .....	42
7.2 Instrumento de Recolha de Dados .....	43
7.2.1 Procedimentos.....	45
<b>Capítulo 8 – Apresentação e Discussão de Resultados</b> .....	<b>46</b>
8.1 Apresentação de Resultados .....	46
8.1.1 Caraterização da amostra.....	46
8.1.2 Resultados.....	47
8.2 Discussão de Resultados.....	58
<b>Conclusão</b> .....	<b>66</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>70</b>

## Introdução

Para Raposo (2006), a Polícia de Segurança Pública faz parte da administração direta do Estado, não possuindo, nem autonomia financeira, nem personalidade jurídica, sendo, pois, segundo o art.º 1 n.º 1 da Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto<sup>1</sup>, “uma força de segurança, uniformizada e armada, com natureza de serviço público e dotada de autonomia administrativa.”

Não obstante, os seus serviços sociais (SSPSP) são um instituto, “declarado de utilidade pública e dotado de personalidade jurídica e de autonomia financeira e administrativa” (Cf. Art.º 2 do Decreto-Lei n.º 42 794, de 31 de dezembro), constituindo-se, à semelhança dos restantes institutos públicos, como mais uma das “pessoas coletivas de direito público de tipo institucional, dotadas de personalidade jurídica própria e de uma estrutura interna hierarquizada, que são criados pelo Estado (...) para prosseguirem interesses que em princípio caberia prosseguir diretamente à entidade que os criou (...) por razões de eficiência de gestão” (Almeida, 2018, pp 63-64).

De facto, é difícil falar-se no Serviço de Assistência na Doença (SAD) da PSP, principal objeto deste trabalho, sem antes se aludir aos Serviços Sociais da PSP.

Estes, criados a 31 de dezembro de 1959 pelo Decreto-Lei 42.794, vieram colmatar uma acentuada carência que existia ao nível da assistência pessoal aos elementos policiais, cuja situação contribuía para um baixo estado de espírito e de moral dos polícias (PSP, 2020).

Todavia, com o decurso dos anos, os Serviços Sociais arredaram-se desta área, passando o Estado a assumir a orçamentação do Serviço de Assistência na Doença (PSP, 2020). Deste modo, atualmente o SAD/PSP e os SSPSP são, pois, entidades diferentes.

Atualmente, os SSPSP podem ser titulares de património próprio, apesar de a sua direção estar também a cargo do Diretor Nacional (Cf. Art.º 15.º do Decreto-Lei n.º 42 794 de 31 dezembro).

Já o SAD/PSP, define-se como um serviço de assistência na doença, que constitui, à semelhança de outros serviços públicos, uma célula que forma internamente uma pessoa coletiva pública (Amaral, 2019), nomeadamente, o Estado. Para Amaral (2019, p. 654) “os serviços públicos são organizações humanas, isto é, são estruturas administrativas acionadas por indivíduos, que trabalham ao serviço de certa entidade pública ... no seio de cada pessoa coletiva pública ... para desempenhar as suas atribuições”.

---

<sup>1</sup> Lei Orgânica da PSP.

Assim, o SAD existe como um serviço que é complementar do SNS, para satisfazer as necessidades de uma parte dos cidadãos portugueses<sup>2</sup>, que trabalha em prol da restante comunidade, correndo riscos, suportando exigências e vivendo penosidades próprias da função policial, fruto dos: elevados perigos que ameaçam a sua integridade física; do regime de trabalho por turnos; da exigência de disponibilidade permanente para o serviço; das especiais exigências de mobilidade geográfica; dos elevados níveis de desgaste psicológico e físico; da sujeição a certo tipo de doenças (e.g: as infecto-contagiosas); da baixa esperança média de vida, comparativamente com a restante população e da elevada taxa de morbilidade dos polícias (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014).

Contudo, e como será descortinado mais à frente, este subsistema de saúde<sup>3</sup> não recebe quaisquer verbas estatais, sobrevivendo exclusivamente graças aos descontos realizados pelos seus beneficiários.

Para Lopes (2020), a satisfação de um beneficiário subordina-se à supressão de uma necessidade por si sentida, sendo a aferição dessa expectativa, fundamental, para “conhecer o nível de satisfação dos beneficiários”. Neste caso, é importante mensurar as expectativas dos beneficiários, para com o SAD/PSP, “pois é mediante o conhecimento do nível de satisfação que se pode avaliar o que está mal e o que se pode melhorar”, para, assim poder aumentar a satisfação geral dos elementos com a instituição (Lopes, 2020, p. 1).

Neste sentido, e conforme as ideias de Campenhoudt, Marquet & Quivy (2017), o intuito deste trabalho será, mediante a avaliação da satisfação dos beneficiários do SAD/PSP, dar um contributo para a melhoria de um benefício social tão importante para a PSP, como é o seu serviço de assistência na doença.

---

<sup>2</sup> São considerados cidadãos portugueses, todos os passíveis de serem enquadrados no art.º 4 da CRP, sendo que, os polícias, definidos no art.º 3 do Decreto-Lei n.º 243/2015 de 19 de outubro, assumem essa cidadania.

<sup>3</sup> Um dos quatro existentes: ADSE, SAD/PSP, SAD/GNR e ADM.

## Capítulo 1 – Serviço de Assistência na Doença da PSP e da GNR

### 1.1. Evolução Histórica

Como já referido, é difícil falar-se no Serviço de Assistência na Doença (SAD) da Polícia de Segurança Pública, sem antes se aludir aos Serviços Sociais da PSP.

De facto, à altura da sua criação (1959), não se vislumbravam quaisquer formas de assistência e apoio na doença que fomentassem um estado de espírito e de moral elevados nos elementos, tendo sido, por esse motivo, a assistência na doença, uma das diretrizes assumidas pelos Serviços Sociais na sua origem (PSP, 2020).

A inexistência de um serviço nacional de saúde capaz de fornecer uma resposta cabal à necessidade de cuidados de saúde dos polícias<sup>4</sup>, aliado ao facto dos militares e funcionários civis do Estado deterem um subsistema de saúde específico, levou a que o SAD/PSP surgisse como forma de contrabalançar os baixos salários auferidos e as fracas condições tidas pelos elementos policiais (Oliveira, Amaral & Afonso, 2014).

Assim, para dar cumprimento a este desígnio, o Decreto-Lei n.º 42 942, de 25 de abril de 1960 veio criar um serviço de saúde na Polícia de Segurança Pública, a encargo do chefe do serviço de saúde, que melhor conseguisse prestar assistência médica aos quadros da PSP (tanto pessoal no exercício de funções, como na aposentação) e aos respetivos familiares.

A fim de dar execução a este diploma, foi emanada a Portaria n.º 17788<sup>5</sup>, a qual previa que o serviço de saúde na PSP possuísse como atribuições: “estudar, propor e pôr em prática medidas” que assegurassem “a manutenção da saúde e a assistência na doença a oficiais, agentes e pessoal civil da corporação e pessoas de sua família a seu exclusivo cargo” (Cf. art.º 1 da Portaria n.º 17788).

Nela, vinha previsto que os oficiais, agentes e pessoal civil no ativo, bem como as suas esposas e filhos menores ou outros membros da família a seu cargo, tivessem direito a assistência sanitária gratuita (aos aposentados, só mediante certas condições), nos termos do art.º 3 da Portaria n.º 17788. Esta portaria definia, também, que os agentes e pessoal com funções não policiais e respetivas famílias usufruíssem de forma gratuita (ou em regime de participação) de medicamentos, análises laboratoriais e exames radiológicos (Cf. art.º 4 da Portaria n.º 17788), assim como de consultas externas dos hospitais militares e civis (Cf. art.º 5 da Portaria n.º 17788).

Por isto, DSAD (2017) acredita que o subsistema de assistência na doença adotado pela PSP nos anos 60, era bastante semelhante aos que existiam nos diversos ramos das Forças

---

<sup>4</sup> A sua assistência era apenas assegurada em casos de tuberculose e de acidentes ocorridos em serviço.

<sup>5</sup> Aprovou o Regulamento do Serviço de Saúde da Polícia de Segurança Pública.

Armadas, o qual, com o arredamento dos Serviços Sociais da sua gestão, impingiu ao Estado a responsabilidade de garantir a sua orçamentação (PSP, 2020).

Esta situação provocou algumas revisões normativas, devido a desequilíbrios legais que violavam o princípio da equidade entre os esquemas de assistência na doença das forças armadas, funcionários civis do Estado, PSP e GNR, procurando-se desse modo coligir as melhores formas de assistência profilática, internamento, escolha de médico assistente, entre outros, que garantissem a igualdade entre todos estes beneficiários (*Cf.* Decreto-Lei n.º 357/77 de 31 de agosto). A Portaria n.º 555/78, de 15 de setembro<sup>6</sup> e o Despacho Normativo n.º 83/83, são exemplos desta convergência, que augurou, tanto para as Forças Armadas, como para as supracitadas Forças de Segurança, dirimir estas desigualdades na assistência médica (*Cf.* Despacho Normativo n.º 83/83, 1983).

Segundo DSAD (2017), a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 357/77 de 31 de agosto<sup>7</sup> em 1977, possibilitou a ampliação das prestações de cuidados maternos, farmacêuticos, sanitários, médicos, cirúrgicos e de enfermagem, sem fechar este regime a possíveis submodalidades futuras. É este conjunto de medidas que originam a efetiva criação do Serviço de Assistência na Doença (conhecido como SAD), com os fins de ministrar a saúde relativa aos polícias e militares da GNR e respetivos familiares a cargo.

Inicialmente, a competência orgânica destes serviços de assistência sanitária era da Secção de Assistência na Doença (SAD) criada na dependência do Serviço de Administração e Finanças da Guarda Nacional Republicana e da 5.ª Repartição da Polícia de Segurança Pública (*Cf.* Art.º 7 do Decreto-Lei n.º 357/77 de 31 de agosto). Mais tarde, ao nível da Polícia de Segurança Pública, o SAD/PSP ficou inserido no Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD), o qual se encontrava na dependência direta do Comando-Geral (*Cf.* Art.º 7 do Decreto-Lei n.º 241/79 de 25 de julho)<sup>8</sup>.

O ano 1979 ficou também marcado pela criação do Serviço Nacional de Saúde (*Cf.* Lei n.º 56/79, de 15 de setembro), pilar fundamental na assistência na doença em Portugal, que viria a assumir uma articulação elementar com todos os subsistemas públicos de saúde, tais como o SAD/PSP e SAD/GNR (DSAD, 2017), nos cuidados a prestar aos seus

---

<sup>6</sup> Aprovou o Regulamento da Assistência na Doença do Pessoal da Guarda Nacional Republicana, Guarda Fiscal e Polícia de Segurança Pública.

<sup>7</sup> Veio regulamentar a assistência na doença do pessoal da Guarda Nacional Republicana (GNR), Guarda Fiscal (GF) e Polícia de Segurança Pública (PSP).

<sup>8</sup> Atualmente e na PSP, esta dependência continua a existir, sendo que ao nível dos Comandos Regionais, Metropolitanos e Distritais têm-se a Secção de Apoio na Doença (SAD) inserida nos Núcleos de Saúde da Área de Apoio, de acordo com os anexos 1, 2 e 3 do Despacho 20/GDN/2009; ao nível da DNPSP tem-se o Departamento de Saúde e de Assistência na Doença, inserido na Unidade Orgânica dos Recursos Humanos, que centraliza todos os assuntos relacionados com a assistência sanitária na PSP (PSP, s.d.).

beneficiários (elementos com funções policiais da PSP, militares da GNR, funcionários civis e familiares, nos termos do art.º 1 do Decreto-Lei n.º 357/77 de 31 de agosto).

Em 1983, o Decreto-Lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro<sup>9</sup> veio estatuir a atividade e esquematização dos benefícios a atribuir, pela Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), aos seus utentes. Esta, por sua vez, passou também por algumas mudanças ao longo da sua vivência, conforme se destacará mais adiante.

Em 1984, a estrutura e o funcionamento administrativos da assistência sanitária ficaram na incumbência das secções de assistência na doença (SAD), sob tutela dos Serviços de Administração e Finanças da Guarda Nacional Republicana e do Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (Decreto-Lei n.º 295/84, de 31 de agosto<sup>10</sup>).

No ano de 1986, verificou-se a necessidade de instituir uma “correta e racional repartição dos encargos” do SNS, ao nível dos subsistemas de saúde e entidades responsáveis pelo pagamento da assistência a certos cidadãos (Cf. Decreto-Lei n.º 57/86 de 20 de março). Assim, para permitir que os subsistemas de saúde fossem reembolsados e para evitar a utilização abusiva dos seus serviços, foram definidos preços, tabelas de comparticipação e condições de aplicação a respeitar na sua utilização sem, no entanto, visar a obtenção de lucros ou prejudicar as isenções que devem abranger certos cidadãos, em razão das suas condições económicas e sociais menores (Cf. Decreto-Lei n.º 57/86 de 20 de março).

Somente transcorridos 19 anos, em 2005, voltam a surgir alterações legislativas de relevo nesta matéria, com o Decreto-Lei n.º 158/2005, 20 de setembro de 2005, a aprovar o regime jurídico de assistência na doença da GNR e da PSP.

Este, conforme se esmiuçarà mais adiante, surge devido às diferenças entre o SAD (PSP e GNR) e a ADSE, que fruto de alguma inércia legislativa, se foram novamente acentuando com o tempo. Desta feita, eram vistas algumas diferenças entre os subsistemas, que para o governo então em vigor, se verificavam desadequadas e incapazes de fazer suprir as necessidades relativas a cuidados médicos, sem esquecer o avolumar de dívida, que vinha deteriorando os seus serviços (DSAD, 2017).

---

<sup>9</sup> Estabelece o funcionamento e o esquema de benefícios da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

<sup>10</sup> Este diploma veio dar uma nova redação ao artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 357/77, de 31 de agosto, o qual regulamentava a assistência na doença do pessoal da Guarda Nacional Republicana, da Guarda Fiscal e da Polícia de Segurança Pública, revogando o Decreto-Lei n.º 241/79, de 25 de julho que, por sua vez, já tinha alterado a redação desse mesmo artigo.



Estes trabalhos legislativos procuraram, pois, aproximar os SAD da ADSE, ao nível do regime livre, assistência medicamentosa e regime convencionado (DSAD, 2017).

De forma sucinta, para DSAD (2017, p.10) as principais alterações que este diploma veio introduzir foram, entre outros, “a perda do direito à assistência médica nos postos clínicos dos aposentados, pré-aposentados, pessoal com funções não policiais e familiares”. Contudo, salientam-se também a perda de direito ao SAD/PSP dos funcionários civis da PSP e seus familiares (passando estes, em alguns casos, a serem abrangidos pela ADSE, *Cf.* art.º 31 do Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro); a perda de direito ao SAD/PSP dos cônjuges, dos descendentes ou equiparados e dos ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular, que fossem beneficiários titulares de outro regime de proteção social (*Cf.* art.º 5 n.º 4 do Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro); e o desconto de 1% sobre as remunerações dos beneficiários titulares no ativo e na pré-aposentação, para o financiamento do SAD/PSP (*Cf.* Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro)<sup>11</sup>.

Com isto, emerge a separação entre a assistência na doença gratuita (aquando do recebimento de cuidados por parte do SNS e Hospitais militares, pese embora não se isente o pagamento das taxas moderadoras) e participada, nomeadamente, os regimes livre e convencionado (*Cf.* art.º 12.º do Decreto-lei n.º 158/2005, de 20 de setembro).

Após este marco importante na vida do SAD/PSP, figuraram outros caracterizados por constantes atualizações, no que respeita às taxas de desconto, nomeadamente: o ano de 2006 com a Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho<sup>12</sup>, cujo intuito se encontra previsto no art.º 25 do Estatuto do SNS<sup>13</sup> e a qual “aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde”, aos subsistemas públicos de saúde e aos beneficiários de ambos, “bem como o respetivo Regulamento” e hospitais de urgência, “ para efeitos de faturação de episódios de urgência” (*Cf.* Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho); ainda no mesmo ano, a Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro<sup>14</sup>, a qual determinou que os beneficiários titulares no ativo, passassem a descontar 1,5 % do seu vencimento base, enquanto os aposentados<sup>15</sup> ficariam sujeitos ao desconto de 1%; e o ano de 2007, com a Portaria n.º 1620/2007 de 26 de

---

<sup>11</sup> De salientar que este desconto incide sempre e em todos os subsistemas aqui abordados, sobre o vencimento bruto dos beneficiários Titulares, nos 14 meses de vencimento (subsídio de férias e de natal), algo que foi desaconselhado pelo Relatório do TC n.º 22/2019, de outubro de 2019.

<sup>12</sup> Aprovou as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, o seu Regulamento e a lista de classificação dos hospitais para efeitos de faturação dos episódios da urgência.

<sup>13</sup> *Ex vi* Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

<sup>14</sup> Alterou a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública.

<sup>15</sup> Quando a sua pensão seja superior a uma vez e meia a retribuição mínima mensal - 665 euros, *Cf.* Art.º 2 do Decreto-Lei n.º 109-A/2020 de 31 de dezembro.

dezembro<sup>16</sup>, que veio contemplar a possibilidade dos funcionários e agentes beneficiários da ADSE, casados ou em união de facto com beneficiários titulares do SAD/PSP, optarem por este último, constituindo-se como beneficiários extraordinários.

Também o ano de 2010 é importante, sobretudo pela promulgação de um Memorando de Entendimento entre o MFAP, MDN e o MAI. Este, teve como objeto as relações financeiras entre o SNS e a ADSE, o IASFA e os SAD/PSP e GNR (DSAD, 2017), tendo a sua redação levado a que nos orçamentos de Estado subsequentes, o SNS arcasse com as despesas realizadas pelos beneficiários do SAD/PSP, nos seus serviços, redirecionando os Postos Clínicos, para a assistência clínica na missão operacional, beneficiários titulares na pré-aposentação e aposentação e respetivos cônjuges ou equiparados e pessoal com funções não policiais, na situação de ativo (DSAD, 2017).

Em 2012, é plasmada a Portaria n.º 283/2012, de 18 de setembro<sup>17</sup>, a qual veio convergir e homogeneizar os valores a pagar pelos beneficiários do SAD (PSP e GNR), com os prescritos nas tabelas do regime convencionado e livre da ADSE. Subsequentemente, de 1 de abril de 2013 até 2018, o SNS passou a assumir os encargos do SAD/PSP relativos à assistência medicamentosa, compartilhando os medicamentos dos seus beneficiários<sup>18</sup>. Destarte, o SNS compartilhou os medicamentos dos beneficiários do SAD (PSP e GNR), ADSE e ADM às farmácias portuguesas, nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, com base nos art.ºs 153, 109, 143 e 197 das respetivas LOE<sup>19</sup>.

Posto isto, percebe-se que entre os subsistemas de saúde públicos (SAD, ADSE e ADM) e o SNS, deve existir uma articulação que respeite o princípio da complementaridade, sem prejudicar a autossustentabilidade dos subsistemas. Para o efeito, no ano de 2015 foi exarada a Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro<sup>20</sup>, que determinou a conceção de uma Equipa Técnica que otimizasse um modelo de governação, gestão, organização e funcionamento, para todos os subsistemas, sem prejuízo da identidade própria

---

<sup>16</sup> Definiu o regime jurídico aplicável aos beneficiários extraordinários dos sistemas de assistência na doença ao pessoal, ao serviço da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública.

<sup>17</sup> Definiu o montante a suportar pelos beneficiários, tendo em conta o tipo de ato médico praticado, ao abrigo de convenções ou protocolos celebrados com os serviços próprios de assistência na doença da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP), e aprovou o clausulado tipo de convenções.

<sup>18</sup> Cf. Despacho n.ºs 4005/2013, de 4 de março, conjugado com o n.º 1 do art.º 151.º da Lei do Orçamento de Estado do ano de 2013 e Despacho n.º 13500/2014, de 29 de outubro de 2014, conjugado com o n.º 1 do art.º 149.º da Lei do Orçamento de Estado do ano de 2014.

<sup>19</sup> *Apud* Lei n.º 82-B/2014 de 31 de dezembro (LOE de 2015); *Apud* Lei n.º 7-A/2016 de 30 de março (LOE de 2016); *Apud* Lei n.º 42/2016 de 28 de dezembro (LOE de 2017); *Apud* Lei n.º 114/2017 de 29 de dezembro (LOE de 2018).

<sup>20</sup> Esta Resolução veio instituir a criação de uma equipa técnica, com o escopo de estudar um modelo de governação transversal à ADSE, SAD (PSP e GNR) e ADM.

de cada um (*cf.* Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro), bem como o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (analisado mais adiante), mediante o Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto<sup>21</sup>.

Ainda neste ano, destaca-se a entrada em vigor da Portaria n.º 691/2015, de 16 de setembro<sup>22</sup>, a regulamentar a categoria de beneficiários associados, prevista no art.º 5-B do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro e no art.º 6 do Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio, apresentando a definição do preâmbulo da Portaria n.º 691/2015 de 16 de setembro, nomeadamente:

todos os cônjuges não separados de pessoas e bens, dos cônjuges sobreviventes, dos unidos de facto e dos unidos de facto sobreviventes, dos beneficiários titulares que não sejam beneficiários titulares de outro subsistema público de assistência na doença, nem tenham renunciado à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença.

## **1.2. Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro**

O SAD/PSP e o SAD/GNR estiveram durante um longo período de tempo ausentes de atualizações, facto que, de acordo com o Governo em funções em 2005, ajudou ao desequilíbrio nas contas públicas e ao “aumento drástico do défice”, embargando as finanças do país e com elas um crescimento económico sustentável (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, 24 de junho<sup>23</sup>).

Para explicar este “aumento drástico do défice”, o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro veio indicar que a despesa no SAD/PSP e no SAD/GNR, atingia por titular, em certas situações, “200% da que se verificava na ADSE”, fruto das suas administrações desadequadas e aumento de dívidas a prestadores de serviço.

Devido a estas vicissitudes, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho, veio preconizar a necessidade de reformar a Administração Pública ao nível,

---

<sup>21</sup> Estabeleceu o órgão de coordenação dos subsistemas públicos de saúde, criando os mecanismos de cooperação reforçada em áreas comuns destes subsistemas e definindo o respetivo modelo de governação.

<sup>22</sup> Criou o regime aplicável aos beneficiários associados dos Serviços de Assistência na Doença (SAD), da GNR e da PSP.

<sup>23</sup> Aprovou um conjunto de medidas para a consolidação das contas públicas e o crescimento económico.

nomeadamente, da reestruturação dos subsistemas de saúde, instituindo uma equidade e uniformização nesses sistemas, de forma a aproximá-los do regime da ADSE e a promover uma fusão faseada das respectivas entidades gestoras.

Neste sentido, e escutadas as posições das associações sócio-profissionais da GNR e das associações sindicais da PSP, surgiu o Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro, a revitalizar um quadro legislativo antigo que administrava ainda o SAD/PSP e o SAD/GNR (Decreto-Lei n.º 357/77, de 31 de Agosto e a Portaria n.º 555/78, de 15 de setembro), que fomentava uma diferenciação infundada do ponto de vista social com a ADSE, sobretudo pelo facto destes diplomas se remeterem a uma altura em que o SNS ainda não existia.

A assistência relativa a medicamentos e ao regime livre passou, então, a seguir o regime vigente da ADSE, sem prejudicar, contudo, a autonomia dos SAD na celebração de convenções (Cf. Despacho n.º 8738/2004 e n.º 2 e 3 do Art.º n.º 15 do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro). Este novo regime passou a afetar os beneficiários, essencialmente, quando no ativo, e levou a que os elementos das Forças de Segurança passassem a descontar 1% do seu vencimento base (Cf. Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro), facto que até aí não sucedia.

Para além disso, sujeitou os beneficiários familiares (conjugue, descendente e ascendente ou equiparados) ao regime de inscrição da ADSE, isto é, nos casos em que pretendessem ser beneficiários do SAD/PSP (ou GNR), mas usufruíssem de outro subsistema de saúde público, deveriam abdicar do mesmo, (Cf. Art.º 12 n.º 4 do DL n.º 118/83, de 25 de fevereiro), tendo um prazo de três meses para se inscreverem no subsistema de assistência na doença policial (Cf. Art.º 12 n.º 5 do DL n.º 118/83, de 25 de fevereiro).

Posteriormente e apesar de todas estas alterações, o estatuído no Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, continuou a ser alvo de sucessivas alterações, entre elas: a Lei n.º 53-D/2006, a qual veio introduzir alterações ao seu art.º 24 n.º 1, sujeitando os beneficiários titulares ao desconto de 1,5% do seu vencimento, ao mesmo tempo que o n.º 2 do mesmo artigo impôs a obrigação dos pensionistas, constituídos como beneficiários titulares, descontarem 1% da sua pensão, nas situações em que esta fosse uma vez e meia superior à retribuição mínima mensal garantida<sup>24</sup>.

Mais tarde, em 2011, e devido à crise financeira que assolou o país, Portugal foi alvo de intervenção externa ao abrigo de um Programa de Assistência Económica e Financeira, acordado entre as autoridades portuguesas, a União Europeia e o FMI. Este, trouxe um

---

<sup>24</sup> 665 euros, Cf. Art.º 2 do Decreto-Lei n.º 109-A/2020 de 31 de dezembro.

conjunto de medidas ao Orçamento de Estado, que procuraram essencialmente reduzir o défice e a dívida públicas, de forma equilibrada e sustentável, através da “melhoria de procedimentos, de controlo e monitorização da execução orçamental e o aumento da eficiência da prestação de serviços públicos”, perspetivando uma consolidação e estabilização do sistema financeiro português (Finanças, 2011).

Este programa decorreu entre os anos de 2011 a 2014, sendo que na atualidade se encontra numa “fase de monitorização pós-programa” por parte da União Europeia<sup>25</sup> e do Fundo Monetário Europeu<sup>26</sup> (Portugal, s.d.).

O PAEF apresentou objetivos faseados, nomeadamente: a redução do défice público para menos de 10.068 milhões de euros em 2011<sup>27</sup>, 7.645 milhões de euros em 2012<sup>28</sup> e 5224 milhões de euros em 2013<sup>29</sup>. Para realizar esta redução foi necessário tomar medidas de corte na despesa pública, que assentaram, entre outras, no setor dos subsistemas de saúde públicos (SAD, ADM e ADSE). Nesta área, o valor do financiamento dado pelo Estado para estes serviços foi gradualmente reduzido, sendo que para “alcançar um modelo autossustentável para os regimes de saúde dos funcionários públicos”, o custo orçamental global dos sistemas existentes – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Serviços de Polícia) - “foi diminuído em 30% em 2012 e em mais 20% em 2013, para todos os níveis da administração pública” (Memorando, 2011, p. 17). Nos anos seguintes, foram executadas reduções orçamentais semelhantes, até que a partir de 2016, estes subsistemas se tornaram autofinanciados, autossustentando-se com as contribuições dos seus beneficiários (Memorando, 2011).

Desta forma, passou a ser obrigatório para a maioria dos beneficiários<sup>30</sup> do SAD/PSP e SAD/GNR, descontarem uma parte da sua remuneração para o subsistema, exceção feita apenas aos beneficiários familiares<sup>31</sup> e aos beneficiários titulares na aposentação, cuja pensão fosse inferior a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, situação na qual nunca descontam (Cf. Art.º 24, n.º 3 Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro).

---

<sup>25</sup> Post-Programme Surveillance.

<sup>26</sup> Post-Program Monitoring.

<sup>27</sup> 5.9% do PIB, valor estimado em projeções correntes.

<sup>28</sup> 4.5% do PIB, valor estimado em projeções correntes.

<sup>29</sup> 3% do PIB, valor estimado em projeções correntes.

<sup>30</sup> *Ex vi* Capítulo V do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro.

<sup>31</sup> De salientar que segundo do art.º 9.º do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, os benefícios resultantes do direito à assistência na doença do SAD/PSP, não são acumuláveis com outros de igual natureza, sendo que quando se trate de beneficiários familiares ou equiparados, é expressamente proibido que estes estejam simultaneamente inscritos em mais do que um subsistema de saúde (Cf. n.º 5 do art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro).

No ano de 2013, foi publicado o Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho<sup>32</sup>, vindo a aumentar a percentagem de desconto do vencimento base dos beneficiários e pensionistas do SAD/PSP (nestes últimos, apenas foram abrangidos os que recebessem uma vez e meia a retribuição mínima mensal) de 1,5% para 2,5% (Cf. art.º 3 do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho), ao passo que, no ano seguinte, a Lei n.º 30/2014, de 19 de maio<sup>33</sup> veio preconizar a terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, com o seu art.º 3 a estabelecer a percentagem de 3,5% de desconto do vencimento base dos seus beneficiários e pensionistas.

Posto isto, esta análise dimana uma íntima afinidade entre o SAD/PSP e SAD/GNR<sup>34</sup>, ambos convergidos com a ADSE<sup>35</sup>, devido aos desequilíbrios orçamentais em que se viram envolvidos e que criaram uma miríade de alterações legislativas, fundamentais na ação de complemento à missão do SNS.

Para tal, concebeu-se um plano conjunto entre as entidades gestoras dos diferentes subsistemas, nomeadamente, os ministérios da Administração Interna, Defesa, da Saúde e das Finanças, bem como dos seus beneficiários titulares, de maneira a estabelecer uma maior otimização de recursos e contratação e fornecimento de serviços (Cf. Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro).

### **1.2.1. Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde.**

Para “reforçar a articulação entre os subsistemas da ADSE, ADM, SAD/GNR e SAD/PSP, aprofundando sinergias” (Cf. Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto) foi criado um Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, onde estão representados os vários subsistemas e o Ministério da Saúde.

Este CGSPS deu cumprimento à Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro, a qual veio definir um plano de governação comum para todos os Subsistemas Públicos de Saúde, criando sistemas de cooperação reforçada em áreas comuns entre eles.

---

<sup>32</sup> Este diploma veio alterar o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, o Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, e o Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, revendo os descontos a efetuar para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde, concretamente da ADSE, da ADM e da SAD.

<sup>33</sup> Esta lei procedeu à décima primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e à terceira alteração aos Decretos-Leis n.ºs 158/2005, de 20 de setembro e 167/2005, de 23 de setembro, alterando o valor dos descontos a efetuar para a ADSE, SAD (PSP e GNR) e ADM, respetivamente.

<sup>34</sup> *Ex vi* Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro (e as suas subsequentes alterações preconizadas pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho e pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio), o qual veio predispor o regime jurídico de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública e Guarda Nacional Republicana.

<sup>35</sup> Última versão do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, dispôs o funcionamento e o esquema de benefícios da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

Assim, o CGSPS tem como objetivo, entre outros, estabelecer sistemas de informação estatística, de apoio à decisão, pugnar contra fraudes, celebrar contratos com novos prestadores e harmonizar tabelas e nomenclaturas em devida articulação com o SNS (Defesa, 2020).

## Capítulo 2 – Outros Subsistemas Públicos de Proteção e Assistência na Doença: pequena contextualização histórica

### 2.1. ADSE

A ADSE surgiu em 1963 sob a direção do Ministério das Finanças (Decreto-Lei n.º 45002/63 de 27 de abril<sup>36</sup>, 1963) com o objetivo, entre outros, de suportar as despesas médicas oriundas dos trabalhadores do Estado, apresentando em 1966 cerca de 57174 utentes, número que veio a atingir 1200000, mais tarde, em 1983 (*Cf.* Decreto-Lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro).

A sua esquematização procurou inserir-se nos desígnios outorgados para o desenvolvimento da segurança social, tida como apanágio da sociedade contemporânea da altura (e da atual), procurando assegurar medidas que permitissem aos seus utentes, ultrapassar nocividades e necessidades advenientes do trabalho ou fora dele (*Cf.* Decreto-Lei n.º 45002/63 de 27 de abril).

Para isso, constituiu-se a ADSE como uma Direção Geral, de forma, não só, a respeitar um princípio da unidade orgânica que beneficiasse a administração e a sua eficácia, dissuadindo ilícitos fraudulentos, como também, pela sua importância na conjuntura da política social dos anos 80, de maneira a alargar os seus serviços a dependentes, cônjuges e aposentados (*Cf.* Decreto-Lei n.º 476/80 de 15 de outubro<sup>37</sup>).

Daqui em diante, podem-se indicar algumas das datas mais marcantes no período de vida da ADSE, nomeadamente: o ano de 2006, no qual se torna opcional a inscrição na ADSE, para funcionários a integrar a administração pública a 1 de janeiro desse ano (*Cf.* Art.º 12 n.º1 do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro<sup>38</sup>); o ano de 2007, quando o desconto dos beneficiários passa de 0,5 % (*Cf.* Art.ºs 1 e 32 da Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho<sup>39</sup>) para 1,5% da remuneração base dos beneficiários titulares (*Cf.* Art.º 13 n.º 1 da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro); o ano de 2013, quando os beneficiários passam a ter que descontar 2,5% da sua remuneração base (*Cf.* art.º 2 do Decreto-Lei n.º 105/2013 de 30 de julho); o ano de 2014, quando o desconto dos beneficiários chega aos 3,5% (*Cf.* Art.º 46, n.º

---

<sup>36</sup> Este diploma visou criar a Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE), destinada a promover gradualmente a assistência em todas as formas de doença aos serventuários dos serviços cíveis do Estado, incluindo os dotados de autonomia administrativa e financeira.

<sup>37</sup> É o diploma que vem transformar a assistência na doença dos funcionários cíveis do Estado (ADSE), em Direção Geral.

<sup>38</sup> Colocou em vigor a terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, diploma que estabelece o funcionamento e o esquema de benefícios da ADSE.

<sup>39</sup> Lei que aprovou o Orçamento Geral do Estado para 1979.



1 da Lei n.º 30/2014, de 19 de maio); o ano de 2015, quando a ADSE sai do Ministério das Finanças e fica sob alçada do Ministério da Saúde (Cf. Art.º 1 do Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto); e o ano de 2017, quando a ADSE é transformada no Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE, I.P.), ficando sob tutela conjunta do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro).

Como se pode verificar, também o regime da ADSE esteve durante um longo período de tempo ausente de atualizações, uma das circunstâncias que terá estado na origem do descontrolo das contas públicas e no aumento do défice do país (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, 24 de junho).

## 2.2. ADM

Para Santos (2012 cit. in Santos, 2016, p. 1) é “obrigação do Estado, através das instituições militares, garantir a saúde dos militares e família, que dele depende, pois o seu estado de saúde física e psicológica, muitas vezes relacionadas, afetam a capacidade operacional do militar”, que na filosofia castrense “é combater com tudo aquilo que o seu espírito consegue fazer”.

De facto, a saúde constitui-se como uma das principais preocupações de qualquer cidadão, para si e para a sua família, regra à qual o militar não foge. Aliás, a especificidade da sua missão e o grau de perigosidade que a mesma envolve, exige que os militares tenham um sistema de proteção e assistência na saúde, que os livre de tais inquietações e os foque na sua missão operacional (Santos, 2016).

A assistência na doença aos militares começou a ser equacionada nos anos 70, primeiro com o Decreto-Lei n.º 176/71, de 30 de abril, a consagrar o direito a benefícios no sector da assistência sanitária aos oficiais do Exército e, mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de novembro, a alargar esses mesmos direitos a todos os militares dos quadros permanentes dos três ramos das forças armadas. Com este último diploma, regulamentado pela Portaria 67/75, de 4 de fevereiro<sup>40</sup>, a assistência sanitária chegou a todo o tipo de patologias e circunstâncias, tal como já acontecia com a ADSE.

Posteriormente, o Decreto-lei n.º 434-A1/82 de 29 de outubro veio corrigir a falta de abrangência do Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de novembro, extendendo o seu âmbito a

---

<sup>40</sup> Subsequentemente alterada pelas: Portaria n.º 594/75, de 9 de outubro; Portaria n.º 1119/81, de 31 de dezembro; Portaria n.º 661/82, de 2 de julho; Portaria n.º 883/84, de 4 de dezembro; Despacho n.º 8232/SEDN/2001, de 6 de abril; Portaria n.º 182/2005, de 15 de fevereiro e o Despacho n.º 115/MDN/92, de 20 de outubro.

familiares de militares falecidos, militares não pertencentes aos quadros permanentes ou aos beneficiários de pensão de invalidez que ficaram diminuídos por acidente em serviço.

Até 2005, a assistência na doença aos militares das Forças Armadas era providenciada por três subsistemas de saúde, vocacionados para cada um dos ramos das Forças Armadas, nomeadamente: Assistência na Doença aos Militares do Exército, Assistência na Doença aos Militares da Armada e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (Cf. Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro).

Também aqui, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho, veio determinar que, para uma melhor racionalização dos recursos humanos, logísticos e financeiros, a ADM deveria convergir com a ADSE, sem prejuízo das características especiais da condição militar.

Neste sentido, o Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro veio plasmar a fusão dos três subsistemas de saúde num único denominado ADM, regulamentada pela Portaria n.º 284/2007, ao nível, por exemplo, das suas modalidades de inscrição e pela Portaria n.º 1396/2007, no que respeita ao regime, condições de celebração e às cláusulas tipo dos acordos a celebrar por este subsistema de saúde militar.

A ADM ficou a ser gerida pelo IASFA (Cf. do art.º 15 do Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de setembro), vivendo essencialmente dos descontos obrigatórios dos beneficiários titulares (Cf. art.º 13 do Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de setembro), à semelhança do que acontece nos SAD.

À imagem dos subsistemas já mencionados, também este sofreu várias modificações de 2005 em diante, tais como: os vencimentos base e as pensões base dos beneficiários titulares, ficaram sujeitos ao desconto obrigatório de 1% nesse ano, conforme art.º 13, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro; a Lei n.º 53-D/2006 de 29 de dezembro (o art.º 3, alterou o o art.º 7 do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro), a qual veio elevar o desconto dos beneficiários titulares e extraordinários para 1,5%, e das pensões de aposentação e reforma em 1%<sup>41</sup>; em 2013, com o Decreto-Lei n.º 105/2013 de 30 de julho, manteve-se a política da autossustentabilidade do subsistema, acordada pelo Memorando (2011) e que também abrangeu os restantes subsistemas, aumentando o desconto dos seus beneficiários titulares e pensionistas de 1,5% para 2,25%; em janeiro de 2014, este desconto subiu para 2,5%, (Cf. art.ºs 4 e 5 n.º 2, do Decreto-Lei n.º 105/2013 de 30 de julho); a 19 de maio de 2014, o art.º 4 da Lei n.º 30/2014, de 19 de maio veio proceder à terceira alteração

---

<sup>41</sup> Quando o seu montante for igual ou superior ao valor correspondente a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, nos termos anteriormente referidos.

do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro e colocar os respetivos descontos em 3,5%; a partir de 2016, também a ADM passou a autofinanciar-se, abstendo-se de receber verbas orçamentais (Memorando, 2011).

### **2.3. MUFACE do *Cuerpo Nacional de Policía***

No que respeita à congénere espanhola da Polícia de Segurança Pública (*Cuerpo Nacional de Policía*), e fazendo uma pequena abordagem, tem-se que os Polícias Nacionais estão sujeitos ao regime de mutualismo administrativo dos Funcionários Civis do Estado Espanhol (Cf. Art.º 77 da *Ley Orgánica 9/2015*<sup>42</sup>).

Este regime é um mecanismo especial do sistema de Segurança Social dos Funcionários Civis do Estado Espanhol (Real Decreto 375/2003<sup>43</sup>, 2003), que dá pelo nome de MUFACE e é um organismo público, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira (Cf. Art.º 4 do *Real Decreto 375/2003*).

Este sistema engloba, entre outros, o pagamento de subsídios de doença auferidos no seguimento de um processo de sanidade aberto por acidente profissional (em situações de incapacidade temporária fora desse contexto, este pagamento é assegurado pelo regime de Segurança Social), cf. Art.º 78 da *Ley Orgánica 9/2015*.

Assim, o MUFACE procura proporcionar prestações sociais e de assistência sanitária, mas em exclusivo aos funcionários do Estado espanhol, podendo este regime estender-se aos seus conjugues e descendentes. Este sistema permite ao funcionário mutualista ser atendido pelo sistema de saúde pública, ou por algumas seguradoras privadas, nomeadamente, a Adeslas, Sanitas, Asisa e DKV (DKV, s.d.).

O sistema MUFACE está dependente do *Ministerio de Política Territorial y Función Pública* e possui cerca de 850 funcionários para dar conta das necessidades dos cerca de 1.500.000 beneficiários (MUFACE, s.d.).

Historicamente, a *Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado* (MUFACE) foi criada pela *Ley 29/1975, de 27 de junio*<sup>44</sup>, sob o nome de *Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado* (MUFACE, s.d.).

Este mutualismo conheceu diversas nuances, vivendo uma das suas etapas mais importantes nos anos 40. Graças a algumas associações montepio e à Lei do mutualismo de 1941, conseguiram-se amenizar algumas carências demonstradas ao nível da assistência

---

<sup>42</sup> *Apud* Estatuto do *Cuerpo Nacional de Policía*.

<sup>43</sup> *Apud* Regime Geral do Mutualismo administrativo espanhol.

<sup>44</sup> *Apud* Regime Especial da Segurança Social dos Funcionários Civis do Estado.

sanitária e medicamentosa. Todavia, tal não foi suficiente, insurgindo-se a necessidade de criar uma Lei de Bases da Segurança Social, em 1963, que englobasse a totalidade dos funcionários públicos, a qual viria ulteriormente a dar lugar à *Ley 29/1975, de 27 de junio* (MUFACE, s.d.), uma das *lex mater* do mutualismo espanhol.

## Capítulo 3 – Serviço Nacional de Saúde

### 3.1. Direito à Proteção na Saúde

Nas palavras de Silva (2009, p. 2), “o sistema de saúde português é composto pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>45</sup>, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados, pelo sector segurador, e pelo sector privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos”.

Isto decorre da ora Constituição da República Portuguesa, a qual enumera no n.º 1 do seu artigo 64.º que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”.

Este direito, apesar de na CRP se encontrar enquadrado no título dos direitos e deveres económicos, sociais e culturais, pode ser considerado, à luz dos fundamentos de Miranda & Medeiros (2017) um direito fundamental de natureza análoga, no seu plano estrutural, devido ao seu inevitável cruzamento com o direito à vida (artigo 24.º CRP) e integridade física (artigo 25.º CRP), eminentemente decorrentes do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º CRP). Esta implicância, leva a que o direito fundamental de proteção à saúde, se materialize “no direito a prestações do Estado” (dimensão positiva) e no “direito subjetivo a que o Estado e terceiros se abstenham de prejudicar o bem jurídico *saúde*” (Miranda & Medeiros, 2017, p. 946).

De facto, verifica-se como neste ponto se encontra subjacente o princípio da Universalidade do art.º 12 da CRP, o qual enuncia que “todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição”, nomeadamente, os cidadãos portugueses nos termos do artigo 4.º, ou os “estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal”, segundo o preceituado no artigo 15.º n.º 1 do mesmo diploma (Miranda & Medeiros, 2017).

Todavia, não deve somente ser garantida a universalidade deste direito, como também a sua igualdade (art.º 13 da CRP), na medida em que o direito à proteção na saúde não deve discriminar os doentes (em razão da sua idade, etnia, etc.) e o seu acesso à saúde (Miranda & Medeiros, 2017).

O direito à proteção na saúde, por ser um direito social, que é dever do Estado defender e promover (Cf. Art.º 9 al. b) da CRP), materializa-se na al. a) do n.º 2 do art.º 64 da CRP,

---

<sup>45</sup> Criado pela lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

onde vem prevista a criação da figura do serviço nacional de saúde, como o “instrumento - o primeiro!- de realização do direito à saúde” (Acórdão n. 939/84).

### 3.2. Conceito de Serviço Nacional de Saúde

O SNS será, porventura, uma das maiores conquistas da democracia em Portugal, uma vez que aos olhos do legislador, visa fazer chegar a todos os cidadãos o exercício do direito à saúde, através de “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” (art.º 1 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro<sup>46</sup>). Já o anexo à Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro<sup>47</sup>, que constitui a atual Lei de Bases da Saúde, diz no n.º 1 da Base 20 que o “SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério ... da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (*Vide*, anexo 1).

Este serviço procura constituir-se como “universal e geral”, sendo, portanto, acessível a todos os cidadãos portugueses ou àqueles que residam em território português (*Cf.* art.º 64 da CRP), tendo definido regiões de saúde<sup>48</sup>, sub-regiões de saúde<sup>49</sup> e áreas de saúde<sup>50</sup> para esse efeito. Dentro de cada região de saúde existem administrações regionais de saúde, denominadas ARS (*Cf.* art.º 6 n.º 1 Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

Destarte, para que este serviço atinja este fim, o Estado deve, entre outros, garantir que todos usufruam de cuidados médicos, independentemente da sua condição económica; certificar-se que existem unidades de saúde e meios humanos, suficientes em todo o país; e que haja articulação entre o setor empresarial privado de assistência médica e o SNS (*Cf.* Art.º 64 n.º 2 al. a) e 3 CRP).

Estes princípios surgem ainda explanados nas als. a) e b) do n.º 2 da Base 20 do anexo à Lei n.º 95/2019, quando se refere que o SNS deve prestar assistência médica a “todas as pessoas”, eximindo-se a qualquer tipo de discriminação (sendo assim “universal”) e executar as medidas exigidas, com vista a promover a saúde, a prevenir a doença e a tratar os doentes (tornando-se, pois, “geral”).

---

<sup>46</sup> Diploma que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

<sup>47</sup> Diploma que aprovou a Lei de Bases da Saúde e revogou a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, juntamente com o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

<sup>48</sup> Do Norte, com sede no Porto; Do Centro, com sede em Coimbra; De Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Do Alentejo, com sede em Évora; Do Algarve, com sede em Faro (art.º 4 DL n.º 11/93, de 15 de janeiro).

<sup>49</sup> Correspondem às áreas dos distritos do continente (art.º 5 n.º 1 do DL n.º 11/93, de 15 de janeiro).

<sup>50</sup> Correspondem às áreas dos municípios (art.º 5 n.º 2 do DL n.º 11/93, de 15 de janeiro).

Ainda no art.º 64 n.º 2 al. a) CRP, é-nos dito que o SNS deve, em razão de certas condições económico-sociais, ser “tendencialmente gratuito”. Este princípio procura salvaguardar que “grupos sociais mais carenciados” tenham acesso totalmente gratuito<sup>51</sup> aos serviços médicos e instituir taxas moderadoras aos restantes, de maneira a evitar excessos no seu consumo (Luís Meneses do Vale cit. in Miranda & Medeiros, 2017, p. 949).

A conferir este desígnio, surge o n.º 1 da Base 24 do Anexo à Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, onde estão descortinados os requisitos necessários à isenção das taxas moderadoras, sendo eles: a fraca condição de recursos, padecer de determinada doença ou ser alvo de uma especial vulnerabilidade.

No que à atividade e constituição do SNS diz respeito, temos que aludir ao n.º 2 da Base 20 do anexo à Lei n.º 95/201 (mais à frente, abordar-se-á este diploma com mais pormenor), pois esta refere que: os cuidados prestados por este devem ser integrados, isto é, devem funcionar “de forma articulada e em rede”; equitativos, dando primazia aos grupos vulneráveis; deter padrões de qualidade assentes em “prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada”; próximos da população, através de uma cobertura de recursos de saúde a todo o país; sustentáveis do ponto de vista financeiro; e transparentes, por via da veiculação de informação “atualizada e clara” sobre o SNS.

Por fim, o n.º 4 do art.º 64 da CRP refere que o SNS terá uma “gestão descentralizada e participada”<sup>52</sup>. Esta gestão descentralizada impede que o SNS faça parte da administração direta do Estado (os seus órgãos e serviços não se enquadram na pessoa coletiva pública “Estado”), inserindo-se antes na sua administração indireta, sob a “superintendência ou tutela do Ministro da Saúde” (Ac. n.º 731/95 cit. in Miranda & Medeiros, 2017, p. 950).

O SNS é gerido pela ACSS<sup>53</sup>, a qual institui, por exemplo, os moldes dos acordos com as IPSS<sup>54</sup> (Cf. Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

Contudo, na opinião de Lourenço (2018), presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares à data da elaboração deste trabalho, a gestão descentralizada verifica-se cada vez menos, na medida em que o Ministério das Finanças se sobrepõe ao

---

<sup>51</sup> Este princípio surge reforçado na al. c) da Base 20 do Anexo à Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, onde é referido que o SNS deve basear-se numa “tendencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

<sup>52</sup> Obrigação discurrida no n.º 3 da Base 20 Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

<sup>53</sup> “A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. é um Instituto Público, criado em 2007, integrado na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e financeira, que executa as orientações do Ministério da Saúde e está sob a sua superintendência e tutela” (SNS, 2018).

<sup>54</sup> Instituições Particulares de Solidariedade Social.

próprio Ministério da tutela, interferindo em todo o tipo de decisões, inclusive, as de índole operacional. Esta vicissitude, poderá estar relacionada com a perceção dos portugueses sobre o SNS, a qual, medida em 2012 pelo *European Social Survey* em inquérito, considera os seus serviços como “extremamente maus e maus” (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014, p.6).

Para Miranda & Medeiros (2017, p. 945), a gestão descentralizada e participada dá azo à concepção de subsistemas de saúde, sendo que “o direito à proteção da saúde é configurado como um direito a prestações positivas do Estado”, nomeadamente, ao nível de “bens e serviços”, necessitando “de uma intervenção legislativa”, “que viabilize efetiva e praticamente a possibilidade do exercício do mesmo direito” (Ac. n.º 330/89 cit. in Miranda & Medeiros, 2017, p. 945), tornando-se assim essencial exarar uma lei de bases.

### 3.3 Breve revisão sobre a Lei de Bases da Saúde

Na conceção de Barros (2019), uma lei de bases é aquela que define as principais orientações que norteiam todo o conjunto de diplomas de uma determinada atividade, sendo fundamental para delimitar a ação do setor privado dentro do SNS.

Em Portugal, a primeira Lei de Bases da saúde foi a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, a qual viria a sofrer alterações pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro<sup>55</sup> ao nível do regime de gestão hospitalar (Cf. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

Atualmente vigora a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, a qual veio revogar expressamente a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto (regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados), estabelecendo em anexo a Lei de Bases da Saúde.

Este anexo esclarece (para além do já supracitado) na sua base 1, n.º 1, o direito à proteção na saúde enunciado no art.º 64, n.º 1 da CRP<sup>56</sup>, denotando-o como o “direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social”. Para atingir esta finalidade, o Estado deverá estabelecer “condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis saudáveis de vida”, através da “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde” (Cf. Base 1, n.ºs 1 e 2, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), por via, entre outros, do SNS (Cf. Base 1, n.º 4 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). De facto, esta responsabilidade surge vertida na Base 6, n.º 1, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, quando se refere que o “direito à proteção da saúde efetiva-se

---

<sup>55</sup> Esta lei veio estabelecer o novo regime jurídico da gestão hospitalar, tendo procedido à primeira alteração da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

<sup>56</sup> Responsabilidade do Estado nos termos do Art.º 9 al. b) da CRP.



primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos” (podem-se aqui enquadrar os subsistemas públicos de assistência na doença), dando como segunda hipótese (“de forma supletiva e temporária”), a criação de acordos entre o SNS e entidades do setor privado e social (e.g.: os acordos com IPSS).

Por outro lado, os habitantes das regiões autónomas dos Açores e da Madeira não usufruem do SNS, possuindo o seu próprio Serviço Regional de Saúde. Neste sentido, e para dar cumprimento aos princípios da universalidade e da igualdade implícitos no art.º 64 da CRP, em 2016 o Estado português assumiu a responsabilidade de financiar os SRS, através do SNS, permitindo assim que os cidadãos beneficiários deste, ficassem isentos do pagamento dos serviços prestados por aquele<sup>57</sup> (Cf. art.º 1 da Lei n.º 20/2016 de 15 de julho).

Outro ponto de natural foco é a política de saúde prevista na Base 4. Esta política tem como requisitos, adaptar-se “às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional” (Cf. Base 4, n.º 1 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), apresentando alguns pilares fundamentais, tais como: “a participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde” (Cf. Base 4 n.º 2 al. f) da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro); ou “o reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde” (Cf. Base 4 n.º 2 al. j) da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Neste sentido, a Base 5, n.º 1 da Lei n.º 95/2019 obriga o Estado a criar condições de “participação das pessoas na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde”, individualmente ou por meio de entidades próprias (Cf. Base 5 n.º 2 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), como por exemplo, entidades do setor social sénior<sup>58</sup>.

Dizem ainda os n.ºs 1 e 2 da Base 21 do Anexo à Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro que todos os cidadãos portugueses, bem como aqueles que sejam residentes, residentes temporários, nacionais de Estados-Membros da UE, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção nacional e migrantes, têm o direito a ser beneficiários do SNS, materializando os desideratos constitucionais do artigo 64.º da CRP.

---

<sup>57</sup> Como os cidadãos das Regiões autónomas dos Açores e da Madeira não pagavam as custas relacionadas com o usufruto dos serviços de saúde em território continental, o mesmo passou a acontecer com os beneficiários do SNS, do continente, que recebam cuidados prestados pelo SRS nos arquipélagos – princípio da reciprocidade (Cf. art.º 2 da Lei n.º 20/2016 de 15 de julho).

<sup>58</sup> Associações que promovem a saúde na população sénior; estimulam a adoção de práticas saudáveis, junto da população mais envelhecida, etc. (SNS, 2018).

A Base 22 traça-nos as linhas gerais da organização e funcionamento do SNS, que se materializa ao nível do seu Estatuto<sup>59</sup>, enquanto a Base 23 nos esclarece os trâmites do seu financiamento e as respetivas quantias definidas pela lei do Orçamento de Estado.

Deste modo, o Artigo 279.º n.º 1 da Lei n.º 2/2020, de 31 de março<sup>60</sup> veio estipular a quantia de 180 000 000 de euros a colocar à disposição do SNS, num quadro plurianual e consignada, essencialmente, à aquisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica para os serviços públicos de saúde.

O SNS, pode, nas situações em que se mostre incapaz de prestar cuidados de forma atempada, convencionar com entidades privadas, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, para que sejam prestados os cuidados necessários aos seus beneficiários (Cf. n.ºs 1 e 2 da Base 25 do Anexo à Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro).

Por fim, importa ainda referir a Base 27, a qual possibilita ao beneficiário do SNS a assinatura de planos ou seguro de saúde privados. Este complemento é deveras importante, uma vez que como salienta Silva (2009), os cidadãos hodiernos preocupam-se, em grande medida, com o seu direito à saúde e a forma de o gozar. Como tal, é grande a exigência que estes impõem aos seus cuidadores, levando a que a procura do SNS seja complementada por seguros privados de saúde.

Na verdade, e face às recomendações enunciadas pelo Memorando (2011), que sujeitaram Portugal a determinadas medidas de austeridade, os subsistemas públicos de saúde (SAD/PSP, SAD/GNR, ADM e ADSE) deixaram de ser totalmente financiados pelo OE, a partir de 2016, passando a viver exclusivamente das contribuições dos seus beneficiários. Assim, fica a dúvida: será que não se pode considerar o SAD/PSP, assim como os restantes subsistemas de saúde públicos, um modelo público-privado de seguro de saúde? (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014).

Desta forma, e apesar de em 1993, os subsistemas de saúde públicos terem sido obrigados a remunerar o SNS, pelos serviços prestados aos seus beneficiários (Cf. art.º 23 n.º 1 al. b) do Decreto-Lei n.º 11/93, 15 de janeiro de 1993), nos valores definidos pelo art.º 25 do Decreto-Lei n.º 11/93, 15 de janeiro de 1993 e regulamentados pela Portaria n.º 720/93 de 6 de agosto<sup>61</sup> e respetivos anexos, tornou-se impreterível garantir que o SAD/PSP deixe de pagar estas quantias pois, a continuar assim, passará a constituir-se como um sistema

---

<sup>59</sup> *Ex vi* Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

<sup>60</sup> Lei que veio aprovar o Orçamento do Estado para 2020.

<sup>61</sup> Plasmou as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde em relação a todos os subsistemas de saúde.

substituto na componente financeira do SNS, tornando-se um concorrente seu, responsável pela prestação de todos os cuidados de saúde aos seus beneficiários, entre os quais, medicamentos, custos com o serviço de saúde da organização e alguns encargos que deveriam ser suportados pelo SNS. Deste modo, subverte-se a natureza de complementaridade do SAD face ao SNS, facto que penaliza duplamente os polícias em relação aos restantes cidadãos, já que, a adicionar à sua contribuição com impostos para esta estrutura de saúde, os elementos policiais ainda são obrigados a descontar para o SAD/PSP (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014).

Sublinhe-se, pois, que ao subsistema compete apenas:

incorporar um valor acrescentado aos cuidados de saúde prestados pelo SNS, em rapidez, conforto e diferenciação, criando as condições para que os beneficiários possam aceder, por sua escolha, a consultas e tratamentos de especialidade em entidades privadas e a cuidados de saúde que o SNS não fornece com o mesmo nível, como sejam, por exemplo, a estomatologia e a oftalmologia (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014, pp. 9-10).

## **Capítulo 4 – Organização e Funcionamento do Serviço de Assistência na Doença da PSP e da GNR**

### **4.1 Orgânica e Recursos Humanos**

A Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto<sup>62</sup> refere no seu artigo.º 30 que a Unidade Orgânica de Recursos Humanos abrange as áreas da formação, dos recursos humanos e da saúde e assistência na doença, dentro da instituição, sendo que, no âmbito deste trabalho, interessamos abordar a área da saúde e assistência na doença.

O SAD/PSP é um “Subsistema Público de Saúde específico, gerido pela Polícia de Segurança Pública, autofinanciado por receitas próprias (descontos dos seus beneficiários titulares, extraordinários e associados), destinado à prestação de cuidados de saúde e assistência na doença aos polícias e seus familiares”, podendo estes também usufruir do SNS (DSAD, 2017.p.17).

Já o SAD/GNR é o “sistema de saúde dos militares da GNR e que tem por finalidade a comparticipação, total ou parcial, dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde e tratamento aos seus beneficiários”, podendo estes também usufruir “dos mesmos direitos que um utente do SNS” (Miguel, Poiars, Gonçalves, & Fernandes, 2019).

Ambos são diferentes do Serviço Nacional de Saúde porque os seus beneficiários podem usufruir, para lá dos cuidados de saúde prestados pelos serviços e estabelecimentos que integram estes serviços, de um vasto leque de opções que aumentam a possibilidade de escolha do abrangido, em função das suas necessidades. No que confere ao SAD/PSP esta variabilidade insere-se, essencialmente, ao nível de uma: “rede de prestadores de cuidados de saúde convencionados com o Subsistema”; “rede de prestadores de cuidados de saúde dos Hospitais Militares” e; “prestadores de cuidados de saúde da livre escolha dos beneficiários” (DSAD, 2017, p. 17).

Deste modo, e no que ao SAD/PSP toca, a sua missão é “promover a assistência na doença dos seus beneficiários, contribuindo desta forma para o seu bem-estar”, disponibilizando, por um lado “uma rede de prestadores de cuidados de saúde convencionados” por todo o país e, por outro, “comparticipando o valor dos cuidados de saúde por estes realizados”, nas situações em que usufruam de “prestadores da sua livre escolha” (DSAD, 2017, p. 17).

---

<sup>62</sup> *Apud* Lei de Organização e Funcionamento da PSP.

Este subsistema é suportado por uma estrutura orgânica flexível, “denominada Divisão de Assistência na Doença<sup>63</sup>”, “integrada no Departamento de Saúde e Assistência na Doença<sup>64</sup>”, apresentando como recursos humanos: 1 Superintendente, 2 Chefes, 2 Agentes Coordenadores, 11 Agentes Principais, 1 Agente, 3 Técnicos Superiores e 4 Assistentes Técnicos (Afonso, 2020).

Neste sentido, verifica-se que o art.º 1 n.º 1 al. l) da Portaria n.º 383/2008<sup>65</sup> estabelece o Departamento de Saúde e Assistência na Doença (DSAD) como uma unidade nuclear da DNPSP, cujas competências se encontram atribuídas no art.º 12 do mesmo diploma.

Não obstante, de entre as competências definidas neste número, temos as que estão destinadas à DAD, entre elas, “propor a celebração dos acordos, convenções, contratos e protocolos que interessem ao desempenho da sua missão e acompanhar o rigoroso cumprimento dos mesmos” ou “administrar as receitas decorrentes do desconto obrigatório para assistência na doença e propor as medidas adequadas à utilização dos recursos que lhe são atribuídos, de forma a prosseguir os seus fins dentro dos princípios de uma gestão por objetivos” (DSAD, 2017, p. 15).

A anterior Lei Orgânica da PSP<sup>66</sup> previa no seu art.º 45 n.º 2, a existência da Divisão de Medicina, Divisão de Saúde Ocupacional, Divisão de Planeamento e Estatística e a Repartição de controlo e beneficiários, as quais foram revogadas aquando da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de outubro<sup>67</sup>.

Neste momento, para materializar estes poderes e dar cumprimento às atribuições da missão supramencionada, tem-se o Núcleo de Controlo de Beneficiários, uma Secção de Hospitais, uma Secção de Beneficiários e uma Secção de Farmácias (*Vide*, Anexo 2).

No que respeita aos recursos humanos adstritos à DAD, temos um Chefe de Divisão (civil), um responsável pela secção de apoio administrativo, um responsável pela secção de beneficiários (polícia), um responsável pela secção de farmácias e regime livre (civil) e pessoal em funções administrativas (civis e policias) (DSAD, 2017).

Apesar dos esforços desenvolvidos, não foi possível aceder, nem à orgânica, nem aos recursos humanos do SAD/GNR.

---

<sup>63</sup> Com as competências previstas do art.º 32 do Despacho (extrato) n.º 11714/2010.

<sup>64</sup> Com as competências previstas do art.º 12 da Portaria n.º 383/2008 de 29 de maio.

<sup>65</sup> Esta portaria veio estabelecer a estrutura nuclear da Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública e as competências das respetivas unidades orgânicas.

<sup>66</sup> *Ex vi* Lei n.º 5/99 de 27 de janeiro.

<sup>67</sup> Antigo Estatuto da PSP.

## 4.2 Regimes e Valências

Os prestadores dos cuidados de saúde podem surgir de entre dois tipos distintos de modalidades: o regime de comparticipação convencionado<sup>68</sup> e o regime da livre escolha do beneficiário<sup>69</sup>.

Como referem Oliveira, Amaral, & Afonso (2014), os beneficiários podem dispor das prestações de assistência na doença, por via: do SNS (como qualquer cidadão), dos hospitais militares, dos prestadores de cuidados de saúde que mantêm convenções/protocolos com o SAD e do regime de livre escolha.

Neste caso em concreto, importa expor que o regime convencionado se caracteriza pelo facto dos beneficiários se deslocarem junto de entidades particulares que prestam cuidados de saúde, com as quais o SAD/PSP celebrou convenções (1.281 registadas a 1 de janeiro de 2020) pagando cerca de 20% da totalidade do valor cobrado por essa entidade (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014), enquanto no regime de livre escolha, “os beneficiários deslocam-se a qualquer entidade privada que preste cuidados de saúde, onde pagam a totalidade da fatura, sendo depois reembolsados pelo SAD de acordo com as tabelas em vigor.” (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014, p. 32)

Os regimes são iguais para o SAD/GNR (*Cf.* DL n.º 158/2005, de 20 de setembro).

De salientar que as valências com mais convenções são as análises clínicas, estomatologia, imagiologia, fisioterapia e a clínica geral, dado que de um modo geral, são as que apresentam uma maior procura.

No que respeita às valências disponibilizadas na rede de Prestadores de Cuidados de Saúde Convencionados com o SAD/PSP temos: atendimento médico permanente, consultas de clínica geral, consultas de especialidade, análises clínicas, anatomia patológica, imagiologia, medicina nuclear, medicina física e reabilitação, psicologia, terapia da fala, enfermagem, medicina, cirurgias, internamento, ambulatório, produtos medicamentosos utilizados em internamento, materiais e pensos utilizados em cirurgias, transportes, imunologia, estomatologia, próteses estomatológicas e radioterapia externa. Existem ainda acordos no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) e Medicamentos fornecidos pelas farmácias das Regiões Autónomas. A parametrização dos atos médicos, que se encontrem fora deste âmbito, está estabelecida na plataforma informática AS-400 (DSAD, 2017).

---

<sup>68</sup> Cujas lista de entidades surge vertida no documento “Lista de Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde”, existente no Portal Social da PSP.

<sup>69</sup> Com as condições exaradas no Despacho n.º 8738/2004, Tabelas do Regime Livre da ADSE.

Regra geral, para usufruírem destas convenções os beneficiários deslocam-se aos prestadores de cuidados de saúde, onde lhes é concedido o respetivo cuidado, pelo qual efetuam apenas o co-pagamento (os ditos 20% da totalidade do valor). Mensalmente, a entidade envia ao DSAD o encargo do SAD, com respeito aos cuidados de saúde realizados no mencionado mês, pelos seus beneficiários (DSAD, 2017).

Quando se fala em prestadores privados de cuidados de saúde da livre escolha dos beneficiários, podem-se destacar: as consultas médicas no geral e de psiquiatria, cirurgias, análises clínicas, imagiologia e medicina nuclear, medicina física e reabilitação, estomatologia, próteses estomatológicas, meios de correção e compensação, internamento, ambulatório, testes colorimétricos, aposentadoria, transportes para deslocação ao local de recebimento dos cuidados de saúde, tratamentos termais, lares e apoio domiciliário, enfermagem, cuidados de saúde a receber no Estrangeiro/Missão oficial e em situações próprias como a hemodiálise, cobaltoterapia, tratamentos radioterápicos, hemofílicos. Também as consultas psicologia, cuidados respiratórios domiciliários, medicamentos citostáticos e alguns medicamentos inexistentes no mercado nacional, são valências comparticipadas pelo SAD/PSP (DSAD, 2017).

Neste tipo de regime, os beneficiários recorrem aos prestadores de cuidados de saúde da sua livre escolha (sem convenção com o SAD/PSP), recebem esses cuidados, mas efetuam o pagamento do serviço na sua totalidade (DSAD, 2017).

*A posteriori*, e para serem ressarcidos desse valor, os beneficiários enviam os recibos ou faturas para o SAD/PSP, o qual fará a comparticipação, regra geral, em 80% do valor despendido, com os limites previstos na tabela do regime livre da ADSE (DSAD, 2017).

No que respeita ao SAD/GNR, a sua atividade garante à Guarda “o controlo dos descontos obrigatórios e o direito ao subsistema de saúde, o pagamento da faturação, os reembolsos e a gestão dos benefícios relacionados com a saúde” (Miguel, Poiares, Gonçalves, & Fernandes, 2019, p. 207). Os regimes de comparticipação (também designados por regimes de benefícios) aqui previstos designam-se de três formas: o regime convencionado, o regime livre e os medicamentos (Miguel, Poiares, Gonçalves, & Fernandes, 2019).

O regime convencionado contava a 31 de dezembro de 2019 com 1112 acordos celebrados por todo o país (com aval do CGSPS) caracterizados, contudo, pela deficitária distribuição geográfica entre o interior do país e o litoral (Miguel, Poiares, Gonçalves, & Fernandes, 2019).

A comparticipação de despesas com a saúde, acontece com “cuidados de saúde e atos médicos, prestados em território nacional e no estrangeiro; medicamentos adquiridos em farmácias dos Serviços Sociais da GNR; meios de correção e/ou compensação”, em situações de “internamento, incluindo em lares” e, ainda, quando haja lugar a “apoio domiciliário, tratamentos termais, na aposentadoria e na necessidade de utilizar transportes” para receber os cuidados de saúde (Miguel, Poiares, Gonçalves, & Fernandes, 2019, p. 206).

### 4.3 Beneficiários

Como já mencionado, o SAD/PSP surgiu numa época em que não existia um SNS, apto a dar resposta à necessidade de cuidados de saúde aos polícias (apenas nos casos de tuberculose e acidentes de serviço), o que tornava estes serviços caros, dados os baixos salários (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014). Assim, este subsistema teve como alvos prioritários os polícias, tidos como Beneficiários Titulares (*Cf.* art.º 3 do Decreto-Lei n.º 158/2005, 20 de setembro), os quais atualmente sustentam o SAD/PSP com o desconto obrigatório de 3,5% (conforme já supramencionado), mas, sem descurar as suas famílias (Beneficiários Familiares, via formulário do *Cf.* Anexo 8), que também podem ter acesso ao subsistema e sem descontos (*Cf.* art.º 5 do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro).

Ainda os agentes provisórios, em formação na Escola Prática de Polícia e os cadetes-alunos, juntamente com os aspirantes ao Oficial de Polícia, em formação no Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, são Beneficiários Titulares do subsistema<sup>70</sup>.

A juntar a estes, existem ainda os beneficiários extraordinários e os associados (via formulário do *Cf.* Anexo 9). Os beneficiários extraordinários são os funcionários e agentes, beneficiários titulares da ADSE, que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiários titulares dos SAD e que optem por este último (*Cf.* art.º 5-A do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro). Para se constituírem como beneficiários extraordinários, os interessados teriam que respeitar duas condições: o prazo de 3 meses a contar da data de celebração do casamento entre o interessado e o funcionário ou agente, ou da aquisição da qualidade de funcionário ou agente, por uma das partes (*Cf.* art.º 2, n.º 3 da Portaria n.º 1620/2007 de 26 de dezembro); 3 meses para os agentes ou funcionários que já o fossem, à

---

<sup>70</sup> De referir que os funcionários civis dos quadros da PSP são abrangidos pelo regime da ADSE, nos termos do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.



data da entrada em vigor desta legislação (Cf. art.º 2, n.º 4 da Portaria n.º 1620/2007 de 26 de dezembro).

Por sua vez, os beneficiários associados são, essencialmente, os que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiários titulares dos SAD, que não possuam vínculo de emprego público (Cf. art.º 5 do Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio).

À semelhança dos beneficiários extraordinários, também os associados devem contemplar certos requisitos, tais como: o prazo de 3 meses para a sua inscrição, a contar da data de verificação dos factos supra descritos (Cf. art.º 3 n.º 3 da Portaria n.º 691/2015 de 16 de setembro); a renovação anual da sua inscrição (Cf. art.º 4 da Portaria n.º 691/2015 de 16 de setembro); a condição de beneficiário associado é perdida quando se encontrem na situação de divórcio, separação judicial de pessoas e bens, dissolução da união de facto, e restantes situações previstas no art.º 5 da Portaria n.º 691/2015 de 16 de setembro; etc.

Posto isto, verifica-se que o número de beneficiários do SAD/PSP é muito superior ao número de elementos pertencentes aos quadros da PSP, dado que em janeiro de 2020 existiam 75 161 beneficiários, dos quais 36 256 eram beneficiários titulares<sup>71</sup>, 31 848 beneficiários familiares<sup>72</sup>, 513 beneficiários extraordinários e 6 544 beneficiários associados (Vide, Anexo 3).

Estas categorias de beneficiários são idênticas para o SAD/GNR (Cf. Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro). A 31 de dezembro de 2019 o SAD/GNR apresentava 88 489 beneficiários na sua totalidade, dos quais 43 999 são Beneficiários Titulares<sup>73</sup>, 36 188 são Beneficiários Familiares<sup>74</sup>, 861 são Beneficiários Extraordinários e 7 441 são Beneficiários Associados, todos eles inseridos sistema de informação “AS-400” (Vide, Anexo 5).

#### **4.4. Stakeholders**

Esta orgânica, recursos humanos, regimes e valências, procuram, pois, servir os interessados nos processos e resultados dos serviços do SAD/PSP (Vide, Anexo 6).

Estes *stakeholders* podem ser internos ou externos à instituição policial, sendo exemplo dos primeiros: a DNPS, DSAD, Colaboradores, Beneficiários Titulares, Médicos

---

<sup>71</sup> Polícias no ativo, pré-aposentação, aposentação e formandos para ingresso na PSP.

<sup>72</sup> 12 522 cônjuges ou pessoas que vivam com o beneficiário titular em união de facto; 19 229 descendentes ou equiparados; 53 ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular; 44 descendentes ou equiparados tutelados (judicial ou administrativa).

<sup>73</sup> Guardas no ativo, reserva, aposentação e formandos para ingresso na GNR.

<sup>74</sup> 13 759 são cônjuges ou pessoas que vivam com o beneficiário titular em união de facto; 22 408 são descendentes ou equiparados; 22 são ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular; descendentes ou equiparados tutelados (judicial ou administrativa).

dos Postos Clínicos, Estabelecimentos de Ensino policial, Unidades de Polícia e restantes serviços (DSAD, 2017).

São exemplos de *stakeholders* externos: o Ministério da Administração Interna, SNS, SRS, Colégio de Governação dos Subsistemas Públicos de Saúde, Farmácias, LUSODATA, MFAP, Beneficiários Familiares, Extraordinários e Associados, farmácias, Prestadores Convencionados e Prestadores em Regime Livre (DSAD, 2017).

Ao nível dos *stakeholders* internos, destaca-se: a DN/PSP que, conjuntamente com o DSAD, procura coordenar as atividades promovidas pelo SAD/PSP, com base em critérios de economia, eficácia e eficiência e, os Beneficiários Titulares, como os principais “alvos” de todas as atividades desenvolvidas pelo SAD/PSP e a sua principal fonte de rendimento (DSAD, 2017).

No que respeita aos *Stakeholders* externos, entre eles tem-se: o MAI, por ser um dos órgãos decisórios que, em função do programa do Governo, delibera e avalia os resultados do SAD/PSP; o SNS e SRS, visto que para estes o SAD/PSP representa, por um lado, dinheiro que não é gasto no tratamento de certos doentes (e.g.: os polícias) e, por outro, redução do número de utentes que os procuram; o CGSPS, como mais um órgão que avalia a *performance* do SAD/PSP; os Prestadores Convencionados, porque o SAD/PSP representa para si um possível aumento do número de utentes dos seus serviços; e os Beneficiários Familiares, Extraordinários e Associados, enquanto destinatários de toda a ação do SAD/PSP, sendo a sua maior/menor satisfação com este, consequência de um maior/menor sucesso na atividade policial (DSAD, 2017).

Pese todos os esforços desenvolvidos, não foi possível aceder aos *stakeholders* do SAD/GNR.

#### **4.5. Orçamentos: breves referências às receitas e despesas dos SAD**

Como já descrito, os orçamentos dos subsistemas públicos de saúde sofreram mudanças com a sujeição do país ao PAEF (neste caso SAD/PSP e SAD/GNR), facto que os acometeu à sua autossustentabilidade, levando-os a perder poder económico.

No que ao SAD/PSP diz respeito, a partir do ano de 2012 as dotações do OE foram diminuindo até ao ano de 2015, marco a partir do qual se tornaram nulas, passando o subsistema a depender somente dos descontos dos seus beneficiários (*Vide Anexo 4*).

Nesta situação, quando se compara o ano de 2012 com o de 2016, verifica-se como no primeiro ano a dotação orçamental total disponível era de 44 327 999 €, sendo que

34 806 867 € eram receita proveniente do OE e apenas os restantes 9 521 132 €, respeitantes aos descontos dos beneficiários (*Vide*, Anexo 4). Já em 2016, ano em que o subsistema se tornou totalmente autossustentável, verifica-se que a dotação disponível foi de 26 963 219 €, toda ela adveniente dos descontos dos beneficiários tendo, assim, apresentado menos 17 364 780 €, disponíveis para o pagamento de serviços aos polícias (*Vide*, Anexo 4).

Em 2014, o Estado ainda financiou a despesa do subsistema (31 171 897 €, em que 9 500 317 € eram receita do OE). Porém, a partir 2015, tal deixou de se verificar (total de 24 501 023 €, somente dos descontos dos beneficiários), o que obrigou a uma diminuição considerável dos gastos (*Vide*, Anexo 7). Se se comparar ainda o ano de 2013 com o de 2016, verifica-se que no primeiro ano o Estado participou 13 548 377 € da despesa do subsistema, cerca de metade dos gastos que o SAD/PSP teve em 2016, já sem qualquer financiamento do OE (um total de 26 962 889 €, *Vide*, Anexo 7).

Estes valores foram validados através das regras implementadas no sistema de informação “AS-400” e pelos colaboradores que conferiram os documentos de despesa.

Este caminho leva autores como Oliveira, Amaral, & Afonso (2014, p. 6) a afirmar que a condição de autossustentabilidade imposta ao subsistema, que lhe limita a sua capacidade financeira, preconiza que o SAD/PSP “se devia constituir como uma espécie de “seguro de saúde” dos polícias, complementar ao SNS“, não se devendo, nunca, colocar sobre este subsistema, o onus da assistência na doença aos seus beneficiários, como por vezes parece acontecer.

Já o SAD/GNR, nos anos de 2012 e 2016 apresentou 50 966 704 € (Alves & Amorim, 2012, p. 205) e 33 700 000 €, respetivamente (Couto, Silverio, & Amorim, 2016, p. 224), disponível para assegurar os encargos com o apoio na doença aos militares e civis da Guarda e pagamento de reembolsos do Regime Livre (não foi possível apurar as dotações consignadas pelo OE em 2012).

Em 2014 o SAD/GNR apresentou 37 560 557 €, dos quais, 21 647 887 € eram provenientes dos descontos dos beneficiários e os restantes 15 912 670 €, procedentes do OE (Couto, Silverio, & Amorim, 2014, p. 211), mas em 2015 (total de 30 000 000 €) à semelhança do SAD/PSP, o seu orçamento limitou-se aos descontos dos beneficiários.

Se compararmos os anos de 2013 e 2016, no primeiro o SAD/GNR tinha um orçamento de 46 355 437 €, dos quais, 34 500 000 € eram provenientes do OE e o restante montante, dos seus beneficiários (Pereira, Roma, & Ferreira, 2013), enquanto em 2016 foram apenas 33 700 000 €, valor que em 2013 dizia respeito apenas à dotação conferida pelo OE (Couto, Silverio, & Amorim, 2016).

## Capítulo 5 – Satisfação

### 5.1. Conceito de Satisfação

Os conceitos de satisfação e de motivação são vulgarmente confundidos, tornando-se fundamental fazer a distinção entre ambos (Santos, 2012).

A motivação é considerada por alguns autores como o resultado da interação de fatores conscientes (necessidade, expectativas do indivíduo, incentivos exteriores, etc.) e inconscientes (desejos, paixões, medo, etc.), que induzem no trabalhador a excitação, direção e persistências necessárias a despendere um esforço que, em situação diferente, não aconteceria (Ganta, 2014).

Já a satisfação (parte do objetivo geral desta dissertação) é diferente, na medida em que se prende com as sensações positivas ou negativas, que o trabalhador experimenta e se relacionam com a sua situação no trabalho (Jex & Britt, 2008).

Para Wiley (1997), inicialmente, as teorias da gestão de Recursos Humanos apontavam a retribuição monetária como o principal estimulante à motivação e ao desempenho na atividade laboral, por parte do trabalhador.

Todavia, no início do séc. XX e com a proliferação das teorias da personalidade, as organizações tenderam a preocupar-se mais com a criação de condições que fomentassem também a satisfação dos trabalhadores, o que permitiu aumentar o esforço e o empenho aplicados na tarefa (Wiley, 1997).

Assim, com a queda das ideias Tayloristas, o fator humano ganhou relevância e tornou-se em meados da década de 80, o conceito mais estudado ao nível das organizações (Staw, 1984 cit. in Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

De facto, distinguem-se duas espécies de variáveis que determinam a satisfação dos trabalhadores: as expectativas (valores e objetivos) que o sujeito acredita que se concretizem, estando a laborar naquela entidade, e as respostas/*outputs* que a respetiva entidade lhe dá e que este apreende (Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

Deste modo, ter-se-á um trabalhador satisfeito com a organização, quando haja um bom nível de adequação entre as expectativas individuais e a resposta dada pela organização e, *a contrario sensu*, um trabalhador insatisfeito quando este nível de adequação seja baixo (Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

Todavia, há que ter em conta que a avaliação da satisfação está dependente de diversos fatores, tais como, o padrão de percepção que o grupo onde o sujeito se encontra inserido possui e o tipo de influência que a primeira exerce na percepção do segundo. Isto porque, se

a percepção que o indivíduo tem da conceção do grupo for de satisfação, este estará tendencialmente satisfeito; por outro lado, se essa percepção for de insatisfação, o indivíduo estará tendencialmente insatisfeito (Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

Sublinham-se ainda, autores com uma perspetiva mais holística, como Oliveira (2016), o qual acredita que a satisfação no trabalho se prende com a mezcla entre os sentimentos dos trabalhadores e o: o nível de salário, tipo de trabalho desempenhado, ambiente entre colegas e progressão na carreira.

## 5.2. Importância da Satisfação

Na sua conceção, certos autores consideraram a satisfação como uma emoção, enquanto outros a olharam como uma atitude, fazendo com que, desse modo, a sua definição se tivesse vindo a conceber em torno de uma síntese entre ambos. É, portanto, um estado emocional/atitude positiva face ao contexto de experiências vividas no trabalho (Lima, Vala, & Monteiro, 1988).

Será então pacífico anuir que um dos maiores reptos a todo aquele que exerça gestão de Recursos Humanos é compaginar os desígnios da organização que serve, com o desempenho e qualidade de vida dos seus trabalhadores, mantendo-os desse modo satisfeitos (Santos, 2012).

Para isso, é fundamental que a organização onde o trabalhador labora consiga oferecer-lhe, entre outros, o bem-estar<sup>75</sup> que lhe permita desenvolver e alcançar todo o seu potencial (Santos, 2012), devendo as entidades zelar pela satisfação dos seus empregados, de maneira a melhorar a sua produtividade e, com ela, obter mais sucesso (Essays, 2018).

A dicotomia satisfação/insatisfação é importante, na medida em que poderá servir para aferir o *organizational commitment*<sup>76</sup> do trabalhador e, conseqüentemente, as altas/baixas possibilidades de *turnover*<sup>77</sup>, de absentismo, entre outros conceitos fundamentais para uma entidade empregadora que, apesar de abordados neste capítulo, não serão objeto de estudo neste trabalho (Beck, & Wilson, 2000; Meyer et al., 2002 cit. in Fernandes, 2013).

Isto tudo porque, segundo estudos desenvolvidos por Carochinho (2006), os elementos que integravam os quadros da Polícia de Segurança Pública à data, apresentaram um baixo

---

<sup>75</sup> Nomeadamente, a saúde e assistência na doença, como é missão do SAD/PSP.

<sup>76</sup> Compromisso organizacional, ou seja, reflete uma resposta afetiva geral, em relação à organização como um todo (Cohen, 1993).

<sup>77</sup> De forma simplificada, é o termo utilizado para designar a tendência psicológica dos funcionários em transferirem-se das organizações onde laboram, para outras (Ke, Zhou, & Zhu, 2019).

comprometimento com a instituição, facto que foi relacionado com a insatisfação no trabalho e a vontade em abandonar a instituição.

De facto, a falta de satisfação poderá estar associada à ausência de *organizational commitment*, o que, para autores como Cohen (1993), porventura conduzirá à falta de *performance*<sup>78</sup>, *turnover* e absentismo do trabalhador, ao invés daqueles que, ao se encontrarem mais satisfeitos, se sentem mais envolvidos e proativos, sendo mais produtivos e empenhados no encaço dos objetivos institucionais (Rožman, Treven, & Čančer, 2017).

Também Bilhim (2004) acredita que se uma instituição não descurar as expetativas geradas nos seus colaboradores, estes ficarão mais satisfeitos e menos permissivos a abandonar a organização (facto para o qual concorre o SAD/PSP), ao invés do contrário, o que poderá contribuir para a insatisfação dos trabalhadores e impeli-los a sair.

Do ponto de vista pessoal, Mendonça (2017) acrescenta ainda que a satisfação no trabalho é permeável a influir sobre o comportamento do trabalhador (no trabalho, na sua vida pessoal, social, etc.) e na sua saúde (quer mental, quer física).

De facto, o conceito de satisfação é multidimensional, uma vez que cada utente tem a sua própria opinião, singular, apoiada num quadro de valores, expetativas e referências, que divergem em função da sociedade, costumes, tradições e culturas que o rodeiam. Por estes motivos, levantam-se diferentes expetativas em torno da assistência na doença, o que dificulta a operacionalização da satisfação nesta área (Oliveira, 2012).

Ainda assim, quando se fala em cuidados médicos e assistência na doença, a satisfação do utente atua como um indicador de qualidade, “na medida em que reflete a visão dos utilizadores” (Oliveira, 2012, p. 36), sobre um serviço do qual tenha usufruído.

### **5.3. Avaliação da Satisfação**

Conforme demonstraram Camara, Guerra & Rodrigues (1997, cit. in Santos, 2012), existem várias teorias que analisam a dimensão da satisfação. Porém, a escolhida para o âmbito deste estudo foi a Teoria Bifactorial de Herzberg, a qual, sucintamente, refere que existem dois tipos de fatores que influem sobre a satisfação dos trabalhadores: fatores motivadores e fatores higiénicos.

Os primeiros estão relacionados com fatores individuais (e.g.: progressão na carreira, reconhecimento, etc.), já os segundos remetem para o salário, políticas e procedimentos das

---

<sup>78</sup> Este item diz respeito ao desempenho no trabalho, ou seja, ao conjunto de direitos e deveres inerentes aos comportamentos e interações que os funcionários devem adotar e que são imprescindíveis à prossecução dos objetivos organizacionais (Jex & Britt, 2008).

organizações, estilo de supervisão, condições de trabalho, benefícios sociais, entre outros (Camara, Guerra & Rodrigues, 1997, cit. in Santos, 2012).

Os fatores higiénicos, os mais importantes para o intuito desta dissertação, conotam-se commumente com a (in)satisfação do trabalhador, motivo pelo qual se torna fundamental para as organizações, aferir a satisfação/insatisfação dos seus colaboradores, possibilitando uma tomada de decisão superior, que comprometa o trabalhador com os designios da instituição (Camara, Guerra & Rodrigues, 1997, cit. in Santos, 2012).

Isto porque, como refere Santos (2012, p. 16), a “satisfação no trabalho está relacionada positivamente com o comprometimento organizacional” e é fundamental para o aumento do nível de eficiência e produtividade dos trabalhadores (Rožman, Treven, & Čančer, 2017).

Neste sentido, por ser o SAD/PSP considerado um benefício social e, portanto, um fator higiénico crucial para a satisfação dos Polícias com a instituição (tem a seu cargo um importante papel de complementariedade no que à preservação e exercício do seu direito à saúde<sup>79</sup> diz respeito), este serviço constitui-se como mais uma razão que aumenta/diminui o compromisso dos elementos policiais com a organização e influencia, por exemplo, a sua *performance*, absentismo, entre outros.

Para além disso, o SAD/PSP constitui-se como um serviço sustentado através dos descontos dos seus beneficiários que, como tal, vive para os servir (DSAD, 2017).

À semelhança do que refere Lopes (2020, p. 30) para os SSPSP<sup>80</sup>, o SAD/PSP deve também ser entendido como “dos beneficiários para os beneficiários”, contribuindo “para uma melhoria da satisfação dos trabalhadores da PSP”, para consigo própria.

Assim, é obrigação da PSP, saber quais são as expetativas dos polícias que a servem, de maneira a poder melhorar a sua satisfação individual e, conseqüentemente, a satisfação com toda a organização (Bilhim, 2009).

Num estudo realizado na PSP para estimar a motivação dos seus elementos, a investigadora Mineiro (2013) falava nos “benefícios extra”<sup>81</sup> dados pela PSP aos seus colaboradores e questionava-os numa das suas perguntas se tais benefícios eram importantes

---

<sup>79</sup> *Ex vi* Art.º 64 da CRP.

<sup>80</sup> “Os SSPSP devem ser entendidos como dos beneficiários para os beneficiários, não obstante a que possam contribuir, em parte, para a uma melhoria da satisfação dos trabalhadores da PSP” (Lopes, 2020, p.30).

<sup>81</sup> “...protocolos com ginásios, colónias de férias, seguradoras, inclusive conta com um gabinete de apoio ao endividamento” (Mineiro, 2013, p. 78). Para efeitos deste trabalho, considerou-se o SAD/PSP como um “benefício extra”, por este também apresentar “protocolos” com entidades externas, no intuito de melhorar o bem-estar dos polícias (no que respeita ao seu direito à saúde), conforme as reportadas na definição supra.

para si. Cerca de 90% daqueles que responderam ao questionário, consideraram-nos importantes.

Posto isto, acredita-se que a presente dissertação é importante para a instituição, porque já que o SAD/PSP é um serviço para o qual, obrigatoriamente, todos os polícias têm que descontar uma percentagem do seu vencimento, o seu reforço/melhoramento/alteração por via das sugestões aqui encontradas, poderá contribuir para o aumento da satisfação na atividade policial, já por si penosa, e influenciar a *performance*, redução do absentismo, entre outros fatores que afetam o desempenho na instituição policial.

#### **5.4. Estudos anteriores sobre Satisfação na Assistência na Doença nas Forças Policiais**

Conforme referido em pontos anteriores, Mineiro (2013) verificou que os polícias atribuíam valor aos benefícios sociais dados pelos SSPSP, muito embora o seu estudo não estivesse focado na análise da satisfação dos beneficiários.

No presente trabalho, e como já referido, considera-se o SAD/PSP como um benefício social, visto que constitui um “amparo”, pela “elevada mobilidade, penosidade e natureza da função policial, com importantes reflexos, em geral, na saúde e morbidade dos polícias” (Oliveira, Amaral, & Afonso, 2014, p. 58), ao qual os beneficiários atribuem grande importância.

Todavia (e daí a pertinência deste estudo), não foram encontrados estudos de satisfação sobre o SAD/PSP, sendo o presente trabalho totalmente pioneiro nesta área.

Autores como Oliveira (2012) referem que é fundamental mensurar a satisfação dos utentes de um serviço de saúde pois, de outro modo, não será possível identificar problemas e corrigi-los, reconhecer expectativas em relação aos serviços e reorganizá-los, de modo a poder alinhá-los com tais ambições. Em suma, para este autor é importante dar “voz” aos utentes, documentar as suas experiências e, desse modo, poder definir as melhores ferramentas que mitiguem as vulnerabilidades dos serviços de saúde.

Ferreira (1991 cit. in Oliveira, 2012) afirma que os doentes têm aumentado as suas expectativas de cura em relação às doenças devido a: troca de doenças agudas e ameaçadoras de morte, por doenças crónicas; aumento da esperança média de vida; a importante função dos profissionais de saúde que possibilita aos doentes de doenças crónicas, viverem com melhor qualidade de vida; a maior consciência preconizada pela população, no que toca aos sinais e sintomas das patologias; maior atenção à alimentação.



Posto isto, este estudo será inovador na produção de conhecimento na assistência na doença, na medida em que poderá vir a promover intervenções que potenciem dividendos, não só para o SAD/PSP, como para os restantes subsistemas públicos de saúde portugueses (das pesquisas realizadas, apenas existem estudos que abordam a satisfação no SNS).

## Capítulo 6 – Investigação

### 6.1. Problema de Investigação

Segundo Quivy & Campenhoudt (pp. 117-118, 2017), o problema da investigação “é o ponto de vista do qual os fenómenos serão estudados, o modo como iremos interpelá-los ... constituindo uma etapa charneira entre a rutura e a construção que muitas vezes levará à reformulação da pergunta de partida que, reelaborada ao longo do trabalho, se transformará progressivamente na pergunta de partida efetiva.”.

Através das pesquisas feitas pode-se abordar o tema em estudo “ do ponto de vista que, à luz dos seus próprios objetivos(...)” nos “parece o mais interessante e o mais pertinente”. É a este ângulo que se chama problemática” (Quivy & Campenhoudt, pp. 117-118, 2017).

Feita esta definição acerca do problema de investigação, que no caso em voga passa por aferir a opinião que os beneficiários dos Serviços de Assistência na Doença da PSP têm sobre os seus serviços, torna-se fundamental “começar bem o trabalho”, o que assenta em “enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, por meio da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy & Campenhoudt, pp 41-42, 2017).

Assim, a pergunta de partida que extraímos do problema de investigação é:

**Qual o nível de satisfação dos beneficiários do SAD/PSP, em relação aos serviços por este prestados?**

### 6.2. Objetivos do Estudo

Este trabalho procurará, à semelhança da linha de pensamento de Lopes (2020) na dissertação de Mestrado intitulada “Análise da satisfação dos Beneficiários dos Serviços Sociais da Polícia de Segurança Social”, inferir a satisfação dos Beneficiários do SAD/PSP com os seus serviços.

Todavia, deve-se anuir a dissemelhança existente entre ambos os trabalhos, visto que quem pode estar satisfeito com os Serviços Sociais, poderá não o estar com o SAD/PSP, não existindo por isso, um necessário nexos de causalidade direto entre ambos os trabalhos.

Conforme preconizado por Oliveira, Amaral & Afonso (2014), já há algum tempo que existe a necessidade de obter dados empíricos sobre a perceção dos beneficiários sobre o subsistema, com vista a perceber se, efetivamente, o SAD/PSP tem sabido dar uma resposta de qualidade aos seus beneficiários, perante as adversidades dos últimos anos.

Nesse sentido, a presente dissertação de Mestrado tem como objetivo primordial reforçar/melhorar/alterar medidas que possibilitem incrementar a satisfação dos beneficiários do SAD/PSP, com os seus serviços.

Para isso, esta dissertação irá procurar verificar, nas forças congéneres, que tipo de “ofertas” são prestadas pelos seus serviços de assistência na doença aos beneficiários, para assim as poder incluir num questionário que será aplicado, como sugestões de novos serviços.

Na sua essência, este trabalho procurará tentar medir a satisfação dos beneficiários e a capacidade de comunicação do SAD/PSP, junto dos respetivos beneficiários.

### **6.3. Hipóteses**

As hipóteses devem-se constituir como o fio condutor que orienta um trabalho de pesquisa, devendo, contudo, ser sujeitas a verificação de maneira a refletir a veracidade ou falsidade das suas premissas (Marconi & Lakatos, 2005).

Assim, Marconi e Lakatos (2005) afirmam que as hipóteses se enformam como respostas hipotéticas, mas plausíveis, passíveis de assumir um caráter temporário e cuja verificação, comprovação ou rejeição é impreterível.

Neste sentido definiram-se como hipóteses as seguintes:

**H1:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP está satisfeita com os serviços prestados pela rede convencionada deste subsistema;

**H2:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que existe igualdade geográfica no número de acordos com prestadores de serviços, por todo o território nacional.

**H3:** A maioria dos beneficiários acredita que é justo o facto de todos os beneficiários contribuírem na mesma percentagem, independentemente do seu salário, para o SAD/PSP.

**H4:** Mesmo que não fosse obrigatório, a maioria dos beneficiários titulares do SAD/PSP continuaria a ser contribuinte deste subsistema.

**H5:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que o prazo de reembolso das faturas que submetem ao subsistema, pelo regime de convenção livre, é um dos principais fatores que influenciam a sua satisfação com o subsistema.

## Capítulo 7 – Método

O presente trabalho procurou aplicar uma metodologia dedutiva, isto é, primeiro estruturar um corpo teórico de conhecimento sobre o tema em causa, fazendo uma revisão bibliográfica sobre os escritos existentes, para, de seguida, se praticarem as necessárias observações no campo, recolhendo dados, de forma a testar as hipóteses concebidas (Quivy & Campenhoudt, 2017).

Nos capítulos 2 a 5, dentro dos quais foi feita uma revisão bibliográfica do tema em abordagem, utilizando-se o método de pesquisa documental, através de legislação e relatórios internos e o método de pesquisa bibliográfica. Isto tudo, com o intuito de compilar as informações mais relevantes acerca do “campo de interesse” (Marconi & Lakatos, 2018, p. 53).

Já nos capítulos 8 e 9 deste estudo utilizaram-se técnicas quantitativas<sup>82</sup> de análise dos resultados. Resultados estes que foram obtidos graças a um questionário<sup>83</sup>, produzido e aplicado aos beneficiários, de forma a atingir os objetivos e a experimentar as hipóteses.

De salientar, que os dados obtidos só serão rentáveis ulteriormente a “um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas (...) e analisar as correlações entre variáveis” (Quivy & Campenhoudt, 2017, p. 259).

As diferentes questões dispostas no questionário foram dimandadas por categorias, as quais verificaram diferenças. Assim, torna-se indispensável a aplicação de testes estatísticos para averiguar se estas diferenças são estatisticamente significativas, ou seja, se as mesmas não foram tão-somente fortuitas.

Neste sentido, foi utilizado o teste não paramétrico do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) porque estamos perante uma amostra grande, na qual se procura aferir se a distribuição observada acontece ou não (Murteira, et al., 2015; Webster, 2006).

Segundo Murteira (et al., 2015 cit. in Lopes, p. 38, 2020), “o teste do  $\chi^2$  compara a frequência observada com a frequência esperada de forma a confrontar hipóteses, permitindo rejeitar ou não, a chamada hipótese nula, ou  $H_0$ ”.

Murteira (et al., 2015, p. 487 cit. in Lopes, p. 38, 2020) afirma que deve ser utilizado o *p-value* (ou valor-p) para “medir a evidência que os dados fornecem a favor de  $H_0$ ”, devendo ser comparado com níveis de significância ( $\alpha$ ), normalmente, de 5% (mas também

---

<sup>82</sup> Visto que possibilitam uma “repetibilidade da investigação e da comparação de resultados” (Santo, 2010, p. 37).

<sup>83</sup> O questionário possibilita a “verificação de hipóteses e análise das correlações entre variáveis” (Quivy & Campenhoudt, 2017, p. 255).

1% ou 10%). Rejeita-se a hipótese nula quando  $p\text{-value} < \alpha$  (Murteira, et al., 2015; Webster, 2006).

### 7.1. Definição da Amostra

O universo ou população (N) que este trabalho procura estudar diz respeito aos beneficiários do SAD/PSP, não importando se para tal é titular, familiar, extraordinário ou associado.

A 1 de janeiro de 2020 o SAD/PSP contava com 75 161 beneficiários (Cf. Anexo 3). Como não foi possível obter o número de beneficiários com menos de 18 anos, o cálculo da amostra baseou-se em  $N = 75\ 161$ .

Para determinar a dimensão mínima da amostra, escolheu-se um nível de confiança de 99% (0,99) e um erro amostral de 2,5% ( $D = 0,025$ ), critérios bastante exigentes para aumentar a credibilidade dos resultados. Ainda assim, considera-se que, graças ao rápido e cómodo meio de veiculação dos inquéritos, preconizado pelo *e-mail* institucional, seria possível obter respostas em número suficiente para ir ao encontro dos critérios atrás referidos.

Posto isto, o cálculo da dimensão mínima necessária da amostra para a realização do estudo, alicerçou-se na seguinte fórmula (Coelho, Pereira, & Xufre, 2017, p. 82, cit. in Lopes, 2020, p.39):

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{1}{D^2}}{4 + z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{1}{D^2 N}}$$

, em que  $z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$  é o quadrado do valor da variável Z (com distribuição normal de média nula e desvio-padrão unitário: Normal-Padrão) que acumula à sua esquerda uma probabilidade total de 0,995 (99,5%). Por consulta à tabela da função de distribuição da Normal-Padrão, verifica-se que o valor z com esta acumulação de massa de probabilidade está entre 2,57 e 2,58. Assim, para efeito de cálculo da dimensão mínima da amostra, optou-se por um valor de z igual a 2,58, cujo quadrado é igual a 6,6564. A partir da utilização da supramencionada fórmula alcançou-se a amostra mínima de  $n = 2572$ . O estudo realizado recolheu 2690 inquéritos preenchidos, dos quais se excluíram: 20 inquéritos que não prestaram consentimento, e/ou não declararam por sua honra pertencerem ao SAD/PSP, ou possuem idade menor a 18 anos; 24 inquéritos devido a mal preenchimento

(p. ex. idade/tempo de serviço não correspondia ao tipo de beneficiário) e 28 inquéritos por incorreto preenchimento dos anos de serviço.

## **7.2. Instrumento de Recolha de Dados**

Como já referido anteriormente, o instrumento utilizado para recolher dados no âmbito do presente trabalho foi um questionário aplicado, a uma amostra representativa dos beneficiários do SAD/PSP.

A utilização de um questionário prendeu-se com o facto desse meio permitir, mais facilmente, “atingir um maior número de pessoas simultaneamente, abranger uma área geográfica mais ampla...”, respeitar o “anonimato”, havendo ainda “menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador” (Marconi & Lakatos, p. 94, 2018).

Para além disso, os resultados obtidos através de questionário permitem a realização de “comparações” e “generalizações” (Santo, 2010, p. 35), sobre o tema abordado.

Neste sentido, foi construído um questionário (Apêndice 2) constituído por 46 questões, nas quais, as primeiras duas são apenas relativas à aceitação da participação voluntária no estudo e a confirmação da condição de beneficiário do SAD/PSP. Já as questões 3 a 7 procuram caracterizar o beneficiário (idade, local de residência, tipo de beneficiário e categoria dentro da PSP), enquanto as questões 7 a 14, são apenas preenchidas pelos “beneficiários titulares” e visam conhecer: a sua categoria; ano de ingresso na PSP; a participação ou não em alguma sessão de esclarecimento sobre o SAD/PSP; se já consultou o portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços; se considera que a satisfação com o SAD/PSP aumenta a satisfação com a PSP; se abandonava o SAD/PSP, caso pudesse; e, se sim, pede-se para identificar um Serviço de Saúde (Seguro) de idêntica natureza que tenha melhores condições que o SAD/PSP. Nas situações em que o inquirido tenha selecionado na pergunta 6, a hipótese de “beneficiário familiar”, então responderá às perguntas 15, 16, 17 e 18, que questionam: qual a relação de parentesco com o beneficiário titular; se já assistiu a alguma sessão de esclarecimento sobre o SAD/PSP; se já consultou o portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços; e se, caso tivesse de pagar uma quota, se se manteria como beneficiário. Quem, na pergunta 6 tenha selecionado a hipótese de “beneficiário extraordinário”, responde às questões 19 a 23, as quais indagam: se já assistiu a alguma sessão de esclarecimento sobre o SAD/PSP; se já consultou o portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços; se está a ponderar deixar de ser beneficiário do SAD/PSP; e, se sim, pede-se para identificar um Serviço de Saúde (Seguro) de idêntica natureza que tenha melhores condições que o

SAD/PSP. Quem, na pergunta 6 tenha selecionado a hipótese de “beneficiário associado”, responde às perguntas 24 a 28, as quais são em tudo semelhantes às destinadas aos “beneficiários extraordinários”. Por fim, quem tenha selecionado na pergunta 6 a opção “beneficiário aposentado”, deve responder: ao ano de ingresso na PSP; se já assistiu a uma sessão de esclarecimento sobre os SAD/PSP; e, o que valoriza mais nos serviços oferecidos pelo SAD/PSP.

Por último, da pergunta 29 à 46 procura-se avaliar a satisfação e o nível de conhecimento existente acerca dos serviços oferecidos pelo SAD/PSP. Assim, a pergunta 29 vem interrogar o inquirido se, de entre as opções disponíveis, sabe quais são os serviços da competência da SAD, visto que os restantes estão sob alçada da Divisão de Saúde (questão de conhecimentos) e a questão 30 interroga o inquirido sobre os serviços do SAD a que já recorreu. A questão 31 pergunta ao inquirido o tipo de cuidados de saúde convencionados utilizados e o grau de satisfação com os mesmos; a 32 pede ao inquirido para, nos casos em que está “nada satisfeito”, indicar o motivo; a 33 para indicar a frequência de utilização dos prestadores de cuidados de saúde da rede convencionada do SAD/PSP, em 2020; a 34 questiona o inquirido se, de um modo geral, conhece a rede de acordos no continente e ilhas; a 35 se o inquirido acredita que os acordos com prestadores estão bem distribuídos pelo país; a 36 aplica-se aos casos em que tenham respondido “não” na questão anterior, questionando se se acredita que usufruir dos acordos SAD/GNR, ADSE e ADM ajudaria a mitigar essa situação; a 37 aplica-se aos casos em que o inquirido acredita que a igualdade/desigualdade na distribuição geográfica influi sobre a sua satisfação; a 38 leva o inquirido a refletir sobre se é justo que todos os beneficiários contribuam na mesma percentagem, independentemente do seu vencimento, para o SAD/PSP; a 39 pergunta se esta característica, influência a satisfação com o SAD/PSP; a 40 sobre a utilização do regime de participação livre em 2020; a 41 sobre o tempo que em média levou a receber o valor da participação; a 42 sobre se esse tempo, influi sobre a sua satisfação com o SAD/PSP; a 43 questiona se, abdicando do SAD/PSP, o SNS seria uma boa alternativa; a 44 pede para avaliar a comunicação/imagem do SAD/PSP; a 45 indaga sobre a satisfação global com o SAD/PSP; e, por fim, e a questão 46 leva os inquiridos a refletir sobre os serviços que gostariam de ver disponibilizados/reforçados no SAD/PSP.

As questões com objetivo de avaliar a satisfação (31, 37, 39, 42, 44 e 45) dos serviços, utilizam uma escala de Lickert de forma a analisar “opiniões que tenham relação direta ou indireta com o objeto a ser estudado” (Marconi & Lakatos, 2018, p. 121 cit. in Lopes, p. 40, 2020).

### **7.2.1. Procedimentos.**

O questionário foi concebido e veiculado por via da aplicação web *Google Forms*, tendo sido sujeito a um pré-teste feito a 10 pessoas do universo em estudo e a 1 fora dele, de forma a analisar o tempo de resposta e a clareza/percetibilidade das questões. A este teste, não foram dadas sugestões de alteração e o tempo de realização variou entre 7 e 13 minutos, com o tempo médio a perfazer os 10 minutos.

O emprego do questionário, nos moldes supracitados, careceu de um pedido de autorização à Direção Nacional da PSP (*Cf.* Anexo 11).

Foram enviados 26 000 questionários via e-mail, a todos os beneficiários com endereço associado à sua ficha de beneficiário do SAD/PSP e cujo link previa a possibilidade de ser utilizado várias vezes, para participação dos beneficiários familiares, extraordinários e associados, entre os dias 1 e 15 de março de 2021.

A comparação dos subsistemas de saúde públicos já mencionados foi feita através da revisão bibliográfica referida nos capítulos anteriores, sendo que, no que toca aos gráficos e tabelas elaborados a partir do questionário, os dados que lhes deram origem foram trabalhados e estudados através do software Pearson Education PHStat 4.1 e Microsoft Office Excel 2019.



## Capítulo 8 – Apresentação e Discussão de Resultados

### 8.1. Apresentação de Resultados

#### 8.1.1. Caracterização da amostra.

A amostra possui 12% (n=314) de mulheres e 88% (n=2304) de homens. Do total de elementos que compõem a amostra, 12% (n=302) têm entre 18 – 30, 25% (n=642) entre 31 – 40, 35% (n=928) entre 41 – 50, 27% entre 51 – 60 e 1% (n=32) mais de 61, sendo a média de idades igual a 44 anos. Em relação à distribuição geográfica, a amostra possui a seguinte distribuição: 3% (n=90) da Madeira, 7% (n=194) dos Açores, 5% (n=120) do Algarve, 5% (n=121) do Alentejo, 43% (n=1138) da Estremadura e Ribatejo, 10% (n=143) da Beira Interior, 10% (n=268) da Beira Litoral, 17% (n=450) de Entre Douro e Minho e 4% (n=94) de Trás os Montes e Alto Douro.

Responderam ainda ao inquérito: 93% de beneficiários titulares no ativo (n=2443), 2% de beneficiários titulares na pré-aposentação (n=42), 0,2% de beneficiários titulares na aposentação (n=5), 3% de beneficiários titulares em formação (n=82), 1% de beneficiários familiares, nomeadamente, cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto, sem vínculo de emprego (n=21), 0,3% de beneficiários familiares, nomeadamente, descendente ou equiparado (n=8), 0,1% de beneficiários familiares, nomeadamente, ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular (n=2), 0,04% de beneficiários familiares, nomeadamente, descendente ou equiparado tutelado (n=1), 0,11% de beneficiários extraordinários (n=3) e 0,4% de beneficiários associados (n=11).

Pode-se dissociar também, de entre os que responderam ao inquérito, que: ao nível da formação para ingresso na PSP, responderam 0,7% de Agentes Provisórios (n=18), 2,4% de Cadetes-alunos (n=61) e 0,9% de Aspirantes a Oficial de Polícia (n=22). Dos elementos que já fazem parte dos quadros da instituição, tem-se entre os elementos que responderam: 19,4% de Agentes (n=499), 50% de Agentes Principais (n=1287) e 1,6% de Agentes Coordenadores (n=41); 12,2% de Chefes (n=315), 1,9% de Chefes Principais (n=49) e 1,1% de Chefes Coordenadores (n=29); 1,9% de Subcomissários (n=49), 4,6% de Comissários (n=119), 1,1% de Subintendentes (n=28), 1,3% de Intendentes (n=33), 0,7% de Superintendentes (n=19) e 0,12% são Superintendentes Chefes (n=3).

Todavia, para o âmbito dos resultados e conclusões deste trabalho interessam essencialmente as categorias dos beneficiários titulares, familiares, extraordinários e associados.

Neste sentido, apenas foi possível apurar um número de questionários representativos no que diz respeito aos beneficiários titulares.

Acerca destes últimos, e com recurso à fórmula já citada para definir a amostra mínima necessária para o estudo, calculou-se um  $n=2473$  para um universo de 36256 beneficiários titulares, com um grau de confiança de 99% e uma precisão de 2,5%. Como foram obtidos 2572 inquéritos devidamente preenchidos, as conclusões retiradas aplicar-se-ão somente ao universo total dos beneficiários e aos beneficiários titulares.

### 8.1.2. Resultados.

No prosseguimento desta análise, far-se-ão alguns cruzamentos entre algumas das variáveis que se tentaram estudar através do questionário, verificando se existe associação entre as mesmas e, nos casos em que assim seja, medir a intensidade de tal associação através do coeficiente de Cramér (V), por via da seguinte fórmula:

$$v = \sqrt{\frac{\frac{X^2}{n}}{q-1}}$$

em que, segundo Reis et al. (2019),  $X^2$  é o valor da estatística de teste

calculada para uma variável através da fórmula  $X^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ , em que  $O_i$  representa a frequência observada e  $E_i$  a frequência esperada ; “n” é a dimensão da amostra utilizada para esse cálculo; e “q” é o valor mínimo entre as linhas e colunas de uma tabela de contingência.

Segundo IBM (2021), o V de Cramér mede, numa escala entre 0 e 1 (Cf. Anexo 12), a dimensão da correlação que já foi calculada pelo teste de Qui-quadrado, fazendo, assim, a verificação da intensidade com que duas variáveis se associam.

Feita esta explicação, serão feitas de seguida algumas correlações entre as variáveis abordadas, que se acharam mais importantes (sem prejuízo das estabelecidas para as hipóteses estudadas), com recurso, essencialmente, a tabelas de contingência.

Tabela 1

#### *Recurso à participação livre vs. tempo levado a ser ressarcido*

A influência do tempo levado a receber a participação, como fator de satisfação					
N.º de vezes que recorreu ao serviço de participação livre	1_2	3	4_5	Nunca recorri	Total
0 – 2 vezes	242 (9%)	408 (16%)	<b>1058 (40%)</b>	37 (1%)	1745 (67%)
3 – 5 vezes	64 (2%)	118 (5%)	<b>427 (16%)</b>	1 (0,04%)	610 (23%)
6 – 9 vezes	19 (1%)	26 (1%)	<b>113 (4%)</b>	0	158 (6%)
≥ 10 vezes	14 (0,5%)	15 (0,6%)	<b>76 (3%)</b>	0	105 (4%)
Total Geral	339 (13%)	567 (22%)	<b>1674 (64%)</b>	38 (1%)	2618 (100%)

Na tabela 1 (tabela de contingência) verificou-se como, independentemente do número de vezes que um beneficiário recorre ao serviço de participação livre, é para ele um fator de “satisfação” ou “total satisfação” (“4\_5”) com o SAD/PSP, o tempo que este leva a ressarcir a quantia monetária devida, por um qualquer ato médico que não esteja convencionado.

Tabela 2  
*Considerações*

Categorias de recurso à participação livre	H0	Qui-quadrado	<i>p-value</i>
0 – 2 vezes		14,697	
3 – 5 vezes	Não existe diferença significativa entre as proporções das categorias “1_2”, “3” e “4_5” do nível de satisfação.	19,567	0
6 – 9 vezes		17,881	
≥ 10 vezes		8,354	

Como se visualiza na Tabela 2, o valor de *p-value* nesta situação admitiu a rejeição de H0 ao nível de significância de 1%, dando-se evidência estatística para concluir que o tempo levado pelo subsistema, a compensar o beneficiário pelo respetivo valor, é um fator de satisfação para com o SAD/PSP, independente do número de vezes que este use este regime.

Feito o cálculo do coeficiente de Cramér, teve-se que:

Tabela 3  
*1.º Coeficiente de Cramér*

Utilizações vs. Satisfação	
X <sup>2</sup>	60,499
n (amostra)	2618
r (linha)	4
c (coluna)	3
q = min (r, c)	3
V de Cramér	0,107491

Como é possível verificar na Tabela 3, apesar de existir relação entre as variáveis, as mesmas apresentam uma fraca intensidade de associação, situação que segundo Reis et al. (2019) acontece em grandes amostras, como a deste estudo (n = 2618).

Seguidamente, analisar-se-á a associação entre as variáveis “beneficiário titular no ativo” e a “vontade em abandonar o SAD/PSP”.

Tabela 4

*Categoria de beneficiário titular no ativo vs. Vontade de abandonar o SAD/PSP.*

beneficiário titular no ativo	Abandonava o SAD/PSP?		
	Não	Sim	Total
Agente	<b>286 (11%)</b>	213 (8%)	499 (19%)
Agente Coordenador	<b>27 (1%)</b>	14 (1%)	41 (2%)
Agente Principal	<b>777 (30%)</b>	510 (20%)	1287 (50%)
Agente Provisório	<b>18 (1%)</b>	0	18 (1%)
Aspirante a Oficial de Polícia	<b>21 (1%)</b>	1 (0,04%)	22 (1%)
Cadete-aluno	<b>59 (2%)</b>	2 (0,1%)	61 (2%)
Chefe	<b>168 (7%)</b>	147 (5,7%)	315 (12%)
Chefe Coordenador	<b>19 (1%)</b>	10 (0,4%)	29 (1%)
Chefe Principal	<b>32 (1%)</b>	17 (0,7%)	49 (2%)
Comissário	<b>71 (3%)</b>	48 (1,9%)	119 (5%)
Intendente	<b>20 (1%)</b>	13 (0,5%)	33 (1%)
Subcomissário	<b>40 (2%)</b>	9 (0,3%)	49 (2%)
Subintendente	<b>18 (1%)</b>	10 (0,4%)	28 (1%)
Superintendente	<b>14 (1%)</b>	5 (0,2%)	19 (1%)
Superintendente Chefe	<b>3 (0,1%)</b>	0	3 (0,1%)
Total Geral	<b>1573 (61%)</b>	999 (39%)	2572(100%)

Neste caso, verificou-se na Tabela 4 (tabela de contingência) que, independentemente da categoria do beneficiário titular no ativo, é unânime a vontade em não querer abandonar o SAD/PSP (apesar disso não ser possível).

Tabela 5

*Considerações.*

Categorias	H0	Qui-quadrado	p-value
Agentes		12,1466	
Chefes	Não existe diferença significativa entre as respostas “Não” e “Sim” dos beneficiários titulares no ativo.	0,6987	0
Oficiais			
Alunos em formação		91,2914	51,4896

Como se pode conferir na Tabela 5, ao nível de significância de 1%, existiu evidência estatística para refutar H0 e concluir que existe diferença entre as frequências observadas e esperadas, o que nos revela que os beneficiários titulares no ativo, por categorias, não desejam abandonar o subsistema.

Esta vontade em permanecer no subsistema, intensifica-se dentro da classe de Oficiais, nomeadamente, quando se relaciona “Oficiais subalternos” (Subcomissário e Comissário) e “Oficiais superiores” com o “desejo em abandonar o SAD/PSP”.

Tabela 6  
2.º Coeficiente de Cramér.

Oficiais	
X <sup>2</sup>	91,2914
n (amostra)	251
r (linha)	2
c (coluna)	2
q = min (r, c)	2
V de Cramér	0,603

Como se visualiza na Tabela 6, o valor de coeficiente de Cramér é  $V = 0,603$ , o que nos indica uma relação de forte intensidade (Cf. Anexo 12).

Também se achou pertinente analisar a correlação existente entre o número de vezes que a rede convencionada foi utilizada em 2020 e o nível global de satisfação.

Tabela 7  
Utilização da rede convencionada em 2020 vs. Nível de satisfação.

Utilização da rede convencionada em 2020	Nível de satisfação			Total
	1_2	3	4_5	
0 – 2 vezes	326 (12,45%)	<b>422 (16,12%)</b>	279 (10,66%)	1027 (39,23)
3 – 5 vezes	187 (7,14%)	346 (13,22%)	<b>352 (13,45%)</b>	885 (33,80%)
6 – 9 vezes	51 (1,95%)	148 (5,65%)	<b>148 (5,65%)</b>	347 (13,25%)
≥ 10 vezes	66 (2,52%)	126 (4,81%)	<b>167 (6,38%)</b>	359 (13,71%)
Total Geral	630 (24,06%)	<b>1042 (39,8%)</b>	946 (36,13%)	2618 (100%)

Segundo a Tabela 7 (tabela de contingência) observa-se que existe uma oscilação entre o nível “neutro” e o nível de “satisfeito / totalmente satisfeito”, com uma maior tendência para este último.

Tabela 8  
Considerações.

Categorias do nível de satisfação	H0	Qui-quadrado	p-value
“1_2”	Não existe diferença significativa entre as proporções das categorias do nível de satisfação.	84,346	0
“3”		3,243	
“4_5”		50,835	

Conforme é possível visualizar na Tabela 8, existe evidência estatística para rejeitar H0 e concluir que, o nível de satisfação global com o SAD/PSP aumenta, com o aumento do número de vezes em que a rede convencionada é utilizada.

Tabela 9

*3.º Coeficiente de Cramér*

Utilização vs. satisfação	
X <sup>2</sup>	138,424
n (amostra)	2618
r (linha)	4
c (coluna)	5
q = min (r, c)	4
V de Cramér	0,1328

Contudo, a Tabela 9 demonstra que esta relação não apresenta uma intensidade de associação que se considere significativa (Cf. Anexo 12), o que, segundo Reis et al. (2019), se deve ao facto de a amostra utilizada ser volumosa (n = 2618).

Outro dos cruzamentos relevantes feito, foi a interseção entre as regiões de residência dos inquiridos e a opinião sobre a boa/má distribuição geográfica dos acordos.

Tabela 10

*Regiões de residência vs. Distribuição dos acordos.*

Regiões de residência	Acordos estão geograficamente bem distribuídos?			Total
	Desconheço	Não	Sim	
Açores	18 (0,7%)	<b>174 (6,6%)</b>	2 (0,1%)	194 (7,4%)
Alentejo	20 (0,8%)	<b>97 (3,7%)</b>	4 (0,2%)	121 (4,6%)
Algarve	14 (0,5%)	<b>102 (3,9%)</b>	4 (0,2%)	120 (4,6%)
Beira Interior	24 (0,9%)	<b>114 (4,4%)</b>	5 (0,2%)	143 (5,5%)
Beira Litoral	93 (3,6%)	<b>146 (5,6%)</b>	29 (1,1%)	268 (10,2%)
Entre Douro e Minho	<b>210 (8%)</b>	182 (7%)	58 (2,2%)	450 (17,2%)
Estremadura e Ribatejo	492 (18,8%)	<b>538 (21%)</b>	108(4,1%)	1138 (44%)
Madeira	18 (0,7%)	<b>66 (2,5%)</b>	6 (0,2%)	90 (3,4%)
Trás-os-Montes e Alto Douro	25 (1%)	<b>54 (2%)</b>	15 (0,6%)	94 (3,6%)
Total Geral	914 (34,9%)	<b>1473(56%)</b>	231(8,8%)	2618 (100%)

Como se pode apurar na Tabela 10 (tabela de contingência), à exceção de Entre Douro e Minho (onde a maioria escolheu a opção “Desconheço”), todos os beneficiários residentes nas restantes regiões acreditam que os acordos não estão geograficamente bem distribuídos em Portugal.

Tabela 11

*Considerações.*

Categorias das regiões de residência	H0	Qui-quadrado	p-value
Ilhas		99,258	
Zona Sul (Alentejo e Algarve)	Não Existe diferença significativa entre as proporções das categorias que responderam “desconheço”, “Não” e “Sim”.	68,456	0
Zona Centro (Estremadura e Beira interior)		71,531	
Zona Norte (Beira litoral, Entre Douro e Trás-os-Montes)		54,929	

Através da Tabela 11, confirmou-se que existe evidência estatística para rejeitar H0 ao nível de significância de 1%, concluindo-se que, independentemente das regiões de

residência dos beneficiários, a sua maioria considera que os acordos do SAD/PSP estão geograficamente mal distribuídos.

Tabela 12

*4.º Coeficiente de Cramér.*

	Ilhas	Zona Sul	Zona Centro	Zona Norte
X <sup>2</sup>	99,258	68,456	71,531	54,929
n (amostra)	284	0	1281	812
r (linha)	2	2	2	3
c (coluna)	2	3	3	3
q = min (r, c)	2	2	2	3
V de Cramér	0,591183	0,532965	0,236304	0,183911

Esta relação surge com maior intensidade de associação, quando se olha para as categorias “Ilhas” e “Zona Sul” (Cf. Tabela 12), sendo que a primeira se encontra bastante próxima de uma “forte associação” (Cf. Anexo 12).

Seguidamente, relacionaram-se ainda, as regiões de residência dos beneficiários titulares, com o desejo destes em abandonar o SAD/PSP.

Tabela 13

*Região de residência vs. Desejo em abandonar o SAD/PSP.*

Regiões de residência	Se pudesse, abandonava o SAD/PSP?		
	Não	Sim	Total
Açores	34 (1,3%)	<b>159 (6,5%)</b>	193 (7,8%)
Madeira	23 (0,9%)	<b>66 (2,6%)</b>	89 (3,5%)
Alentejo	<b>64 (2,5%)</b>	56 (2,2%)	120 (4,7%)
Algarve	<b>58 (2,3%)</b>	57 (2,2%)	115 (4,5%)
Beira Interior	<b>91 (3,5%)</b>	47 (1,8%)	138 (5,3%)
Estremadura e Ribatejo	<b>701 (27,3%)</b>	417 (16,2%)	1118 (43,5%)
Entre Douro e Minho	<b>349 (13,6%)</b>	97 (3,8%)	446 (17,4%)
Beira Litoral	<b>185 (7,2%)</b>	74 (2,9%)	259 (10,1%)
Trás-os-Montes e Alto Douro	<b>68 (2,6%)</b>	26 (1%)	94 (3,6%)
Total Geral	<b>1573 (61,2 %)</b>	999 (39,8%)	2572 (100%)

Conforme verificado na Tabela 13 (tabela de contingência), à exceção das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, todas as restantes regiões manifestam vontade em permanecer no subsistema.

Tabela 14

*Considerações.*

Categorias por regiões de residência	H0	Qui-quadrado	<i>p-value</i>
Ilhas	Não existe diferença significativa entre as proporções das categorias que responderam “Sim” e “Não”.	200,764	0
Zona Sul (Alentejo e Algarve)		8,66	
Zona Centro (Estremadura e Beira interior)		2,449	
Zona Norte (Beira litoral, Entre Douro e Trás-os-montes)		71,299	

Como é perceptível na Tabela 14, têm-se evidência estatística ao nível de significância de 1% para concluir que os beneficiários titulares no ativo, independentemente das suas regiões de residência, não desejam abandonar o subsistema.

Contudo, há a salientar que esta opção não é corroborada pelos beneficiários titulares residentes nos Açores e na Madeira.

Tabela 15

*5.º Coeficiente de Cramér.*

	Ilhas	Zona sul	Zona centro	Zona norte
X <sup>2</sup>	200,764	8,66	2,449	71,299
n (amostra)	282	235	1256	799
r (linha)	2	2	2	2
c (coluna)	2	2	2	2
q = min (r, c)	2	2	2	2
V de Cramér	0,843758	0,191966	0,044157	0,297822

Como é possível visualizar na Tabela 15, e com base no Anexo 12, existe uma forte intensidade entre o desejo de abandonar o SAD/PSP e os beneficiários que residem nos Açores e Madeira.

Outra relação considerada importante, foi o cruzamento entre as variáveis “Categoria do beneficiário” e “Satisfação global com o SAD/PSP”, conforme a Tabela 16 (tabela de contingência).



Tabela 16

*Categoria beneficiário vs. Satisfação Global com o SAD/PSP.*

Categoria do beneficiário	Satisfação global com o SAD/PSP				Total
	1_2	3	4_5		
beneficiário associado.	3 (0,11%)	2 (0,08%)	6 (0,23%)	11 (0,42%)	11
beneficiário extraordinário.	0	2 (0,08%)	1 (0,04%)	3 (0,11%)	3
beneficiário familiar, nomeadamente, ascendente ou equiparados a cargo do beneficiário titular.	1 (0,04%)	1 (0,04%)	0	2 (0,08%)	2
beneficiário familiar, nomeadamente, cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto, sem vínculo de emprego.	4 (0,15%)	5 (0,19%)	12 (0,46%)	21 (0,8%)	21
beneficiário familiar, nomeadamente, descendente ou equiparado tutelado.	0	1 (0,04%)	0	1 (0,04%)	1
beneficiário familiar, nomeadamente, descendente ou equiparado.	4 (0,15%)	2 (0,08%)	2 (0,08%)	8 (0,31%)	8
beneficiário titular em formação (EPP ou ISCPSP) para ingresso na PSP.	3 (0,11%)	18 (0,7%)	61 (2,33%)	82 (3,13%)	82
beneficiário titular na Aposentação.	3 (0,11%)	2 (0,08%)	0	5 (0,19%)	5
beneficiário titular na Pré-aposentação.	7 (0,27%)	13 (0,5%)	22 (0,84%)	42 (1,6%)	42
beneficiário titular no Ativo.	605 (23,11%)	996 (38%)	842 (32,16%)	2443 (93,32%)	2443
<b>Total Geral</b>	<b>630</b> (24,06%)	<b>1042</b> (39,8%)	<b>946</b> (36,13%)	<b>2618</b> (100%)	2618

Como é possível observar, os valores da satisfação global pela categoria do beneficiário surgem muito dispersos, sendo que apenas estabilizam no nível 3, pelo maior número de beneficiários titulares que responderam ao inquérito (93,32%).

Tabela 17

*Considerações.*

Categoria de beneficiário	H0	Qui-quadrado	p-value
beneficiários titulares		83,801	
beneficiários familiares	Não existe diferença significativa entre as proporções de “1_2”, “3” e “4_5”.	33,932	0
beneficiários associados		3,151	
beneficiários extraordinários		1,351	

Nesta situação, a Tabela 17 mostra como também se rejeitou H0 ao nível de significância de 1%, tendo-se verificado evidência estatística para dizer que a categoria de

beneficiário, nomeadamente a de beneficiário titular no ativo, influenciou a satisfação global com o SAD/PSP.

Contudo, pode-se salientar a divisão entre beneficiários “pólicas” e “não pólicas” (familiares, associados e extraordinários) e, dentro destes, os “beneficiários que auferem salário” (associados e extraordinários) e os “beneficiários que não auferem um salário” (familiares).

Tabela 18

*beneficiários com/sem salário vs. satisfação global com o SAD/PSP.*

Categoria do beneficiário	satisfação global com o SAD/PSP			Total
	1_2	3	4_5	
beneficiários com salário	3	4	7	14
beneficiários sem salário	9	13	14	36

Através da Tabela 18 (tabela de contingência), é possível verificar que os valores da satisfação se enquadram no “satisfeito / totalmente satisfeito”, com a relação entre estas variáveis a apresentar uma forte intensidade de associação, conforme a Tabela 19.

Tabela 19

*6.º Coeficiente de Cramér.*

Beneficiários vs. satisfação	
X <sup>2</sup>	38,433
n (amostra)	46
r (linha)	2
c (coluna)	5
q = min (r, c)	2
V de Cramér	0,9141

Assim, os “beneficiários não pólicas” poderão apresentar uma forte propensão a estar satisfeitos / totalmente satisfeitos com o SAD/PSP, sendo que tal não pode ser afirmado convictamente, porque não responderam ao inquérito um número suficiente deste tipo de beneficiários.

No cruzamento seguinte, procurou-se apurar se existia correlação entre a “satisfação global com o subsistema” e as respostas dadas ao “SNS como substituto do SAD/PSP”.

Tabela 20

*SNS como substituto do SAD/PSP vs. satisfação global com o SAD/PSP.*

O SNS como substituto do SAD/PSP	Satisfação global com o SAD/PSP			Total
	1_2	3	4_5	
Não	307 (12%)	675 (26%)	<b>746 (28%)</b>	1728 (66%)
Não sei	199 (8%)	<b>311 (12%)</b>	162 (6%)	672 (26%)
Sim	<b>124 (5%)</b>	56 (2%)	38 (1%)	218 (8%)
Total Geral	630 (24%)	<b>1042 (40%)</b>	946 (36%)	2618 (100%)

Como se vê na Tabela 20 (tabela de contingência), e de acordo com as expectativas, os inquiridos que responderam “Não” ao “SNS como substituto do SAD/PSP”, enquadraram o seu nível de satisfação global com o subsistema, maioritariamente, em “4\_5”; os que responderam “Não sei”, situam o seu nível de satisfação global, em maioria, no nível “3”; e, por fim, os que responderam “Sim” colocam o seu nível de satisfação global, grandemente, no nível “1\_2”.

Tabela 21  
Considerações.

Categoria de resposta	H0	Qui-quadrado	p-value
Não	Não existe diferença significativa entre as proporções “1_2”, “3” e “4_5”.	62,477	0
Não sei		43,020	
Sim		206,093	

Pela Tabela 21, admitiu-se a rejeição de H0 ao nível de significância de 1%, e, com evidência estatística, aferiu-se que quem atribui um nível satisfatório ao SAD/PSP, não queria o SNS como seu substituto e vice-versa.

Não obstante, calculado o coeficiente de Cramér, a relação de maior intensidade de associação encontrada foi entre as variáveis “Sim” e “Não sei”, com a satisfação global, conforme Tabela 22.

Tabela 22  
7.º Coeficiente de Cramér.

SNS pelo SAD vs. satisfação	
X²	249,113
n (amostra)	890
r (linha)	2
c (coluna)	3
q = min (r, c)	2
V de Cramér	0,5291

Apesar da Tabela 22 nos dizer que a maioria dos beneficiários não deseja o SNS como substituto do SAD/PSP (uma vez que estes se encontram num nível de satisfação de “4\_5”), a verdade é que as relações de maior intensidade de associação se verificam em quem se encontra indeciso e respondeu “Não sei” e em quem respondeu “Sim”.

Na correspondência seguinte, procurou-se averiguar se existia correlação entre as respostas dadas à questão “SNS, enquanto substituto rápido e eficiente do SAD/PSP” e as faixas etárias inquiridas.

Tabela 23

*SNS, enquanto substituto do SAD/PSP vs. Faixas etárias inquiridas.*

SNS, enquanto substituto rápido e eficiente do SAD/PSP	Faixas etárias inquiridas					Total
	18 - 30 anos	31 - 40 anos	41 - 50 anos	51 - 60 anos	≥ 61 anos	
Não	201 (8%)	426 (16%)	<b>617 (24%)</b>	463 (18%)	21 (0,8%)	<b>1728</b>
Não sei	84 (3%)	150 (6%)	<b>235 (9%)</b>	196 (7%)	7 (0,3%)	672
Sim	17 (1%)	<b>66 (3%)</b>	<b>76 (3%)</b>	55 (2%)	4 (0,2%)	218
Total Geral	302 (12%)	642 (25%)	<b>928 (35%)</b>	714 (27%)	32 (1,2%)	2618

Como é possível verificar na Tabela 23 (tabela de contingência), a resposta mais escolhida foi “Não”, pela categoria dos 41-50 anos. Nesta relação, considerou-se H0 como a diferença entre as proporções das categorias “18 – 30 anos”, “31 – 40 anos”, “41 – 50 anos” e “≥ 61 anos” (ou seja, entre as frequências observadas e esperadas) igual a zero. Todavia, depois de aplicado o teste de Qui-quadrado, verificou-se  $p\text{-value} = 0,2803$ , o que nos obrigou a não rejeitar H0. Ou seja, não há evidência estatística de que não haja diferenças entre as respostas por faixa etária.

Por fim, a última relação estabelecida foi entre a satisfação global com o SAD/PSP e as faixas etárias inquiridas.

Tabela 24

*satisfação global com o SAD/PSP vs. Faixa etária inquirida.*

satisfação global com o SAD/PSP	Faixa Etária inquirida					Total
	18 - 30 anos	31 - 40 anos	41 - 50 anos	51 - 60 anos	≥ 61 anos	
1_2	41 (1,6%)	157 (6%)	<b>277 (10,6%)</b>	150 (5,7%)	5 (0,2%)	630 (24%)
3	111 (4,2%)	255 (9,7%)	<b>383 (14,6%)</b>	282 (10,8%)	11 (0,4%)	1042 (40%)
4_5	150 (5,7%)	204 (7,8%)	<b>294 (11,2%)</b>	282 (10,8%)	16 (0,6%)	946 (36%)
Total geral	302 (12%)	616 (24%)	<b>954 (36%)</b>	714 (27%)	32 (1,2%)	<b>2618 (100%)</b>

Com base nas observações tidas na Tabela 24 (tabela de contingência), teve-se:

Tabela 25  
*Considerações.*

Satisfação global com o SAD/PSP	H0	Qui-quadrado	<i>p-value</i>
1_2	Não existe diferença significativa entre as proporções: “18 – 30 anos”, “31 – 40 anos”, “41 – 50 anos” e “≥ 61 anos”	30,5659	0
3		1,3799	
4_5		36,191	

A Tabela 25 possibilitou rejeitar H0 ao nível de significância de 1%, e, com evidência estatística, aferir que a faixa etária dos “41-50 anos” foi a que mais manifestou a sua (in)satisfação com o subsistema, sendo que para o nível de satisfação global verificado como neutro (“3”), concorrem fortemente as faixas etárias “31 - 40 anos”, “41 - 50 anos” e “51 – 60 anos”.

## 8.2. Discussão de Resultados

Para a concretização deste estudo propuseram-se 5 hipóteses, as quais serão seguidamente escrutinadas e discutidas, com vista à sua verificação (ou não).

Como primeira hipótese, teve-se:

**H1:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP está satisfeita com os serviços prestados pela rede convencionada deste subsistema.

Uma das perguntas escolhidas para analisar esta hipótese, foi a questão 31 do questionário distribuído aos beneficiários (*Cf.* Apêndice 2).

Nesta hipótese, juntaram-se as respostas de “Nada satisfeito (1)” e “Insatisfeito (2)” numa só categoria, assim como as respostas “Satisfeito (4)” e “Totalmente satisfeito (5)” noutra categoria.

Não foram consideradas as respostas de “Desconheço/Nunca utilizei”, uma vez que estas não refletem uma avaliação concreta.

Tabela 26  
*Análise da Hipótese 1.*

Row variable	Column variable			
	1_2	3	4_5	Total
Consultas médicas	229 (9%)	347 (14%)	<b>1903 (77%)</b>	<b>2479 (100%)</b>
Análises, RX,TAC, etc.	286 (12%)	340 (14%)	<b>1814 (74%)</b>	<b>2440 (100%)</b>
Fisioterapia	359 (24%)	342 (23%)	<b>818 (54%)</b>	<b>1519 (100%)</b>
Enfermagem	199 (15%)	377 (28%)	<b>788 (58%)</b>	<b>1364 (100%)</b>
Cirurgia	210 (14%)	285 (19%)	<b>1008 (67%)</b>	<b>1503 (100%)</b>
Medicina Dentária	656 (28%)	372 (16%)	<b>1299 (56%)</b>	<b>2327 (100%)</b>
Tratamentos oncológicos	89 (26%)	<b>175 (51%)</b>	79 (23%)	<b>343 (100%)</b>
Cuidados Resp. Domiciliários	101 (28%)	<b>176 (48%)</b>	88 (24%)	<b>365 (100%)</b>
Internamento	169 (15%)	276 (25%)	<b>666 (60%)</b>	<b>1111 (100%)</b>
Atos de medicina	233 (14%)	442 (27%)	<b>933 (58%)</b>	<b>1608 (100%)</b>
Outros	162 (20%)	<b>320 (40%)</b>	<b>327 (40%)</b>	<b>809 (100%)</b>

Olhando para os dados da Tabela 26 verificou-se que a maior parte dos beneficiários se encontra satisfeito/totalmente satisfeito (“4\_5”) com os cuidados de saúde convencionados, à exceção do caso dos tratamentos oncológicos e dos cuidados respiratórios, os quais se encontram num nível intermédio de satisfação (“nem satisfeitos, nem insatisfeitos (3)”). Ou seja, em cerca de 82% dos serviços oferecidos pela rede convencionada, predomina a satisfação (“4\_5”) dos beneficiários.

Na hipótese em causa, tomou-se H0 como sendo a hipótese que previa uma diferença estatisticamente igual a zero, nas proporções das categorias “1\_2”, “3” e “4\_5” (ou seja, entre as frequências observadas e esperadas). Com o teste do  $\chi^2$  realizado (Cf. tabela 27), verificou-se evidência estatística para rejeitar a hipótese H0 em todos os serviços convencionados pelo SAD/PSP, ao nível de significância de 1%, o que nos leva a concluir que as diferenças entre categorias são estatisticamente diferentes de zero, com nível de significância de 0,01. Neste caso, a **hipótese ficou comprovada**, ou seja, a satisfação dos beneficiários com os serviços prestados pela rede convencionada do SAD/PSP, é estatisticamente significativa.

Tabela 27  
*Teste Qui-quadrado para a Hipótese 1.*

	Qui2	P-value
consultas médicas	2112,681	0
Análises, RX, TAC, etc.	1848,515	0
Fisioterapia	288,0487	0
Enfermagem	401,412	0
Cirurgia	775,2216	0
Medicina Dentária	581,6218	0
Tratamentos oncológicos	48,72303	0
Cuidados Resp. Domiciliários	37,09041	0
Internamento	369,5392	0
Atos de medicina	481,8172	0
Outros	64,57108	0

Seguidamente, teve-se:

**H2:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que existe igualdade geográfica no número de acordos com prestadores de serviços, por todo o território nacional.

Para se abordar este ponto recorreu-se à pergunta 35 do questionário (*Cf.* Apêndice 2) e, como é possível verificar na Tabela 28, H0 (a qual considerou, que não existia diferença entre as proporções “Sim”, “Não” e “Desconheço”) foi novamente rejeitada com um nível de significância de 1%.

De acordo com esta tabela e com o Apêndice 5 viu-se que, 56% dos beneficiários acredita que os acordos com prestadores de serviços não estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país, pelo que se considerou esta hipótese como **não comprovada**.

Tabela 28  
*Respostas à questão 35.*

Acredita que os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país?					
Sim	Não	Desconheço	Total	Qui-quadrado	p-value
231 (9%)	<b>1473 (56%)</b>	914 (35%)	2618	2272	0

De salientar que os beneficiários que responderam “não” a esta questão, foram confrontados com uma pergunta extra (36), que os remetia para uma possibilidade de “correção” desta má distribuição. Questionados sobre a ideia de poder usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM como forma de reduzir esta desigualdade, 85% dos beneficiários responderam afirmativamente (*Cf.* Tabela 29 e Apêndice 6).

Tabela 29  
*Respostas à questão 36.*

Usfruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria benéfico?			
Sim	Não	Desconheço	Total
<b>1259 (85%)</b>	33 (2%)	181 (12%)	1473

Isto tudo, porque segundo a questão 37 (Cf. Apêndice 2), a distribuição geográfica dos acordos é um fator influente na satisfação dos beneficiários com o SAD/PSP, conforme evidencia a opinião de 67% dos 2618 beneficiários que responderam ao inquérito (Tabela 30 e Apêndice 7). Nesta situação, teve-se H0 como a ausência de diferença entre as proporções “1\_2”, “3” e “4\_5”. Deste modo, H0 foi rejeitada ao nível de significância de 1%, o que nos levou a considerar diferenças entre as frequências observadas e esperadas, verificando-se, por isso, que as diferenças entre categorias são estatisticamente diferentes de zero.

Tabela 30

*Respostas à questão 37.*

A distribuição dos acordos, como influência na satisfação com o SAD/PSP				
1_2	3	4_5	Qui- 2	p-value
221 (8%)	633 (24%)	<b>1764 (67%)</b>	3490,667	0

A seguinte hipótese remete-nos para outra problemática:

**H3:** A maioria dos beneficiários acredita que existe igualdade no facto de todos os beneficiários contribuírem na mesma percentagem, independentemente do seu salário, para o SAD/PSP.

Nesta situação, a pergunta seleccionada para abordar a hipótese em estudo, incidiu sobre a questão 38 do questionário distribuído aos beneficiários (Cf. Apêndice 2).

Aqui, H0 considerou que não existia diferença entre as proporções “Sim”, “Não” e “Desconheço” (ou seja, entre as frequências observadas e esperadas). Na Tabela 31 (e Apêndice 8) viu-se que existe uma ligeira superioridade nos beneficiários que preferiram “Sim” (49%) sobre os que escolheram “Não” (42%).

Atendendo ao teste do qui-quadrado, concluiu-se a rejeição de H0 ao nível de significância de 1%, pelo que a hipótese está **comprovada**.

Tabela 31

*Respostas à questão 38.*

É justo que todos os beneficiários descontem na mesma percentagem?					
Sim	Não	Não sei	Total	Qui2	p-value
<b>1284 (49%)</b>	1094 (42%)	240 (9%)	2618 (100%)	3170,667	0

Na aferição desta problemática, como contributo para a satisfação dos beneficiários com o SAD/PSP, com recurso à pergunta 39 (Cf. Apêndice 2) verificou-se a um nível de significância de 1%, que a diferença estatística não era igual a zero entre as categorias “1\_2”,



“3” e “4\_5” (como proposto por H0) e, como tal, que esta temática influencia a satisfação dos beneficiários, nos níveis de “influente” e “totalmente influente” (43%), com o SAD/PSP, tal como indicam a Tabela 32 e o Apêndice 8:

Tabela 32  
*Respostas à questão 39.*

A contribuição na mesma percentagem, é um fator influente para a satisfação com o SAD/PSP?					
1_2	3	4_5	Total	Qui 2	<i>p-value</i>
660 (21%)	825 (32%)	<b>1133 (43%)</b>	2618	3490,667	0

Como quarta hipótese, estabeleceu-se:

**H4:** Mesmo que não fosse obrigatório, a maioria dos beneficiários titulares do SAD/PSP continuaria a ser contribuinte deste subsistema.

Para esta abordagem, aplicou-se a pergunta 12 do questionário (*Cf.* Apêndice 2), a qual indagava sobre a possibilidade de o beneficiário titular abandonar o SAD/PSP, caso isso fosse possível.

Mais uma vez, H0 recaiu sobre uma diferença estatística igual a zero, entre as categorias “Sim” e “Não”. Esta hipótese foi rejeitada, através do teste do  $\chi^2$  (*Cf.* Tabela 33 e Apêndice 9) a um nível de significância de 1%, pelo que se considera a hipótese **comprovada** e a vontade em permanecer no subsistema estatisticamente significativa. Como é possível visualizar na tabela 33, 61% dos beneficiários titulares responderam “Não” a um cenário que lhes permitisse abandonar o SAD/PSP.

Tabela 33  
*Respostas à questão 12.*

Se lhe fosse permitido, abandonaria o SAD/PSP?				
Sim	Não	Total	Qui 2	<i>p-value</i>
999 (39%)	<b>1573 (61%)</b>	2572 (100%)	1286	0

Todavia, a pergunta 13 (*Cf.* Apêndice 2), questão extra, foi colocada a todos aqueles que respondessem “Sim” à pergunta anterior, nos termos da Tabela 34 e Apêndice 10.

Tabela 34  
*Respostas à questão 13.*

Conseguia um Seguro privado de idêntica natureza, mais barato e durante toda a vida?				
Sim	Não	Total	Qui 2	<i>P-value</i>
<b>904 (90%)</b>	95 (10%)	999	4,995	0

Na Tabela 34 visualizou-se que, 90% dos beneficiários que manifestaram vontade em abandonar o SAD/PSP, caso tal fosse permitido, consideraram que conseguiriam obter um

seguro de saúde privado de idêntica natureza, pagando menos e durante toda a vida, dando como exemplos os enunciados nas respostas à pergunta 14 (Cf. Apêndice 2):



Figura 1. Alternativas apontadas ao SAD/PSP.

Como é possível constatar na Figura 1, os seguros mais escolhidos de entre as 570 sugestões dadas (visto que esta questão era de carácter opcional) foram Medicare (11%), Multicare (10%) e Médis (8%).

Por fim, a última hipótese estudada foi:

**H5:** A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que o prazo de reembolso das faturas que submetem ao subsistema, pelo regime de convenção livre, é um dos principais fatores que influenciam a sua satisfação com o subsistema.

Esta última temática foi estudada, essencialmente, com recurso à pergunta 42 (Cf. Apêndice 2), estando esses dados explanados na Tabela 35 e no Apêndice 11:

Tabela 35

*Respostas à questão 42.*

Influência do tempo levado a receber a comparticipação do SAD/PSP					
"1_2"	"3"	"4_5"	Total	Qui 2	p-value
339 (13%)	567(22%)	<b>1674 (65%)</b>	2580(100%)	3440	0

Através dos elementos da Tabela 35 verificou-se que, a maior parte dos beneficiários acredita que existe uma influência / total influência, na sua satisfação com o SAD/PSP, pelo tempo que este leva a ressarcir-lhes dos valores das faturas que lhe submetem. De facto, 65% atendeu a este nível de influência. Considera-se que a hipótese foi **comprovada**, atendendo à rejeição da hipótese H0 (ao nível da significância de 1% e após realização do teste de  $\chi^2$ , Cf. tabela 35), a qual previa uma diferença estatisticamente igual a zero, nas proporções das categorias "1\_2", "3" e "4\_5" (ou seja, entre as frequências observadas e esperadas), mas que resultaram ser estatisticamente diferentes desse valor.

A juntar a isto, a questão 41 (*Cf. Apêndice 2*) revela que 53% dos inquiridos têm levado mais de 4 meses a receber os valores que lhe são devidos, sendo que alguns, em resposta aberta, sustentam que o subsistema deveria ser mais célere no ressarcimento aos beneficiários.

Tabela 36

*Respostas à questão 41.*

Tempo levado a receber o valor de participação do SAD/PSP						
1 mês	2-3 meses	≥ 4 meses	nunca recorri	Total	Qui 2	<i>P-value</i>
50 (2%)	828 (32%)	<b>1392 (53%)</b>	348 (13%)	2618	5890,5	0

É importante realçar que em resposta aberta, vários beneficiários salientaram a necessidade de atualizar as atuais tabelas do regime de participação livre, com os atos médicos que surgiram mais recentemente, afirmando também a necessidade de se proceder ao aumento da abrangência e valor deste regime<sup>84</sup>), como forma de mitigar a falta de convenções, sobretudo, em determinadas regiões como as regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

No que concerne à análise da satisfação global dos beneficiários do SAD/PSP, deve-se registar que a sua média foi de 3,06, sendo o valor da moda do nível de satisfação, 3 (com 40% das escolhas).

Veja-se, contudo, que o segundo nível mais votado foi o 4 (“satisfeito”), conforme Tabelas 37, 38 e Apêndice 4, o que nos permite aferir que os beneficiários apresentam um nível **neutral**, com tendência para a **satisfação**, no que respeita à sua satisfação global com o SAD/PSP.

Tabela 37

*Respostas à questão 45 "desagrupadas".*

Qual é a sua satisfação global com o SAD/PSP?						
1	2	3	4	5	Qui 2	<i>P-value</i>
228 (9%)	402 (15%)	<b>1042 (40%)</b>	872 (33%)	74 (3%)	3490,667	0

Tabela 38

*Respostas à questão 45 agrupadas.*

Satisfação Global					
1_2	3	4_5	Total	Qui 2	<i>p-value</i>
630 (24%)	1042 (40%)	946 (36%)	2618 (100%)	3490,667	0

<sup>84</sup> E.g.: segundo dois beneficiários, o tratamento de ventiloterapia tem uma maior participação pelo SNS, que pelo SAD/PSP

À semelhança do supracitado, estabeleceu-se H0 como a inexistência de diferença estatística entre as proporções “1\_2”, “3” e “4\_5”. Com a realização do teste de Qui-quadrado (Cf. Tabelas 37 e 38), foi possível verificar que existe evidência estatística para rejeitar H0 ao nível de significância de 1%, o que permite deduzir que o nível **neutral**, com tendência para a **satisfação** dos beneficiários com o SAD/PSP, é estatisticamente significativo.

Por fim, o objetivo da questão 11 foi avaliar a importância da satisfação com o SAD/PSP, enquanto incremento da satisfação com a instituição PSP.

Para isso, recorreu-se à Tabela 39 e ao Apêndice 3, onde é possível visualizar que 86% dos inquiridos responderam “Sim” (n = 2215). Como é sabido, a Polícia de Segurança Pública é uma instituição “uniformizada e armada”, composta sobretudo por “elementos policiais” (Cf. art.º 1 da Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto), os quais são beneficiários do SAD/PSP. Esta pergunta, tendo sido apenas destinada a estes “beneficiários policiais”, permitiu, pois, depreender o elevado peso que o subsistema tem dentro da satisfação geral existente, com a instituição policial.

Tabela 39

*Respostas à questão 11*

<u>A satisfação com o SAD/PSP, aumenta a satisfação com a instituição PSP?</u>				
Sim	Não	Total	Qui 2	<i>P-value</i>
<b>2215 (86%)</b>	357 (14%)	2572	1286	0

Conforme o que foi feito para as questões transatas, teve-se H0 como a inexistência de diferença entre as proporções “Sim” e “Não” (ou seja, entre as frequências observadas e esperadas). Com a realização do teste de Qui-quadrado (Cf. Tabela 39), verificou-se que existe evidência estatística para rejeitar H0 ao nível de significância de 1%, facto que possibilita afirmar que o peso evidenciado pelo subsistema, dentro da PSP, é estatisticamente significativo.

## Conclusão

O presente trabalho teve como propósito avaliar o nível de satisfação dos beneficiários do SAD/PSP, com os serviços prestados por este. Inicialmente, começou-se por fazer a distinção entre o conceito de serviço (neste âmbito, o SAD/PSP) e de instituto (neste âmbito, os SSPSP). Seguidamente, fez-se um périplo pela literatura, onde se escrutinou um pouco da evolução histórica do SAD/PSP e dos restantes subsistemas públicos de saúde, fazendo também uma breve abordagem ao SNS, nomeadamente, à sua criação enquanto materialização do direito universal “à proteção da saúde” e da lei de bases da saúde enquanto modo de estreitamento da relação deste, com as entidades do setor privado e social.

Verificou-se como a sujeição de Portugal ao PAEF tornou obrigatória a autossustentabilidade dos subsistemas públicos de saúde (SAD/PSP, SAD/GNR, ADSE e ADM), facto que, conseqüentemente, lhes infligiu a perda de algum poder económico e capacidade de negociação dos seus serviços.

Tentou-se fazer um paralelismo entre os subsistemas de assistência na doença das forças de segurança, nomeadamente, SAD/PSP e SAD/GNR, SAD/PSP e MUFACE (este último, da congénere espanhola CNP), o qual ficou aquém das expectativas pela falta de informação disponibilizada, ao nível dos recursos humanos, organogramas, *stakeholders*, entre outros, tendo sido utilizada apenas a informação conseguida em fontes abertas. Assim, no primeiro caso fez-se uma apreciação dos regimes, valências, beneficiários e orçamentos de ambos subsistemas, enquanto no segundo apenas uma breve caracterização histórica, das suas parcerias, número de beneficiários, entre outros.

No que respeita ao conceito de satisfação, foi algo que, à semelhança das dificuldades encontradas por Lopes (2020), não foi fácil de definir pela multidimensionalidade do conceito e inexistência de estudos na área dos subsistemas públicos de saúde. Deste modo, primeiramente tentaram-se distinguir os conceitos de satisfação e motivação (os quais, não raramente se vêm confundidos). De seguida, tomou-se a satisfação como o conceito que se aplica ao trabalhador que está (ou não) satisfeito com a organização. O trabalhador satisfeito é aquele em que existe um bom nível de adequação entre as expectativas individuais e as respostas dadas pela organização, enquanto o trabalhador insatisfeito é aquele no qual este nível de adequação se encontra baixo. A satisfação é, também, um estado emocional/atitude utilizada para encarar as experiências vividas no trabalho e que podem servir para aferir o *organizational commitment* do trabalhador e, conseqüentemente, as altas/baixas possibilidades de absentismo, desempenho, etc. Como supracitado, as expectativas pessoais

do trabalhador prendem-se com vários fatores, sejam pelos referenciais individuais de cada um, sejam pelo salário ou certo tipo de “benefícios sociais”, que a instituição lhes propicia. É, pois, neste último fator higiénico que se enquadram os serviços prestados pelo SAD/PSP e que, à semelhança de outros (como os SSPSP), o seu reforço/melhoramento/alteração nos poderá levar a contribuir para o aumento da satisfação na atividade policial, já de si penosa.

Posto isto, articularam-se cinco hipóteses para materializar este estudo: A maioria dos beneficiários do SAD/PSP está satisfeita com os serviços prestados pela rede convencionada deste subsistema (H1); A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que existe igualdade geográfica no número de acordos com prestadores de serviços, por todo o território nacional (H2); A maioria dos beneficiários acredita que existe igualdade no facto de todos os beneficiários contribuírem na mesma percentagem, independentemente do seu salário, para o SAD/PSP (H3); Mesmo que não fosse obrigatório, a maioria dos beneficiários titulares do SAD/PSP continuaria a ser contribuinte deste subsistema (H4); A maioria dos beneficiários do SAD/PSP acredita que o prazo de reembolso das faturas que submetem ao subsistema, pelo regime de convenção livre, é um dos principais fatores que influenciam a sua satisfação com o subsistema (H5).

O instrumento utilizado para a recolha dos dados que permitiram comprovar ou rejeitar estas hipóteses, junto de uma amostra de beneficiários, foi um questionário enviado através do e-mail policial. A análise dos dados recolhidos permitiu dar como comprovadas todas as hipóteses, com exclusão de H2.

Sucintamente, teve-se que:

Em H1, à exceção dos tratamentos oncológicos e dos cuidados respiratórios, os quais se encontram num nível intermédio/neutral de satisfação (“nem satisfeitos, nem insatisfeitos (3)”), nos restantes serviços oferecidos pela rede convencionada do SAD/PSP predomina a satisfação (“4\_5”) dos seus beneficiários;

Em H2, 56% dos beneficiários acredita que os acordos com prestadores de serviços não estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país, sendo que à possibilidade de usufruírem dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM, como forma de reduzir esta desigualdade, 85% dos beneficiários responderam afirmativamente; é importante realçar que a distribuição geográfica dos acordos é um fator influente na satisfação dos beneficiários com o SAD/PSP, para 67% dos inquiridos;

Em H3, demonstrou-se uma ligeira superioridade nos beneficiários que acreditam que é justo que todos descontem na mesma percentagem, independentemente do seu vencimento, para o SAD/PSP (49% dos inquiridos escolheram “Sim”, ao invés dos 42% que defendem o

“Não”), sendo que esta temática influencia a satisfação de 43% dos beneficiários, nos níveis de “influyente” e “totalmente influyente”;

Em H4, 61% dos beneficiários titulares responderam “Não” a um cenário que lhes permitisse abandonar o SAD/PSP, enquanto 90% daqueles que responderam “Sim” (39%), acreditam que conseguem obter um seguro de saúde privado de idêntica natureza, pagando menos e durante toda a vida, dando como principais exemplos Medicare, Multicare e Médis;

Por fim, em H5, 65% dos inquiridos acredita que existe uma influência / total influência (“4\_5”), na sua satisfação com o SAD/PSP, pelo tempo que este leva a ressarcir-lhes dos valores das faturas que lhe submetem, sendo que 53% afirma demorar, em média, mais de 4 meses a ser ressarcido dos valores que legalmente lhe assistem.

No que concerne à análise da satisfação global dos beneficiários do SAD/PSP, constatou-se uma média de 3,06 (escala de 1 a 5), com desvio-padrão de 0,97 (coeficiente de variação de 31,7%, o que demonstra a representatividade da média), sendo o valor da moda do nível de satisfação, 3 (com 40% das escolhas).

Veja-se, contudo, que o segundo nível mais votado foi o “4\_5” (36%) o que nos permite aferir que os beneficiários apresentam um nível **neutral**, com tendência para a **satisfação**, no que respeita à sua satisfação global com o SAD/PSP.

De referir ainda que, para 86% dos beneficiários titulares, uma maior satisfação com os serviços prestados pelo SAD/PSP representa uma maior satisfação com a PSP, enquanto entidade patronal, o que revela bem o peso que este serviço tem dentro da instituição policial.

Posto isto, o objetivo deste trabalho prendeu-se com a avaliação da satisfação dos beneficiários com o SAD/PSP, os quais se encontram num nível neutral, mas com tendência para a satisfação.

Esta neutralidade poderá significar uma certa indiferença ou indefinição, por parte dos beneficiários, face aos serviços prestados pelo SAD/PSP. Nesse sentido, e de modo a conseguir acentuar a tendência satisfatória que também se verifica, acredita-se que o SAD/PSP, em primeiro lugar, se devia munir de um plano estratégico, à semelhança do que acontece com os SSPSP, para de um modo mais claro, traçar objetivos e coligir as melhores orientações para os alcançar.

Para este pacote, e conforme questionado aos beneficiários, os conjuntos de medidas mais escolhidos foram: a “utilização dos acordos e serviços de outros subsistemas públicos e privados de saúde” (20,7%), com a qual se poderia criar uma maior abrangência nos acordos e reduzir a desigualdade na sua distribuição geográfica; em segundo lugar, ficou esta mesma medida em conjunto com “a criação de um SAD/PSP direto” (na senda da ADSE

Direta e Segurança Social Direta), com o qual se poderia simplificar e tornar mais célere, por exemplo, os processos inerentes ao regime de participação livre (11,4%); e o terceiro conjunto mais selecionado foi este, juntamente com a criação de um serviço de Newsletter com notícias, atualizações, entre outros, à semelhança do que acontece com a ADSE e os SSPSP (9,9%), o que poderia ajudar a aumentar os canais de comunicação com os beneficiários e, simultaneamente, reduzir a falta de informação que advém da escassez de meios para realizar sessões de esclarecimento (como demonstram os 94% de inquiridos que disseram nunca ter assistido a uma sessão de esclarecimentos do SAD/PSP, *cf.* Apêndice 1).

A implementação destas medidas poderia, pois, ajudar a aumentar a satisfação com a PSP enquanto entidade patronal (conforme demonstram os resultados à questão 11, do Apêndice 2), mitigando o absentismo e aumentando o empenho, dentro da instituição.

No que toca a limitações, a realização deste trabalho deparou-se essencialmente com a falta de bibliografia relacionada com os subsistemas públicos de saúde, carência que foi colmatada através de legislação própria e de relatórios oficiais. Tentou-se também contactar o serviço de *Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado* e o SAD/GNR, no sentido de obter informações acerca da sua orgânica, recursos humanos, beneficiários, etc., não tendo sido obtida qualquer resposta de ambos. Assim, e devido à perpetuação das medidas de prevenção profiláticas, tanto em Portugal como em Espanha, optou-se por não dar persistência aos respetivos pedidos, fazendo-se apenas uma comparação com o SAD/GNR, através do recurso a informação em fontes abertas e uma pequena caracterização do MUFACE, também de igual modo.

Posto isto, acredita-se que seria profícuo apostar em mais trabalhos ligados à área da assistência na doença, dentro da PSP, como por exemplo: estudos de impacto económico sobre as medidas aqui propostas; estudos de impacto do SAD/PSP na motivação dos elementos policiais; o SAD/PSP como aliciante a ingressar na PSP, numa altura em que a oferta parece superar a procura; estudos sobre a influência dos principais benefícios sociais existentes na PSP (SAD/PSP e SSPSP) na *organizational commitment*, *performance*, *turnover* e absentismo dos elementos policiais; e, ainda, estudos sobre uma possível reestruturação entre o SADPSP e o SADGNR, com a criação de um instituto público à semelhança da ADSE, dotado de autonomia financeira e administrativa e os benefícios/perdas daí advenientes.



## Referências Bibliográficas

- Acórdão n.º 39/84, do Processo n.º 6/83 do Tribunal Constitucional. *Diário da República: série I*, n.º 104/1984 de 1984-05-05, 1455 - 1468. Acedido a 27 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/384993/details/maximized>.
- Afonso, J. (2020). Apresentação do Departamento de Saúde e Assistência na Doença – 33.º Curso de Formação de Oficiais de Polícia. Workshop sobre SAD/PSP, *atas de workshop* (pp. 1 – 39). Lisboa: ISCPSI.
- Amaral, D. F. (2019). *Curso de Direito Administrativo*. Lisboa: Almedina.
- Almeida, M. A. (2018). *Teoria Geral do Direito Administrativo*. Lisboa: Almedina. p. 654.
- Alves, C. A., & Amorim, M. Â. (2012). *Relatório de Atividades 2012*. Lisboa: Guarda Nacional Republicana. Obtido de [https://www.gnr.pt/IG\\_Principal.aspx](https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx).
- Barros, J. (16 de 07 de 2019). Obtido de O Jornal Económico: <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/leis-de-bases-baseadas-em-que-468021>.
- Bilhim, J. A. (06 de 2009). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Instituto Superior Ciências Sociais E Políticas.
- Bilhim, J. (2004). *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). (J. Marques, M. Mendes, M. Carvalho, & I. Lopes, Trads.) Lisboa: Gradiva.
- Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). (J. Marques, M. Mendes, M. Carvalho, & I. Lopes, Trads.) Lisboa: Gradiva. pp. 41 – 259.
- Carochinho, J. A. (2006). *O compromisso organizacional nas forças policiais portuguesas: Um estudo fundamentado no modelo de Meyer e Allen*. Revista de Psicologia Militar.
- Carpinteiro, J. A., Fonseca, P., Carreiro, A., & Costa, C. (outubro de 2019). *Auditoria de Seguimento da ADSE: Relatório n.º 22/2019*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Coelho, P. S. (2017). *As sondagens: Princípios, metodologias e aplicações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Cohen, A. (1993). *Age and Tenure in Relation to Organizational Commitment: A Meta-Analysis*. pp. 143-159.
- Constituição da República Portuguesa. Diário da República: série I, n.º 86/1976, de 1976-04-10. Acedido a 06 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).

- Couto, M. M., Silverio, P. J., & Amorim, M. Â. (2014). *Relatório de Atividades 2014*. Lisboa: Divisão de Planeamento Estratégico e Relações Internacionais. Obtido de [https://www.gnr.pt/IG\\_Principal.aspx](https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx).
- Couto, M. M., Silverio, P. J., & Amorim, M. Â. (2016). *Relatório de Atividades 2016*. Lisboa: Divisão de Planeamento Estratégico e Relações Internacionais da Guarda Nacional Republicana. Obtido de [https://www.gnr.pt/IG\\_Principal.aspx](https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx).
- Despacho n.º 8738/2004, de 3 de maio, do Ministério das Finanças - Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento. *Diário da República: Série II*, n.º 103/2004 de 2004-05-03, 6771 - 6839. Acedido a 20 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1681045/details/normal>.
- Despacho n.º 20/GDN/2009, de 15 de dezembro do Departamento de Operações da Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública. Acedido a 20 de out. 2020.
- Despacho n.º 4005/2013, de 4 de março, dos Ministérios das Finanças, da Administração Interna e da Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Administração Interna e da Saúde. *Diário da República: série II*, n.º 54/2013 de 2013-03-18. Acedido a 20 out. 2020. Disponível em [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1072289/110-AB5\\_Desp\\_4005\\_2013.pdf](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1072289/110-AB5_Desp_4005_2013.pdf).
- Despacho n.º 13500/2014, de 29 de outubro de 2014, dos Ministérios das Finanças, da Administração Interna e da Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Administração Interna e da Saúde. *Diário da República: série II*, n.º 216/2014 de 2014-11-07, 28087 - 28087. Acedido a 20 out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/58788910/details/maximized>.
- Despacho Normativo n.º 83/83 do Ministério das Finanças e do Plano e da Administração Interna. *Diário da República: I série*, n.º 82/1983 de 1983-04-09, 1235 - 1235. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em [https://dre.pt/pesquisa/-/search/313041/details/normal?p\\_p\\_auth=9ltZxpVv/en/en/en](https://dre.pt/pesquisa/-/search/313041/details/normal?p_p_auth=9ltZxpVv/en/en/en).
- Decreto-Lei n.º 42 794 de 31 dezembro de 1959. *Diário da República: série I*, n.º 300, de 31 de dezembro de 1959, 2112 - 2115. Acedido a 17 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/437097>.
- Decreto-Lei n.º 42 942, de 25 de abril de 1960 do Ministério do Interior - Comando-Geral da Polícia de Segurança Pública. *Diário do Governo n.º 96/1960, Série I* de 1960-04-25. Acedido a 06 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).

- Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963 do Ministério das Finanças - Gabinete do Ministro. *Diário do Governo: Série I*, n.º 100/1963 de 1963-04-27, 429 - 431. Acedido a 06 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/628294/details/maximized?serie=I&search=Pesquisar&ano=1963&perPage=100&types=DR%2Fen&dreId=63801>.
- Decreto-Lei n.º 176/71, de 30 de abril do Ministério do Exército - Repartição do Gabinete do Ministro. *Diário do Governo: série I*, n.º 101/1971 de 1971-04-30, 602 - 619. Acedido a 25 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/644278/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de novembro da Presidência do Conselho - Defesa Nacional - Gabinete do Ministro. *Diário do Governo n.º 259/1973, 1º Suplemento, Série I* de 1973-11-06, 2120-(1) a 2120-(3). Acedido a 25 de out. 2020. Disponível em [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/358115/details/normal?p\\_p\\_auth=n1wNPHG6](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/358115/details/normal?p_p_auth=n1wNPHG6).
- Decreto-Lei n.º 357/77 de 31 de agosto do Ministério da Administração Interna. *Diário da República: I série*, n.º 201/1977 de 1977-08-31, 2092 - 2093. Acedido a 19 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/286529/details/normal?q=guarda+conjunta>.
- Decreto-Lei n.º 241/79 de 25 de julho do Ministério das Finanças e do Plano e da Administração Interna. *Diário da República: série I*, n.º 170, 1979-07-25, 1646 – 1646. Acedido a 21 ago. 2020. Disponível em [https://dre.pt/pesquisa/-/search/381283/details/normal?p\\_p\\_auth=ZPq75ogk](https://dre.pt/pesquisa/-/search/381283/details/normal?p_p_auth=ZPq75ogk).
- Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro do Ministério das Finanças e do Plano – Secretaria de Estado do Orçamento - Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE). *Diário da República: Série I*, n.º 239/1980 de 1980-10-15, 3396 - 3405. Acedido a 21 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/462061/details/normal?types=SERIEI&search=Pesquisar&numero=476%2F80&tipo=Decreto-Lei>.
- Decreto-lei n.º 434-A1/82 de 29 de outubro do Conselho da Revolução. *Diário da República n.º 251/1982, 5º Suplemento, Série I* de 1982-10-29, 3598 (67) – 3598 (68). Acedido a 25 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/243440>.
- Decreto-Lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro dos Ministérios das Finanças e do Plano e da Reforma Administrativa. *Diário da República: I série*, n.º 46/1983 de 1983-02-

- 25, 631 - 642. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Decreto-Lei n.º 295/84 de 31 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios da Administração Interna e das Finanças e do Plano. *Diário da República: I série*, n.º 202/1984, de 1984-08-31. Acedido a 29 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/311397/details/normal?l=1>.
- Decreto-Lei n.º 57/86 de 20 de março do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série*, n.º 66/1986 de 1986-03-20, 669 - 671. Acedido a 3 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/196885/details/normal?filterEnd=1986-12-31&sort=whenSearchable&filterStart=1986-01-01&sortOrder=ASC&q=1986&fq=1986&perPage=50>.
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde. *Diário da República: série I-A*, n.º 12/1993 de 1993-01-15, 129 - 134. Acedido a 27 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/586006/details/normal?l=1>.
- Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: série I-A*, n.º 271/1999 de 1999-11-20, 8241 - 8256. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/643282/details/normal?l=1>.
- Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de setembro do Ministério da Administração Interna. *Diário da República: série I-A*, n.º 181/2005 de 2005-09-20, 5613 - 5618. Acedido a 24 de ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/150711/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro do Ministério da Defesa Nacional. *Diário da República: série I-A*, n.º 184/2005 de 2005-09-23, 5694 - 5697. Acedido a 24 de ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/147854/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro do Ministério das Finanças e da Administração Pública. *Diário da República: Série I-A*, n.º 250/2005 de 2005-12-30, 7400 - 7412. Acedido a 24 de ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/473499/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, do Ministério das Finanças. *Diário da República: série I*, n.º 145/2013 de 2013-07-30, 4487 - 4488. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/498702/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, Ministério da Saúde. *Diário da República: Série I*, n.º 195/2013 de 2013-10-09, 6068 - 6071. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500051/details/maximized>.

- Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio, do Ministério da Defesa Nacional. *Diário da República: série I*, n.º 94/2015 de 2015-05-15, 2518 - 2521. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/67212152/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto do Ministério das Finanças. *Diário da República: Série I*, n.º 153/2015 de 2015-08-07, 5505 - 5507. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/69968709/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto do Ministério da Saúde. *Diário da República: série I*, n.º 153/2015 de 2015-08-07, 5513 - 5516. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/69968712/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 243/2015, de 19 de outubro do Ministério da Administração Interna. *Diário da República: série I*, n.º 204/2015 de 2015-10-19, 9054 - 9086. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/70737912/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro do Ministério da Saúde. *Diário da República: Série I*, n.º 6/2017 de 2017-01-09, 328 - 332. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/105726273/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 109-A/2020, de 31 de dezembro da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: Série I*, n.º 253/2020, 3º Suplemento de 2020-12-31, 171-(2) a 171-(3). Acedido a 02 de fev. 2021. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/152637760/details/maximized>.
- Defesa, M. d. (2020). *Como foi edificada a "Defesa 2020"*. Lisboa: Ministério da Defesa.
- DGS. (26 de 09 de 2020). *Direção Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/apresentacao6.aspx>.
- DKV, Seguros (s.d.). Obtido de <https://dkvseguros.com/mutualistas/muface/serviciosprovinciales/muface-seguridad-social>.
- DSAD. (2017). *Relatório Anual do Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública*. Lisboa: Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública.
- DSAD. (2017). *Relatório Anual do Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública*. Lisboa: Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública. pp. 10 -17.
- Elizabeth Reis, Paulo Melo, Rosa Andrade e Teresa Calapez (2019). *Estatística Aplicada - Vol. 2*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Essays, U. (10 de 2018). *Employee Motivation in Tourism Industry*. Obtido de <https://www.ukessays.com/essays/business/employee-motivation.php>.

- Fernandes, H. M. (07 de 2013). *Comprometimento Organizacional, Autocriticismo e Autocompaixão na PSP*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos.
- Finanças, M. d. (2011). *Governo de Portugal*. Obtido de O Ministério das Finanças e os Memorandos.: <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/mf/o-ministerio-e-os-memorandos/o-ministerio-das-financas-e-os-memorandos.aspx>.
- Ganta, V. C. (2014.). *Motivation in the Workplace to improve the employee performance*. International Journal of Engineering Technology, Management and Applied Sciences., pp. 221-229.
- International Business Machines Corporation, IBM. (2021). *IBM documentation*. Obtido de Copyright IBM Corporation: <https://www.ibm.com/docs/en/cognos-analytics/11.1.0?topic=terms-cramrs-v>.
- Jex, S. M., & Britt, T. W. (2008). *Organizational Psychology: a scientist-Practitioner approach*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ke, J., Zhou, J., & Zhu, W. (5 de 4 de 2019). *The Impact of Police Work-Family Conflict on Turnover Intentions: The Roles of Organizational Support and Job Burnout*. pp. 1-12.
- Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 144/1979, 2º Suplemento de 1979-06-25, 1390- (34) a 1390- (49). Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/432746>.
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 214/1979 de 1979-09-15, 2357 - 2363. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>.
- Lei n.º 5/99, de 27 de janeiro da Assembleia da República. *Diário da República: Série I-A*, n.º 22/1999 de 1999-01-27, 443 - 465. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/180022/details/maximized>.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 195/1990 de 1990-08-24, 3452 - 3459. Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>.
- Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 249/2006, 4º Suplemento de 2006-12-29, 8626- (390) a 8626- (393). Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/197491/details/maximized>.

- Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 11/2007 de 2007-01-16, 345 - 356. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/522781/details/maximized>.
- Lei n.º 53/2007 de 31 de agosto de 2007. *Diário da República: série I*, n.º 168/2007 de 2007-08-31, 6065 - 6074. Acedido a 17 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/641142/details/maximized>.
- Lei n.º 4/2009, de 29 de janeiro da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 20/2009 de 2009-01-29, 598 - 602. Acedido a 27 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/601976/details/maximized>.
- Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 30/2009 de 2009-02-12, 926 - 1029. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/602073/details/maximized>.
- Lei n.º 30/2014, de 19 de maio da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 95/2014 de 2014-05-19, 2881 - 2881. Acedido a 11 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25343710/details/maximized>.
- Lei n.º 82-B/2014 de 31 de dezembro da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 252/2014, 1º Suplemento de 2014-12-31, 6546-(74) a 6546-(310). Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66016527/details/maximized>.
- Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 62/2016, 1º Suplemento de 2016-03-30, 1096-(2) a 1096-(244). Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em [https://dre.pt/home/-/dre/73958532/details/maximized?p\\_auth=iVYRHhW3](https://dre.pt/home/-/dre/73958532/details/maximized?p_auth=iVYRHhW3).
- Lei n.º 20/2016 de 15 de julho da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 135/2016 de 2016-07-15, 2211 - 2211. Acedido a 11 de out. 2020. Disponível em [https://dre.pt/home/-/dre/74953314/details/maximized?p\\_auth=BI046Trf](https://dre.pt/home/-/dre/74953314/details/maximized?p_auth=BI046Trf).
- Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 248/2016 de 2016-12-28, 4875 - 5107. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/105637672/details/maximized>.
- Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro da Assembleia da República. *Diário da República: Série I*, n.º 249/2017 de 2017-12-29, 6768 - 7010. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114425586/details/maximized>.

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 169/2019 de 2019-09-04, 55 - 66. Acedido a 27 set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>.
- Lei n.º 2/2020, de 31 de março da Assembleia da República. *Diário da República: série I*, n.º 64/2020 de 2020-03-31, 2 - 336. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/130893436/details/maximized>.
- Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio de la Jefatura del Estado. *Boletín Oficial del Estado*: núm. 180, de 29/07/2015. Acedido a 11 set. 2020. Disponível em <https://www.boe.es>.
- Lei Orgânica n.º 3/2001, de 29 de agosto da Assembleia da República. *Diário da República: Série I-A*, n.º 200/2001 de 2001-08-29, 5548 - 5549. Acedido a 27 de set. 2020. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/631605/details/normal?l=1>.
- Lima, M. L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1988). *Os Determinantes da Satisfação Organizacional: Confrontos de modelos*. Análise Psicológica. pp. 441-457.
- Lopes, M. F. (11 de 05 de 2020). *Análise da satisfação dos beneficiários dos Serviços Sociais da Polícia de Segurança Pública*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa. Obtido de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32972/1/155889\\_Lopes\\_An%C3%A1lise%20da%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20benefici%C3%A1rios%20dos%20Servi%C3%A7os%20Sociais%20da%20Pol%C3%ADcia%20de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32972/1/155889_Lopes_An%C3%A1lise%20da%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20benefici%C3%A1rios%20dos%20Servi%C3%A7os%20Sociais%20da%20Pol%C3%ADcia%20de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf).
- Lopes, M. F. (11 de 05 de 2020). *Análise da satisfação dos beneficiários dos Serviços Sociais da Polícia de Segurança Pública*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa. Obtido de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32972/1/155889\\_Lopes\\_An%C3%A1lise%20da%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20benefici%C3%A1rios%20dos%20Servi%C3%A7os%20Sociais%20da%20Pol%C3%ADcia%20de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32972/1/155889_Lopes_An%C3%A1lise%20da%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20benefici%C3%A1rios%20dos%20Servi%C3%A7os%20Sociais%20da%20Pol%C3%ADcia%20de%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf). pp. 1 - 40.
- Lourenço, A. (09 de 04 de 2018). Obtido de Just News: <https://justnews.pt/artigos/um-hospital-pblico-com-gesto-descentralizada-e-participada#>.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo - Brasil: Atlas.



- Marconi, M., & Lakatos, E. (2018). *Técnicas de pesquisa* (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2018). *Técnicas de pesquisa* (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas. pp. 53-94.
- Memorando. (03 de 05 de 2011). *Portugal: Memorando de entendimento sobre condicionalismos específicos de política económica*. Fundo Monetário Internacional. Obtido de:  
[https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou\\_pt.pdf](https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf).
- Memorando. (03 de 05 de 2011). *Portugal: Memorando de entendimento sobre condicionalismos específicos de política económica*. Fundo Monetário Internacional. Obtido de:  
[https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou\\_pt.pdf](https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf). p. 17.
- Mendonça, A. (2017). *O papel da avaliação de desempenho na motivação dos agentes da PSP*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa. Obtido de  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19931/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oFinal%C3%ADssima.pdf>.
- Miguel, L. F., Poiares, P. M., Gonçalves, A. F., & Fernandes, I. G. (2019). *Relatório de Atividades 2019*. Lisboa: Divisão de Planeamento Estratégico e Relações Internacionais da Guarda Nacional Republicana.
- Mineiro, S. (2013). *Motivação, comunicação e liderança: Caso da Polícia de Segurança Pública Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Lisboa. Obtido de  
<http://hdl.handle.net/10400.21/3502>.
- Mineiro, S. (2013). *Motivação, comunicação e liderança: Caso da Polícia de Segurança Pública Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Lisboa. Obtido de  
<http://hdl.handle.net/10400.21/3502>. p. 78.
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2017). *Constituição Portuguesa Anotada*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2017). *Constituição Portuguesa Anotada*. Lisboa: Universidade Católica Editora. pp. 945 – 950.
- MUFACE. (s.d.). Obtido de  
[https://www.muface.es/muface\\_Home/muface/quienesSomos.html](https://www.muface.es/muface_Home/muface/quienesSomos.html).

- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J., Pimenta, C., & Pimenta, F. (2015). *Introdução à Estatística*. Lisboa: Escolar Editora.
- Oliveira, A. J. (08 de 2012). *Satisfação dos Utentes numa Unidade de Saúde do Interior*. Lisboa: ISCTE.
- Oliveira, J. A. (22 de 04 de 2016). *O sistema de recompensas da PSP como fator de (des)motivação*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa. Obtido de Repositório Comum: O sistema de recompensas da PSP como fator de (des)motivação (rcaap.pt).
- Oliveira, J. A. (22 de 04 de 2016). *O sistema de recompensas da PSP como fator de (des)motivação*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa. Obtido de Repositório Comum: O sistema de recompensas da PSP como fator de (des)motivação (rcaap.pt). p. 36.
- Oliveira, J. F., Amaral, M., & Afonso, J. (2014). *Um Subsistema de Assistência na Doença (SAD), na Polícia de Segurança Pública, autossustentável e promotor de qualidade de vida dos Polícias*. . Lisboa: Departamento de Saúde e Assistência na Doença.
- Oliveira, J. F., Amaral, M., & Afonso, J. (2014). *Um Subsistema de Assistência na Doença (SAD), na Polícia de Segurança Pública, autossustentável e promotor de qualidade de vida dos Polícias*. . Lisboa: Departamento de Saúde e Assistência na Doença. pp. 6 - 33.
- Pereira, J. L., Roma, J. F., & Ferreira, F. G. (2013). *Relatório de Atividades 2013*. Lisboa : Divisão de Planeamento Estratégico e Relações Internacionais da Guarda Nacional Republicana.
- Portaria n.º 17788, de 4 de julho de 1960 do Ministério do Interior - Comando-Geral da Polícia de Segurança Pública. Diário do Governo n.º 153/1960, Série I de 1960-07-04. Acedido a 07 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria 67/75, de 4 de fevereiro do Conselho dos Chefes dos Estados-Maiores das Forças Armadas - Gabinete do Chefe do Estado-Maior da Armada. Diário do Governo n.º 29/1975, 1º Suplemento, Série I de 1975-02-04. Acedido a 25 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 555/78, de 15 de setembro do Ministério das Finanças e do Plano e da Administração Interna. Diário da República: série I, n.º 213/1978, de 1978-09-15. Acedido a 11 de set. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 720/93 de 6 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I-

- B, n.º 183/1993, de 1993-08-06. Acedido a 11 de set. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República: série I-B, n.º 113/2006, de 2006-06-12. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 284/2007, de 12 de março do Ministério da Defesa Nacional - Gabinete do Ministro. Diário da República: Série II, n.º 50/2007, de 2007-03-12. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 1396/2007, de 25 de outubro do Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Diário da República: Série I, n.º 206/2007, de 2007-10-25. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 1620/2007 de 26 de dezembro dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Administração Interna. Diário da República: série I, n.º 248/2007, de 2007-12-26. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 383/2008, de 29 de maio do Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Administração Interna. Diário da República: Série I, n.º 103/2008, de 2008-05-29. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 283/2012 de 18 de setembro dos Ministérios das Finanças e da Administração Interna. Diário da República: Série I, n.º 181/2012, de 2012-09-18. Acedido a 19 out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portaria n.º 691/2015, de 16 de setembro, dos Ministérios das Finanças e da Administração Interna - Gabinetes das Ministras de Estado e das Finanças e da Administração Interna. Diário da República: série II, n.º 181/2015, de 2015-09-16. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Portugal, B. d. (s.d.). Obtido de <https://www.bportugal.pt/page/programa-de-assistencia-economica-e-financeira>.
- PSP, S. S. (18 de 08 de 2020). Obtido de <https://www.sspsp.pt/institucional/historia.html>.
- PSP. (s.d.). *Polícia de Segurança Pública*. Obtido de [https://www.psp.pt/Documents/Organigrama/Organigrama\\_PSP.pdf](https://www.psp.pt/Documents/Organigrama/Organigrama_PSP.pdf).
- Raposo, J. (2006). *Direito Policial* (Vol. Tomo I). Coimbra: Almedina.
- Real Decreto 375/2003, de 28 del marzo del Ministerio de Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado*: núm. 87, de 11/04/2003. Acedido a 11 set. 2020. Disponível em <https://www.boe.es>.

- Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro, do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, n.º 15/2015, de 2015-01-22. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho de 2005, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I-B, n.º 120/2005, de 2005-06-24. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I, n.º 15/2015, de 2015-01-22. Acedido a 20 de out. 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Rožman, M., Treven, S., & Čančer, V. (11 de 03 de 2017). *Motivation and Satisfaction of Employees in the Workplace*. pp. Vol. 8, No. 2, pp. 14-25.
- Santo, P. (2010). *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Sílabo.
- Santo, P. (2010). *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Sílabo. pp. 35 – 37.
- Santos, B. (30 de 11 de 2012). *Satisfação no Trabalho: O caso de um Banco*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal: Obtido de Repositório Comum: Satisfação no trabalho: o caso de um banco ([rcaap.pt](http://rcaap.pt)) .
- Santos, M. M. (2016). *Assistência na doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – Que Futuro?* Trabalho de Investigação Individual do CEMC 2015/2016, Instituto Universitário Militar, Pedrouços: Obtido de Repositório Comum: Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – Que futuro? ([rcaap.pt](http://rcaap.pt)). p. 1.
- SNS (18 de 07 de 2018).  
Obtido de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/18/literacia-em-saude-4>.
- Silva, S. N. (2009). *Os seguros de saúde privados no contexto do Sistema de Saúde Português*. Lisboa: Associação Portuguesa de Seguradores.
- STJ. (17 de 03 de 2004). *Direção Geral dos Serviços de Informática*. Obtido de <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/0/422c116f7367331080256fcd004baf38?OpenDocument>.
- Webster, A. (2006). *Estatística Aplicada à Administração e Economia*. (M. Oliva, & H. Castro, Trans.) São Paulo - Brasil: McGraw-Hill.
- Wiley, C. (05 de 1997). *What motivates employees according to over 40 years of motivation surveys*. Tennessee, EUA: University of Tennessee at Chattanooga.

# **Anexo**

## Anexo 1 – Organograma do SNS

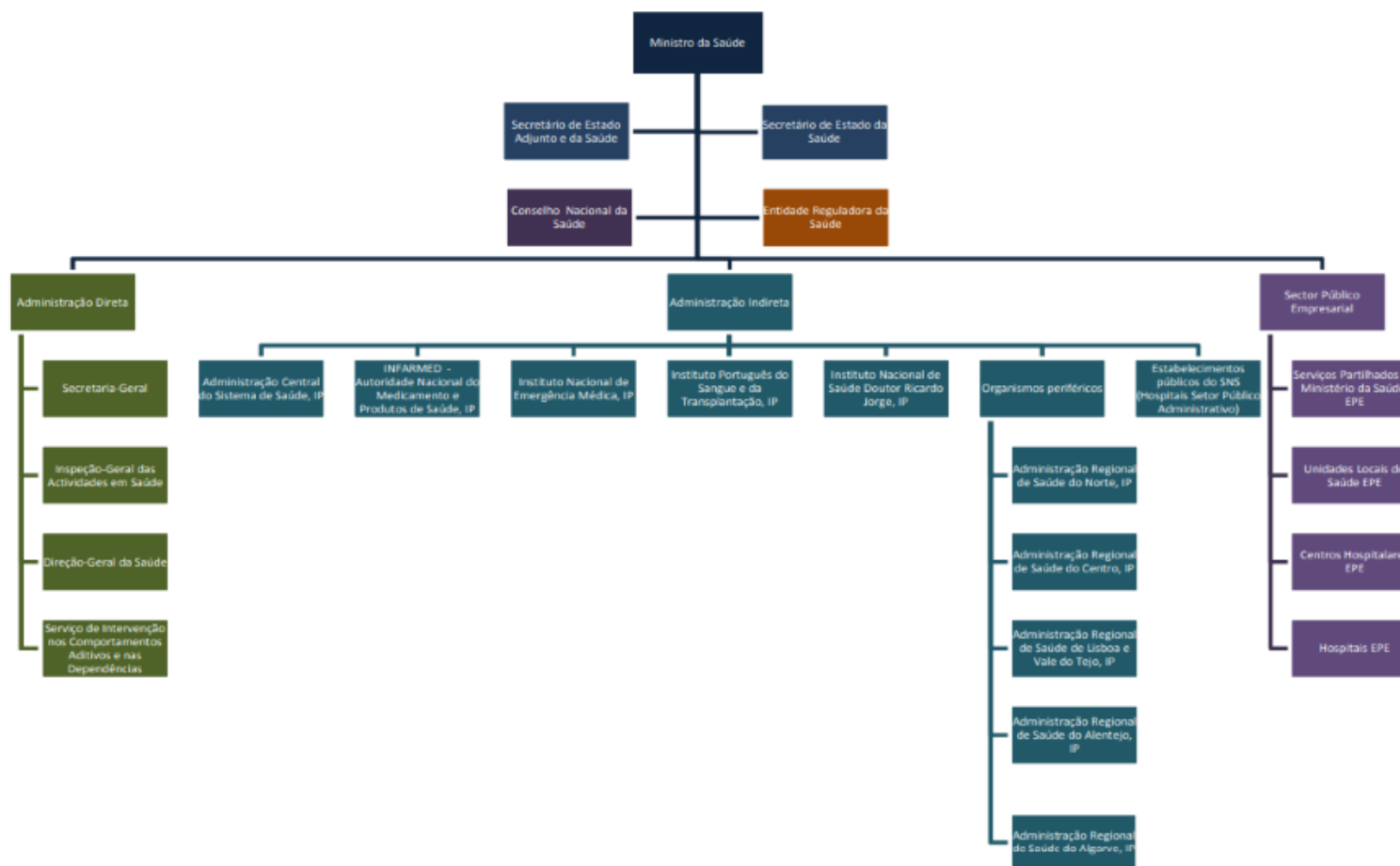


Figura 2. *Organograma do SNS*. Adaptado de: SNS, 2021. Obtido de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS29012016.pdf>.

## Anexo 2 – Organograma do DSAD com a evidência para a DAD

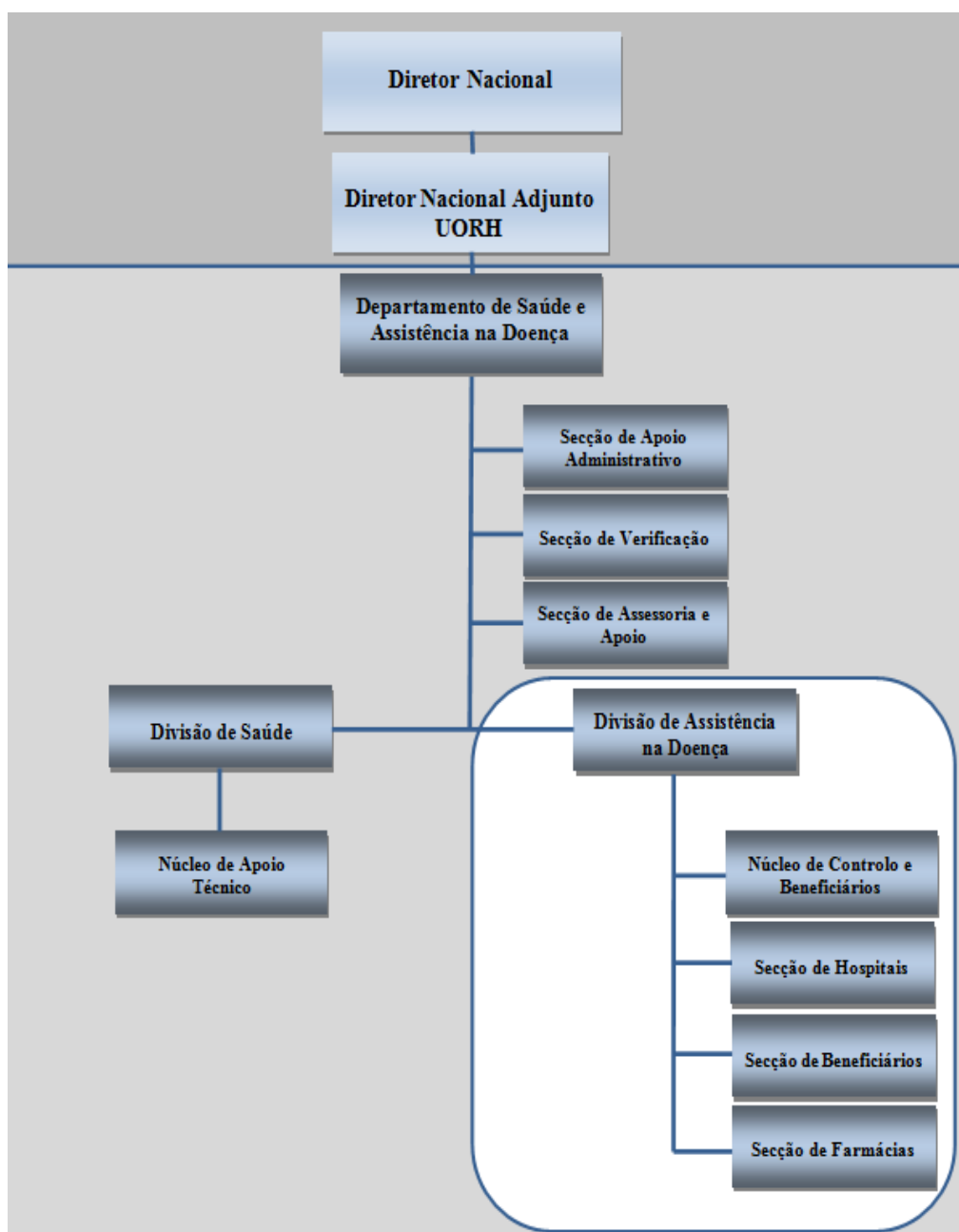


Figura 3. Organograma do DSAD. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: *Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39)*.

### Anexo 3 – Beneficiários do SAD/PSP em jan2020

Tabela 40. Beneficiários do SAD/PSP em jan2020. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).

Beneficiários		Número
Beneficiários titulares	Polícias no ativo, pré-aposentação, aposentação e formandos para ingresso na PSP.	36.256
Beneficiários Familiares Equiparados ou	Cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto.	12.522
	Descendentes ou equiparados	19.229
	Ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular	53
	Descendentes ou equiparados tutelados (judicial ou administrativa)	44
Beneficiários Extraordinários	Cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto (trabalhadores e pensionistas do setor público)	513
Beneficiários Associados	Cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto (trabalhadores e pensionistas do setor privado)	6.544
<b>TOTAL</b>		<b>75.161</b>

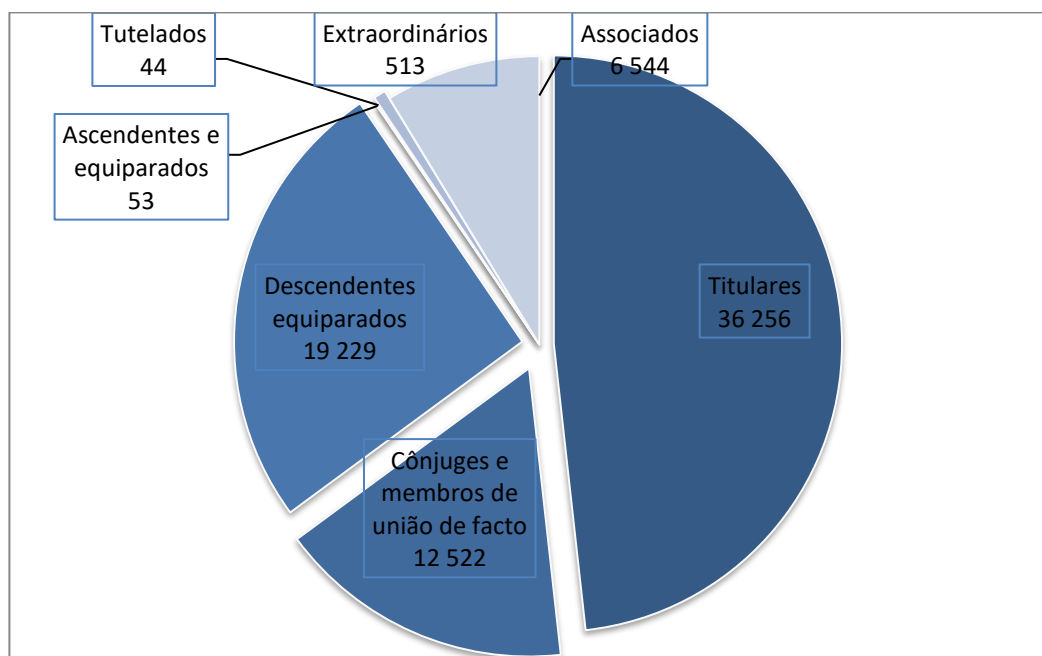


Figura 4. Beneficiários do SAD/PSP. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).



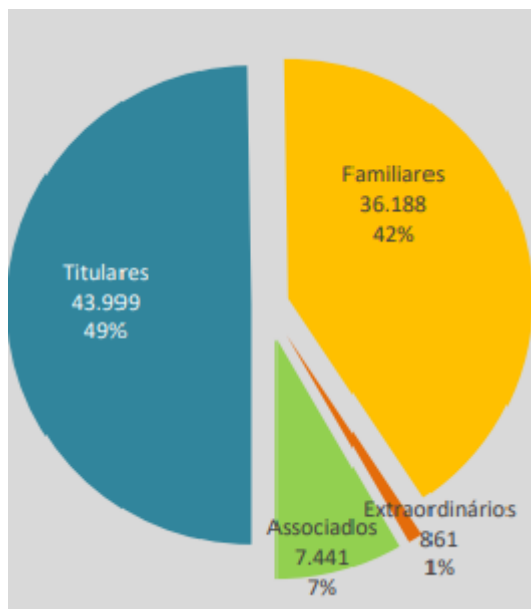
## Anexo 4 – Evolução dos Orçamentos do SAD/PSP entre 2012 e 2019: receitas

Tabela 41

*Evolução das fontes de financiamento do SAD/PSP. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).*

EVOLUÇÃO DE FONTES DE FINANCIAMENTO									
FONTES DE FINANCIAMENTO	SAD/PSP								Evolução
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Receitas Próprias - Descostos dos Beneficiários	9.521.132 €	15.039.561 €	22.217.512 €	24.701.340 €	26.963.219 €	27.281.046 €	27.662.197 €	28.447.949 €	
Receitas Gerais - Orçamento de Estado	34.806.867 €	24.855.811 €	9.500.317 €	- €	- €	- €	- €	- €	
<b>TOTAL</b>	<b>44.327.999 €</b>	<b>39.895.372 €</b>	<b>31.717.829 €</b>	<b>24.701.340 €</b>	<b>26.963.219 €</b>	<b>27.281.046 €</b>	<b>27.662.197 €</b>	<b>28.447.949 €</b>	
<b>PROPORÇÃO DESC. BENEFICIÁRIOS FACE AO TOTAL</b>	<b>21%</b>	<b>38%</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

## Anexo 5 – Beneficiários do SAD/GNR em 2019



*Figura 5. Beneficiários do SAD/GNR em 2019. Adaptado de: Relatório de Atividades 2019. Obtido de: [https://www.gnr.pt/IG\\_Principal.aspx](https://www.gnr.pt/IG_Principal.aspx).*

## Anexo 6 – Identificação dos Stakeholders

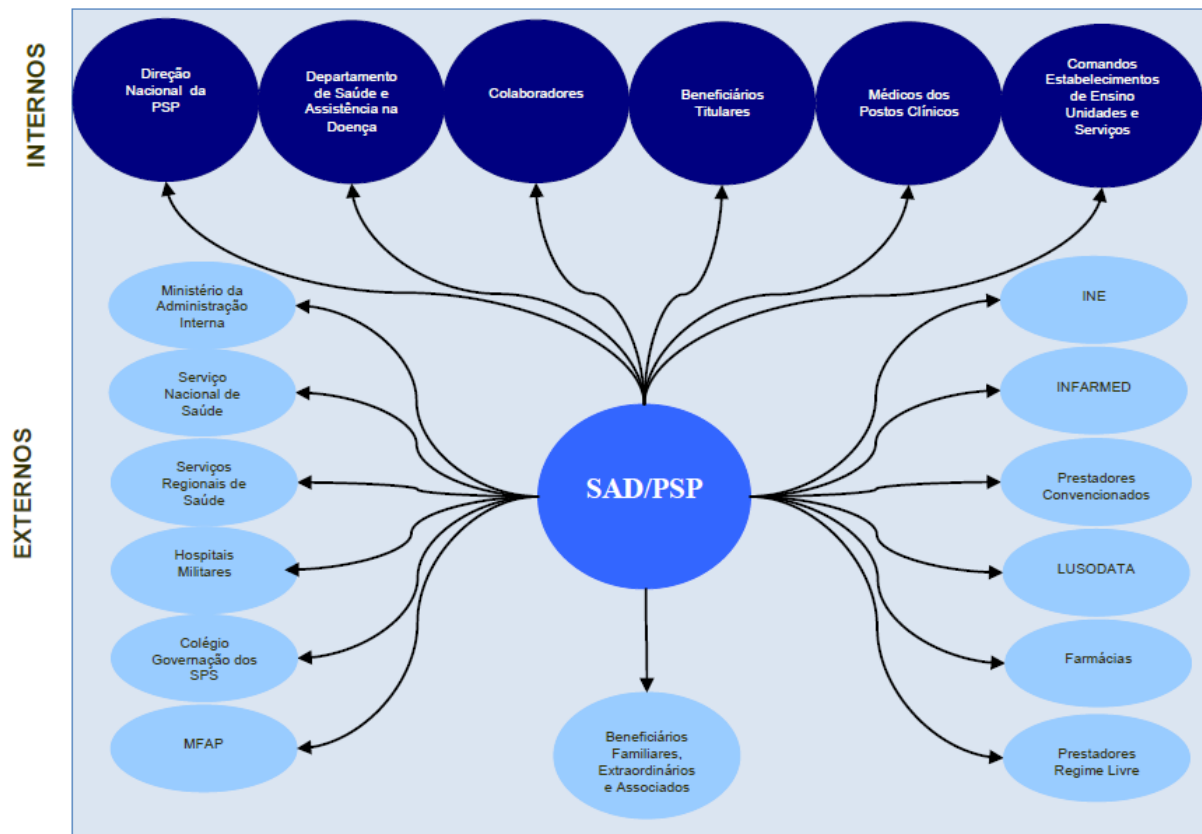


Figura 6. Stakeholders. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: *Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop* (pp. 1 – 39).

## Anexo 7 – Evolução dos Orçamentos do SAD/PSP entre 2012 e 2019: despesa

CLASSIFICAÇÃO ECONÓMICA		EVOLUÇÃO DA DESPESA								Evolução	
		SAD/PSP									
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Despesas Financiadas por Receitas Próprias - Descontos dos Beneficiários	01.03.01- Encargos com a Saúde	31.044.687 €	22.365.870 €	14.438.786 €	19.619.814 €	21.499.869 €	22.224.423 €	21.885.933 €	22.589.257 €		
	01.03.02 - Outros Encargos com a Saúde	3.762.180 €	2.489.940 €	4.232.795 €	4.881.209 €	5.463.020 €	5.056.622 €	5.770.335 €	5.695.301 €		
	04.03.05 - Transferências Correntes - SFA	- €	- €	3.000.000 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	
	Subtotal	34.806.867 €	24.855.811 €	21.671.581 €	24.501.023 €	26.962.889 €	27.281.045 €	27.656.268 €	28.284.558 €		
Despesas Financiadas por Receitas Gerais - Orçamento de Estado	01.03.01- Encargos com a Saúde	8.627.835 €	6.998.369 €	4.400.161 €	- €	- €	- €	- €	- €		
	01.03.02 - Outros Encargos com a Saúde	535.253 €	2.158.895 €	349.998 €	- €	- €	- €	- €	- €		
	04.03.05 - Transferências Correntes - SFA	- €	4.391.112 €	4.750.158 €	- €	- €	- €	- €	- €		
	Subtotal	9.163.088 €	13.548.377 €	9.500.317 €	- €	- €	- €	- €	- €		
<b>TOTAL</b>	<b>43.969.954 €</b>	<b>38.404.187 €</b>	<b>31.171.897 €</b>	<b>24.501.023 €</b>	<b>26.962.889 €</b>	<b>27.281.045 €</b>	<b>27.656.268 €</b>	<b>28.284.558 €</b>			

Figura 7. Evolução da despesa do SAD/PSP. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop (pp. 1 – 39).



## Anexo 9 – Formulário de inscrição dos beneficiários associados



 Rua Francisco Pedro Curado, Edifício da PSP 1170-139 LISBOA ☎: 21 811 32 05 *☎: 21 811 32 06 ✉: sad.cartoes@psp.pt	S  R MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DIREÇÃO NACIONAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENÚNCIA DE BENEFICIÁRIO ASSOCIADO	MSAD VI Reservado ao DSAD Despacho
<b>1 BENEFICIÁRIO(A) SAD Nº:</b> _____ <b>COMANDO:</b> _____ <b>NOME COMPLETO:</b> _____ <b>SITUAÇÃO:</b> ATIVO <input type="checkbox"/> PRÉ-APOSENTADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> <b>MORADA:</b> _____ <b>COD. POSTAL:</b> _____ <b>LOCALIDADE:</b> _____ <b>TELEF/TELEM:</b> _____ <b>EMAIL:</b> _____		
<b>2 BENEFICIÁRIO ASSOCIADO</b> <b>NOME COMPLETO:</b> _____ <b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ____-____-____ <b>TELEF/TELEM:</b> _____ <b>ESTADO CIVIL:</b> CASADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO DE FACTO <input type="checkbox"/> VIUVO(A) <input type="checkbox"/> <b>Nº B.I./C.C.</b> _____ <b>VALIDADE</b> ____-____-____ <b>NIF:</b> _____ <b>Nº UTENTE DO S.N.S.</b> _____ <b>Nº SEGURANÇA SOCIAL:</b> _____		
<b>3 ELEMENTOS ADICIONAIS</b> a) É beneficiário familiar do SAD/PSP ou beneficiário titular de outro Subsistema Público de Assistência na Doença? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, qual? _____ b) Renunciou à qualidade de beneficiário titular de outro Subsistema Público de Assistência na Doença? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> c) Possui vínculo de emprego público? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, qual? _____ d) Exerce atividade remunerada ou tributável? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo é: <sup>1</sup> T.C.O. <input type="checkbox"/> Empresa/Organismo: _____ NIF: _____ <sup>2</sup> T.L. <input type="checkbox"/> Atividade: _____ OUTRA <input type="checkbox"/> Qual? _____ e) Encontra-se abrangido(a) por Regime de Proteção Social? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, qual? _____ f) Cônjuge sobrevivente ou unido de facto sobrevivente recebe pensão de viuvez? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> g) Cônjuge sobrevivente ou unido de facto sobrevivente recebe pensão de sobrevivência? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo indique: Nº pensionista da Caixa Geral de Aposentação _____ Ou Nº pensionista do Centro Nacional de Pensões/S.S. _____ <small><sup>1</sup> Trabalhador (a) por conta de outrem    <sup>2</sup> Trabalhador (a) Independente</small>		
<b>4 Só se aplica e só deve ser preenchido em caso de renúncia da condição de beneficiário associado</b> Renúncia da qualidade de beneficiário associado <input type="checkbox"/> Perda da qualidade de beneficiário associado <input type="checkbox"/> Motivo: _____		
Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular _____ _____ , de de 20	Assinatura do(a) Beneficiário(a) Associado(a) _____ _____ , de de 20	
Reservado ao Comando/Unidade/Serviço/Estabelecimento de Ensino/Validado por: _____ (Nome e Número) _____ (Posto/Categoria) , de de 20	Reservado ao DSAD/Validado por: _____ (Nome e Número) _____ (Posto/Categoria) , de de 20	

Figura 9. Formulário de inscrição dos beneficiários associados. Adaptado de: Afonso, 2020. Obtido de: *Workshop sobre SAD/PSP, atas de workshop* (pp. 1 – 39).



## Anexo 10 – Autorização para utilização do Despacho 20/GDN/2009 para fins bibliográficos

**POLÍCIA SEGURANÇA PÚBLICA**  
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS POLICIAIS E SEGURANÇA INTERNA  
DIRECÇÃO DE ENSINO  
SECRETARIA ESCOLAR



Exmo. Senhor  
Diretor Nacional Adjunto/Unidade Orgânica de  
Recursos Humanos  
(Departamento de Formação)  
DN/PSP Largo da Penha de França, N.1  
1199-010 LISBOA

Sua Referência:  
Sua Comunicação:  
Nossa Referência: 66/SECDE/2021  
Classificador: 080.01.10  
Processo: SECDE20200002ASP  
Data: 2021-02-23

*Autorizado a consulta de acordo  
com a natureza do documento.*  
02-03-2021

Diretor Nacional Adjunto  
Recursos Humanos

Assunto: PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM TRABALHO DE DISSERTAÇÃO INTEGRADO EM CIÊNCIAS POLICIAIS


Abílio Pinto Vieira  
Superintendente-Chefe

1. O Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais (CMICP), no 5.º ano - Estágio, compreende a elaboração de uma dissertação/trabalho de projeto que deverá, obrigatoriamente, incidir sobre um tema das áreas científicas de ciências policiais, ciências jurídicas e ciências sociais e humanas.
2. O Aspirante a Oficial de Polícia Tiago Miguel Luzio Cordeiro irá realizar o seu estudo numa daquelas áreas científicas, subordinado ao tema "Análise da satisfação dos Beneficiários dos Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública", sob orientação científica do Prof. Doutor Nuno Venes e do Prof. Doutor João Afonso.
3. Deste modo, solicita-se a V.ª Ex.ª autorização para aceder, consultar e fazer referência ao Despacho n.º20/GDN/2009.
4. A informação obtida contribuirá, de forma decisiva, para a redação de um capítulo da dissertação.
5. Mais se informa V.ª Ex.ª de que o Aspirante a Oficial de Polícia Tiago Cordeiro se compromete a utilizar os resultados obtidos apenas no âmbito da dissertação em questão.

O Diretor  
  
José Carlos Bastos Leitão  
Superintendente

**Anexo 11 – Autorização para disponibilizar o questionário de satisfação aos beneficiários do SAD/PSP**

**POLÍCIA SEGURANÇA PÚBLICA**  
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS POLICIAIS E SEGURANÇA INTERNA  
DIRECÇÃO DE ENSINO  
SECRETARIA ESCOLAR



Exmo. Senhor  
Diretor Nacional Adjunto/Unidade Orgânica de  
Recursos Humanos  
(Departamento de Formação)  
DN/PSP Largo da Penha de França, N.1  
1199-010 LISBOA


Sua Referência:  
Sua Comunicação:  
Nossa Referência: 38/SECDE/2021  
Classificador: 080.01.10  
Processo: SECDE202000002ASP  
Data: 2021-01-26

*Autorização e disponibilização de formulário  
aos beneficiários titulares de curso electrónico  
institucional para participação a título voluntário.*  
28.11.2021

Diretor Nacional Adjunto  
Recursos Humanos  
Abílio Pinto Vieira  
Superintendente-Chefe

**Assunto: PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM TRABALHO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS POLICIAIS**

1. O Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais (CMICP), no 5.º ano - Estágio, compreende a elaboração de uma dissertação/trabalho de projeto que deverá, obrigatoriamente, incidir sobre um tema das áreas científicas de ciências policiais, ciências jurídicas e ciências sociais e humanas.
2. O Aspirante a Oficial de Polícia Tiago Miguel Luzio Cordeiro irá realizar o seu estudo numa daquelas áreas científicas, subordinado ao tema "Análise da satisfação dos Beneficiários dos Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública", sob orientação científica do Prof. Doutor Nuno Venes e do Prof. Doutor João Afonso.
3. Deste modo, solicita-se a V.ª Ex.ª autorização para a aplicação de um questionário de satisfação aos beneficiários do SAD/PSP, conforme se anexa.
4. A informação obtida contribuirá, de forma decisiva, para a redação de um capítulo da dissertação.
5. Mais se informa V.ª Ex.ª de que o Aspirante a Oficial de Polícia Tiago Cordeiro se compromete a utilizar os resultados obtidos apenas no âmbito da dissertação em questão.

O Diretor  
  
José Carlos Bastos Leitão  
Superintendente

## Anexo 12 – Interpretação sobre a escala medida pelo V de Cramér.

Tabela 42

*Interpretação sobre a escala medida pelo V de Cramér.* Adaptado de: IBM, 2021. Obtido de: <https://www.ibm.com/docs/en/cognos-analytics/11.1.0?topic=terms-cramrs-v>.

Interpretation of effect size.	
Effect Size	Interpretation
$ES \leq 0,2$	The result is weak. Although the result is statistically significant, the fields are only weakly associated.
$0,2 \leq ES \leq 0,6$	The result is moderate. The fields are moderately associated.
$ES > 0,6$	The result is strong. The fields are strongly associated.



# Apêndices

## Apêndice 1 – Análise estatística secundária: conhecimento, utilização e sugestões acerca do SAD/PSP.

A questões que seguidamente serão analisadas, destinaram-se essencialmente a aferir o conhecimento sobre o que é o SAD/PSP e o que este coloca ao dispor dos seus beneficiários, o nível de utilização dos seus serviços e as principais sugestões de serviços a disponibilizar/reforçar.

As perguntas 9, 16, 19 e 24 (figura 10) eram opcionais e semelhantes para todos os diferentes tipos de beneficiários. Estas procuraram averiguar se os inquiridos já tinham alguma vez assistido a uma sessão de esclarecimentos sobre o SAD/PSP, ao que 6% (n=145) responderam “sim” e 94% (2460) responderam “não”. Esta pergunta era opcional, tendo-se contado 2605 respostas.

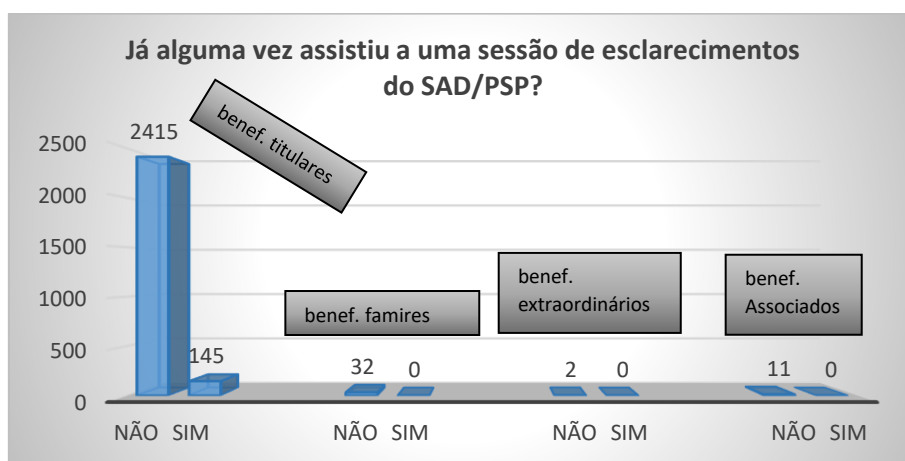


Figura 10. Perguntas 9, 16, 19 e 24 - Sessão de esclarecimentos sobre o SAD/PSP.

As perguntas 10, 17, 20 e 25 (figura 11) também eram semelhantes e de carácter opcional, para todos os beneficiários. Estas pretendiam aferir a consulta do Portal social, no que respeita à sua área de acordos, participações e restantes serviços.

Nesta situação, responderam um total de 2598 beneficiários, entre os quais 10% (n=274) responderam “não” e 90% (n=2324) responderam “sim”.

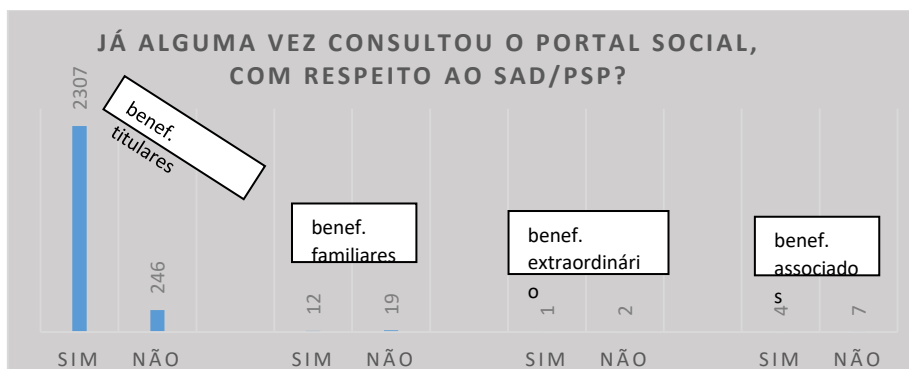


Figura 11. Perguntas 10, 17, 20 e 25 - Consulta do Portal Social por parte dos beneficiários

A pergunta 15 (figura 12) era obrigatória e específica para os beneficiários familiares, indagando sobre o grau de parentesco destes, com os beneficiários titulares.

Responderam a este inquérito 32 beneficiários familiares no total, entre eles 22 Conjugues ou pessoas em união de facto com beneficiários titulares e 10 descendentes ou equiparados.

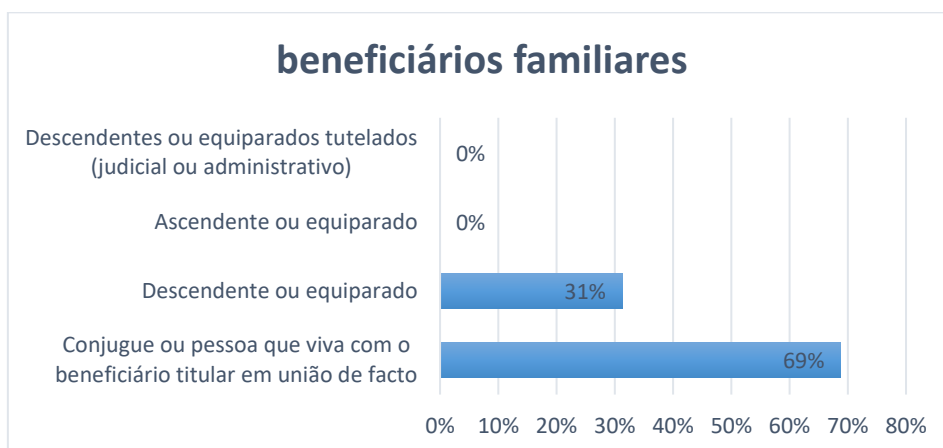


Figura 12. Grau de parentesco com os beneficiários titulares.

A questão 29 (figura 13) era uma questão obrigatória e tentou perceber junto dos beneficiários, qual era o seu grau de conhecimento acerca das competências da Divisão de Assistência na Doença, nomeadamente, o SAD/PSP.

Das diversas possibilidades de resposta que existiam (cerca de 25, sem prejuízo do acréscimo dado por opiniões pessoais), somente 17% dos 2618 beneficiários que responderam ao inquérito, foram assertivos sobre as competências do subsistema (assistência na doença), sendo que a maior percentagem (18,3%) referiu que estas assentavam na assistência na doença e em serviços de saúde (esta última, da competência da Divisão de saúde). Com a aplicação do teste de Qui-quadrado calculou-se um valor de  $X^2=60318,72$  e

um  $p\text{-value} = 0,0$ , o que permite concluir com um nível de significância inferior a 0,01 que uma grande parte dos beneficiários recorre maioritariamente a estes serviços.

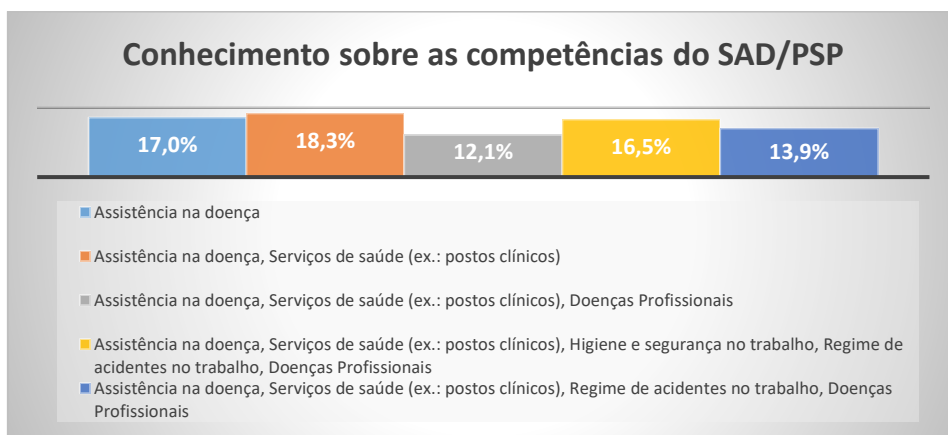


Figura 13. Conhecimento sobre as competências do SAD/PSP.

A questão 30 (figura 14), também obrigatória, procurou obter uma noção acerca do tipo de prestadores de cuidados médicos convencionados mais recorridos. Das 2618 respostas dadas, as inframencionadas foram as mais referidas, com 35% dos inquiridos a escolherem os consultórios médicos, hospitais médios ou pequenos, grandes hospitais e policlínicas ou clínicas. Após aplicação do teste de Qui-quadrado obteve-se um valor de  $X^2 = 36815,625$  e um  $p\text{-value} = 0,0$ , o que permite concluir com um nível de significância inferior a 0,01 que uma grande parte dos beneficiários recorre maioritariamente a estes serviços.

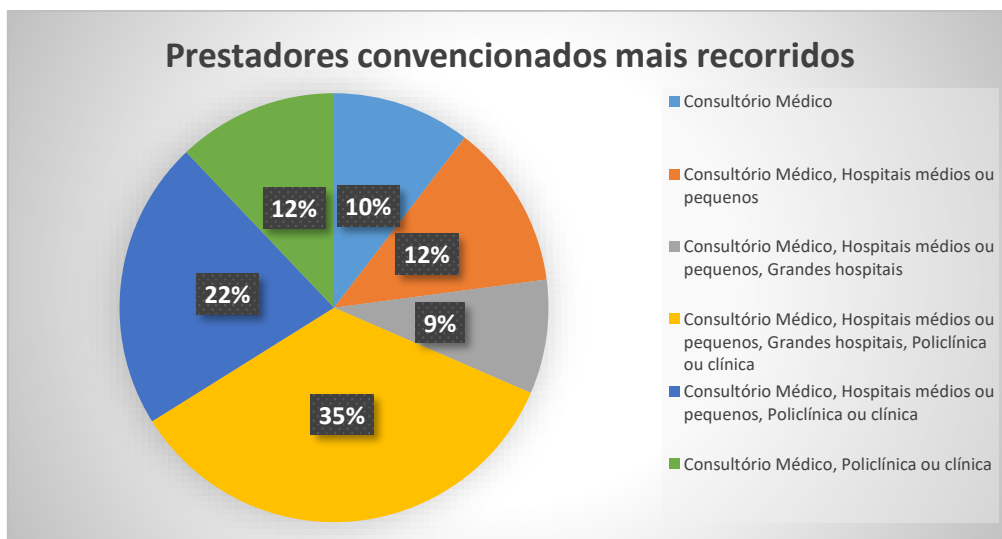


Figura 14. Prestadores de cuidados médicos convencionados mais recorridos.

Relativamente à questão 33 (figura 15), de preenchimento obrigatório, quis-se mensurar a frequência de utilização dos prestadores de cuidados de saúde da rede convencionada do SAD/PSP, em 2020.

Neste sentido, apurou-se que neste ano, a utilização da rede de acordos SAD/PSP por parte dos seus beneficiários foi de zero a 5 vezes (39% com n = 1027, de 0 – 2 vezes e 34% com n = 885, de 3 – 5 vezes), conclusão que pode ser extrapolada ao universo dos beneficiários com nível de significância inferior a 0,01, depois de aplicação do teste de Qui-quadrado ( $X^2 = 5890,5$  e  $p\text{-value} = 0,0$ ).

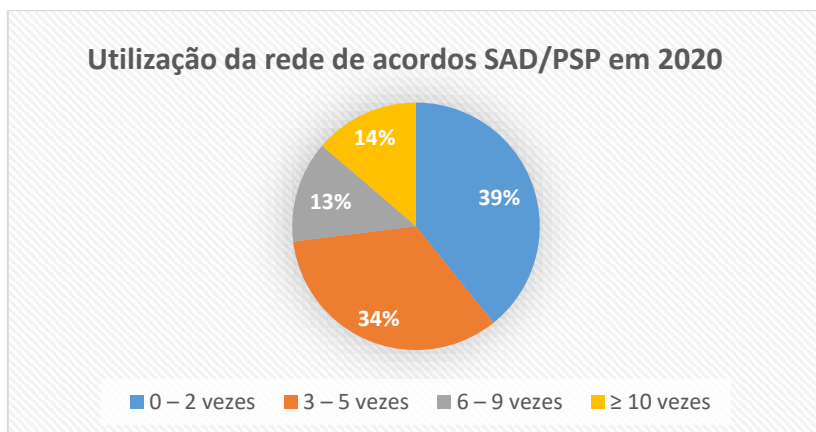


Figura 15. Utilização da rede de acordos SAD/PSP em 2020.

Na pergunta 34 (figura 16), também ela obrigatória devido à importância que ostentava para o estudo, procurou-se estabelecer o nível de conhecimento dos beneficiários, acerca da distribuição geográfica dos acordos com prestadores de serviços em território continental e arquipélagos, e se sabiam onde aceder a essa informação em caso de necessidade.

A resposta mais dada foi “não conheço a distribuição geográfica, mas sei onde aceder a essa informação”, com 1078 respostas correspondentes a 41% da amostra inquirida. Também aqui se aceitou esta conclusão com nível de significância de 1%, uma vez que o cálculo de foi  $p\text{-value} = 0,0$ , com  $X^2 = 5890,5$ .

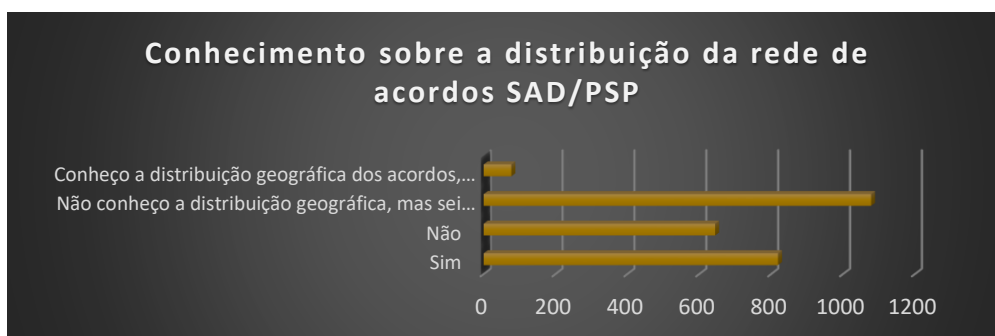


Figura 16. Conhecimento sobre a distribuição da rede de acordos SAD/PSP.

Por sua vez, a questão 40 (de resposta obrigatória) quis medir a frequência de recurso ao outro regime disponível pelo SAD/PSP em 2020, nomeadamente, o serviço de participação livre (figura 17).

O número de vezes mais utilizado foi, à semelhança do anterior, “0 – 2 vezes”, com 67% da amostra a dar esta resposta (n = 1745), com o  $X^2 = 5890,5$  e  $p\text{-value} = 0,0$ , o que significa que, mais uma vez, estas conclusões se aceitam com nível de significância de 0,01.

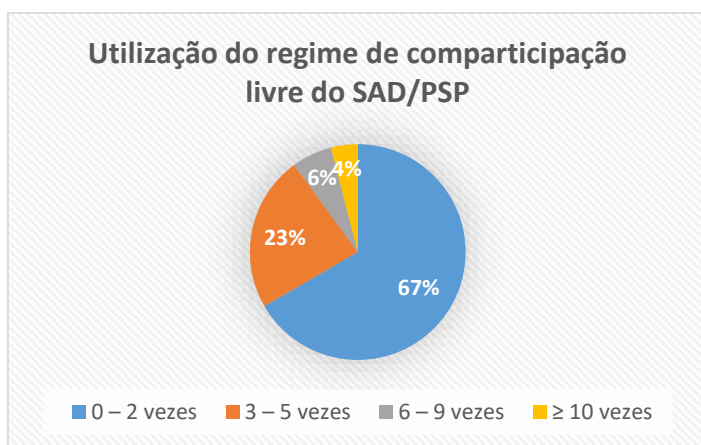


Figura 17. Utilização do regime de participação livre do SAD/PSP.

A questão 43 (de resposta obrigatória) teve como objetivo confrontar o beneficiário, com o SNS enquanto substituto do SAD/PSP, em questões de rapidez e eficiência (figura 18). Nesse sentido, averiguou-se que os beneficiários não acreditam que o SNS seria um substituto rápido e eficiente do SAD/PSP, com 66% (n = 1728) dos 2618 beneficiários que responderam, a insurgirem-se com a resposta “não” a essa hipotética possibilidade (calculado um  $X^2 = 3490,67$ , e  $p\text{-value} = 0,0$ ).

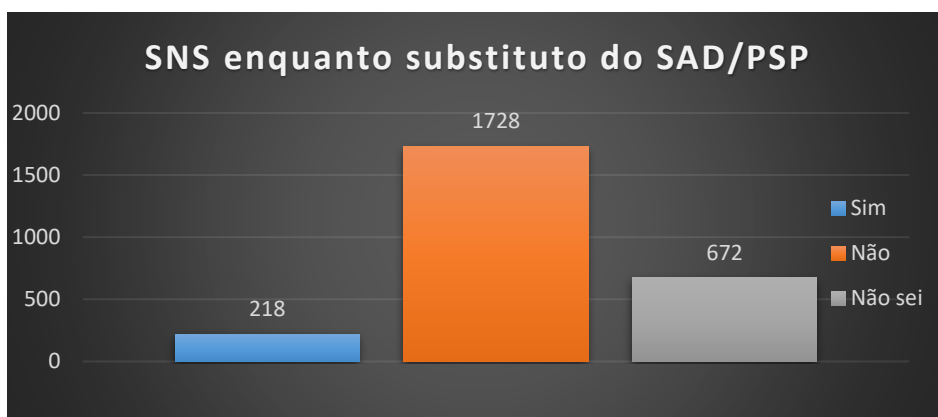


Figura 18. SNS enquanto substituto do SAD/PSP.

A pergunta 44 propôs-se a avaliar, junto dos beneficiários, a comunicação/imagem do SAD/PSP, sendo de caráter opcional (figura 19).

Deste modo, tentou-se perceber a opinião dos beneficiários sobre o atendimento telefónico, o atendimento presencial e o portal social, numa escala de Likert de 5 pontos entre “nada satisfeito (1)” e “totalmente satisfeito (5)”.

Posto isto, foi possível tomar conhecimento que ao nível do atendimento telefónico, a grande maioria dos beneficiários respondedores (42% de 2591 respostas recolhidas neste ponto) referiram que desconheciam/nunca tinham utilizado este meio, ao passo que a segunda opção mais escolhida foi “nem satisfeito, nem insatisfeito (3)”, com 19% (de 2591) das escolhas.

No que respeita ao atendimento presencial, a primeira e segunda opções seleccionadas continuaram a ser o “desconheço/nunca utilizei” e “nem satisfeito, nem insatisfeito (3)” (com 34% e 25%, respetivamente, das 2550 respostas recolhidas a este tópico). Não obstante, tal sucedeu aqui de forma mais diluída, assentida nos valores da terceira opção eleita (“satisfeito (4)”, com 21% das 2550 respostas válidas).

Por fim, a opinião sobre o portal social reúne 41% de “satisfação (4)”, das 2565 respostas recolhidas, ficando em segundo lugar, novamente, o nível de “nem satisfeito, nem insatisfeito (3)”, com 1043 de respostas das 2665 totais respondidas a este tópico.

Como foi objetivo secundário deste trabalho avaliar a satisfação com a comunicação/imagem do SAD/PSP, esta questão figurou-se de carácter opcional. Contudo, e apesar de não existir uma amostra de respostas representativa para aplicação do teste de significância Qui-quadrado, pode-se verificar que existe um grande desconhecimento / não utilização do atendimento telefónico e presencial prestado pelo subsistema, por parte dos seus beneficiários. Por outro lado, o serviço on-line disponibilizado pelo Portal Social apresenta um nível satisfatório, o que, pelo peso que estas opiniões demonstram nesta amostra, as mesmas poderão ter alguma relevância quando se pensa em todo aquele que é o universo dos beneficiários do SAD/PSP.

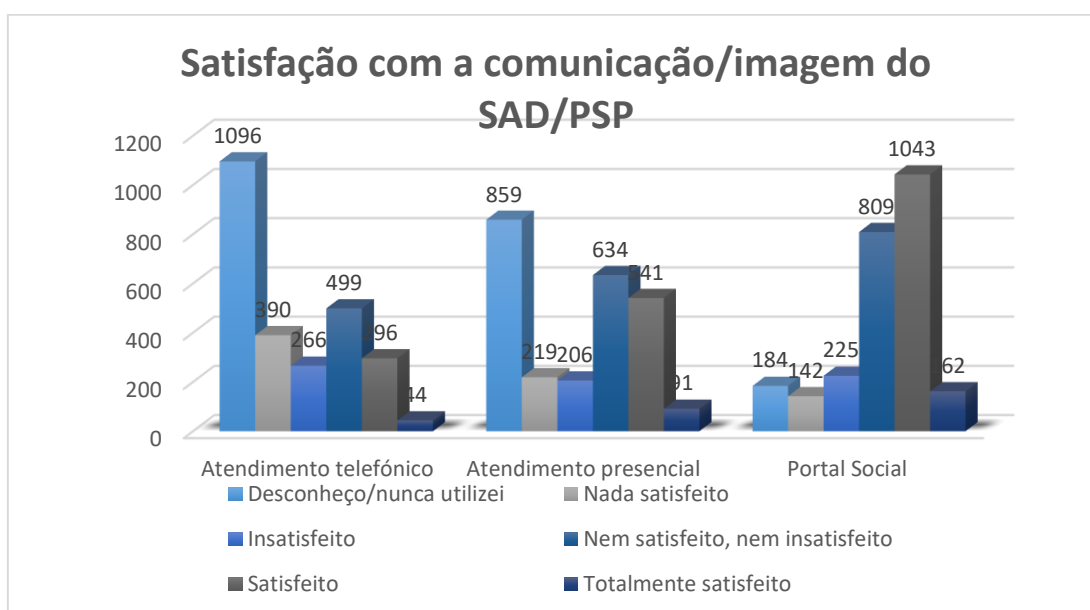


Figura 19. Satisfação com a comunicação/imagem do SAD/PSP.

Por fim, na última pergunta destinada a aferir o conhecimento sobre o que é o SAD/PSP e o que este coloca ao dispor dos seus beneficiários, o nível de utilização dos seus serviços e as principais sugestões de serviços a disponibilizar/reforçar, surge a pergunta 46 (também de resposta obrigatória) a sondar os beneficiários sobre quais os serviços que gostariam de ver disponibilizados/reforçados pelo SAD/PSP (figura 20).

De entre um vasto leque de opções sugeridas, quer pelo questionário, quer pelo próprio beneficiário, a que mais se destacou foi a “utilização dos acordos e serviços de outros subsistemas públicos e privados de saúde”, com 20,7% (n = 490) de um total de 2369 respostas. De seguida, a opção mais consensual foi esta mesma sugestão, juntamente com a criação de um serviço de “SAD/PSP direto” (à semelhança da “ADSE Direta” ou “Segurança Social Direta”), tendo o conjunto apresentado 11,4% (n = 269) de um total de 2369 respostas dadas. A terceira opção mais votada foi, de novo, esta mesma combinação, adicionada da criação de um serviço de Newsletter SAD/PSP, com 9,9% (n = 235) de um total de 2369 respostas dadas e, por fim, o conjunto formado pela “utilização dos acordos e serviços de outros subsistemas públicos e privados de saúde” e a “criação de um serviço Newsletter do SAD/PSP”, com 8,6% (n = 204) de um total de 2369 respostas dadas.

Esta questão não visou a extrapolação de resultados para todo o universo de beneficiários, uma vez que neste campo, cada opinião é própria e individualizada, tendo sido o principal objetivo desta pergunta conduzir os beneficiários à adoção de uma opinião que, entre outras, possa vir a contribuir para melhorar o SAD/PSP.

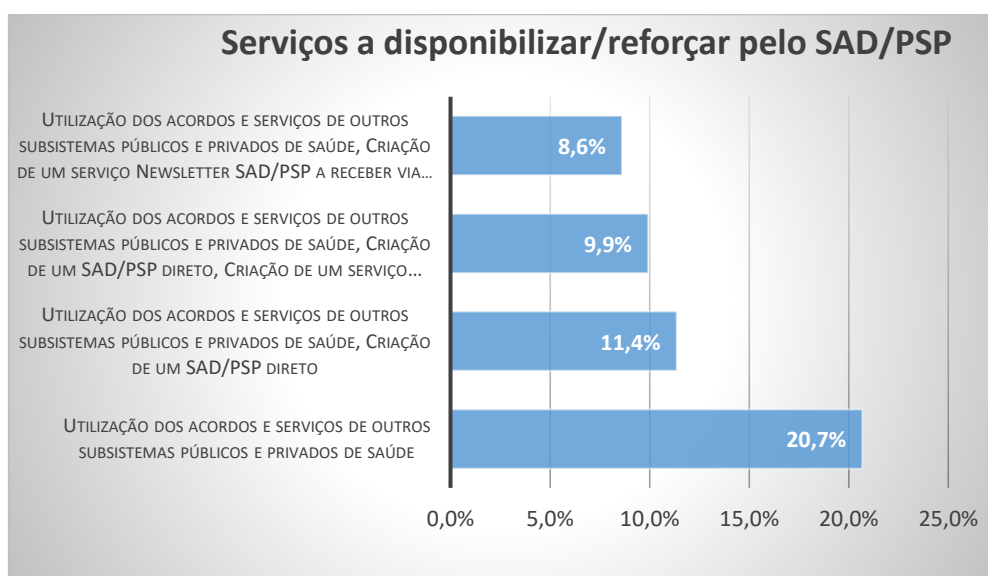


Figura 20. Serviços a disponibiliza/reforçar pelo SAD/PSP.



Ao nível desta questão, é importante salientar que os beneficiários frisaram a necessidade de existir: criação de mais protocolos com dentistas e de maior cobertura ao nível desta especialidade (ex.: implantes dentários); da opcionalidade que deveria existir em torno do desconto obrigatório para o SAD/PSP e do facto deste mesmo desconto incidir sobre 14 meses de vencimento; a possibilidade de uma percentagem diferente de desconto, nas situações em que os cônjuges são ambos polícias; acordos com mais especialidades médicas (ex.: podologia, nutrição, fisioterapia, psiquiatria, dermatologia, doenças oncológicas, medicinas alternativas, etc.); diminuição da burocracia; mais acordos com prestadores de serviços para as regiões autónomas dos Açores e da Madeira, devido à “falta oferta”; criação de um subsistema fora da esfera do colégio de subsistemas de saúde público; a atualização atempada das listas dos acordos; e o aumento dos prazos para associar cônjuges na modalidade de beneficiário associado.

## Apêndice 2 – Questionário de satisfação feito aos beneficiários do SAD/PSP

# Questionário para avaliação da satisfação dos beneficiários do SAD/PSP

Estudo de satisfação dos serviços prestados pelo Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública.

O presente questionário está a ser aplicado a uma amostra de beneficiários do Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP). Foi obtida autorização da Direção Nacional da PSP para esse efeito.

Os resultados obtidos serão utilizados num estudo a realizar no âmbito do 33.º Curso de Formação de Oficiais de Polícia/Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais, do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

O tema do estudo é: “Análise da satisfação dos beneficiários do Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública”. Com a realização deste questionário pretende-se avaliar a satisfação e o conhecimento dos serviços prestados pelo SAD/PSP, bem como permitir a sugestão de novos serviços.

A sua colaboração neste estudo compreenderá a resposta a um questionário que lhe será apresentado, posteriormente, à sua autorização de participação.

O seu preenchimento deverá levar cerca de 10 minutos.

Este questionário é confidencial e anónimo, respeitando as normas do Regulamento de Proteção de Dados, pelo que se destina exclusivamente à análise estatística deste estudo. Por este motivo, não deverá indicar o seu nome, número de beneficiário do SAD/PSP, nem qualquer outro número de identificação (pessoal ou policial) em qualquer espaço, esperando-se assim a máxima sinceridade possível na sua resposta.

A participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Caso decida participar neste estudo estará a contribuir para a aquisição de conhecimento que permitirá reforçar/melhorar/alterar os serviços prestados pelo SAD/PSP a todos os seus beneficiários.

A sua participação, através do preenchimento do questionário é de importância fulcral para a conclusão do estudo, pelo que agradeço, desde já, o contributo prestado. Peço, por isso, o favor de assinalar, com o cursor, em cada uma das hipóteses que se seguem, a que considere mais adequada.

Após terminar o preenchimento do questionário, por favor submeta-o, clicando em “Submeter”.

Para qualquer questão, poderão contactar: [tmlcordeiro@psp.pt](mailto:tmlcordeiro@psp.pt). Com a melhor

consideração,

Tiago Cordeiro  
Aspirante a Oficial de Polícia

\*Obrigatório

\* Required

1. 1. Li e compreendi a informação anterior e concordo em responder voluntariamente.

\*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim

Não

2. 2. Declaro por minha honra que sou beneficiário do Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (doravante SAD/PSP) e que apenas vou responder uma única vez a este questionário. \*

Marcar apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim

Não

#### Dados do Beneficiário

3. 3. Idade \*

\_\_\_\_\_

4. 4. Sexo (Marque apenas um campo.) \*

*Mark only one oval.*

Masculino

Feminino

1. 5. Em que região do país tem a sua residência habitual? \*  
Marque apenas um campo.



Mark only one oval.

- Madeira
- Açores
- Algarve
- Alentejo
- Estremadura e Ribatejo
- Beira Interior
- Beira Litoral
- Entre Douro e Minho
- Trás-os-Montes e Alto Douro

## 6. Qual a sua categoria de beneficiário? \*

Marque apenas um campo.

- beneficiário titular no Ativo. beneficiário
- titular na Pré-aposentação. beneficiário
- titular na Aposentação.
- beneficiário titular em formação (EPP ou ISCPSI) para ingresso na PSP.
- beneficiário familiar, nomeadamente, cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto, sem vínculo de emprego. *Skip to question 15*
- beneficiário familiar, nomeadamente, descendente ou equiparado. *Skip to question 15*
- beneficiário familiar, nomeadamente, ascendente ou equiparados a cargo do beneficiário titular. *Skip to question 15*
- beneficiário familiar, nomeadamente, descendente ou equiparado tutelado. *Skip to question 15*
- beneficiário extraordinário, isto é, cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto e seja trabalhador e pensionista do setor público e, como tal, beneficiário da ADSE, que tenha optado por se inscrever no SAD/PSP, nos termos da Portaria n.º 1620/2007, de 26 de dezembro). *Skip to question 19*
- beneficiário associado, isto é, cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto, e que seja trabalhador ou pensionista do setor privado, que tenha optado por se inscrever no SAD/PSP, nos termos da Portaria n.º 691/2015, de 16 de setembro). *Skip to question 24*

Questões destinadas apenas aos beneficiários titulares

7. 7. Qual a sua categoria? \*

*Mark only one oval.*

- Agente
- Agente Principal
- Agente Coordenador
- Chefe
- Chefe Principal
- Chefe Coordenador
- Subcomissário
- Comissário
- Subintendente
- Intendente
- Superintendente
- Superintendente Chefe
- Agente Provisório
- Cadete-aluno
- Aspirante a Oficial de Polícia

8. 8. Em que ano ingressou na PSP? [Nota: considere o ano em que iniciou a sua formação policial na EPP/ISCPSP] \*

---

9. 9. Alguma vez assistiu a uma sessão de esclarecimento sobre o funcionamento e os serviços oferecidos pelo SAD/PSP?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim     *Skip to question 29*
- Não     *Skip to question 29*

7. 10. Já alguma vez consultou o Portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim      *Skip to question 29*

Não      *Skip to question 29*

8. 11. Em geral, considera que uma maior satisfação com os serviços prestados pelo SAD/PSP aumentam a satisfação com a instituição PSP enquanto entidade patronal? \*

*Mark only one oval.*

Sim      *Skip to question 29*

Não      *Skip to question 29*

9. 12. Se lhe fosse permitido abandonaria o SAD/PSP? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim      *Skip to question 13*

Não      *Skip to question 29*

#### Questões destinadas apenas aos beneficiários titulares\_2

10. 13. Se respondeu “Sim” na questão anterior, refira: com o montante que desconta para o SAD/PSP, conseguiria ter outro Serviço de Saúde (Seguro) de idêntica natureza, pagando menos e durante toda a vida? \*

*Mark only one oval.*

Sim      *Skip to question 14*

Não      *Skip to question 29*

#### Questões destinadas apenas aos beneficiários titulares\_3



14. Qual?

---

---

---

---

---

*Skip to question 29*

**Questões destinadas apenas aos beneficiários familiares**

15. 15. Qual a sua relação de parentesco com o beneficiário titular: \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Conjugue ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto  
*Skip to question 29*
- Descendente ou equiparado      *Skip to question 29*
- Ascendente ou equiparado      *Skip to question 29*
- Descendentes ou equiparados tutelados (judicial ou administrativo)  
*Skip to question 29*

16. 16. Alguma vez assistiu a uma sessão de esclarecimento sobre o funcionamento e os serviços oferecidos pelo SAD/PSP?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim      *Skip to question 29*
- Não      *Skip to question 29*

15. 17. Já alguma vez consultou o Portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

16. 18. Caso tivesse de pagar uma quota mensal manter-se-ia como beneficiário do SAD/PSP? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

Dependia dos valores da quota definida *Skip to question 29*

#### Questões destinadas apenas aos beneficiários extraordinários

17. 19. Alguma vez assistiu a uma sessão de esclarecimento sobre o funcionamento e os serviços oferecidos pelo SAD/PSP?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

18. 20. Já alguma vez consultou o Portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

15. 21. Está a ponderar deixar de ser beneficiário do SAD/PSP? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim *Skip to question 22*  
 Não *Skip to question 29*

Questões destinadas apenas aos beneficiários extraordinários\_2

16. 22. Se respondeu “Sim” na questão anterior, refira: com o montante que desconta para o SAD/PSP, conseguiria ter outro Serviço de Saúde (Seguro) de idêntica natureza, pagando menos e durante toda a vida? \*

*Mark only one oval.*

- Não *Skip to question 29*  
 Sim *Skip to question 23*

Questões destinadas apenas aos beneficiários extraordinários\_3

23. 23. Qual?

---

---

---

---

---

*Skip to question 29*

Questões destinadas apenas aos beneficiários associados

24. 24. Alguma vez assistiu a uma sessão de esclarecimento sobre o funcionamento e os serviços oferecidos pelo SAD/PSP?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

25. 25. Já alguma vez consultou o Portal social e a sua área de acordos, participações e restantes serviços?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 29*

Não *Skip to question 29*

26. 26. Está a ponderar deixar de ser beneficiário do SAD/PSP? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim *Skip to question 27*

Não *Skip to question 29*

#### Questões destinadas apenas aos beneficiários associados\_2

27. 27. Se respondeu “Sim” na questão anterior, refira: com o montante que desconta para o SAD/PSP, conseguiria ter outro Serviço de Saúde (Seguro) de idêntica natureza, pagando menos e durante toda a vida? \*

*Mark only one oval.*

Não *Skip to question 29*

Sim *Skip to question 28*

#### Questões destinadas apenas aos beneficiários associados\_3

28. Qual?

---

---

---

---

---

**Avaliação da satisfação/conhecimento de serviços**

29. 29. Dos serviços abaixo indicados, diga quais acha que são da competência da Divisão de Assistência na Doença (SAD/PSP): \*

*Check all that apply.*

- Assistência na doença
- Serviços de saúde (ex.: postos clínicos)
- Higiene e segurança no trabalho
- Regime de acidentes no trabalho
- Doenças Profissionais

Other:  \_\_\_\_\_

30. 30. A que tipo de prestadores de cuidados médicos convencionados já recorreu? \*

*Check all that apply.*

- Consultório Médico
- Hospitais médios ou pequenos
- Grandes hospitais
- Policlínica ou clínica
- Nenhum dos anteriores

Other:  \_\_\_\_\_

29. 31. Tipo de cuidados de saúde convencionados utilizados e grau de satisfação. \*

Mark only one oval per row.

	Desconheço / Nunca utilizei	Nada satisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Totalmente satisfeito (5)
Consultas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meios complementares de diagnóstico (Análises, RX, TAC, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Físicae Reabilitação (Fisioterapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Dentária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamentos oncológicos (quimioterapia, radioterapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados respiratórios domiciliários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atos de Medicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. 32. Nos casos em que selecionou a opção "1 - nada satisfeito", indique o motivo [Nota: indique o serviço e o motivo (ex.: convenções - pouca oferta)].

---

---

---

---

---

30. 33. Com que frequência utilizou os prestadores de cuidados de saúde da rede convencionada do SAD/PSP, em 2020? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

0 – 2 vezes

3 – 5 vezes

6 – 9 vezes

≥ 10 vezes

31. 34. Conhece, de um modo geral, a distribuição geográfica dos acordos com prestadores de serviços, em território continental e arquipélagos e onde pode aceder a essa informação? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

Sim

Não

Não conheço a distribuição geográfica, mas sei onde aceder a essa informação

Conheço a distribuição geográfica dos acordos, mas não sei onde aceder a essa informação

29. 35. Acredita que os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim      *Skip to question 37*  
 Não      *Skip to question 36*  
 Desconheço      *Skip to question 37*

#### Avaliação da satisfação/conhecimento de serviços\_2

30. 36. Se respondeu “Não” na questão anterior, refira: acredita que se fosse possível usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria possível reduzir essa desigualdade de distribuição, uma vez que teria acesso a um maior número de acordos e, em teoria, a uma maior abrangência geográfica? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim.      *Skip to question 37*  
 Não.      *Skip to question 37*  
 Desconheço.      *Skip to question 37*

#### Avaliação da satisfação/conhecimento de serviços\_3

31. 37. Acha que a igualdade/desigualdade na distribuição geográfica do número de acordos com prestadores de serviços, se constitui como um fator influente na sua satisfação com o SAD/PSP (1 significa “nada influente” e a 5 “totalmente influente”)? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



38. Acredita que é justo que todos os beneficiários contribuam na mesma

percentagem, independentemente do seu salário, para o SAD/PSP? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

39. 39. Acha que o facto de todos os beneficiários contribuírem na mesma percentagem para o subsistema, independentemente do seu salário, se constitui como um fator influente na sua satisfação com o SAD/PSP (1 significa “nada influente” e a 5 “totalmente influente”)? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. 40. Com que frequência recorreu ao serviço de participação livre, em 2020? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- 0 – 2 vezes
- 3 – 5 vezes
- 6 – 9 vezes
- ≥ 10 vezes

39. 41. Desde que é beneficiário do SAD/PSP, de cada vez que recorreu ao serviço de participação livre, quanto tempo demorou, em média, a receber o valor que lhe correspondia? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- 1 mês
- 2 - 3 meses
- 4 meses ou mais
- Nunca recorri

40. 42. Acha que o tempo que, em média, tem levado a receber o valor da participação do subsistema, em faturas, é um fator influente na sua satisfação com o SAD/PSP (1 significa “nada influente” e a 5 “totalmente influente”)?

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. 43. Deixando de ser beneficiário do SAD/PSP, acredita que o Serviço Nacional de Saúde responderia a todas as suas situações clínicas e com a rapidez e eficiência pretendidas? \*

Marque apenas um campo.

*Mark only one oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

44. Como avalia a comunicação/imagem do SAD/PSP? (1 significa “nada satisfeito” e a5 “totalmente satisfeito”) \*

*Mark only one oval per row.*

Desconheço / Nunca utilizei	Nada satisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Totalmente satisfeito (5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. 45. Qual a sua satisfação global com o SAD/PSP? (1 significa “nada satisfeito” e a 5 “totalmente satisfeito”) \* \*

Marque apenas um campo.

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Que serviços gostaria de ver disponibilizados/reforçados no SAD/PSP?(selecione no mínimo 1 e no máximo 4) \* \*

Marcar tudo o que for aplicável.

Check all that apply.

- Utilização dos acordos e serviços de outros subsistemas públicos e privados de saúde
  - Criação de um SAD/PSP direto
  - Criação de acordos com entidades prestadoras de serviços de assistência na doença em Países estrangeiros
  - O SAD/PSP gerido como um sistema de plafond, por franquias, à semelhança do que acontece na Suíça
  - Criação de um serviço Newsletter SAD/PSP a receber via e-mail, com notícias, recomendações, entre outras atualizações do seu subsistema de saúde
  - Outros: quais?
- Other:  \_\_\_\_\_

GRATO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

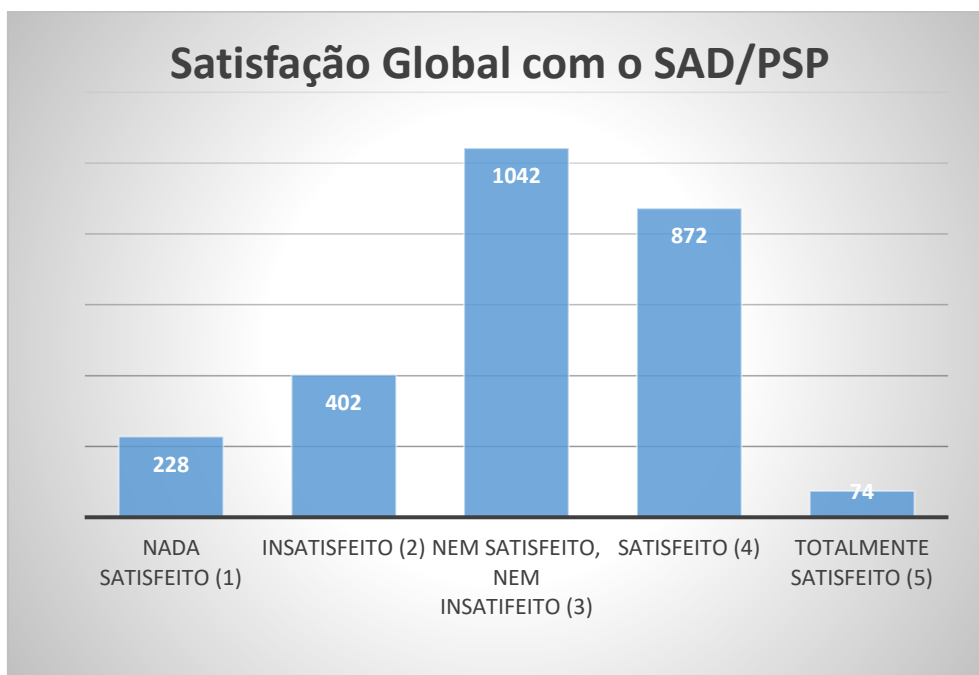
Google Forms

**Apêndice 3 – Satisfação com o SAD/PSP, como incremento da satisfação com a instituição PSP.**



*Figura 21.* SAD/PSP, como incremento da satisfação com a PSP.

**Apêndice 4 – Nível de satisfação global com o SAD/PSP.**



*Figura 22.* Satisfação global com o SAD/PSP.

**Apêndice 5 – Os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelas diversas regiões do país?**

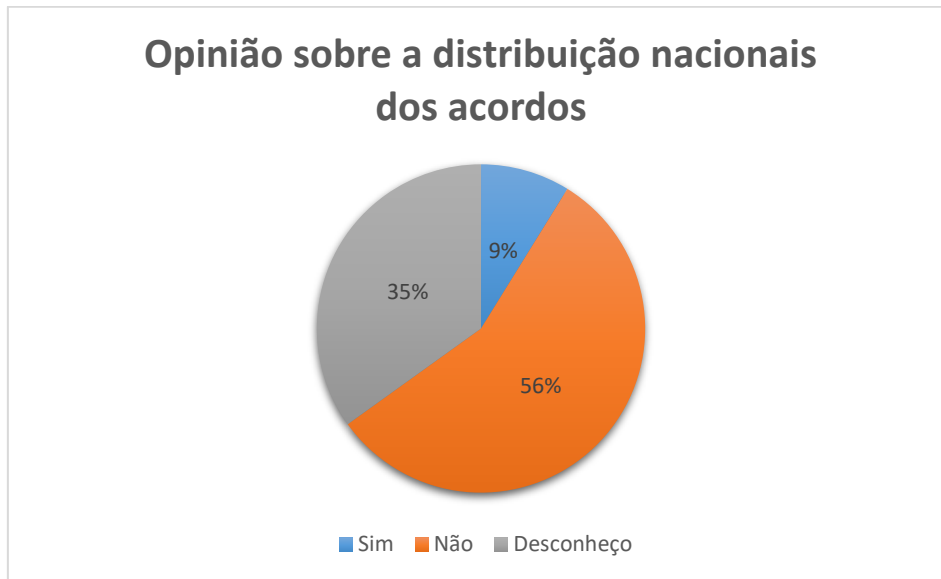


Figura 23. Os acordos com prestadores de serviços estão bem distribuídos pelo país?

**Apêndice 6 – Usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria benéfico?**

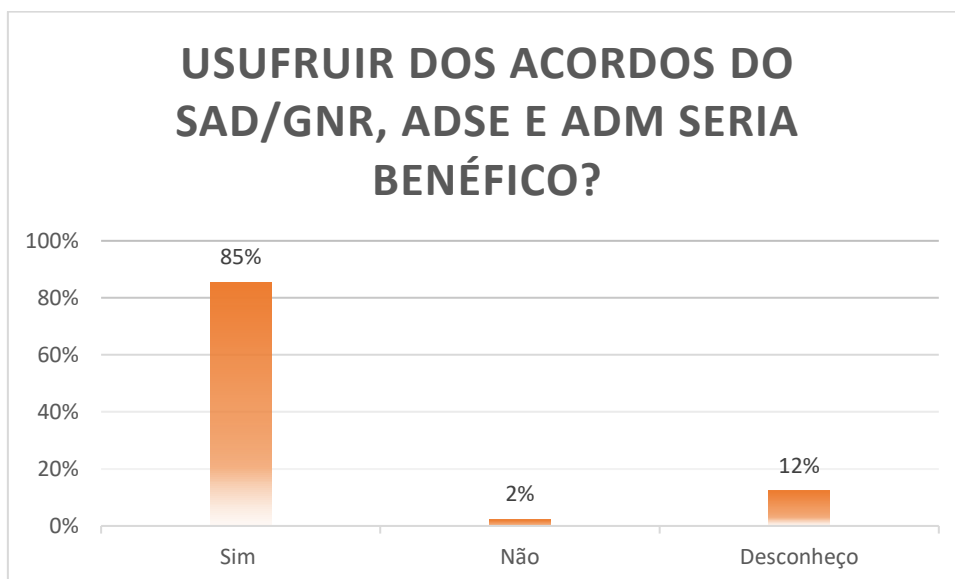
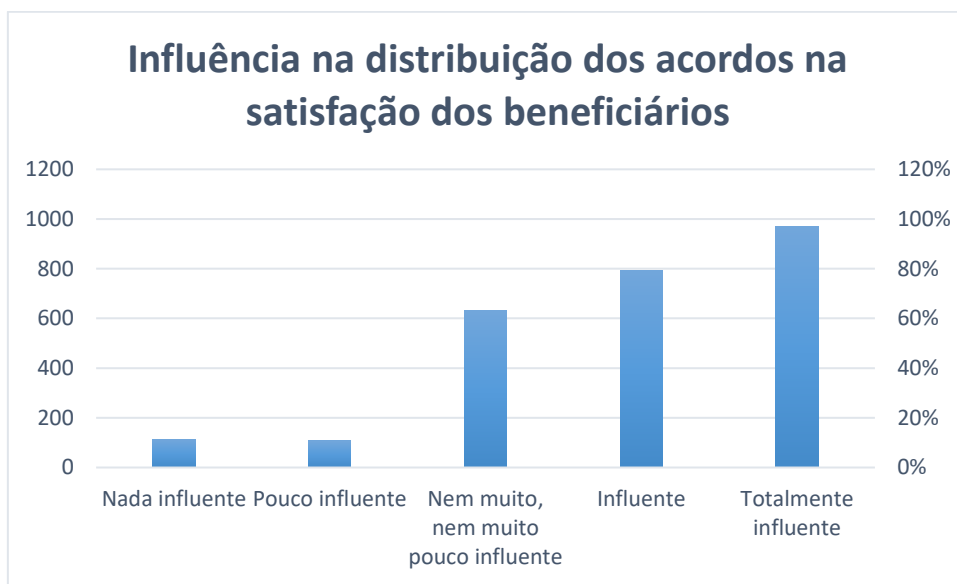


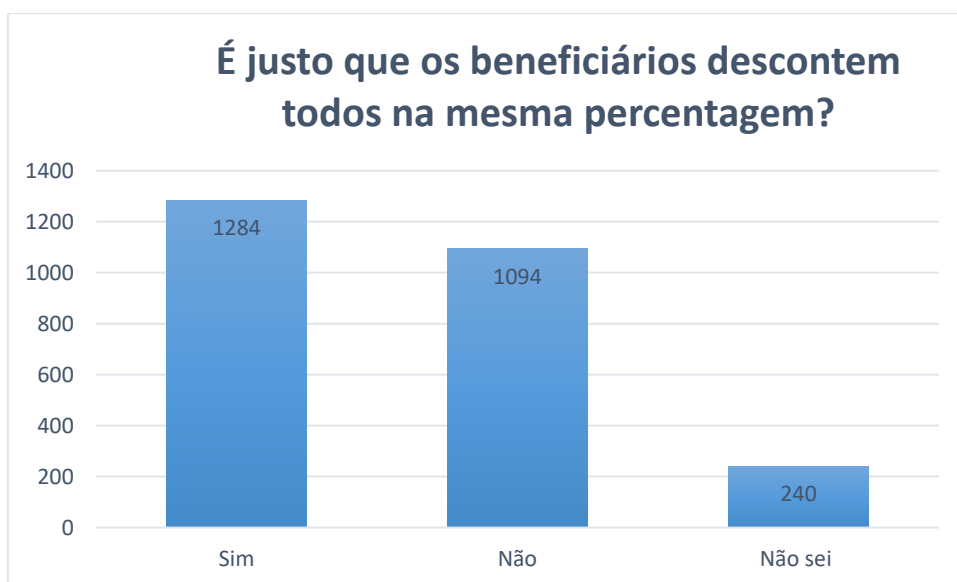
Figura 24. Usufruir dos acordos do SAD/GNR, ADSE e ADM seria benéfico?

**Apêndice 7 – Influência na distribuição dos acordos na satisfação dos beneficiários do SAD/PSP.**



*Figura 25.* Influência na distribuição dos acordos na satisfação dos beneficiários do SAD/PSP

**Apêndice 8 – É justo que os beneficiários descontem todos na mesma percentagem?**



*Figura 26.* É justo que os beneficiários descontem todos na mesma percentagem?

### Apêndice 9 – Se pudesse abandonava o SAD/PSP?

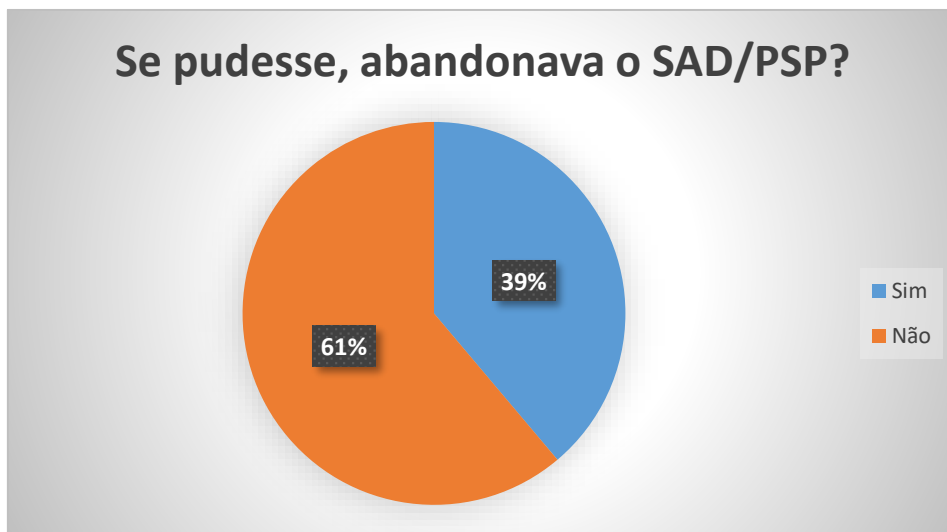


Figura 27. Se pudesse, abandonava o SAD/PSP?

### Apêndice 10 – Questão 13.

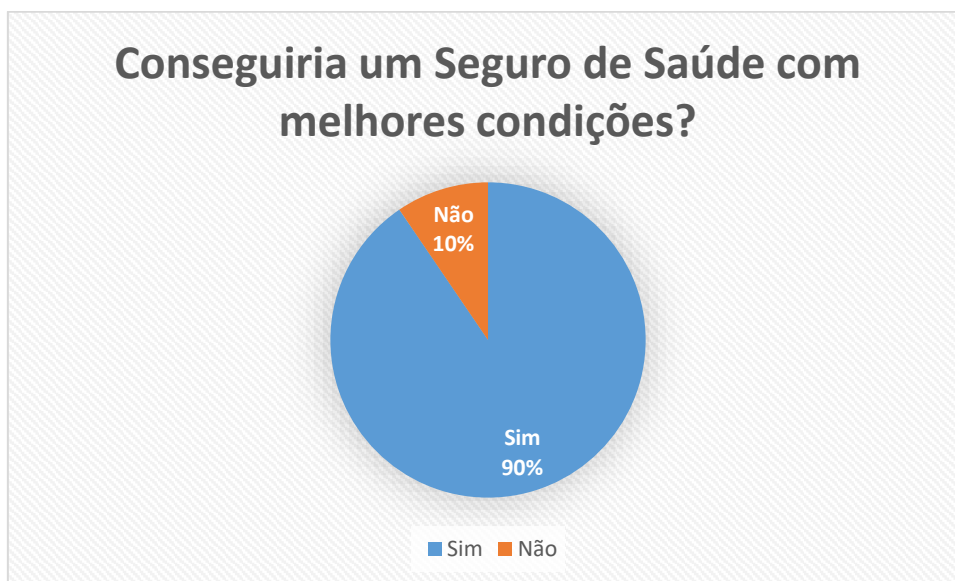
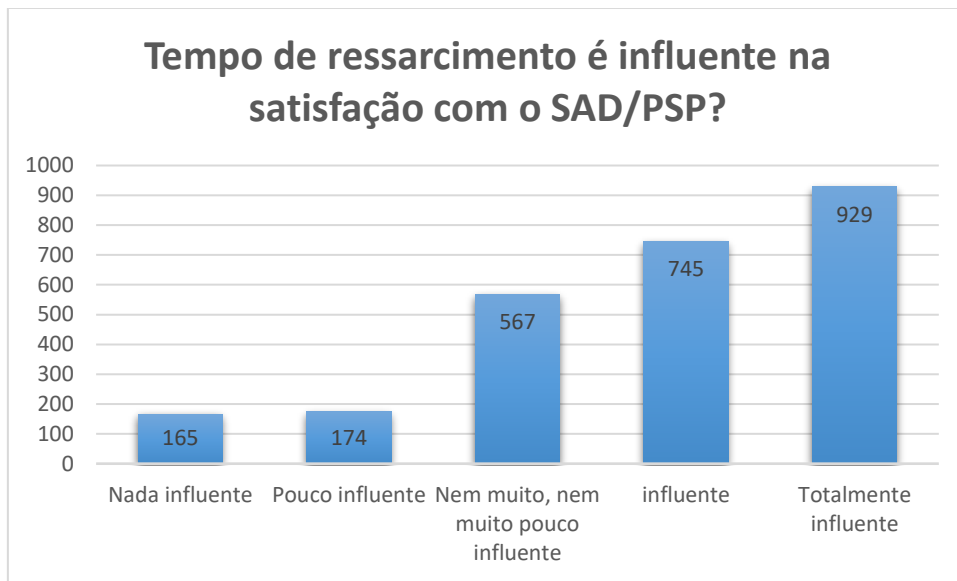


Figura 28. Questão 13.



**Apêndice 11 – Questão 42.**



*Figura 29. Questão 42.*