

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE ECONOMIA**

**O Impacto do Aumento das Taxas  
Moderadoras no Serviço de  
Gastroenterologia do Centro Hospitalar do  
Algarve, E.P.E. – Hospital de Faro**

**SÓNIA ISABEL RAMOS FONTINHA**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:  
Professora Doutora Patrícia Oom do Valle

2013

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA

**O Impacto do Aumento das Taxas  
Moderadoras no Serviço de  
Gastroenterologia do Centro Hospitalar do  
Algarve, E.P.E. – Hospital de Faro**

SÓNIA ISABEL RAMOS FONTINHA

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:  
Professora Doutora Patrícia Oom do Valle

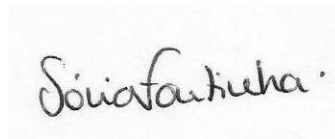
2013

# **O Impacto do Aumento das Taxas Moderadoras no Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Hospital de Faro**

## **Declaração de Autoria do Trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Sónia Isabel Ramos Fontinha

A handwritten signature in black ink that reads "Sónia Isabel Ramos Fontinha". The signature is written in a cursive style and is centered on a light-colored rectangular background.

## **Direitos de cópia ou Copyright**

© **Copyright:** Sónia Isabel Ramos Fontinha

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **DEDICATÓRIA**

*A todos vós! Que acreditam e sempre acreditaram...*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Patrícia Oom do Valle, pela orientação, colaboração, pela imensa disponibilidade, pela compreensão, por me iluminar o caminho... por tudo!

Ao Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., por permitir a realização deste trabalho, pela disponibilização dos dados, pela confiança e cooperação demonstradas...

A toda a equipa do serviço de Gastroenterologia, particularmente à equipa de enfermagem, mas também a todos os restantes profissionais que sempre me apoiaram e ajudaram... Foram preciosos!

Um agradecimento especial ao Enfermeiro Chefe Célio Figueira pelo apoio desde o primeiro momento, pela disponibilidade, pela persistência e por ter garantido o sucesso deste trabalho.

À Dra. Telma, pertencente à equipa de gestão do departamento de medicina, pela disponibilização atempada dos dados e constante colaboração.

À minha família, ao meu namorado e aos meus amigos por existirem, pelo carinho constante, pela eterna preocupação e disponibilidade, por me encorajarem e ajudarem nos momentos mais difíceis...

A todos, MUITO OBRIGADO! Sem vocês nunca teria sido possível!

## RESUMO

Dada a conjuntura económica atual, as taxas moderadoras são um dos temas de maior visibilidade para a população. Apesar de bem documentada observa-se uma carência de estudos nacionais e internacionais que analisam a utilização dos serviços de saúde e questões relacionadas com o acesso e a partilha de custos em saúde. Assim, esta dissertação tem como objetivo analisar o impacto do aumento das taxas moderadoras, evidenciado em Janeiro de 2012, no serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve.

Empiricamente recorre-se a uma análise documental para encontrar alterações na utilização de consultas, unidade de técnicas e hospital de dia do serviço. Seguidamente realiza-se uma investigação por questionário, inquirindo-se 231 utentes, de forma a detetar a concordância com a existência e aumento das taxas moderadoras, a não ocorrência de utilização devido às taxas moderadoras e opinião dos utentes acerca da finalidade destas taxas e sua influência nas condições de saúde, no acesso e na qualidade dos cuidados prestados.

Os principais resultados obtidos descrevem alterações na utilização dos cuidados de saúde prestados no serviço, embora estas não pareçam motivadas pelo aumento das taxas moderadoras. De uma forma geral, os utentes inquiridos perspetivam as taxas moderadoras de forma negativa, sendo que 17% viu o acesso aos cuidados de saúde condicionado pelo seu aumento. Há uma tendência para concordarem com a existência de taxas moderadoras, utentes com um melhor estado de saúde, que não necessitam regularmente de cuidados, que são mais letrados e auferem de rendimentos mais elevados.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde, procura, acesso, partilha de custos, taxas moderadoras, taxas de utilização.

## **ABSTRACT**

*Given the current economic conjecture, user fees are one of the topics of greatest visibility to the public. Despite well documented there is a lack of national and international studies examining the use of health as well as issues related to access and cost sharing in health services. Thus, this thesis aims to analyze the impact of the raise of the user fees, shown in January 2012 at the Gastroenterology Service of the Hospital of the Algarve.*

*Empirically, we resort to a document analysis in order to find changes in the use of doctor appointments, technical units and day hospital service. Following an investigation by questionnaire is made inquiring 231 users, to detect the correlation with the existence and increase of user fees, the nonoccurrence of use due to user fees and users opinion about the purpose of these fees and their influence in health, in access and quality of care.*

*The main results describe changes in the use of health care provided in the service, although they do not seem motivated by the increase of the user fees. In general, from users perspective, according to their responses, user fees are negative and 17% saw access to healthcare conditioned by its increase. There is a trend to agree with the existence of user fees, users with a better state of health, which do not require regular care, they are more educated and earn higher incomes.*

**Keywords:** *health care, demand, access, cost sharing, user fees, user charges.*

## ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Apresentação do tema .....	13
1.2. Relevância do tema .....	14
1.3. Objetivos do estudo.....	15
1.4. Estrutura e conteúdo.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1. O conceito de procura de cuidados de saúde .....	17
2.2. Fatores determinantes da procura de cuidados de saúde .....	19
2.2.5. Fatores relacionados com o preço dos cuidados de saúde.....	23
2.3. O Acesso em Saúde.....	26
2.4. Partilha de Custos: as taxas moderadoras.....	28
2.4.1. Controvérsia em torno das taxas moderadoras .....	29
2.4.2. Investigação em Portugal .....	33
2.4.3. Investigação noutros contextos geográficos .....	36
3. AS TAXAS MODERADORAS NO SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL .....	40
3.1. O sector da saúde em Portugal.....	40
3.2. As taxas moderadoras em Portugal.....	43
3.2.1. O aumento das taxas moderadoras .....	45
3.2.2. Alterações no regime de isenção .....	46
3.3. O Serviço de Gastroenterologia do CHA .....	46
3.4. As taxas moderadoras no serviço de Gastroenterologia do CHA.....	48
4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	50
4.1. A Análise Documental .....	50
4.1.1. Recolha de dados .....	51
4.1.2. Análise dos Dados .....	51
4.1.3. Apresentação dos Dados .....	52
4.2. A Investigação por Questionário .....	52



4.2.1. População e Amostra .....	52
4.2.2. Recolha de dados .....	53
4.2.3. <i>Design</i> do Questionário.....	54
4.2.4. Técnicas de análise .....	56
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
5.1. Análise Documental .....	58
5.1.1. Consultas Externas .....	58
5.1.2. Unidade de Técnicas.....	61
5.1.3. Hospital de Dia.....	63
5.2. Investigação por Questionário (Análise Descritiva) .....	65
5.2.1. Caracterização da Amostra .....	65
5.2.2. Influência do Preço na Procura.....	72
5.2.3. Opinião sobre as Taxas Moderadoras .....	73
5.3. Investigação por Questionário (Análise Inferencial) .....	79
5.3.1. Cruzamento da opinião sobre a existência de taxas moderadoras com as variáveis:.....	79
6. CONCLUSÃO .....	92
6.1. Sumário .....	92
6.2. Recomendações .....	95
6.3. Limitações e linhas de investigação futuras .....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
APÊNDICE 1 – Questionário .....	108
ANEXO I – Tabela MCDT convencionados (1 de Janeiro de 2011).....	118
ANEXO II – Tabela MCDT convencionados (1 de Janeiro de 2012) .....	119

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Curva da Procura.....	23
Figura 3.1 - Despesa corrente em saúde em percentagem do PIB na UE (2007 e 2010)	42
Figura 3.2 - Despesa corrente em Saúde e PIB (2007-2012).....	42
Figura 3.3 - Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 - consultas (preços reais).....	45
Figura 3.4 - Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 - urgência (preços reais).....	45
Figura 5.1 - Total de Consultas .....	59
Figura 5.2 - Número de Consultas por Especialidade .....	59
Figura 5.3 - Faltas a Consultas.....	61
Figura 5.4 - Total de Exames.....	61
Figura 5.5 - Principais Técnicas Endoscópicas.....	62
Figura 5.6 - Total de Sessões de Hospital de Dia .....	63
Figura 5.7 - Género dos Inquiridos .....	65
Figura 5.8 - Histograma de Idades .....	65
Figura 5.9 - Concelho onde reside .....	66
Figura 5.10 - Estado Civil.....	66
Figura 5.11 - Habilitações Literárias .....	67
Figura 5.12 - Situação Profissional .....	67
Figura 5.13 - Perceção Subjetiva do Estado de Saúde .....	68
Figura 5.14 - Precisa Regularmente de Cuidados de Saúde? .....	69
Figura 5.15 - Frequência com que visitou um médico nos últimos 3 meses .....	69
Figura 5.16 - Onde se dirige habitualmente quando tem necessidade de cuidados de saúde?.....	70
Figura 5.17 - Deslocação para Unidade de Saúde.....	70
Figura 5.18 - Subsistema de Saúde .....	71
Figura 5.19 - Seguro de Saúde.....	71
Figura 5.20 - Isenção de Taxas Moderadoras.....	72
Figura 5.21 - Concordar com a existência de Taxas Moderadoras .....	73
Figura 5.22 - Concordância com o Aumento das Taxas Moderadoras em Janeiro de 2012 .....	74
Figura 5.23 - Condições de Saúde da População após Aumento das Taxas Moderadoras .....	74

Figura 5.24 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e a necessidade regular de cuidados de saúde.....	79
Figura 5.25 - Associação da concordância acerca da existência das taxas moderadoras com as habilitações académicas .....	80
Figura 5.26 - Associação da concordância acerca existência de taxas moderadoras com o rendimento médio líquido mensal do agregado familiar.....	81
Figura 5.27 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e a classificação subjetiva do estado de saúde .....	82
Figura 5.28 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e utilização evitada devido ao pagamento de taxas moderadoras .....	83
Figura 5.29 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e utilização evitada devido ao aumento de taxas moderadoras.....	84
Figura 5.30 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e condições de saúde da população .....	85
Figura 5.31 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e a classificação subjetiva do estado de saúde .....	86
Figura 5.32 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para o Estado/SNS” .....	87
Figura 5.33 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para cada hospital ou centro de saúde” .....	87
Figura 5.34 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “as taxas moderadoras não têm utilidade” .....	88
Figura 5.35 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal .....	89
Figura 5.36 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia do CHA” .....	90
Figura 5.37 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “de uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é baixo” .....	91

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1- Resultados do Cálculo da Elasticidade Procura-Preço .....	24
Tabela 3.1 - Principais taxas moderadoras cobradas no Serviço de Gastroenterologia ..	48
Tabela 4.1 - <i>Design</i> do Questionário.....	55
Tabela 4.2 - Categorias das variáveis agrupadas .....	57
Tabela 5.1 - Número Mensal de Consultas.....	60
Tabela 5.2 - Número Mensal de Sessões de Hospital Dia.....	63
Tabela 5.3 - Cálculo da Elasticidade Procura-Preço .....	64
Tabela 5.4 - Constituição do Agregado Familiar e o seu Rendimento Médio Mensal ...	68
Tabela 5.5 - Taxas Moderadoras e Alterações na Procura de Cuidados de Saúde .....	73
Tabela 5.6 - Frequências relativas do grau de concordância dos inquiridos em relação a vários tópicos sobre as taxas moderadoras.....	77
Tabela 5.7 - Associação da concordância com a existência de taxas moderadoras e a concordância com o aumento das taxas moderadoras em diversos contextos .....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
- ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
- BCE – Banco Central Europeu
- CE – Comissão Europeia
- CEE – Comunidade Económica Europeia
- CHA - Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
- CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
- EP – Estado Português
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PIB – Produto Interno Bruto
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- TM – Taxas Moderadoras
- UE – União Europeia
- UEM – União Económica e Monetária Europeia
- USF – Unidade(s) de Saúde Familiar(es)

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Apresentação do tema

É função dos serviços de saúde produzir um impacto positivo na condição de saúde da população, sendo intervenientes importantes na redução de complicações e mortalidade. Todavia, para que uma pessoa utilize um serviço de saúde, não basta existir oferta em quantidade suficiente; é necessário a perceção de uma necessidade, a procura de um serviço de saúde e o atendimento. Aspetos como a localização geográfica, recursos disponíveis, escolhas individuais, disponibilidade e tipos de serviços oferecidos influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde, variando em função do tipo de serviço (ambulatório, hospitalar, assistência no domicílio) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação) (Travassos & Martins, 2004; Miqulin, Marín-León, Monteiro & Filho, 2013).

O preço dos serviços de saúde representa também um importante fator que influencia a procura e acesso aos serviços de saúde pela população. Neste contexto, a partilha de custos com o consumidor é uma medida usualmente adotada pelos sistemas de saúde, nomeadamente na forma de taxas moderadoras (TM), que se definem como um valor fixo cobrado ao utente pela prestação de um serviço, sendo este valor bastante menor que o custo real do serviço (Barros, Machado & Simões, 2011). São equivalentes literários os termos “taxas de utilização”, “taxas moderadoras” ou “taxa de utente”, referindo-se a pagamentos realizados aquando do consumo de cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2010). As taxas moderadoras funcionam como um instrumento financeiro que tem como principal objetivo moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde (Pinto & Aragão, 2003).

Em Portugal, as taxas moderadoras na saúde têm sido alvo de novas aplicações e sucessivos aumentos, o último dos quais em Janeiro deste ano (Circular Normativa nº5/2013, de 17 de Janeiro) mas, o mais significativo, em Janeiro de 2012, após o Memorando de Entendimento, onde o seu valor ascendeu para mais do dobro (Decreto-

Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro; Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2011; Fernandes & Barros, 2012).

Neste prisma, surge o interesse de avaliar até que ponto o comportamento dos utentes do serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Hospital de Faro (CHA), representantes de uma parcela dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), se alterou com o aumento do valor das taxas moderadoras, existindo a preocupação de que estas estejam a funcionar, não como um controlador da utilização abusiva dos serviços de saúde, mas como uma barreira ao seu acesso.

## **1.2. Relevância do tema**

Para a OMS (Whitehead & Dahlgren, 2006), todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que esse objetivo seja determinado por circunstâncias económicas ou sociais. Efetivamente, a saúde engloba esta característica peculiar, em que todos concordam que devem ter acesso ilimitado aos melhores cuidados de saúde, apesar de se tratar de um sector com recursos limitados (Gruskin & Daniels, 2008). A população mundial classifica a saúde como uma das suas maiores prioridades, ultrapassada apenas por questões como o desemprego, reduzidos salários ou alto custo de vida (OMS, 2010). Assim, no âmbito da conjuntura económica atual, onde são necessárias medidas cada vez mais restritivas, o pagamento dos serviços de saúde é um dos temas de maior visibilidade e interesse junto da população.

Para além disto, o tema desta dissertação é bastante atual, visto que em Portugal, como em grande parte dos países europeus, dada a crise económica presente internacionalmente, as taxas moderadoras têm sido alvo de aumentos, numa tentativa de compensar o incremento dos custos totais com os cuidados de saúde, sendo pouco explícitas as consequências dessa intervenção (Quintal & Vescelau, 2011; ERS, 2011). Em relação à escolha do contexto - o serviço de Gastroenterologia do CHA - relacionou-se com a motivação da investigadora para conhecer o impacto da política de saúde apontada num ambiente que lhe é conhecido, dado se tratar do seu local de trabalho, acreditando nos benefícios do estudo para a sua prática diária, sensibilização da equipa de saúde e pistas para a gestão. Acresce, a existência de limitações, nacionais

e internacionais, a nível da investigação empírica sobre o tema, que justificam a necessidade e utilidade do estudo.

### **1.3. Objetivos do estudo**

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar questões relacionadas com o impacto do aumento das taxas moderadas, evidenciado em Janeiro de 2012, num contexto específico que é o serviço de Gastroenterologia do CHA. Para tal, determinaram-se objetivos específicos que orientaram a pesquisa e estudo a realizar.

Assim, pretende-se:

- ✓ Identificar alterações na utilização efetiva dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia após o aumento das taxas moderadoras em Janeiro de 2012;
- ✓ Determinar em que unidade funcional do serviço de Gastroenterologia – Consultas, Unidade de Técnicas ou Hospital de Dia – foram evidentes mais alterações na utilização por parte dos utentes;
- ✓ Calcular a elasticidade procura-preço para os principais serviços prestados, em relação ao período de tempo decorrente entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012;
- ✓ Conhecer a opinião dos utentes em relação à existência de taxas moderadoras e aos seus aumentos;
- ✓ Detetar a presença de utilização evitada devido ao pagamento e aumento de taxas moderadoras;
- ✓ Conhecer a opinião dos utentes em relação à influência das taxas moderadoras nas condições de saúde da população, no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ Determinar as funções das taxas moderadoras consideradas pelos utentes do serviço;



✓ Averiguar a relação de vários fatores, que influenciam a procura de cuidados de saúde, com a opinião dos utentes acerca da existência de taxas moderadoras.

#### **1.4. Estrutura e conteúdo**

A presente dissertação desenvolve-se ao longo de seis capítulos. No primeiro capítulo, que corresponde à introdução, é justificada a importância do tema em estudo, são descritos os objetivos do estudo, bem como a estrutura do trabalho desenvolvido.

O segundo capítulo apresenta uma revisão da literatura com uma reflexão e enquadramento teórico acerca do tema em estudo. São conceptualizados os conceitos de procura de cuidados de saúde, acesso aos cuidados de saúde e partilha de custos em saúde, de acordo com o que já foi produzido cientificamente sobre o tema.

O terceiro capítulo representa a contextualização do tema, com uma introdução ao setor da saúde em Portugal, onde é focada a origem e problemática das taxas moderadoras no país, e particularmente no serviço de Gastroenterologia. Também é descrito e apresentado este serviço para que o leitor adquira uma perspetiva geral sobre o local onde foi realizado o estudo empírico.

O quarto capítulo evidencia a metodologia de investigação utilizada, as técnicas e instrumentos de investigação escolhidos e a explicação de como será operacionalizado todo o estudo, que se desenvolveu ao longo de duas etapas.

No quinto capítulo procura-se analisar e descrever os resultados obtidos. Esta análise subdivide-se em três momentos: apresenta uma análise descritiva dos resultados da primeira etapa do estudo empírico, segue-se a análise descritiva dos resultados da investigação por questionário realizada num segundo momento, assim como uma análise inferencial, de forma a identificar relações significativas entre as variáveis em estudo.

No sexto e último capítulo são sistematizados os resultados globais obtidos, as limitações do estudo, bem como recomendações e sugestões para investigações futuras.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Neste capítulo apresenta-se uma revisão da literatura centrada na procura de cuidados de saúde e nas suas especificidades, no acesso aos serviços de saúde e na partilha de custos em saúde, de forma a contextualizar o trabalho empírico realizado e apresentado posteriormente. Assim sendo, primeiramente apresenta-se o conceito de procura de cuidados de saúde e uma reflexão acerca dos diversos fatores que podem afetar esta procura, evidenciando-se a influência do preço. Em seguida, torna-se importante a análise do conceito de acesso e suas dimensões. Por fim, dá-se a conhecer a estratégia de partilha de custos utilizada em muitos sistemas de saúde, nomeadamente as taxas moderadoras, e a polémica existente na comunidade científica sobre o tema.

### **2.1. O conceito de procura de cuidados de saúde**

No âmbito dos cuidados de saúde, a procura distingue-se do conceito de necessidade e de utilização. Primeiramente, a necessidade de cuidados de saúde ocorre quando uma pessoa fica doente ou incapacitada e sabe da existência de cuidados de saúde para o tratamento/cura da situação em causa. Já a procura de um bem ou serviço, define-se como a quantidade desse bem ou serviço que as pessoas desejam consumir num certo período de tempo, combinado com a capacidade de fazer esse desejo conhecido e realizado (Iunes, 2002; Castro, 2002). Assim, a procura de cuidados de saúde manifesta-se quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento. Em relação ao conceito de utilização, este relaciona-se com o consumo efetivo de cuidados de saúde, sendo entendido como todo o contato direto (na forma de consultas ou internamento hospitalar) ou indireto (pela realização de exames preventivos e de diagnóstico) com os serviços de saúde (Matias, 1995; Souza & Botazzo, 2013; Miquilin et al., 2013).

Note-se que a procura de cuidados de saúde apresenta especificidades, pois enquadra-se num mercado caracterizado por falhas, que justificam a intervenção do Estado para otimizar a alocação e justa distribuição dos recursos disponíveis (Arrow, 1963; Castro, 2002; Cardoso, 2008). Assim, em primeiro lugar, a procura de cuidados de saúde resulta

de uma incerteza, visto que a doença é imprevisível e a maioria da população não sabe quando e com que frequência vai necessitar de cuidados de saúde (Arrow, 1963; Iunes, 2002; Castro, 2002; Pereira, 2003). Para além disto, sendo “os cuidados gratuitos ou quase gratuitos no momento em que são recebidos, pode haver tendência ao seu abuso e desperdício” (Ramos, 2003, p.3). O risco moral pode ocorrer em sistemas de saúde universais, ou em sistemas de saúde baseados em seguros privados ou públicos, que cobrem a totalidade dos gastos com cuidados de saúde. Do lado do consumidor, há o risco de este poder vir a consumir mais do que realmente é necessário ou ter menos cuidado com a sua saúde, aumentando a probabilidade de adoecer. Do lado do prestador de cuidados de saúde, este poderá provocar um aumento na procura de cuidados de saúde por direcionar/aconselhar o utente (que detém menos informação) no sistema de saúde (Arrow, 1963; Iunes, 2002; Castro, 2002; Nishijima, Postali & Fava, 2011).

Efetivamente, a utilização dos serviços de saúde resulta da interação do comportamento do consumidor (que procura cuidados de saúde) e do profissional de saúde (que conduz o utente dentro do sistema de saúde), ou seja, geralmente o utente é responsável pelo primeiro contacto com os serviços de saúde, sendo os profissionais os responsáveis pelos contactos subsequentes (Travassos & Martins, 2004). A assimetria de informação neste mercado existe, pois uma das partes possui mais informação relevante para a relação económica, que a outra parte (Barros, 2013). Naturalmente, o consumidor de cuidados de saúde não sabe o resultado que determinada ação tem no seu estado de saúde futuro, necessitando que o prestador de cuidados o aconselhe dentro do sistema de saúde. Estabelece-se assim uma relação de agente, onde o doente confia no profissional. Todavia, esta relação é ingrata, visto que pode influenciar ao mesmo tempo a procura e a oferta de cuidados de saúde (Iunes, 2002; Castro, 2002; Amendoeira, 2009). Também, a presença de barreiras no mercado, do lado da oferta, poderá condicionar a procura de cuidados de saúde, sendo exemplos restrições na entrada de novos profissionais no mercado, controlo no número de vagas nas universidades para formação de profissionais de saúde, restrições no número de consultas, exames, entre outros (Castro, 2002).

Posto isto, em termos teóricos, a procura de cuidados de saúde é geralmente analisada mediante dois modelos principais: 1) o modelo tradicional analisa o consumo dos cuidados de saúde, apesar das suas características peculiares, tal como analisaria outros

bens económicos, isto é, de acordo com as leis gerais da procura, em função do preço, rendimento, preferências do consumidor, entre outros; 2) o modelo de Grossman (1972) que considera a procura de cuidados de saúde como uma procura derivada, em que o objetivo final é a procura de saúde, sendo influenciada por elementos como a idade, o salário e a educação do indivíduo. Em traços gerais, para Grossman (1972) a procura de saúde e de cuidados de saúde resulta de um processo de escolha individual, onde a saúde é um bem produzido por cada indivíduo, usando tempo e bens e serviços adquiridos no mercado. Grossman (1972) encara a saúde como um *stock*, analisando-a como um bem de consumo ou um bem de capital humano: como bem de consumo, a saúde possibilita que as pessoas se sintam melhor; já como bem de investimento, a saúde diminui os dias de incapacidade para o trabalho, afetando conseqüentemente a produção e o rendimento individual (Grossman, 1972; Barros, 2003, 2007 e 2013).

## **2.2. Fatores determinantes da procura de cuidados de saúde**

Tanto a utilização como a procura dos serviços de saúde dependem de uma pluralidade de fatores (Travassos & Martins, 2004). Andersen desenvolveu, em 1968, um Modelo Comportamental que classifica as várias determinantes da utilização dos cuidados de saúde, com base em fatores predisponentes, fatores de capacitação, fatores de necessidade e, mais tarde, fatores relacionados com os serviços de saúde (Andersen, 1995; Pavão & Coeli, 2008; Babitsch, Gohl & Lengerke, 2012; Quintal, Lourenço & Ferreira, 2012).

**2.2.1. Fatores predisponentes** (ligados ao facto de o indivíduo estar mais ou menos suscetível ao uso dos serviços de saúde):

✓ Idade - Segundo o modelo de Grossman (Grossman 1972; Barros, 2003, 2013), pessoas de diferentes idades terão capacidades distintas para produzir saúde, sendo que a taxa de depreciação de saúde evolui com a idade de cada indivíduo. Neste prisma, os idosos procuraram mais cuidados de saúde, mas apresentam um *stock* menor de saúde. Efetivamente, alterações na estrutura etária da população podem ser determinantes na

procura de certos serviços de saúde: adolescentes e crianças tendem a receber cuidados preventivos, enquanto os adultos procuram cuidados de saúde à medida que a saúde declina com a idade. Para além disto, enquanto um aumento no número da população mais idosa provoca uma procura acentuada de cuidados de geriatria e domiciliários, um aumento na população mais jovem incrementará a procura por cuidados de saúde infantil (Pires, 2010; Nishijima et al., 2011);

✓ Género - As mulheres procuram com maior frequência cuidados de saúde, sendo esta diferença entre géneros mais evidente no que se refere a cuidados preventivos (Pires, 2010). A justificação passa por perceções diferentes do custo de oportunidade que a doença implica, tendo a mulher uma maior perceção do custo da sua ausência, nomeadamente no que se refere ao tempo para cuidar dos filhos, para as tarefas domésticas e para o trabalho (Almeida, 2009). Entre os adolescentes, são também as raparigas que têm uma maior utilização de cuidados de saúde, provavelmente devido a problemas de saúde reprodutiva, ou apenas por despertarem mais interesse e preocupação com a sua saúde (Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Ravens-Sieberer & Tountas, 2010);

✓ Situação profissional - Estudos sugerem que indivíduos desempregados e reformados recorrem com maior frequência aos serviços de saúde, o que é explicado pela perceção da deterioração do estado de saúde e pela diminuição do custo de oportunidade do tempo perdido com os cuidados de saúde (Economou, Nikolaou & Theodossiou, 2008; Almeida, 2009).

✓ Estado Civil - Entre os casais em que a mulher é um consumidor ativo de cuidados de saúde, há uma maior propensão do cônjuge para procurar assistência similar (Zheng & Zimmer, 2009). Para além disto, evidências sugerem que há uma menor procura de cuidados hospitalares no pós-operatório por indivíduos casados, uma vez que o cônjuge pode auxiliar a reabilitação no domicílio (Pires, 2010).

✓ Educação/Formação - Uma pessoa com maior formação académica poderá compreender melhor a importância de determinado cuidado de saúde para a sua saúde e bem-estar. O nível de educação e formação condiciona a assimilação da informação transmitida quer na sociedade, quer pelos meios de comunicação, quer pelos prestadores

de cuidados. Assim sendo, pessoas com mais habilitações académicas adotam mais facilmente um estilo de vida saudável, evitam comportamentos de risco e aderem mais facilmente a tratamentos e exames. Neste prisma, a educação condiciona os investimentos em saúde por parte de cada indivíduo. As pessoas com um maior nível de formação procuram, com maior frequência, cuidados preventivos, pois reconhecem facilmente os seus benefícios e, perante estados de doença, recorrem aos serviços de saúde mais rapidamente, pois estão informados e despertos para as mais-valias do tratamento precoce (Grossman, 1972; Almeida, 2009; Pires, 2010; Barros, 2013).

✓ Fatores ambientais e sociais - Condicionantes ambientais, como a própria epidemiologia da doença ou estar num ambiente pouco saudável, podem afetar o estado de saúde do indivíduo e determinar os cuidados de saúde que este procura. Aquilo que a sociedade determina numa dada altura é também importante, podendo causar uma alteração na procura de determinados cuidados de saúde ao longo do tempo. Os cuidados de saúde estão sujeitos a mudanças de opinião, de mentalidade, surgindo constantemente novos estudos que podem determinar novas práticas ou contradizer práticas anteriores (Pires, 2010; McPake, Brikci, Cometto, Schmidt & Araujo, 2011).

**2.2.2. Fatores de capacitação** (relacionam-se com a possibilidade de acesso ao serviço):

✓ Rendimento - O rendimento é uma variável económica que se traduz na capacidade monetária do indivíduo, que quando aumentada, leva ao aumento da procura de cuidados de saúde, estando associado a um maior investimento em capital humano (Grossman, 1972; Barros, 2013). Assim, pessoas com rendimentos mais altos tendem a considerar custos de oportunidade mais elevados associados à depreciação da saúde e aos estados de doença (Almeida, 2009; Pires, 2010);

✓ Seguro de saúde - Os seguros de saúde são instrumentos atrativos para minimizar as incertezas inerentes ao consumo de cuidados de saúde. Todavia, o mercado de seguros de saúde é inseparável do risco moral, já que o consumidor, estando protegido financeiramente, irá utilizar os serviços de saúde com maior frequência e eventualmente

por situações menos graves e desnecessárias (Almeida, 2009; Moreira & Barros, 2009; Pires, 2010; Barros, 2013).

**2.2.3. Fatores de necessidade** (refletem a necessidade em cuidados de saúde com base no estado de saúde dos indivíduos, avaliado quer por estes, quer por profissionais de saúde):

✓ Perceção do risco - Quanto mais os indivíduos acreditam que estão em risco para um problema de saúde que possa ser impedido ou melhorado por cuidados de saúde preventivos, maior será a procura destes. Todavia, a incerteza acerca da eficácia e eficiência dos cuidados, leva a uma diminuição da procura, uma vez que os consumidores têm dificuldade em perceberem que as suas escolhas só geram benefícios, muitas vezes, a longo prazo (Liebman & Zeckhauser, 2008; Almeida, 2009);

✓ Estado de saúde - O modelo de Grossman implica uma procura de cuidados de saúde derivada, ou seja, que depende, entre outras coisas, do estado de saúde inicial e da ocorrência, ou não, de episódios de doença (Barros, 2013). A perceção do seu estado de saúde, assim como a presença de doenças crónicas, afeta a procura de cuidados de saúde por parte do indivíduo. Logicamente, indivíduos mais doentes procuram mais cuidados de saúde, mas doentes crónicos que vivenciaram um processo de adaptação à doença, tenderão a procurar menos cuidados de saúde do que aqueles que não se encontram adaptados (Atella, Bridisi, Deb & Rosati, 2003; Barros, 2003);

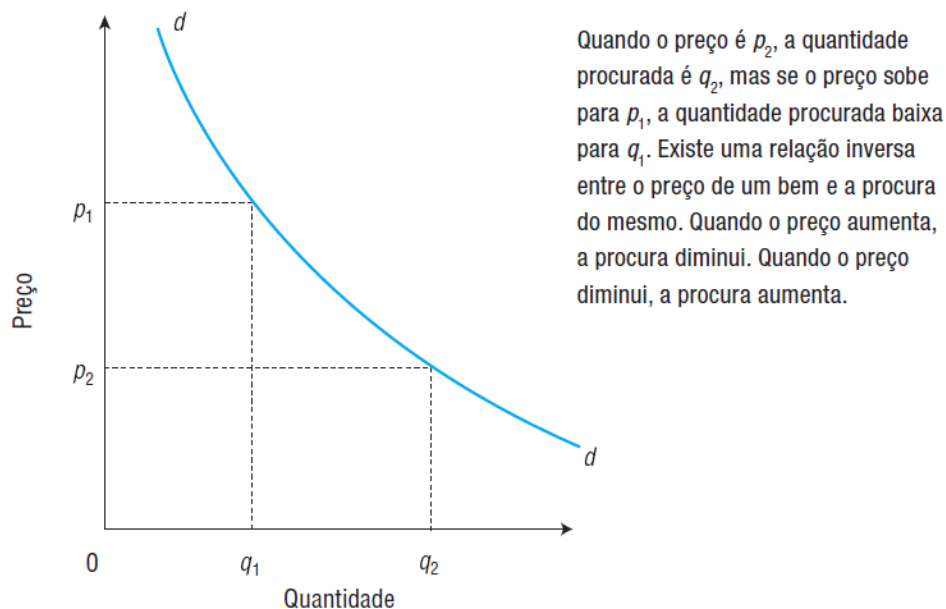
**2.2.4. Fatores relacionados com os serviços de saúde** (mensuráveis, por exemplo, através do número de consultas em cuidados de saúde primários, hospitais ou clínicas dentárias):

✓ Oferta - A utilização de cuidados de saúde depende também de fatores relacionados com a disponibilidade da oferta de cuidados de saúde (Travassos & Martins, 2004).

### 2.2.5. Fatores relacionados com o preço dos cuidados de saúde

O preço de um bem ou produto é, indiscutivelmente, um importante fator determinante da sua procura. Com base na teoria económica, considerando constantes todos os outros fatores, o preço e a quantidade do produto que o consumidor pretende adquirir assumem uma relação inversa. Assim, quanto maior for o aumento do preço de um bem, menor será a quantidade procurada do mesmo, como é possível verificar na Figura 2.1. que apresenta a curva de procura de cuidados de saúde, semelhante à curva da procura tradicional para qualquer bem ou produto (Iunes, 2002).

Figura 2.1 - Curva da Procura



Fonte: Pires (2010, p.7)

Importa realçar que este conceito de “preço de cuidados de saúde” distingue-se do conceito de “preço da saúde”, sendo o último mais abrangente já que reconhece que “para aumentar o *stock* de saúde, é necessário usar cuidados de saúde (tempo médico e de enfermagem, equipamento, meios de diagnóstico, medicamentos, etc...) mas também tempo da pessoa para que possa transformar esses cuidados de saúde em saúde propriamente dita” (Barros, 2007, p.198).



Do exposto, torna-se importante analisar o conceito de elasticidade, que é a medida do grau de correspondência de uma variável dependente (procura, oferta) a alterações numa das variáveis que a determinam (por exemplo preço, rendimento, nível de formação). Especificamente, a elasticidade procura-preço mede quanto a quantidade procurada (de um dado bem/serviço) reage perante uma variação no preço, de acordo com a fórmula em seguida (Lipsay & Chrystal, 2007; Conrado, Picinato, Macedo & Corbari, 2013):

$$\varepsilon_{procura-preço} = \frac{\frac{\Delta Q}{Q}}{\frac{\Delta P}{P}}$$

$\varepsilon$  representa o valor da elasticidade procura preço,  $\Delta Q$  a variação da quantidade procurada num determinado período de tempo,  $Q$  a quantidade procurada no momento inicial,  $\Delta P$  a variação do preço num determinado período de tempo e  $P$  o preço inicial. A elasticidade procura-preço pode ser perfeitamente inelástica, inelástica, unitária, elástica ou perfeitamente elástica, como descrito na Tabela 2.1.

**Tabela 2.1- Resultados do Cálculo da Elasticidade Procura-Preço**

<b>Perfeitamente Inelástica</b>	$\varepsilon = 0$	A quantidade procurada não varia em relação ao preço.
<b>Inelástica</b>	$\varepsilon < 1$	A quantidade procurada varia menos que proporcionalmente à variação do preço.
<b>Unitária</b>	$\varepsilon = 1$	A quantidade procurada varia proporcionalmente à variação do preço.
<b>Elástica</b>	$\varepsilon > 1$	A quantidade procurada varia mais que proporcionalmente à variação do preço.
<b>Perfeitamente Elástica</b>	$\varepsilon = +\infty$	A quantidade procurada varia infinitamente face a uma variação no preço.

Fonte: Adaptado de Lipsay e Chrystal (2007)

Há pouca evidência empírica sobre a forma como os consumidores reagem às variações dos preços, no âmbito dos cuidados de saúde. Efetivamente, a avaliação deste parâmetro é dificultada pela existência de vários fatores intervenientes que são difíceis de avaliar

(Duarte, 2012). Todavia, os principais estudos relacionados com a procura-preço de cuidados de saúde revelam uma procura de cuidados de saúde inelástica, já que existem poucos substitutos desses cuidados de saúde. Contudo surgem também na literatura resultados contraditórios (Ringel, Hosek, Vollaard & Mahnovski, 2002; Folland, Goodman & Stano, 2004; Pires, 2010).

Segue-se a análise de alguns estudos recentes sobre a elasticidade procura-preço no âmbito da saúde, que ressaltam a importância da percepção dos consumidores acerca da eficácia dos cuidados, ou da melhoria da qualidade destes, de forma a minimizar a sensibilidade da quantidade procurada perante uma variação no preço.

Sommers e Porter (2006) analisam uma clínica de Boston que oferece serviços de acupuntura, fitoterapia chinesa e shiatsu, verificando a procura 3 meses antes e 3 meses depois de um aumento de 5\$ (17%) no preço de todos os serviços. O estudo determinou que a utilização diminuiu para todos os serviços no primeiro mês após o aumento dos preços, notando-se uma queda relativamente menor na utilização de serviços de acupuntura, consistente com a percepção de eficácia ou imediatismo do tratamento no alívio dos sintomas dos clientes.

O trabalho de Mataria, Luchini, Daoud e Moatti (2007) propõe uma nova metodologia para avaliar a procura e a elasticidade-preço para os cuidados de saúde, com base na vontade expressa do consumidor para pagar a melhoria de determinados aspetos e assim aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. Este estudo realizado na Palestina sugere uma procura inelástica perante baixos níveis de procura de cuidados de saúde e determina que, se o aumento do preço é acompanhado por um aumento na qualidade dos cuidados, menos a procura de cuidados de saúde é afetada.

Kondo, Hoshi e Okubo (2009) realizaram um estudo com idosos no Japão, acerca da elasticidade-preço na procura da vacina da gripe. Verificou-se que a procura da vacinação contra a gripe entre os idosos pode variar de elástica para inelástica, dependendo das características da região onde vivem. Assim sendo, foi determinada uma procura inelástica pelos idosos da área urbana e uma procura altamente elástica na área rural, o que pode ser explicado por um rendimento inferior dos idosos nesta localização.

Um estudo de Connolly, Griesinger, Ledger e Postma (2009) na Alemanha investiga alterações na procura de tratamentos de fertilização *in-vitro* (FIV) e de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) após aplicação de uma política de copagamento para o consumidor que ronda os 1500€ a 2000€. Os resultados deste estudo são de curto-prazo (12 meses após a implementação da política) e apontam para uma procura inelástica dos consumidores para estes tratamentos de fertilidade.

Pires (2010) foi responsável por um estudo observacional, a nível nacional, baseado na análise empírica de dados referentes à utilização dos cuidados de saúde por parte de 12.230 indivíduos detentores de um plano de seguro de saúde individual, numa seguradora privada em Portugal. Pires (2010) encontrou valores da elasticidade procura – preço superiores a 1, em valor absoluto, concluindo que o preço influenciou de forma significativa a procura de cuidados de saúde em Portugal. Para além disto, a autora verificou que a procura de cuidados de saúde em ambulatório é mais sensível à variação do preço do que a procura de cuidados de internamento. De salientar, que um fator que não pode ser controlado neste estudo foi que, face ao aumento do preço, os indivíduos tinham sempre a possibilidade de recorrerem ao SNS, já que o seguro de saúde era uma segunda cobertura.

Zhou, Su, Gao, Xu e Zhang (2011) aplicaram um questionário que incluiu variáveis demográficas, socioeconómicas, características de seguros, estado de saúde, utilização de serviços de ambulatório e de internamento. Entre outras conclusões, verificaram que não existiam diferenças significativas na sensibilidade da procura de serviços de ambulatório e de serviços de internamento, em relação a alterações do preço.

### **2.3. O Acesso em Saúde**

Acesso é um conceito complexo, que muitas vezes não é empregado da forma mais correta, sendo pouco clara a sua relação com a utilização de serviços de saúde. É um conceito que mudou ao longo do tempo, diferindo com o contexto em que se insere e com o autor (Travassos & Martins, 2004).

Aday e Andersen (1974) conceptualizaram o acesso aos serviços de saúde como uma ideia mais política do que organizacional, tendo em conta as características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o grau de interação entre os utentes e o sistema de saúde, podendo ser determinado através de indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde (como, por exemplo, a medição da sua satisfação). Donabedian (1973) preferiu utilizar o termo acessibilidade, definindo-a como a capacidade de produzir serviços e de dar resposta às necessidades de saúde da população. Nesta definição, mais do que a mera disponibilidade de recursos num determinado momento e lugar, Donabedian (1973) tem em conta as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam a utilização pelos consumidores (Travassos & Martins, 2004). O autor (1973) distinguiu duas dimensões no conceito de acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica. Todavia, a evolução do conceito de acesso à saúde passou a incorporar dimensões que refletem aspetos menos tangíveis do sistema de saúde e da população (Sanchez & Ciconelli, 2012; Miquilin et al., 2013).

Em seguida, identificam-se cinco destas dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente (Furtado & Pereira, 2010):

- ✓ A **disponibilidade** que depende do tipo de cuidados cobertos pelo sistema de saúde público e relaciona-se com a presença de uma oferta apropriada de serviços que permita que os consumidores tenham a oportunidade de os utilizar;
- ✓ A **proximidade** que reflete a acessibilidade física ou geográfica;
- ✓ O **custo** que engloba não só os custos diretos como os indiretos (relacionados com o transporte, tempo perdido) incorridos no consumo de serviços de saúde. Os custos podem estar condicionados pela cobertura por seguros de saúde ou subsistemas públicos;
- ✓ A **qualidade** que se relaciona com a organização dos serviços prestados, englobando horários de funcionamento, marcação de consultas, integração de cuidados, entre outros aspetos;

✓ E por fim, a **aceitação** que se avalia comparando a prestação de cuidados de saúde com as necessidades e expectativas dos utentes.

Em suma, o acesso efetivo aos cuidados de saúde é indissociável da presença de eventuais barreiras, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais. Neste sentido, o acesso aos cuidados de saúde visa que a população alcance o seu potencial de saúde, devendo ter em consideração as necessidades em saúde e os contextos económicos e culturais dos diferentes grupos sociais, por forma a auxiliar a determinação da existência de iniquidades (Furtado & Pereira, 2010; Sanchez & Ciconelli, 2012).

#### **2.4. Partilha de Custos: as taxas moderadoras**

O grande crescimento do sector da saúde tem promovido o interesse de investigadores e decisores políticos no estudo de abordagens exequíveis que permitam reduzir a despesa em saúde e melhorar a gestão dos recursos. Neste contexto, do lado da procura, a abordagem usualmente utilizada, desde longa data, é a partilha de custos com o consumidor (Lourenço & Silva, 2008; Neto, 2008; Aron-Dine, Einav, Finkelstein & Cullenly, 2012; Costa, 2012; Gerfin, 2012). Entende-se como partilha de custos, qualquer forma de contribuição dos utentes para o pagamento dos serviços de saúde que consomem, não sendo esta contribuição obrigatoriamente no momento do consumo. A partilha de custos pode ser direta ou indireta. A primeira inclui o copagamento (valor fixo por cada serviço ou produto), o cosseguro (percentagem fixa sobre o custo total do serviço), a franquía (o pagamento do valor é realizado até um limite, a partir do qual se inicia a cobertura do seguro) e o *balance billing* (é exigido pagamento adicional à cobertura do seguro). No que se refere à partilha de custos indireta, esta abarca todas as políticas que levam os utentes a suportar o custo dos serviços que consomem, não sendo através da cobrança direta de valores monetários (exemplos são as exclusões de cobertura e as listas restritas de medicamentos comparticipados) (ERS, 2013).

Nos últimos anos, é evidente um aumento na utilização da estratégia da partilha de custos na área da saúde, com o objetivo de tornar os consumidores mais conscientes do custo dos cuidados (Barros & Simões, 2007; Barros et al., 2011). Desta forma, os

copagamentos, ou taxas de utilização, sob a forma de dissuasores de consumo, produzem mudanças no comportamento dos indivíduos, que valorizam mais aquilo que consomem, já que contribuem para o seu pagamento (Barbosa, 2009). As taxas de utilização, vulgarmente conhecidas como taxas moderadoras (termo utilizado doravante), dizem respeito a “qualquer pagamento exigido aos utentes dos serviços de saúde decorrente do seu consumo e, frequentemente, no momento do seu consumo” (ERS, 2013, p.136), estando presentes numa grande maioria dos sistemas de saúde contemporâneos, mesmo naqueles caracterizados por um serviço de saúde público, em princípio gratuito e universal (Nero, 2002).

As taxas moderadoras são, desta forma, um valor fixo cobrado ao utente pela prestação de um serviço, sendo este valor bastante menor que o custo real do serviço (Barros et al., 2011). O objetivo primordial das taxas moderadoras é evitar a utilização excessiva dos serviços de saúde, moderando, racionalizando e regulando o acesso à prestação de cuidados de saúde (Fernandes & Barros, 2012; Grabka, Schreyögg & Busse, 2006). Tenta-se, portanto, garantir que a procura seja efetivada a partir de uma necessidade de saúde, real e imediata, do indivíduo, sendo que este, obrigado a pagar parte dos serviços, demonstrará uma maior racionalidade na procura dos bens e serviços de saúde, restringindo o consumo desnecessário, libertando recursos e, obtendo ganhos em saúde para si e para toda a população (Vianna, Piola & Reis, 1998; Thomson, Foubister & Mossialos, 2010; Barros, Afonso, Martins & Pereira, 2013).

#### **2.4.1. Controvérsia em torno das taxas moderadoras**

Apesar do seu papel na racionalização da procura de cuidados de saúde, as taxas moderadoras apresentam diversos propósitos, de acordo com o sistema de saúde onde se inserem: por um lado, podem ser uma importante fonte de financiamento dos cuidados de saúde, principalmente nos países mais pobres e, por outro lado, apresentam-se como um instrumento de controlo do risco moral, como anteriormente foi descrito. A reflexão sobre o objetivo e utilidade das taxas moderadoras gera polémica em todo o mundo, pelo que se torna essencial uma análise das vantagens e desvantagens associada à

aplicação de taxas moderadoras nos sistemas de saúde, promovendo a reflexão sobre o real contributo desta forma de partilha de custos para a saúde das populações.

#### 2.4.1.1. Vantagens do uso das taxas moderadoras

Uma das principais vantagens apontadas às taxas moderadoras é o controlo de problemas de utilização abusiva, o que permite a diminuição de cuidados desnecessários e uma maior efetividade e controlo dos gastos em saúde (Nero, 2002; Quintal & Venceslau, 2011; Dupas, 2012). Para Robinson (2002), o consumo desnecessário de serviços de saúde ocorre quando os benefícios decorrentes do consumo são menores do que os custos. Todavia, para que as taxas moderadoras operem a este nível, é fundamental que os consumidores de cuidados de saúde sejam, de facto, sensíveis ao preço, pelo que a elasticidade-preço da procura de cuidados de saúde deve ser não nula. Para além disto, a decisão do consumo deve pertencer ao mesmo agente que paga o serviço, o que muitas vezes não se verifica, uma vez que a decisão de consumo é partilhada entre utente e profissional de saúde, sendo usualmente determinada pela prescrição do último. Por este motivo, a restrição do consumo de cuidados de saúde, imposta pelo pagamento de taxas moderadoras, será mais evidente nos serviços de urgência e nos cuidados de saúde primários (ERS, 2013).

No seguimento do supramencionado, acredita-se que, no lado da oferta, também pode ocorrer racionalização, graças à aplicação de taxas moderadoras, uma vez que os profissionais de saúde tornam-se mais conscientes, responsáveis e cuidadosos no momento da prescrição, pois sabem que o consumidor terá de arcar com parte dos custos (Quintal & Venceslau, 2011).

Dupas (2012) determina que as taxas moderadoras podem provocar um aumento da eficiência alocativa de cuidados de saúde de três formas: pelo **screening do mecanismo de preço**, isto é, quando há um preço para um serviço de saúde, o mesmo só será procurado pelo utilizador se, de facto, este valorizar esse serviço; pelo **efeito psicológico do preço**, já que quanto mais alguém paga por um serviço, mais probabilidade tem de evitar o desperdício de dinheiro, aproveitando plenamente o serviço (incrementando-se, portanto, uma melhor utilização dos serviços de saúde e

aumentando o cumprimento e adesão aos tratamentos); e pelo **risco moral ex-ante**, pois quanto maior o valor a pagar pelos serviços de saúde, maior é o incentivo para que a população se mantenha saudável, evitando comportamentos de risco e investindo em cuidados preventivos (claro que isto só se verifica quando o aumento das taxas moderadoras não incide também sobre cuidados preventivos). Neste prisma, as taxas moderadoras permitem consciencializar o paciente acerca dos custos reais dos serviços de saúde e realçam a importância da saúde, tendo um papel psicologicamente educativo (Krutilová & Yaya, 2012).

A contribuição no financiamento dos serviços de saúde é também um argumento a favor das taxas moderadoras, cujo pagamento aumenta as receitas no setor da saúde. Assim, os recursos financeiros resultantes do pagamento de taxas moderadoras podem ser utilizados em prol da melhoria dos serviços, quer a nível de equipamentos e instalações, quer pela criação de incentivos aos profissionais de saúde e à sua formação. Nos países mais pobres, este aumento tem especial valor, pois permite alargar o pacote de cuidados de saúde públicos prestados à população. Para além disto, o facto de o consumidor pagar, torna-o mais exigente, promovendo a qualidade dos serviços que recebe. A racionalização da utilização dos serviços de saúde irá minimizar a sobrecarga e sobrelotação dos serviços, fomentando também a qualidade dos mesmos (James, Hanson, McPake, Balabanova, Gwatkin, Hopwood, Kirunga, Knippenberg, Meessen, Morris, Preker, Soucat, Souteyrand, Tibouti, Villeneuve & Xu, 2006; Barbosa, 2009; ERS, 2013).

A fácil compreensão e implementação das taxas moderadoras é outra das vantagens apresentadas. Também, o facto de o valor da taxa ser diferenciado consoante o serviço permite ao consumidor avaliar de forma mais correta onde recorrer mediante a gravidade e urgência da situação (Abreu, 2012). Também Barros, Afonso, Martins e Pereira (2013) argumentam que a diferenciação de taxas moderadoras entre pontos de atendimento (centros de saúde e urgências hospitalares, por exemplo) é um impulsionador de uma correta utilização dos serviços de saúde.

Por fim, assume-se que as taxas moderadoras são vantajosas, pois visam aumentar a equidade na distribuição dos serviços de saúde num determinado país (Lagarde &



Palmer, 2011). A utilização de esquemas de isenção para os indivíduos mais carenciados diminui potenciais injustiças no acesso aos cuidados de saúde (ERS, 2013).

#### **2.4.1.2. Desvantagens do uso de taxas moderadoras**

O principal argumento contra a existência de taxas moderadoras centra-se no aumento das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, reduzindo a utilização destes pelos segmentos mais pobres da sociedade, ou levando a atrasos na procura de cuidados de saúde por utentes que vivem em situação de pobreza. Para alguns, as taxas moderadoras podem então constituir uma barreira no acesso aos cuidados de saúde e, mesmo quando essa barreira é ultrapassada, podem levar a uma situação de insegurança económica (Johnson, Goss, Beckerman & Castro, 2012). A obrigação de pagar diretamente pelos serviços de saúde, num momento de necessidade e fragilidade (que é a doença), impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando o necessitam, já que os custos diretos da obtenção desses cuidados podem representar uma proporção significativa do rendimento total do agregado familiar. As taxas moderadoras aumentam os encargos financeiros das famílias, podendo gerar despesas incomportáveis e limitar os recursos disponíveis para outras áreas igualmente importantes como a educação, o saneamento ou a alimentação. A existência de uma despesa incomportável com a saúde não tem que ser sinónimo de altos custos, existindo quando põe em risco a capacidade da família para manter o seu padrão de vida habitual (OMS, 2010; Mladovsky et al., 2012; Krutilová & Yaya, 2012). Para além disto, se uma pessoa tem de pagar cuidados de saúde a um preço que está para além das suas possibilidades, um problema de saúde pode rapidamente precipitá-la na pobreza ou na falência (OMS, 2008).

Os indivíduos que apresentam um menor rendimento apresentam maiores níveis de morbilidade, necessitando de mais cuidados de saúde e pagando mais vezes as taxas moderadoras, enquanto os indivíduos com mais recursos mantem uma procura inelástica (Quintal & Venceslau, 2011). Portanto, as taxas moderadoras têm um carácter regressivo, e mesmo com valores baixos ou regimes de isenções, podem afastar as famílias mais pobres ou desfavorecidas dos cuidados de saúde necessários, pela dificuldade que estas têm em distinguir se o consumo de determinado cuidado de saúde

é mesmo importante (McPake et al., 2011; Quintal & Venceslau, 2011; Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson & McKee, 2012; Cylus, Mladovsky & McKee, 2012; Prinja, Kanavos & Kumar, 2012). Para além disto, as taxas moderadoras podem levar a que as pessoas não recorram aos serviços quando deveriam fazê-lo (Fernandes & Barros, 2012), já que muitas vezes não conseguem distinguir aquilo que é necessário do que é desnecessário (Pauly, 2004).

Note-se que as taxas moderadoras podem causar um adiamento ou transferência de cuidados e, ao inibir a procura de cuidados de saúde preventivos ou precoces, poderão aumentar a recorrência a cuidados de saúde urgentes, a necessidade de internamento ou o surgimento de complicações e, conseqüentemente, a despesa em saúde (Mladovsky et al., 2012).

Culmina-se com a ideia de que a implementação das taxas moderadoras, apesar de fácil, requiere um processo complexo e com diversos custos associados (Yates, 2009; Moat & Abelson, 2011). Além disso, nos países mais pobres, é controverso que exista um excesso de procura de cuidados de saúde, exceto por uma pequena elite, pelo que racionalizar a procura através da utilização de taxas moderadoras não parece prioritário (Smith, 2005).

#### **2.4.2. Investigação em Portugal**

Em Portugal, existem alguns estudos de investigação que abordam a temática das taxas moderadoras e realçam o interesse das mesmas. Todavia, ainda é escassa a investigação existente neste âmbito e alguns dos estudos apresentados expõem limitações importantes.

Na perspetiva dos profissionais de saúde, Barbosa (2009) verificou que a maioria dos inquiridos aprova a existência das taxas moderadoras, revelando, contudo, “algum ceticismo acerca da sua eficácia enquanto instrumento dissuasor de consumo excessivo de cuidados de saúde” (p.103). Segundo esta autora, são vistas como outras funções das taxas moderadoras “o seu papel na sensibilização dos utentes acerca dos elevados custos dos cuidados de saúde, e numa melhor seleção do serviço de saúde a utilizar” (p.104).

Para 47,4% dos inquiridos, as taxas moderadoras deveriam apresentar um carácter progressivo, pois esta amostra aceita as taxas moderadoras como mais penalizadoras para os mais pobres.

A aplicação de um questionário *online* destinado a médicos concluiu que “em relação às eventuais dificuldades com o pagamento de “taxas moderadoras”, na opinião de 43% dos respondentes, os utentes têm manifestado frequentemente dificuldade em pagar as taxas, 30% ocasionalmente, 16% muito frequentemente, 5% raramente, e 1% nunca” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2012, p.111). Um outro estudo, baseado no envio de um questionário a profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiares (USF) a nível nacional, determinou que a maioria dos inquiridos considerou que houve um aumento nas dificuldades de acesso, por parte dos utilizadores das USF, relativas às taxas moderadoras. Conclui-se ainda um aumento nas manifestações de insatisfação dos utentes, sendo que 70% dos profissionais considera que o principal motivo destas condutas está relacionado com as taxas moderadoras (OPSS, 2012).

Também Novo (2010), acerca da procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo, considerou que “o papel das taxas moderadoras, enquanto mecanismo inibidor do consumo, parece não surtir muito efeito na prática” (p. 60), visto que a maioria dos utentes não isentos declarou que o pagamento de taxa moderadora não influenciava a ida aos serviços de urgência básica. De salientar que os estudos de Barbosa (2009) e Novo (2010) foram realizados antes do aumento considerável das taxas moderadoras, em Janeiro de 2012.

Abreu (2012) num estudo de investigação que inquiriu 102 pessoas na loja do cidadão de Coimbra, de forma a saber a sua opinião acerca da influência das taxas moderadoras na procura de cuidados de saúde, determinou que o próprio estado de saúde do individuo está na base de um maior ou menor consumo de cuidados de saúde. De um modo geral, os inquiridos concordam com a existência de taxas moderadoras, conhecem o seu aumento e a existência de isenções, não sendo o pagamento de taxas moderadoras um fator para deixarem de procurar cuidados de saúde.

Ramos, Rúbio, Rodrigues, Nunes, Bettencourt, Ângelo, Coelho e Maria (2013) pretenderam averiguar o impacto do aumento das taxas moderadoras na procura dos cuidados de saúde primários, comparando, para isso, as afluências às consultas numa USF nos períodos homólogos de 1 de Janeiro a 31 de Maio dos anos de 2011 e 2012. Como resultados, o estudo verificou que o número de consultas em 2012 foi superior a 2011, e que “o aumento das taxas moderadoras não apresentou um impacto negativo no recurso às consultas da USF do Parque” (p.90).

Barros (2013, citado em OPSS, 2013) “refere a dificuldade na medição do impacto das taxas moderadoras, dado ser necessário distinguir as alterações na “direção certa”, isto é, o redireccionamento dos casos menos graves para os cuidados de saúde primários, das alterações na “direção errada”, isto é, casos graves que não chegam aos serviços de saúde, em resultado do aumento das taxas moderadoras” (p.37). Este autor (2013, citado em OPSS, 2013) estudou alterações no perfil de utilização em dois hospitais de Lisboa, entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, e embora não apresente resultados conclusivos, refere que as taxas moderadoras não parecem ter apresentado um efeito de redireccionamento, pois, com base na Triagem de Manchester, não se registaram alterações significativas no perfil de utilizadores dos serviços de urgência.

Barros et al. (2013) acerca do impacto das taxas moderadoras na utilização dos serviços de saúde, inquiriram 1254 pessoas, das quais apenas cinco mencionaram não ter procurado os serviços de saúde quando se sentiram doentes devido à existência de taxas moderadoras. Desta forma, “as taxas moderadoras foram encaradas como uma barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde em menos de 1% das situações” (p.12). Para além disto, 5,5% dos inquiridos que se sentiram doentes não recorreram a um serviço de saúde pois consideraram que não valia a pena pagar taxa moderadora. Desta forma, apesar de as taxas moderadoras não terem funcionado como uma barreira importante no acesso a cuidados de saúde necessários, desencorajaram o recurso a cuidados de saúde quando o seu valor para o cidadão era considerado baixo. Os autores acrescentam ainda que “a sensibilidade da procura de urgências hospitalares, em particular, aos valores das taxas moderadoras é baixa” (p.42), tendo a prescrição de medicamentos um maior impacto financeiro sobre os cidadãos, do que as taxas moderadoras.

### **2.4.3. Investigação noutros contextos geográficos**

As taxas moderadoras têm sido discutidas em todo o mundo, como uma forma de controlar a crescente despesa pública em saúde e o consumo dos recursos que são escassos, bem como uma importante fonte de financiamento para o aumento da prestação de serviços de saúde nos países mais pobres.

Países da Europa Central, como Hungria, Eslováquia e República Checa, após a adesão à União Europeia (UE), decidiram adotar esta medida de controlo dos custos em saúde. No entanto, a Hungria e a Eslováquia viram esta medida abolida, após referendo, por oposição de adversários políticos e da população destes países. Um estudo de Baji, Pavlova, Gulácsi e Groot (2011), realizado na Hungria, salienta que uma forma de aumentar a adesão da população à introdução de taxas moderadoras seria utilizar esses fundos monetários para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, o que não se verificou enquanto as taxas moderadoras vigoraram. Em relação à República Checa, Krutilová e Yaya (2012) referem que após as eleições de 2007, foram introduzidas novas taxas moderadoras para alguns serviços de saúde. Porém, a implementação destas levou ao aumento da carga nos orçamentos familiares, tornando vulneráveis os pensionistas e os indivíduos inativos ou desempregados. Neste sentido, apesar dos efeitos positivos a curto prazo, nomeadamente a comprovação do efeito regulador das taxas moderadoras num curto período de tempo (2 anos), é preciso ter em mente um aspeto negativo do aumento da partilha de custos - a alta carga das famílias e ameaça para o acesso aos cuidados de saúde. Assim, as isenções no pagamento de taxas moderadoras não devem ser aplicadas implicitamente a um grupo em particular, devendo-se considerar o rendimento de cada família (Krutilová, 2010; Krutilová & Yaya, 2012).

Um estudo de Schreyögg e Grabka (2009), acerca da implementação de taxas moderadoras em ambulatório na Alemanha, determinou que o pagamento de uma taxa moderadora de 10€ trimestral na primeira visita a um médico não reduziu a procura global de consultas médicas, nem agiu como um elemento dissuasor para os grupos vulneráveis, tais como doentes crónicos ou com baixos rendimentos. Determinou-se, portanto, que as taxas moderadoras cobradas em ambulatório, na Alemanha, têm um efeito de financiamento puro, não regulando a procura de consultas médicas, como se

desejava com a sua criação. Assim, se os decisores políticos pretendem reduzir o risco moral de forma eficaz, é necessário um sistema diferente. A sugestão de Schreyögg e Grabka (2009) passa pela aplicação de taxas moderadoras para cada visita ao médico (em vez de uma única cobrança trimestral), procurando, contudo, meios de proteção para os grupos vulneráveis.

Na Irlanda, a maioria da população é obrigada a pagar do próprio bolso os cuidados de saúde primários. No entanto, em 2005, o governo irlandês implementou um atendimento médico gratuito a um pequeno subconjunto da população. Assim, um estudo de Nolan e Smith (2012) apresentou resultados que indicam que a utilização de cuidados de saúde primários é significativamente mais provável no contexto do atendimento gratuito. Também Biró (2013), no seu estudo acerca da utilização de serviços de saúde públicos e privados, por utentes com idade superior a 50 anos, em alguns países europeus, determina que a probabilidade de uma visita a um médico de família é menor quando existem taxas moderadoras, ressalvando, porém, que esta situação só ocorre entre aqueles que não relatam quaisquer condições crónicas de saúde.

Em relação aos países em vias de desenvolvimento, existe uma alta dependência das taxas moderadoras como fonte de financiamento, já que a capacidade de seguro governamental ou privado é inviável e leva a um fraco desempenho dos sistemas de saúde, e a uma incapacidade de proteger financeiramente os cidadãos de despesas catastróficas com a saúde (Smith 2005; Smith, 2008). Assim, os decisores políticos enfrentam, em muitos países, uma escolha angustiante: por um lado, a necessidade de dispensar a população do pagamento de taxas moderadoras e promover o acesso gratuito aos cuidados de saúde; por outro lado, caso as taxas moderadoras sejam abolidas, o limitado financiamento disponível leva a um leque muito circunscrito de serviços de saúde disponíveis (Smith, 2005).

Vários estudos têm sido realizados com o intuito de discutir a existência das taxas moderadoras nos países mais pobres, defendendo que estas taxas condicionam o acesso da população aos serviços de saúde (Kondo & McPake, 2007; Jowett & Danielyan, 2010; Hadley, 2011; Hossen & Westhves, 2012; Spaan, Mathijssen, Tromp, McBain, Haveb & Baltussena, 2012). Assim Robert, Ridde, Marchal e Fournier (2011) defendem a abolição das taxas moderadoras. Contudo, outros autores descrevem que esta deve

ser uma medida refletida e ponderada, de forma a não assolar a qualidade dos serviços (Smith, 2005; Moat & Abelson, 2011; McPake et al., 2011; Johnson, Goss, Beckerman & Castro, 2012). Como tal, a OMS (2008, 2010) defende a universalidade dos cuidados de saúde e adverte que os países devem reduzir o desperdício de recursos de saúde e angariar mais dinheiro, promovendo sistemas de pré-pagamento, de forma a reduzir a dependência dos pagamentos diretos para financiar os serviços, e assim melhorar a eficiência e equidade no acesso à saúde.

### **Nota Conclusiva**

Percebidas as particularidades da procura de cuidados de saúde, compreende-se que esta é influenciada por uma série de fatores relacionados diretamente com o indivíduo, com as suas necessidades, com questões de acesso aos serviços de saúde, bem como com a oferta e barreiras existentes nesses serviços. O preço representa uma influência importante, sendo normalmente descrita a relação inversa entre este e a procura.

O acesso aos cuidados de saúde integra um conceito complexo sendo indissociável da reflexão sobre a existência de eventuais iniquidades. Apresenta cinco dimensões, nomeadamente: a disponibilidade, a proximidade, o custo, a qualidade e a aceitação.

Em relação à partilha de custos em saúde, esta é uma estratégia cada vez mais utilizada nos sistemas de saúde contemporâneos. As taxas moderadoras consistem numa forma de partilha de custos que tem como principal objetivo a racionalização da procura por cuidados de saúde. Todavia, a comunidade científica não aborda este tema de forma consensual, apontando vantagens e desvantagens à utilização das taxas moderadoras nos sistemas de saúde. Em Portugal, bem como noutros países europeus, as taxas moderadoras têm sido alvo de aumentos como resposta à crise económica nacional e internacional, potenciado a preocupação dos investigadores em perceber se estas constituem barreiras ao acesso da população aos serviços de saúde. Nos países em vias de desenvolvimento, as taxas moderadoras constituem uma importante fonte de financiamento, focando-se a investigação científica nas iniquidades de acesso, nas despesas desmesuradas com a saúde que esta estratégia pode causar nos indivíduos, bem como na forma de garantir um acesso universal aos serviços de saúde, sem que a

abolição das taxas moderadoras represente uma perda da qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.



### **3. AS TAXAS MODERADORAS NO SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL**

O presente capítulo apresenta uma descrição geral do setor da saúde em Portugal, ressaltando o seu rápido desenvolvimento desde o surgimento do SNS. Inerente a isto, destaca-se o agravamento das despesas com a saúde e os desafios atuais do sistema de saúde português. Segue-se uma reflexão acerca das taxas moderadoras no país, desde o seu surgimento até ao seu recente aumento. Por fim, é apresentado o serviço de Gastroenterologia do CHA e evidenciadas as principais taxas moderadoras existentes nesta área.

#### **3.1. O sector da saúde em Portugal**

A revolução de Abril (1974), a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) (1985) e a integração na União Económica e Monetária Europeia (UEM) (2000), foram marcos para uma rápida transição na área da saúde, em Portugal. Assim sendo, as políticas de saúde tiveram uma evolução exponencial nos últimos 30-35 anos, marcadas e acompanhadas pelo contexto político, económico e social vivenciado no país (Campos, 2008; Sousa, 2009; Eira, 2010; Portal da Saúde, 2010). Estes marcos implicaram o alcance de melhores condições de vida: generalização do saneamento básico, abastecimento domiciliário de água potável, melhoria da alimentação, da habitação e das condições de salubridade ambiental. Paralelamente, confirmou-se um aumento dos recursos financeiros, materiais e humanos aplicados à saúde, melhorando o acesso a cuidados de saúde, quer em quantidade, quer em qualidade. Também o Estado passou a ter uma maior intervenção nas políticas de saúde e um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença, tornando-se o sistema de saúde mais eficaz, e conseguindo que o país se aproximasse das médias internacionais em importantes indicadores demográficos e de saúde (Barros & Gomes, 2002; Campos, 2008; Eira, 2010; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2013).

Desde 1979 que o sistema de saúde português está organizado em torno de um SNS, assegurando o acesso universal, compreensivo e gratuito dos cidadãos aos cuidados de saúde (Lei nº56/79, de 15 de Setembro; Portal da Saúde, 2010). Para além do

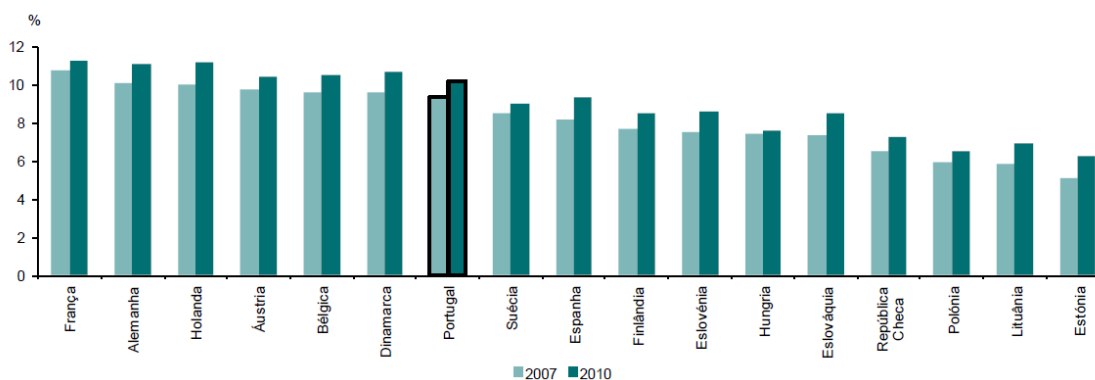
pagamento de cuidados de saúde por via de impostos diretos e indiretos (fonte de financiamento principal), Portugal conta também com contribuições para subsistemas de saúde (públicos ou privados), prémios de seguros privados e pagamentos diretos efetuados no momento do consumo (taxas moderadoras) (Barros & Simões, 2007; Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2011; Barros, 2012). O financiamento é, na atualidade, um dos problemas mais complexos que se colocam aos países, independentemente do seu sistema de saúde (Barbosa, 2009; Sousa, 2009). As despesas com a saúde aumentaram de forma dramática em todo o mundo, criando dificuldades na gestão dos recursos e fomentando a busca por acordos de financiamento que proporcionem o acesso de todos os cidadãos à saúde, bem como a proteção financeira das famílias (OMS, 2008, 2010; Yardim, Cilingiroglu & Yardim, 2010).

Desde a sua criação, que o SNS incorpora debilidades funcionais: uma frágil base financeira com falta de transparência entre os interesses públicos e privados; ausência de uma cultura de gestão apropriada às especificidades do sector; decisões pouco baseadas no conhecimento; limitações no acesso aos cuidados de saúde, bem como pouca informação acerca da sua qualidade (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição & Barbosa, 2006; Pinho, 2008; Amendoeira, 2009). Concomitantemente, o abrandamento da economia mundial, a globalização das doenças e exigências crescentes para cuidados crónicos, em muito relacionados com o envelhecimento progressivo das populações, desafiam dia após dia os sistemas de saúde (Sousa, 2009; OMS, 2010).

Em Portugal, em conformidade com grande parte dos países desenvolvidos, as despesas totais com saúde, tanto em percentagem do produto interno bruto (PIB), como *per capita*, têm vindo a aumentar progressivamente, fazendo com que os recursos financeiros voltados para os cuidados de saúde atingissem um nível elevado em relação à riqueza do país. Como observado na Figura 3.1, o valor de aproximadamente 10% do PIB destinado a despesas com saúde colocou Portugal entre os países com maior nível de gastos com a saúde no seio da UE e da OCDE, não parecendo esse aumento na despesa proporcional a um aumento nos ganhos em saúde para a população. Como exceção surgem os dois últimos anos - 2011 e 2012 - em que a despesa corrente em saúde inverteu a tendência de crescimento, registando taxas de variação muito inferiores às do PIB, como se pode verificar na Figura 3.2 (Barros & Simões, 2007; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013). Este abrandamento da despesa pública com a

saúde, bem como a sustentabilidade e eficiência do SNS são focos de interesse das políticas de saúde para que o sistema de saúde português consiga garantir a proximidade aos cidadãos, melhorar a qualidade de resposta às suas necessidades e enfrentar a possível situação de rutura com que se depara (Sakellarides et al., 2006; Sousa, 2009; Novo, 2010; Costa, 2012; Silva, 2012).

Figura 3.1 - Despesa corrente em saúde em percentagem do PIB na UE (2007 e 2010)



Fonte: INE (2013, p.9)

Figura 3.2 - Despesa corrente em Saúde e PIB (2007-2012)

	2007	2008	2009	2010	2011P	2012Pe
<b>Despesa corrente em saúde</b>						
Valor (10 <sup>6</sup> €)	15 838,6	16 602,8	17 256,2	17 552,7	16 536,8	15 628,1
Taxa de variação nominal (%)	4,8	4,8	3,9	1,7	-5,8	-5,5
% do PIB (%)	9,4	9,7	10,2	10,2	9,7	9,5
Per capita (€)	1 493,03	1 562,99	1 622,97	1 650,10	1 552,64	1 474,03
<b>Produto Interno Bruto (PIB)</b>						
Valor (10 <sup>6</sup> €)	169 319,2	171 983,1	168 529,2	172 859,5	171 053,1	165 246,8
Taxa de variação nominal (%)	5,3	1,6	-2,0	2,6	-1,0	-3,4

Fonte: INE (2013, p.2)

### 3.2. As taxas moderadoras em Portugal

Após a criação do SNS e da progressiva evolução no sector da saúde e condições de vida dos portugueses, é durante os anos oitenta que se começaram a verificar, em Portugal, as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, criando-se as taxas moderadoras, de modo a racionalizar a utilização dos cuidados de saúde (Barros & Gomes, 2002; Simões, 2008). De facto, o Decreto-Lei nº57/86, de 20 de Março faz referência a taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde e a sua utilização abusiva. Dentro deste contexto, em 1989, no decurso da 2.<sup>a</sup> Revisão Constitucional, altera-se a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º, determinando-se que a proteção da saúde se faz com recurso a um SNS “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Esta alteração, com o acréscimo da palavra “tendencialmente”, coloca ênfase no princípio de justiça social e da racionalização de recursos (Portal da Saúde, 2010). A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde, sendo determinado na Base XXXIV que possam ser cobradas taxas moderadoras, que visem completar medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, sendo as mesmas receita do SNS, e das quais são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. Neste diploma legal, as taxas moderadoras passam, para além do seu fim regulador, a ser encaradas como uma fonte de receita do SNS (Bravo, 2010; Portal da Saúde, 2010).

Novo (2010) salienta que, com a implementação das taxas moderadoras, o Governo pretendeu não só regular o acesso aos serviços de saúde, mas também envolver diretamente a população na melhoria da gestão da prestação de cuidados de saúde, introduzindo no acesso à saúde, o princípio de justiça social. Para Simões (2008), “o que de facto aconteceu foi que a gratuidade do SNS deixou de funcionar, transformando-se as taxas moderadoras em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde” (p.3). A ERS (2011) refuta esta opinião, considerando o peso das taxas moderadoras no financiamento do SNS bastante reduzido, sendo cerca de 1,1% da despesa total do SNS em 2011, acrescentando ainda que “este baixo peso das taxas moderadoras na receita fica-se a dever à própria natureza das taxas moderadoras (enquanto destinadas apenas à moderação do consumo), mas também à inexistência de

diferenciação de taxas em função do rendimento dos cidadãos e ao número (bastante significativo) de cidadãos isentos do seu pagamento” (p.26).

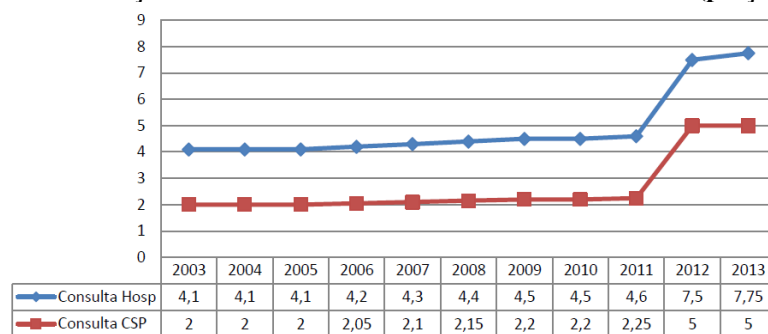
Para Sousa (2009), em Portugal, têm-se vindo a incluir cada vez mais medidas de responsabilidade individual no financiamento direto da saúde, o que para alguns é justificável, desde que proteja os interesses dos utilizadores dos serviços de saúde; mas, para outros, nas atuais circunstâncias do funcionamento do sistema de saúde português, pode constituir uma barreira arriscada à utilização dos serviços de saúde por parte de quem precisa, “castigando” ou “culpabilizando” as pessoas por estarem doentes, num momento particularmente difícil das suas vidas. Assim sendo, o autor defende que é legítimo repensarem-se novas formas de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, sem pôr em causa princípios fundamentais, como são a solidariedade, a previdência, a equidade e a justiça social.

Garantir a sustentabilidade financeira do SNS tem vindo a assumir particular importância ao longo dos últimos anos, dado o elevado valor do défice orçamental e aumento da dependência de financiamento externo. Assim, no contexto de crise económica internacional e particularmente da crise interna da economia portuguesa, surgiram políticas de gestão para garantir uma redução da despesa pública, ganhos de eficiência, criação de poupanças e uma melhor alocação dos recursos (ERS, 2011; Costa, 2012). Consequentemente, o Memorando de Entendimento assinado entre o Estado Português (EP), a Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), determinou que, na área da saúde, deveriam ser implementadas medidas de revisão, sendo as taxas moderadoras uma das principais áreas de intervenção. Assim, o referido documento definiu que era essencial: uma revisão substancial das categorias de isenção atuais; o aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, assegurando taxas moderadoras menores para os cuidados de saúde primários, em relação às aplicadas nas consultas de especialidade e episódios de urgência; e a legislação e indexação automática das taxas moderadoras à inflação (Memorando de Entendimento, 2011; Barros, 2012). De forma a dar resposta ao Memorando de Entendimento, o Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro, veio inserir estas mudanças no regime de taxas moderadoras.

### 3.2.1. O aumento das taxas moderadoras

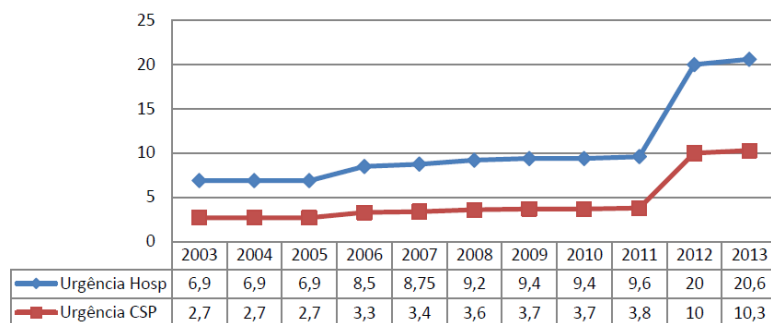
Crescentes taxas moderadoras têm sido uma maneira de enfrentar a austeridade sendo que, em Portugal, as taxas de moderadoras praticamente dobraram o seu valor, permanecendo a dúvida quanto à efetiva eficiência desta medida (Quaglio, Karapiperis, Woensel, Arnold & McDaid, 2013). De 2011 para 2012, alguns serviços de saúde sujeitos a taxas moderadoras sofreram aumentos superiores a 100%, como é verificado nas Figuras 3.3 e 3.4. Em Janeiro do presente ano, os valores das taxas moderadoras foram ajustados pela inflação (à exceção dos cuidados de saúde primários e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)). Todavia, em Maio, a atualização da tabela de preços do SNS impeliu várias alterações nas taxas moderadoras aplicadas a MCDT (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro; Fernandes & Barros, 2012; ERS, 2011, 2013). De acordo com Barros (2012), pelos padrões internacionais, as taxas moderadoras atuais são das mais elevadas da Europa, embora não tão elevadas como em países como a Itália ou a Irlanda.

Figura 3.3 - Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 - consultas (preços reais)



Fonte: OPSS (2013, p.40)

Figura 3.4 - Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 - urgência (preços reais)



Fonte: OPSS (2013, p.41)

A nova lei sobre taxas moderadoras introduziu um teto máximo de pagamento de taxa moderadora por episódio. Assim, apesar de à taxa moderadora da consulta ou de um episódio de urgência, poderem ser somadas as taxas moderadoras de MCDT (exames radiológicos, análises, etc.), o valor da soma total de todas as acusações de um usuário em um único episódio de tratamento é limitado a 50€ (Barros, 2012; Fernandes & Barros, 2012)

### **3.2.2. Alterações no regime de isenção**

De acordo com Fernandes e Barros (2012), “o efeito das taxas moderadoras resulta da composição de dois efeitos: o seu valor, mas também quem está sujeito ao seu pagamento” (p.96). Efetivamente, qualquer estratégia de partilha de custos deve ser desenvolvida a par de mecanismos de proteção dos grupos mais vulneráveis da população. Assim sendo, existem em Portugal isenções de taxas moderadoras para uma fração considerável da população (Barros & Simões, 2007).

Nas decisões e alterações no regime de isenção de taxas moderadoras, após o Memorando de Entendimento, aplicam-se taxas moderadoras no “acesso a consultas, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, a serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar e no âmbito do hospitalar de dia, sendo este último uma novidade face ao regime anterior” (ERS, 2013, p.20). As alterações no regime de isenções aumentaram consideravelmente as isenções por condição de insuficiência económica, limitando, por outro lado, o direito de isenção concedido a grupos especiais e doentes crónicos (Barros, 2012). Atualmente estima-se que a mais de 70% da população apresenta uma isenção total ou parcial para o pagamento de taxas moderadoras, tendo sido notório o aumento do número de utentes isentos (Barros, 2012; Fernandes & Barros, 2012).

### **3.3. O Serviço de Gastroenterologia do CHA**

A Gastroenterologia é uma especialidade médica (não-cirúrgica) que envolve o estudo, diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho digestivo. O Serviço de

Gastroenterologia é um dos serviços que compõe o departamento de medicina do CHA, funcionando no piso 0 do edifício central da instituição. Para a prestação de cuidados de saúde especializados e diferenciados, o serviço conta com diversas unidades funcionais, dividindo-se atualmente em:

✓ **Consultas Externas:** São realizadas consultas de especialidade, primárias e de seguimento, nas áreas de gastroenterologia, hepatologia, pâncreas e vias biliares, doença inflamatória do intestino, avaliação inicial, pólipos do cólon e recto e proctologia<sup>1</sup>.

✓ **Unidade de Endoscopia Digestiva e de outras Técnicas Especializadas de Gastroenterologia** (doravante denominada Unidade de Técnicas): Nesta unidade são realizados exames endoscópicos e não endoscópicos, diagnósticos e /ou terapêuticos. A unidade conta com 4 salas para realização de exames, sendo que semanalmente a equipa de saúde se desloca ao serviço de radiologia para realização de exames mais específicos onde é necessário apoio radiológico (exemplo: colangiopancreatografia retrógrada endoscópica<sup>2</sup>(CPRE)). A atividade desenvolvida nesta unidade é bastante diversa e alargada, pelo que esta dissertação vai limitar-se à análise dos exames mais frequentes, nomeadamente: endoscopia digestiva alta<sup>3</sup>, colonoscopia esquerda<sup>4</sup>, colonoscopia total<sup>5</sup>, CPRE, ecoendoscopia<sup>6</sup> e cápsula endoscópica<sup>7</sup>.

✓ **Hospital de Dia:** Nesta valência do serviço são realizados diversos tratamentos, como a administração de medicação específica. É também realizada uma vigilância e avaliação do doente antes, durante e após terminar o tratamento, sendo comum a realização de colheitas de sangue para análises, pesagem, monitorização de parâmetros vitais, encaminhamento para exames complementares de diagnóstico, etc.

---

<sup>1</sup> Especialidade médica que cuida as patologias relacionadas com o intestino grosso, reto e ânus. As doenças mais frequentes observadas e tratadas na consulta de proctologia são: hemorroidas, fissura anal e fístula anal.

<sup>2</sup> Técnica que utiliza simultaneamente a endoscopia digestiva e a imagem por radiografia para diagnosticar e tratar doenças do fígado, vias biliares, vesícula e pâncreas.

<sup>3</sup> Procedimento utilizado para visualizar o tubo digestivo superior, desde a boca até ao duodeno (intestino delgado).

<sup>4</sup> Procedimento utilizado para visualizar a porção esquerda do intestino grosso (cólon), menos moroso que uma colonoscopia total, é um exame muito utilizado no rastreio do cancro colo-retal.

<sup>5</sup> Procedimento utilizado para visualizar todo o intestino grosso (cólon) e o reto.

<sup>6</sup> Exame que combina endoscopia e ecografia de alta resolução, permitindo a realização de ecografia no interior do tubo digestivo.

<sup>7</sup> Consiste na utilização de uma pequena cápsula com uma câmara incorporada que vai captando imagens do tubo digestivo desde que é deglutida até ser expelida nas fezes.



✓ **Unidade de Internamento:** A unidade de internamento do serviço conta com uma lotação de 16 camas;

✓ **Serviço de Urgência:** Existe um atendimento a casos urgentes permanente, funcionando com a presença física do gastroenterologista das 9h às 21h e estando este de prevenção no período nocturno (das 21h às 9h).

### 3.4. As taxas moderadoras no serviço de Gastroenterologia do CHA

No serviço de Gastroenterologia, as taxas moderadoras enquadram-se no que foi implementado para os restantes serviços do SNS.

O valor de taxa moderadora para as sessões de hospital de dia “corresponde ao valor das taxas moderadoras aplicáveis aos atos complementares de diagnóstico e terapêuticos realizados no decurso da sessão até um máximo de 25,00 €” (Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro). Já o valor a pagar pelas taxas moderadoras das consultas de especialidade, bem como dos principais exames realizados no serviço, estão descritos na Tabela 3.1., acrescentando-se as taxas moderadoras de MCDT realizados no decurso do atendimento até um máximo de 50,00€ (Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro).

**Tabela 3.1 - Principais taxas moderadoras cobradas no Serviço de Gastroenterologia**

		Taxas Moderadoras		
		2011	2012	2013
Consultas		5€	7,5€	7,75
Exames	Endoscopia Alta	7,1€	10€	12€
	Colonoscopia Esquerda	7,1€	12€	13€
	Colonoscopia Total	7,1€	14€	14€
	CPRE	7,1€	14€	27,5€
	Ecoendoscopia	7,1€	14€	17,5€
	Cápsula Endoscópica	7,1€	14€	27,5€

**Fonte:** elaboração própria (consulta do site da ACSS e programa Sonho®)

Assim sendo, tendo como exemplo os exames, aos valores mencionados na tabela 3.1. acrescentam-se todas as técnicas e atos realizados no contexto do exame, tornando-se o valor a pagar pelo utente muito superior ao valor evidenciado na tabela. Exemplificando, no caso de uma colonoscopia total é usual acrescentar-se valores de taxas moderadoras relacionados com a consulta, sedação intravenosa efetuada, soroterapia, colheita de biopsias, polipectomia/mucosectomia, entre outros. As tabelas apresentadas pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) referentes aos anos de 2011 e 2012, para estas intervenções encontra-se para consulta em anexo (ANEXO I e ANEXO II).

### **Nota Conclusiva**

O sector da saúde em Portugal evoluiu de forma exponencial ao longo das últimas décadas, melhorando as condições de saúde dos portugueses, mas aumentando drasticamente a despesa em saúde. Assim, de forma a enfrentar os desafios impostos pela sua rápida evolução, foram desenvolvidas medidas de contenção e controlo dos custos em saúde, como é o caso das taxas moderadoras.

As taxas moderadoras foram implementadas pela primeira vez em Portugal, no decurso da década de 80, tendo sido, posteriormente, foco de atualizações e aumentos. Numa tentativa de responder à crise económica nacional, as taxas moderadoras sofreram no ano de 2012 aumentos superiores a 100% em alguns serviços. Foram, também, impostas alterações no regime de isenções, tendo estas sido alargadas a uma maior parcela da população portuguesa.

O serviço de Gastroenterologia do CHA é constituído por diversas unidades funcionais, nomeadamente: consultas externas, unidade de técnicas, hospital de dia, unidade de internamento e serviço de urgência. As taxas moderadoras cobradas neste serviço enquadram-se no que foi definido para as consultas de especialidade, MCTD e sessões de hospital de dia no âmbito do SNS.

## 4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A análise do impacto de alterações em contexto de política de saúde é sempre algo complexo, mesmo quando restringido a um ambiente específico, como é o caso da presente dissertação. Assim, o estudo do impacto do aumento das taxas moderadoras no serviço de Gastroenterologia justifica a opção por várias técnicas de pesquisa, de forma a se atender aos objetivos da investigação.

O método quantitativo, escolha de eleição nesta investigação, é definido como um processo metódico de recolha de informação, observável e quantificável, permitindo autenticar conhecimentos, alargar resultados, assim como antedizer e verificar acontecimentos (Fortin, 2009). Assim, num primeiro momento, foi realizada uma análise documental no serviço de Gastroenterologia do CHA descrevendo-se alterações na utilização dos serviços de saúde nos anos de 2011 e 2012, coincidentes com o ano precedente e posterior ao aumento verificado no pagamento das taxas moderadoras. Para além disso, de forma a se determinar a perspetiva dos utilizadores acerca da utilização evitada pelas taxas moderadoras e da concordância em relação a estas, foi realizada uma investigação por questionário. Segue-se informação acerca das duas fases do estudo.

### 4.1. A Análise Documental

A utilização de documentos é valorizada pela possibilidade de extração de diversas informações de forma a ampliar o entendimento, a compreensão e a contextualização de um determinado objeto de análise. Através de informações factuais nos documentos, este tipo de pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do tema em estudo e propõe-se a produzir novos conhecimentos e a criar novas formas de compreender os fenómenos (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009). Neste contexto, a análise documental é um procedimento racional e sistemático que visa oferecer respostas aos problemas que são propostos, sendo encarada como uma metodologia quantitativa quando os dados são organizados em tabelas e permitem a descrição e o

teste de hipóteses estatísticas (Gil, 2002). Assim, examinaram-se documentos oficiais do serviço, por forma a se organizarem e analisarem dados e se encontrarem alterações na utilização efetiva de cuidados de saúde no serviço de Gastroenterologia do CHA no ano precedente (2011) e no ano posterior (2012) ao aumento do valor das taxas moderadoras.

#### **4.1.1. Recolha de dados**

Nesta fase, foram selecionados pelo investigador os dados que seriam relevantes, tendo-se contado com a cedência por parte da equipa de gestão do Departamento de Medicina do CHA de relatórios de dados retirados do programa Sonho (SGD)<sup>®</sup> em relação à frequência mensal e anual de consultas, exames e sessões de hospital de dia realizados entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012. Foram também disponibilizados dados relativos às faltas e desmarcações de consultas no mesmo intervalo de tempo. Apesar do interesse, não foi possível a obtenção de dados distinguindo utentes isentos e não isentos do pagamento de taxas moderadoras. Foram ainda recolhidos dados do *site* da ACSS<sup>8</sup>, e de diversos documentos legais relativos ao valor a pagar pelas taxas moderadoras para os diferentes cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia, no decurso dos anos em estudo.

#### **4.1.2. Análise dos Dados**

Após a análise crítica dos documentos, o processo de análise dos dados pressupõe uma redução dos mesmos, em que se parte de um conjunto amplo e complexo de dados para alcançar elementos sumários que permitam estabelecer relações e obter conclusões. Assim, uma das primeiras tarefas do investigador na análise dos dados é distingui-los em unidades relevantes e significativas para a investigação (Flores, 1994). Neste trabalho, foram englobados os dados relativos às unidades funcionais do serviço, de forma a se poderem realizar comparações, sendo distinguidas as categorias: consultas externas, unidade de técnicas e hospital de dia.

---

<sup>8</sup> <http://www.acss.min-saude.pt/>

### **4.1.3. Apresentação dos Dados**

A apresentação dos conjuntos de dados pode fazer-se de inúmeras formas, de acordo com o objetivo do estudo (Flores, 1994). Assim sendo, tendo por base um interesse unicamente descritivo, apresentou-se a análise da informação disponível com recurso a gráficos e tabelas (elaborados com o *software Microsoft Excel 2010*), fornecendo-se uma visão de conjunto sobre a utilização de cuidados de saúde no serviço de Gastroenterologia nos anos 2011 e 2012.

## **4.2. A Investigação por Questionário**

Num segundo momento, este estudo empírico foi complementado pela realização de uma pesquisa quantitativa transversal, descritiva e correlacional englobada numa investigação por questionário. O estudo descritivo simples caracteriza-se pela descrição básica de um fenómeno relativamente a uma determinada amostra ou população, sendo útil na caracterização e interligação de conceitos. Já, a vertente correlacional permite a exploração de ligações entre as variáveis, de modo a criar relações significativas (Fortin, 2009).

Neste ponto de vista, pretende-se determinar a existência de utilização evitada devido ao aumento das taxas moderadoras no serviço de Gastroenterologia do CHA, bem como a opinião dos utentes acerca das taxas moderadoras e do seu aumento, nomeadamente no que se refere a questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde, à utilidade/finalidade das taxas moderadoras e a sua relação com qualidade dos cuidados prestados.

### **4.2.1. População e Amostra**

A população em estudo é constituída pelos utentes do serviço do Serviço de Gastroenterologia do CHA que procuraram o serviço para a realização de consultas,

exames ou sessões de hospital de dia. Desta forma, foi calculada a média mensal de utentes no último ano (2012), sendo esta de 572 utentes.

A amostra foi determinada de acordo com a estimativa mais conservadora para a proporção amostral ( $p=0,5$ ), um nível de confiança de 95% e um erro máximo amostral de 5%. Tendo em conta a dimensão da população alvo, definiu-se uma amostra de 231 indivíduos.

Recorreu-se a uma amostragem por *clusters*, vantajosa em casos onde o universo é grande e disperso e opta-se por agrupa-lo em unidades (*clusters*) (Hill & Hill, 2008). Assim, selecionaram-se aleatoriamente dias e horários (entre as 8h e as 18h) e distribuíram-se questionários a todos os utentes que se encontravam na sala de espera do serviço de Gastroenterologia durante esses períodos.

#### **4.2.2. Recolha de dados**

Para a recolha de dados relativos à perceção do impacto do aumento das taxas moderadoras pelos utentes do serviço de Gastroenterologia, foi elaborado um questionário. Este teve por base os objetivos do estudo, tendo sido formuladas questões a partir da revisão prévia da literatura e de questionários já aplicados sobre o tema.

As questões incluídas no questionário foram submetidas a um pré-teste junto de 10 utentes, com diferentes perfis-sociodemográficos, que se encontravam no Serviço de Gastroenterologia. Os inquiridos responderam na presença do investigador, sendo incentivados a dar a sua opinião e expressar dúvidas e sugestões acerca do que era questionado. Este pré-teste revelou a necessidade de serem introduzidas melhorias no instrumento, sendo que estas se focaram na utilização de uma linguagem mais simples e acessível a um maior número de pessoas e na eliminação de uma questão, que suscitou dúvidas na maioria dos inquiridos, mesmo após submetida a alterações.

Após reformulado o questionário, o processo de recolha de dados desenvolveu-se, na grande maioria das vezes, na presença do investigador, que apelou à colaboração no estudo e esclareceu dúvidas existentes. O processo de recolha de dados terminou no

momento em que foi possível obter os 231 questionários em condições de serem analisados, isto é, sem respostas em branco ou ambíguas.

#### **4.2.3. Design do Questionário**

O questionário inicia-se com uma introdução, na qual se dá a conhecer ao utente a finalidade e objetivos do estudo, garante-se a confidencialidade e anonimato do questionário e dão-se instruções para o seu preenchimento, assim como o contacto para esclarecimento de dúvidas ou questões. Segue-se uma página onde o utente dá, por escrito, o seu consentimento para participar no estudo. Posteriormente são formuladas 26 questões fechadas e de resposta rápida para que o questionário não se torne maçudo para o inquirido e se consiga obter informação quantitativa que permita facilmente a análise estatística das respostas (Hill & Hill, 2008). A última questão é constituída por uma escala de *Likert* com 5 níveis de concordância, elegendo-se questões com forma opção, não convidando a uma resposta só positiva ou só negativa por parte do inquirido (Hill & Hill, 2008).

A tabela 4.1 mostra os temas de cada questão inserida no questionário, escalas utilizadas, mediante a sua organização para posterior análise. O questionário encontra-se no Apêndice 1.

Tabela 4.1 - Design do Questionário

TEMA / Variáveis		Nº Questão	Escala	
Caracterização da Amostra	Fatores Predisponentes	Gênero	1	Nominal
		Idade	2	Rácio
		Estado Civil	4	Nominal
		Educação/Formação	5	Ordinal
		Ocupação	6	Nominal
		Agregado Familiar	7	Rácio
	Fatores de Capacitação	Concelho onde reside	3	Nominal
		Rendimento	8	Ordinal
		Transporte	13	Nominal
		Subsistema	14	Nominal
		Seguro de Saúde	15	Nominal
	Fatores de Necessidade	Isenção de TM	17;18	Nominal
		Estado Saúde	9	Ordinal
		Necessidade regular cuidados de saúde	10	Nominal
	Fatores relacionados com os serviços de saúde	Frequência visita médica	11	Ordinal
Serviço de saúde onde se dirige habitualmente		12	Nominal	
Influência do preço das TM na procura de cuidados de saúde	Utilização evitada pelo pagamento das TM	19	Nominal	
	Utilização evitada pelo aumento das TM	23	Nominal	
	Utilização evitada pelo aumento das TM no serviço de Gastroenterologia	24	Nominal	
Concordância com as TM	Concordância com a existência de TM	16	Nominal	
	Concordância com o aumento das TM	20;21;22	Nominal	
	Influência do aumento das TM nas condições de saúde da população	25	Nominal	
	12 Itens sobre a concordância com as TM no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, à utilidade/finalidade das TM e a sua eventual relação com a qualidade dos cuidados	26	Ordinal (Escala de Likert)	

Fonte: Elaboração própria



#### 4.2.4. Técnicas de análise

A análise dos dados empíricos foi executada mediante a utilização do *software* estatístico *IBM® SPSS® Statistics*, versão 21, recorrendo-se à utilização estatísticas descritivas e inferenciais dos dados recolhidos por questionário.

A análise descritiva dos dados permitiu a organização e classificação dos dados observados e a sua apresentação através de gráficos e tabelas (Toledo & Ovalle, 2008). Note-se que a utilização das estatísticas descritivas permite a familiarização com os dados da amostra e a descrição de características básicas desta (Hill & Hill, 2008).

Consequentemente aplicaram-se alguns testes indutivos de forma a se obter informação mais detalhada e averiguar a existência de relações significativas entre as variáveis em estudo (Hill & Hill, 2008).

Dadas as características das variáveis em estudo, e de acordo com os objetivos da dissertação foram aplicados técnicas paramétricas e não paramétricas, utilizando-se um nível de significância de 0,05. Recorreram-se aos seguintes testes de hipóteses:

✓ **Teste t para duas amostras independentes:** O teste paramétrico t para duas amostras independentes aplica-se quando se tem uma variável quantitativa cuja média se pretende comparar em dois grupos populacionais independentes definidos por uma variável qualitativa (Laureano, 2011).

✓ **Qui-Quadrado:** O teste não paramétrico de independência do Qui-Quadrado permite testar se duas variáveis qualitativas nominais (ou tratadas como tal), na população, são independentes uma da outra. Considerou-se o valor do Qui-quadrado de Pearson, por ser o mais comumente utilizado e verificaram-se também quais os valores de associação baseadas na estatística do Qui-quadrado, nomeadamente o valor de phi ou de V de *Cramer*, de acordo com o número de categorias das variáveis em estudo. Este valor varia entre 0 e 1 e permite verificar a ausência (valor próximo de 0) ou a existência (valor próximo de 1) de associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 1998; Hill & Hill, 2008; Laureano, 2011). No presente estudo, para aplicação do teste de independência do Qui-Quadrado, foi necessária a redução do número de categorias de algumas variáveis, tendo sido agrupadas de acordo com a Tabela 4.2.

Tabela 4.2 - Categorias das variáveis agrupadas

Variáveis	Categorias	
	Recolha de Dados	Análise de Dados
Habilitações Académicas	Nenhum	Analfabeto / Ensino Básico
	1º Ciclo	
	2º Ciclo	
	3ºCiclo	
	Ensino Secundário	Ensino Secundário
	Bacharelato	Ensino Superior
	Licenciatura	
	Mestrado	
Doutoramento		
Classificação Subjetiva do Estado de Saúde	Muito Bom	Bom
	Bom	
	Razoável	Razoável / Não sabe
	Não sei	
	Mau	Mau
	Muito Mau	
(Itens para avaliação e nível de concordância)	Concordo Totalmente	Concordo
	Concordo	
	Nem Concordo, Nem Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo
	Discordo	Discordo
	Discordo Totalmente	

Fonte: Elaboração própria

### Nota Conclusiva

A revisão da literatura efetuada conduziu à decisão de levar a cabo um estudo de cariz quantitativo, que se desenvolveu ao longo de duas fases complementares. Apresentados os métodos de investigação e instrumentos utilizados, a análise que se segue permitirá entender se houve alterações na utilização de cuidados de saúde no serviço de Gastroenterologia e definir o parecer dos utentes do serviço em relação às questões que englobam o questionário aplicado.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No âmbito da análise documental, seguem-se os resultados da associação e organização dos dados estatísticos fornecidos pelo CHA, de forma a determinar alterações na utilização de cuidados de saúde em diversas unidades funcionais do serviço, designadamente: Consultas Externas, Unidade de Técnicas e Hospital de Dia. Aproveita-se, ainda, os dados documentados para a realização do cálculo da elasticidade procura-preço, por forma a verificar se os utentes do serviço de Gastroenterologia são sensíveis à variação do preço das taxas moderadoras.

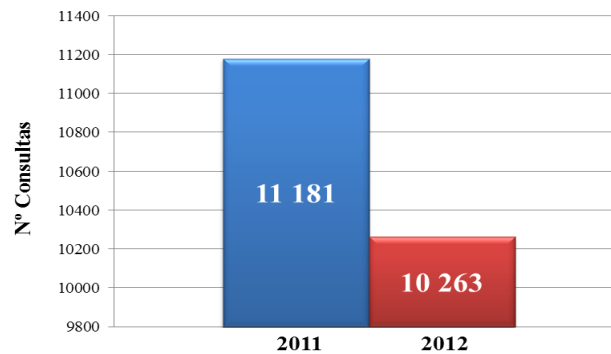
Em relação à análise dos dados fornecidos pelos questionários aplicados aos utentes do serviço de Gastroenterologia do CHA, utilizaram-se estatísticas descritivas que possibilitaram uma apresentação simples e clara da informação, assim como estatísticas inferências, de forma a se identificarem relações significativas entre variáveis em estudo consideradas pertinentes.

Os resultados de ambas as fases do estudo empírico, bem como a sua discussão, são apresentados neste capítulo, recorrendo-se a gráficos e tabelas que facilitam a sua interpretação.

### **5.1. Análise Documental**

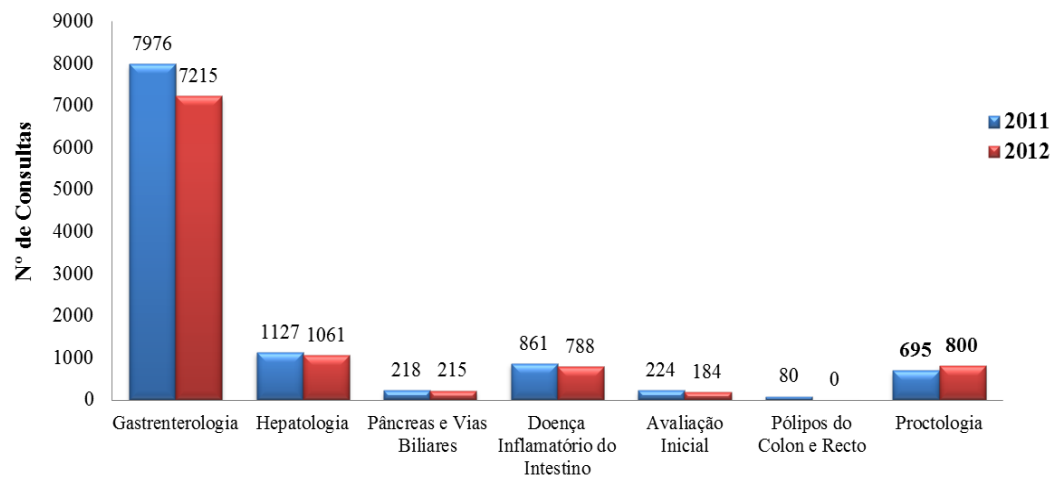
#### **5.1.1. Consultas Externas**

A Figura 5.1 evidencia um decréscimo no número total de consultas em 2012, com a realização de menos 918 consultas do que no ano anterior, o que em termos percentuais significa uma diminuição de cerca de 8,2% da atividade neste setor, quando comparada com a atividade em 2011.

**Figura 5.1 - Total de Consultas**

Fonte: Elaboração própria

Na Figura 5.2 é possível verificar que o número de consultas realizadas em 2012 diminuiu, em relação às realizadas em 2011, em todas as subespecialidades de consulta, à exceção das consultas de proctologia que contaram com um aumento de cerca de 15,1%.

**Figura 5.2 - Número de Consultas por Especialidade**

Fonte: Elaboração própria

Analisando a Tabela 5.1, verifica-se a distribuição mensal das consultas realizadas nos dois anos em estudo. Efetivamente, tendo aumentado as taxas moderadoras em Janeiro

de 2012, estes dados mostram que, nesse mês e no seguinte, a procura de consultas no serviço de Gastroenterologia não diminuiu, sendo os únicos meses onde o número de consultas apresentou um ligeiro aumento (cerca de 3%) em comparação com o ano de 2011. Em todos os restantes meses registou-se uma redução no número mensal de consultas.

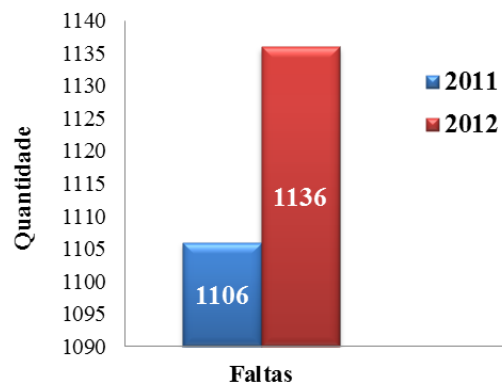
Tabela 5.1 - Número Mensal de Consultas

MESES	2011	2012	$\Delta Q$
Janeiro	968	994	+ 3%
Fevereiro	918	941	+ 3%
Março	967	931	- 4%
Abril	866	809	- 7%
Maio	1041	986	- 5%
Junho	957	783	-18%
Julho	806	695	-14%
Agosto	815	737	-10%
Setembro	972	828	-15%
Outubro	972	932	- 4%
Novembro	1088	873	-20%
Dezembro	811	752	- 7%

Fonte: Elaboração própria

Na Figura 5.3. tem-se acesso ao número de faltas e desmarcações de consultas existentes em 2011 e 2012. Em relação às faltas a consultas, que contêm também as faltas a alguns exames endoscópicos, já que os mesmos são registados associados a uma consulta da subespecialidade de Gastroenterologia, percebe-se que houve um ligeiro aumento no número de faltas, cerca de 2,7%, não estando claro quais os motivos que geraram estas faltas.

Figura 5.3 - Faltas a Consultas

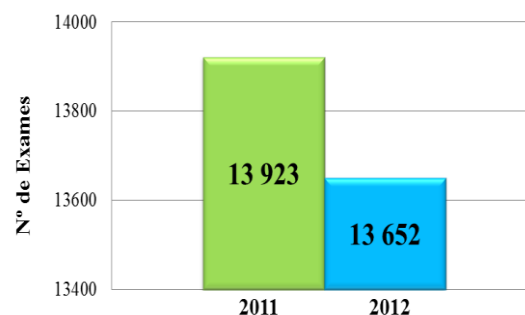


Fonte: Elaboração própria

### 5.1.2. Unidade de Técnicas

A Figura 5.4 mostra que o número total de exames realizados na unidade de técnicas em 2012 foi menor do que em 2011, verificando-se um decréscimo de cerca de 1,9%. Todavia, importa esclarecer que os números apresentados dizem respeito a todos os exames realizados no serviço de Gastroenterologia, englobando as técnicas não endoscópicas e as técnicas endoscópicas e também todos os procedimentos realizados no decurso das mesmas e registados com código diferente em termos administrativos (exemplos: esclerose, polipectomia, biopsias, etc.). Compreende-se que estes procedimentos dependem bastante daquilo que o gastroenterologista pretende realizar e do que considera necessário no decurso de cada exame.

Figura 5.4 - Total de Exames



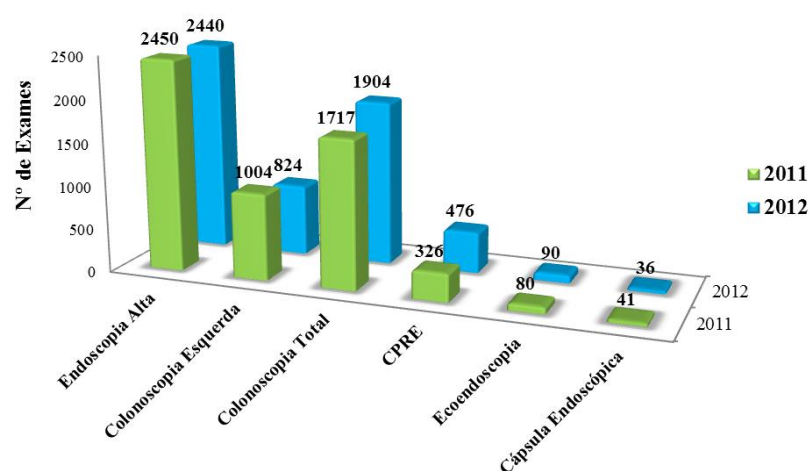
Fonte: Elaboração própria

Assim, é importante verificar a quantidade das principais técnicas endoscópicas realizadas. Na Figura 5.5. observa-se que, comparando o ano de 2012 e 2011, houve uma diminuição no número de endoscopias digestivas altas (-0,4%), de colonoscopias esquerdas (-17,9%) e de cápsulas endoscópicas (-12,2%) realizadas, e houve um aumento no número de colonoscopias totais (10,9%), de CPRE (3,2%) e de ecoendoscopias (12,5%) realizadas.

Em termos gerais, considerando o grupo específico das principais técnicas endoscópicas, as mais frequentes, apresentado na Figura 5.5., percebe-se que em 2011 foram realizadas 5618 exames e que em 2012 foram realizados 5770, o que representa um aumento de 2,7%.

De realçar, que todos estes são exames importantes no rastreio, diagnóstico e tratamento de diversas patologias, cuja detecção e tratamento precoce tem um peso importante na saúde da população e nos custos para o sistema de saúde. Um exemplo disto, é a realização do rastreio do cancro do cólon e recto, um dos principais tipos de cancro que afecta tanto homens como mulheres e com elevada mortalidade, em Portugal e no resto do mundo (Liga Portuguesa Contra o Cancro, s.d.; Portal da Saúde, 2005). Neste sentido, uma vigilância periódica, pela realização de exames que permitam visualizar o interior do colon e recto (colonoscopia esquerda ou total), por forma a detectar possíveis lesões polipoides cancerígenas ou pré-cancerígenas, numa fase assintomática da doença, permitirá uma redução da mortalidade e trará efetivos ganhos em saúde (Pinto, 2012).

**Figura 5.5 - Principais Técnicas Endoscópicas**

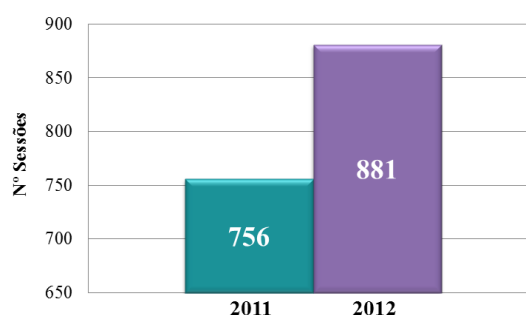


**Fonte:** Elaboração própria

### 5.1.3. Hospital de Dia

Em relação às sessões de hospital de dia, percebe-se pela observação da Figura 5.6 que o número de sessões aumentou em 2012, em comparação com 2011. O aumento verificado foi de cerca de 16,5%.

**Figura 5.6 - Total de Sessões de Hospital de Dia**



Fonte: Elaboração própria

A Tabela 5.2 mostra a distribuição mensal destas sessões, verificando-se que Julho de 2012 foi o único mês onde se registou uma diminuição no número de sessões de hospital de dia, em comparação com igual mês do ano anterior. Em Dezembro de 2012 o aumento do número de sessões, quando comparado com Dezembro de 2011, foi bastante significativo (94%).

**Tabela 5.2 - Número Mensal de Sessões de Hospital Dia**

Meses	2011	2012	$\Delta Q$
Janeiro	45	47	+ 4%
Fevereiro	61	75	+23%
Março	77	86	+12%
Abril	62	64	+ 3%
Mai	62	69	+11%
Junho	50	60	+20%
Julho	77	48	-38%
Agosto	67	80	+19%
Setembro	77	80	+ 4%
Outubro	61	95	+56%
Novembro	66	80	+21%
Dezembro	51	99	+94%

Fonte: Elaboração própria



#### 5.1.4. Elasticidade Procura-Preço

Na Tabela 5.3 é possível verificar que, em 2012 face a 2011, a quantidade de consultas diminuiu 8% e a quantidade de exames (principais técnicas endoscópicas) aumentou 3%. Paralelamente a isto, e em relação ao mesmo limite temporal, o preço das taxas moderadoras aumentou tanto nas consultas como nos exames, 50% e 83% respetivamente. Verifica-se ainda que elasticidade procura-preço, tanto nas consultas como nos exames, é inelástica ( $\epsilon < 1$ ), ou seja, a variação da quantidade da procura variou em proporção menor que a variação do preço. No que se refere principalmente aos exames, o valor da elasticidade procura-preço é quase nulo, o que mostra que a quantidade de exames realizada é independente do preço praticado. Em suma, os utentes do serviço de Gastroenterologia são pouco sensíveis às variações no preço das taxas moderadoras. Tal corrobora o descrito na literatura, onde a procura é inelástica para bens essenciais, como são considerados os cuidados de saúde.

Tabela 5.3 - Cálculo da Elasticidade Procura-Preço

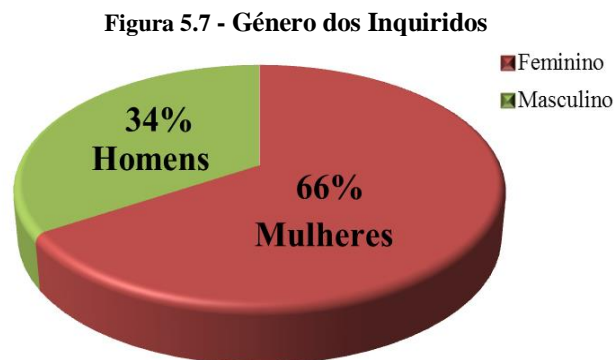
	Q <sub>2011</sub>	Q <sub>2012</sub>	$\Delta Q$	P <sub>2011</sub>	P <sub>2012</sub>	$\Delta P$	$\epsilon$
<b>CONSULTAS</b>	11181	10263	-8%	5	7,5	50%	<b>-0,16</b>
<b>EXAMES</b>	5618	5770	3%	7,1	13	83%	<b>0,03</b>
Endoscopia Alta	2450	2440	0%	7,1	10	41%	<b>-0,01</b>
Colonoscopia Esquerda	1004	824	-18%	7,1	12	69%	<b>-0,26</b>
Colonoscopia Total	1717	1904	11%	7,1	14	97%	<b>0,11</b>
CPRE	326	476	46%	7,1	14	97%	<b>0,47</b>
Ecoendoscopia	80	90	13%	7,1	14	97%	<b>0,13</b>
Cápsula Endoscópica	41	36	-12%	7,1	14	97%	<b>-0,13</b>

Fonte: Elaboração própria

## 5.2. Investigação por Questionário (Análise Descritiva)

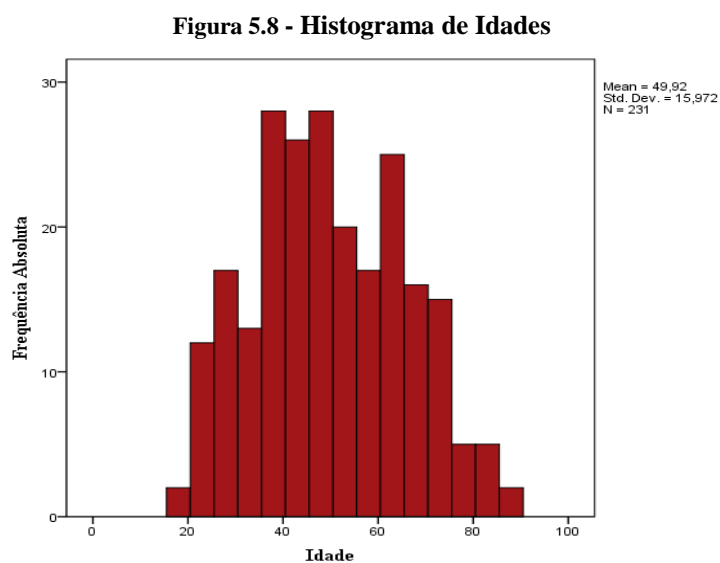
### 5.2.1. Caracterização da Amostra

Na presente dissertação foram analisados 231 questionários considerados válidos. Como a Figura 5.7 ilustra, 66% dos inquiridos são do género feminino e 34% do género masculino.



Fonte: Elaboração própria

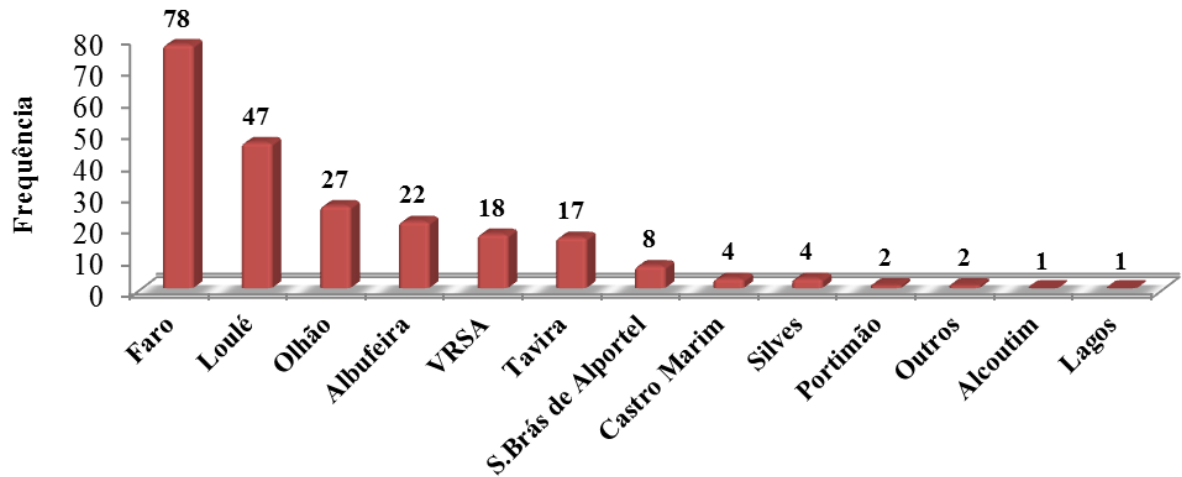
A observação do histograma apresentado na Figura 5.8 permite constatar uma grande amplitude no que se refere à idade dos inquiridos, que varia entre 18 e 90 anos. A média é de cerca de 50 anos (desvio padrão de aproximadamente 16 anos).



Fonte: Elaboração própria

Em relação ao concelho de residência, verifica-se que a maioria dos inquiridos reside no Algarve, principalmente na região do Sotavento (Figura 5.9). O concelho mais representado é Faro, seguindo-se Loulé, Olhão e Albufeira.

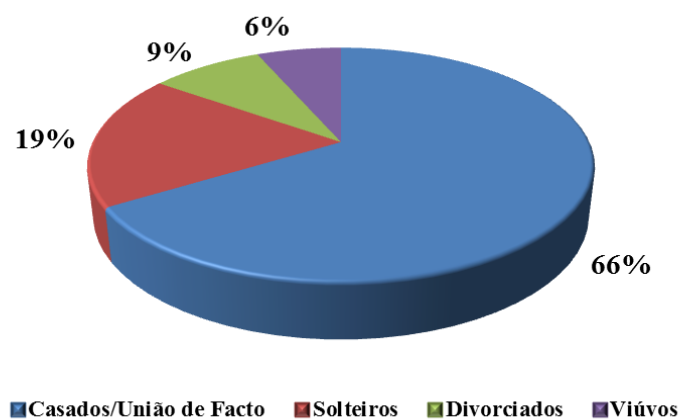
Figura 5.9 - Concelho onde reside



Fonte: Elaboração própria

Da análise da Figura 5.10, relativa ao estado civil dos inquiridos, percebe-se que estes são, maioritariamente, casados ou vivem em união de facto (66%). Em menor representação estão os solteiros (19%), os divorciados (9%) e os viúvos (6%).

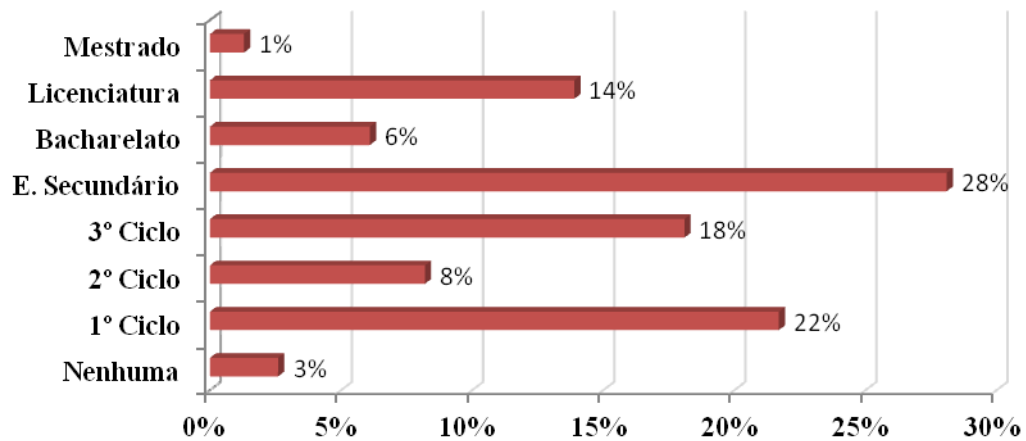
Figura 5.10 - Estado Civil



Fonte: Elaboração própria

Quando se analisa o grau de educação e formação dos inquiridos, na Figura 5.11, percebe-se que cerca de 28% (65 indivíduos) detêm habilitação ao nível do ensino secundário, cerca de 22% (50 indivíduos) apresentam o ensino primário e cerca de 18% (42 indivíduos) completaram o ensino básico (3ºCiclo). Estas são as habilitações mais observadas, verificando-se também outras, mas em menor frequência.

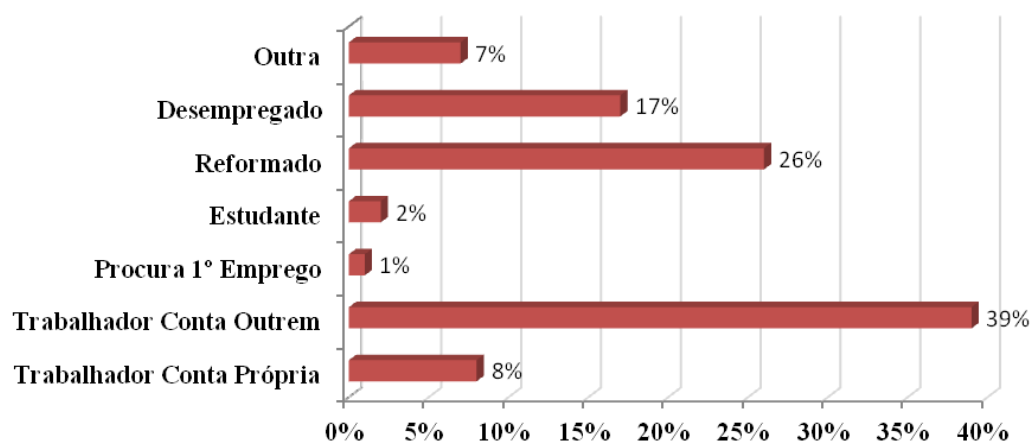
**Figura 5.11 - Habilitações Literárias**



Fonte: Elaboração própria

Em termos laborais (Figura 5.12), a maioria dos inquiridos trabalha por conta de outrem (39%), encontra-se reformado (26%) ou desempregado (17%).

**Figura 5.12 - Situação Profissional**



Fonte: Elaboração própria

Da análise da Tabela 5.4, verifica-se que a maioria dos inquiridos pertence a agregados familiares constituídos por 3 ou menos elementos, e o rendimento médio mensal líquido do agregado familiar ronda, mais frequentemente, valores entre os 501 e os 1000€.

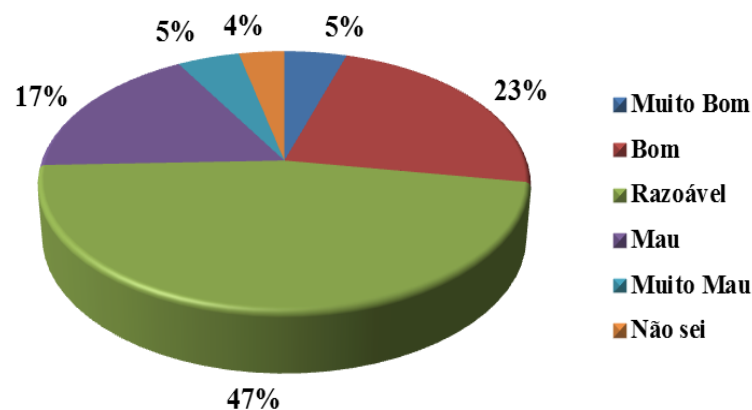
Tabela 5.4 - Constituição do Agregado Familiar e o seu Rendimento Médio Mensal

		Rendimento Médio Mensal Líquido						TOTAL
		< 250€	250€– 500€	501€– 1000€	1001€– 1500€	1501€– 2000€	> 2000€	
Agregado Familiar	1	2%	8%	9%	3%	1%	1%	23%
	2	1%	4%	8%	6%	2%	1%	23%
	3	2%	4%	9%	5%	5%	3%	<b>29%</b>
	4	0%	2%	6%	3%	4%	2%	17%
	≥ 5	1%	1%	3%	1%	2%	1%	9%
TOTAL		6%	19%	<b>35%</b>	18%	14%	9%	100%

Fonte: Elaboração própria

Na Figura 5.13 percebe-se que autoavaliando o seu estado de saúde, 47% dos indivíduos consideram ter um estado de saúde “razoável”, 23% consideram-no como “bom” e 17% como “mau”. Nos extremos, 5% dos indivíduos definem o seu estado de saúde como sendo “muito bom” e outros 5% dos indivíduos como sendo “muito mau”. Apenas 4% dos indivíduos admitem não saber como percecionar o seu estado de saúde.

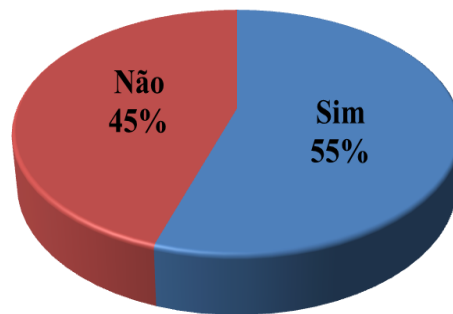
Figura 5.13 - Perceção Subjetiva do Estado de Saúde



Fonte: Elaboração própria

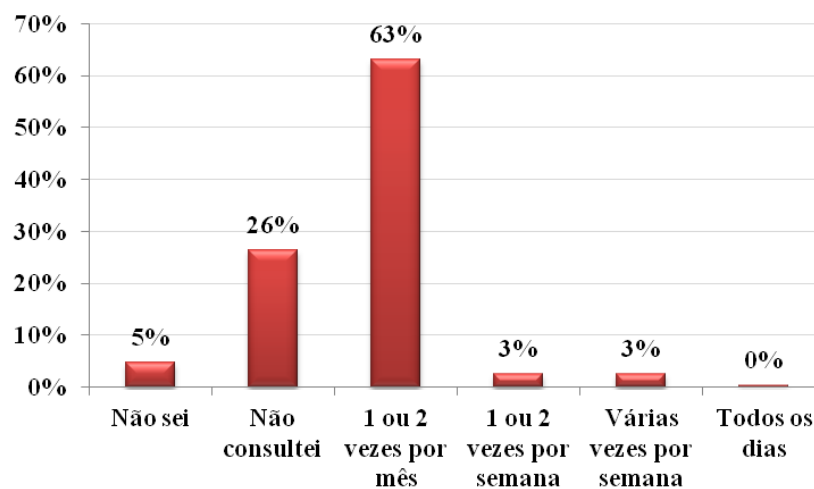
Quando questionados se precisam regularmente de cuidados de saúde, 55% dos inquiridos respondeu que sim e 45% respondeu que não (Figura 5.14). Cerca de 63% indica, no decurso dos últimos 3 meses ter visitado um médico, uma ou duas vezes por mês (Figura 5.15).

**Figura 5.14 - Precisa Regularmente de Cuidados de Saúde?**



Fonte: Elaboração própria

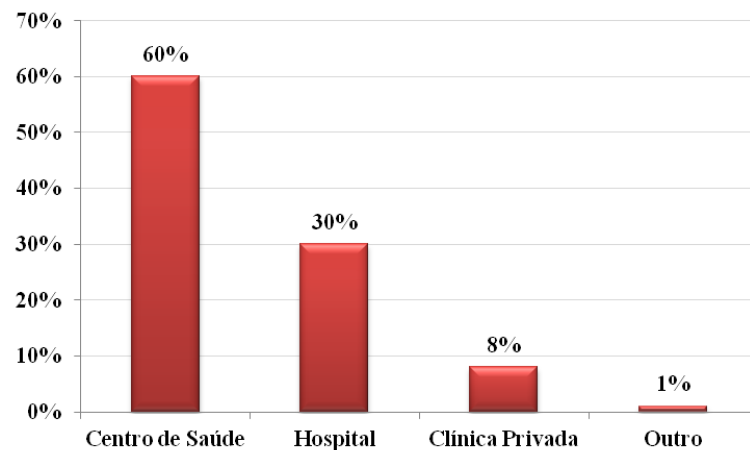
**Figura 5.15 - Frequência com que visitou um médico nos últimos 3 meses**



Fonte: Elaboração própria

Como verificado na Figura 5.16, 60% dos inquiridos referem que o local onde se dirigem mais frequentemente para receber cuidados de saúde é o Centro de Saúde, privilegiando-se os cuidados de saúde primários.

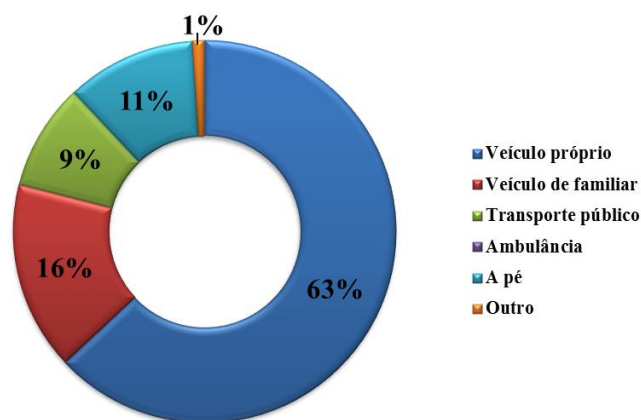
Figura 5.16 - Onde se dirige habitualmente quando tem necessidade de cuidados de saúde?



Fonte: Elaboração própria

Em relação à forma como se deslocam para as unidades de saúde, a Figura 5.17 mostra que a maioria dos inquiridos refere que o meio de transporte que mais utiliza quando procura cuidados de saúde é o veículo próprio (66%) ou de familiar (16%).

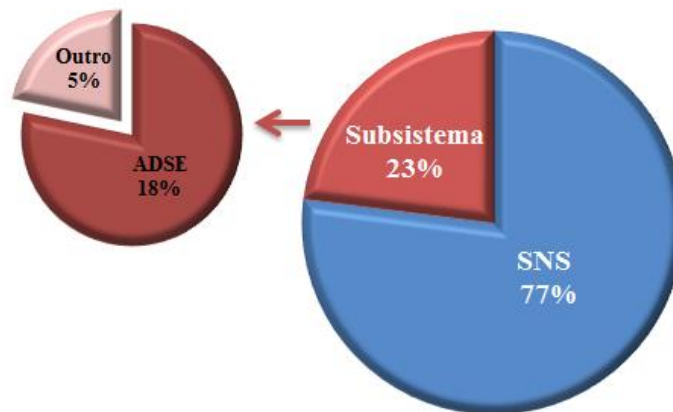
Figura 5.17 - Deslocação para Unidade de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Da análise da Figura 5.18 verifica-se que grande parte dos inquiridos não apresenta cobertura de nenhum subsistema de saúde (77%). De entre aqueles que beneficiam de um subsistema de saúde (23%), o subsistema mais referido é a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE) (18%).

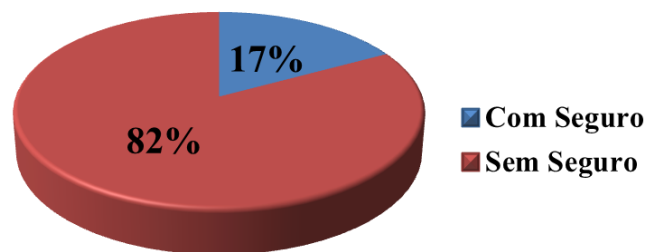
Figura 5.18 - Subsistema de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Concomitantemente, percebe-se pela Figura 5.19 que a maioria dos inquiridos (82%) refere não apresentar seguro privado de saúde.

Figura 5.19 - Seguro de Saúde

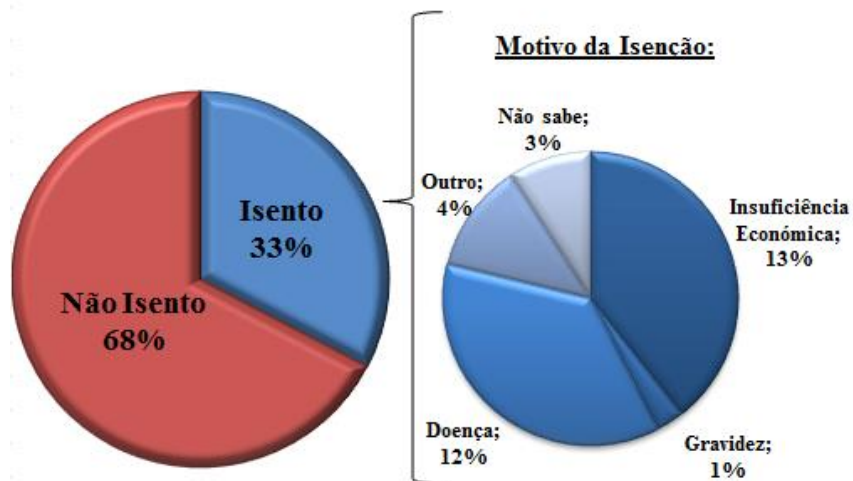


Fonte: Elaboração própria

Na Figura 5.20 percebe-se que 68% dos inquiridos não se encontram isentos do pagamento de taxas moderadoras. Entre os 33% de utentes isentos, os motivos principais para a isenção são a insuficiência económica (13%) e doença (12%).



Figura 5.20 - Isenção de Taxas Moderadoras



Fonte: Elaboração própria

### 5.2.2. Influência do Preço na Procura

Na Tabela 5.5. percebe-se que a maioria dos inquiridos (79%) afirma que o pagamento de taxas moderadoras não foi um fator impeditivo para a procura de cuidados de saúde. Aliás, quando questionados se deixaram de procurar cuidados de saúde após o aumento das taxas moderadoras, os utentes apresentaram um maior número de respostas negativas (83%), o que se pode relacionar com o aumento do número de isenções em Janeiro de 2012. Em relação ao serviço de Gastroenterologia, apenas 4% dos utentes afirmam ter faltado a uma consulta ou exame neste serviço devido ao aumento das taxas moderadoras. Apesar de uma percentagem ínfima de utentes indicarem ter deixado de procurar cuidados de saúde pelo pagamento ou pelo aumento das taxas moderadoras, dada a dimensão da amostra, é necessário valorizar este resultado pois indica que as taxas moderadoras estão efetivamente a impedir o acesso de utentes a cuidados de saúde.

Tabela 5.5 - Taxas Moderadoras e Alterações na Procura de Cuidados de Saúde

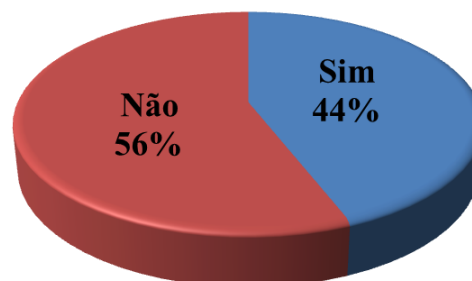
	SIM		NÃO	
	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência
<b>Deixou de procurar cuidados de saúde por ter de pagar taxas moderadoras.</b>	21%	48	79 %	183
<b>Deixou de ir a uma consulta, realizar um exame, ou recorrer ao serviço de urgência devido ao aumento das taxas moderadoras.</b>	17%	39	83%	192
<b>Deixou de ir a uma consulta ou exame no serviço de Gastroenterologia do CHA, devido ao aumento das taxas moderadoras.</b>	4%	8	13%	31

Fonte: Elaboração própria

### 5.2.3. Opinião sobre as Taxas Moderadoras

Ao observar-se a Figura 5.21 percebe-se que mais de metade dos utentes inquiridos (56%) não concorda com a existência de taxas moderadoras.

Figura 5.21 - Concordar com a existência de Taxas Moderadoras

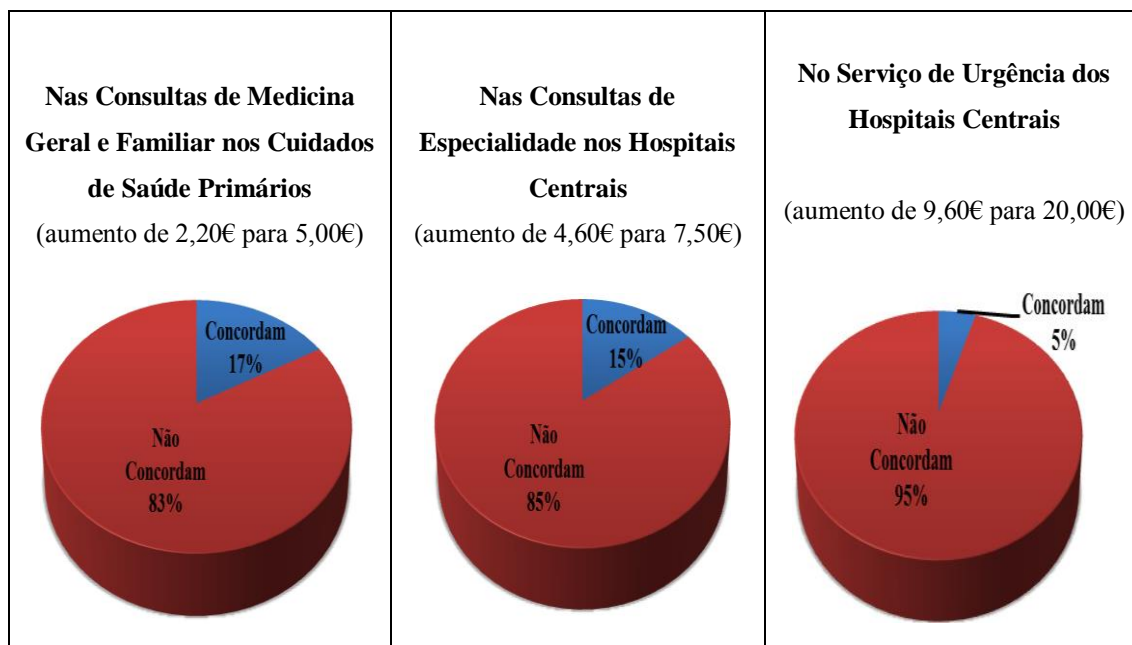


Fonte: Elaboração própria

Em relação aos valores de taxas moderadoras implementados em Janeiro de 2012, a grande maioria dos inquiridos não concorda com os aumentos verificados, sendo a percentagem bastante significativa - 95% - no que se refere ao aumento da taxa moderadora de 9,60€ para 20,00€ no atendimento no serviço de urgência hospitalar. Em relação aos aumentos nos cuidados de saúde primários e nas consultas de especialidade,

a percentagem de utentes que não concorda também é elevada, sendo de 83% e 85% respetivamente.

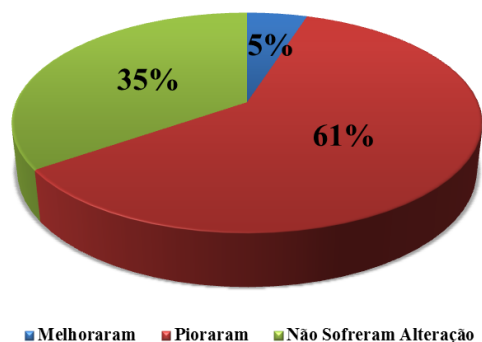
**Figura 5.22 - Concordância com o Aumento das Taxas Moderadoras em Janeiro de 2012**



**Fonte:** Elaboração própria

Quando questionados acerca das condições de saúde da população em geral, após o aumento das taxas moderadoras, 61% dos inquiridos refere que estas pioraram, 35% refere que não sofreram alterações e apenas 5% consideram que, após o aumento das taxas moderadoras, as condições de saúde da população em geral melhoraram (Figura 5.23).

**Figura 5.23 - Condições de Saúde da População após Aumento das Taxas Moderadoras**



**Fonte:** Elaboração própria

A Tabela 5.6 mostra o nível de concordância dos inquiridos em relação a diversos tópicos relacionados com as taxas moderadoras, focando-se questões relacionadas com o acesso aos serviços de saúde, a utilidade/finalidade das taxas moderadoras e a sua eventual relação com a qualidade dos cuidados prestados. Na tabela, os vários tópicos encontram-se ordenados por ordem decrescente, de acordo com o somatório das percentagens obtidas nas categorias “concordo” e “concordo totalmente”.

Assim sendo, os inquiridos não consideram que o valor atual das taxas moderadoras seja baixo (apenas 6,1% dos inquiridos concordou de alguma forma com a afirmação “de uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é baixo”), e admitem, sendo os tópicos com um maior nível de concordância, que “a existência de taxas moderadoras pode dificultar o acesso aos cuidados de saúde por parte da população mais pobre ou desfavorecida” (84,4%), e que “o valor a pagar de taxa moderadora deveria variar consoante o rendimento / salário de cada indivíduo” (79,7%).

Os inquiridos consideram que as taxas moderadoras têm utilidade, concordando num nível menor com a afirmação “as taxas moderadoras não têm utilidade” (18,6%). Assim, admitem que as taxas moderadoras controlam a procura de cuidados de saúde por parte da população, concordando de alguma forma que “se não existissem taxas moderadoras as pessoas procurariam mais os serviços de saúde” (76,2%). Todavia, não parecem relacionar esse controlo a uma racionalização da procura pela restrição de cuidados de saúde desnecessários, uma vez que apresentam um nível de concordância menor em relação à afirmação “se não existissem taxas moderadoras as pessoas procurariam os serviços de saúde, mesmo sem deles necessitarem” (46,7%). Os inquiridos concordam de alguma forma que uma das funções das taxas moderadoras é gerar receita e financiar o SNS (65,4%), concordando em menor percentagem que seja função das taxas moderadoras gerar dinheiro para cada unidade de saúde, dando-lhe uma maior autonomia financeira (42,0%). Os inquiridos consideram ainda que as taxas moderadoras ajudam o utente a selecionar o serviço de saúde a utilizar (61,5%).

No que se refere ao aumento das taxas moderadoras como fator precipitante de uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde, o nível de concordância dos inquiridos é dos mais baixos em relação às afirmações: “O aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de

Gastroenterologia do CHA - Hospital de Faro” (17,3%; Mediana=3) e “De uma forma geral, o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal” (17,3%; Mediana=2).

Tabela 5.6 - Frequências relativas do grau de concordância dos inquiridos em relação a vários tópicos sobre as taxas moderadoras

	N	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Nem Concordo, Nem Discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)	Total	Concordo + Concordo Totalmente	Mediana
• A existência de taxas moderadoras pode dificultar o acesso aos cuidados de saúde por parte da população mais pobre ou desfavorecida.	231	5,2%	3,0%	7,4%	29,4%	55,0%	100%	84,4%	5
• O valor a pagar de taxa moderadora deveria variar consoante o rendimento / salário de cada indivíduo.	231	4,8%	3,0%	12,6%	36,4%	43,3%	100%	79,7%	4
• Se não existissem taxas moderadoras as pessoas procurariam mais os serviços de saúde.	231	5,6%	6,9%	11,3%	38,1%	38,1%	100%	76,2%	4
• Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para o Estado/Serviço Nacional de Saúde.	231	6,5%	10,0%	18,2%	40,3%	25,1%	100%	65,4%	4
• As taxas moderadoras ajudam o utente a escolher o serviço de saúde a utilizar: O utente não vai diretamente à urgência, onde a taxa é mais cara, se o caso não o justificar.	231	8,7%	13,4%	16,5%	45,0%	16,5%	100%	61,5%	4
• Se não existissem taxas moderadoras as pessoas procurariam os serviços de saúde, mesmo sem deles necessitarem.	231	11,7%	22,9%	18,6%	30,7%	16,0%	100%	46,7%	3

Tabela 5. 6 - Frequências relativas do grau de concordância dos inquiridos em relação a vários tópicos sobre as taxas moderadoras (Continuação)

	N	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Nem Concordo, Nem Discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)	Total	Concordo + Concordo Totalmente	Mediana
• As taxas moderadoras mostram aos utentes o elevado custo dos cuidados de saúde.	231	12,6%	17,7%	25,1%	33,3%	11,3%	100%	44,6%	3
• Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para cada hospital ou centro de saúde.	231	8,7%	19,9%	29,4%	32,9%	9,1%	100%	42,0%	3
• As taxas moderadoras não têm utilidade.	231	16,9%	35,9%	28,6%	13,0%	5,6%	100%	18,6%	2
• O aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Hospital de Faro.	231	16,9%	28,6%	37,2%	12,1%	5,2%	100%	17,3%	3
• De uma forma geral, o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal.	231	28,1%	31,2%	23,4%	12,1%	5,2%	100%	17,3%	2
• De uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é baixo.	231	36,8%	40,7%	16,5%	3,9%	2,2%	100%	6,1%	2

Fonte: Elaboração própria

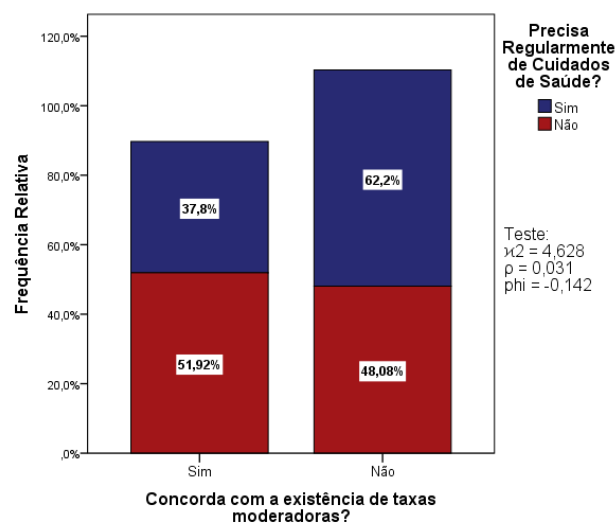
### 5.3. Investigação por Questionário (Análise Inferencial)

Para além da análise descritiva apresentada anteriormente, realizaram-se cruzamentos entre variáveis por forma a avaliar a existência de relações significativas entre as mesmas. Foram cruzadas todas as variáveis consideradas relevantes para o estudo, apresentando-se, em seguida, apenas os resultados de cruzamentos em que as variáveis se relacionam de forma estatisticamente significativa, para um nível de significância de 0,05.

#### 5.3.1. Cruzamento da opinião sobre a existência de taxas moderadoras com as variáveis:

✓ **Necessidade regular de cuidados de saúde:** Da totalidade dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras, 51,9% referiu não precisar regularmente de cuidados de saúde. Opostamente, englobando o grupo de utentes que não concorda com a existência de taxas moderadoras, 62,2% referiu precisar regularmente de cuidados de saúde. O cruzamento destas variáveis encontra-se ilustrado na Figura 5.24. A realização do teste de independência permite identificar uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $\chi^2 = 4,628$ ;  $p = 0,031$ ).

Figura 5.24 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e a necessidade regular de cuidados de saúde

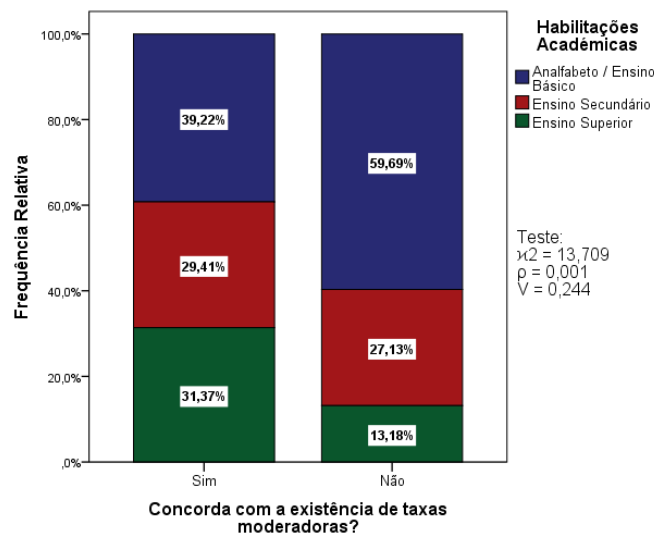


Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)



✓ **Educação/Formação:** A análise da Figura 5.25 permite concluir que a concordância acerca da existência de taxas moderadoras se relaciona com as habilitações académicas dos inquiridos. Efetivamente, analisando a totalidade dos utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras, percebe-se que 59,69% não possuem habilitações académicas ou apenas apresentam habilitações ao nível do ensino básico. Já, analisando a totalidade dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras, verifica-se que 29,41% possuem habilitações ao nível do ensino secundário e 31,37% ao nível do ensino superior. A realização do teste do qui-quadrado de Pearson confirmou que esta relação entre as variáveis é estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 13,709$ ;  $p = 0,001$ ).

Figura 5.25 - Associação da concordância acerca da existência das taxas moderadoras com as habilitações académicas

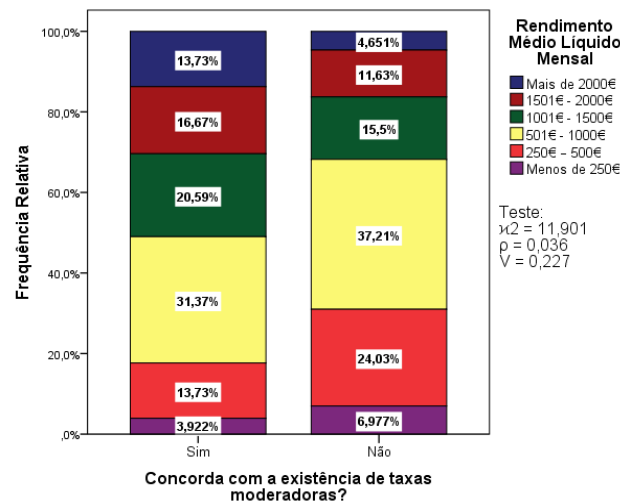


Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Rendimento Médio Líquido Mensal do Agregado Familiar:** Pretendendo verificar se o rendimento médio líquido mensal do agregado familiar influencia a concordância do utente acerca da existência de taxas moderadoras realizou-se o teste de independência, que revelou a existência de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 = 11,901$ ;  $p = 0,036$ ). Sugere-se, portanto, que a condição de concordar com a existência de taxas moderadoras se encontra associada ao rendimento médio líquido mensal do agregado familiar. Como é verificado na Figura 5.26, da totalidade dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras, verifica-

se que cerca de 51% dispõe de rendimentos superiores a 1000€ no seu agregado familiar. Tendo em conta a totalidade dos utentes que não concordam a existência de taxas moderadoras, percebe-se que cerca de 68% apresentam rendimentos inferiores, mais propriamente iguais ou inferiores a 1000€.

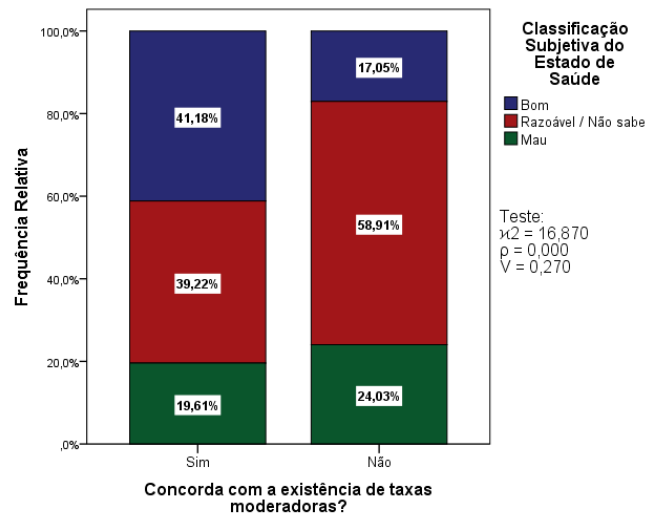
**Figura 5.26 - Associação da concordância acerca existência de taxas moderadoras com o rendimento médio líquido mensal do agregado familiar**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Classificação Subjetiva do Estado de Saúde:** Na Figura 5.27 observa-se que entre todos os concordantes com a existência de taxas moderadoras, 41,18% percecionam o seu estado de saúde como bom. Já no que se refere a todos os discordantes com a existência de taxas moderadoras, 59,91% considera ter um estado de saúde razoável, ou não o sabe classificar. Assim, a realização do teste de independência entre estas variáveis comprova a existência de uma relação de dependência estatisticamente significativa entre ambas ( $\chi^2 = 16,870$ ;  $p = 0,000$ ).

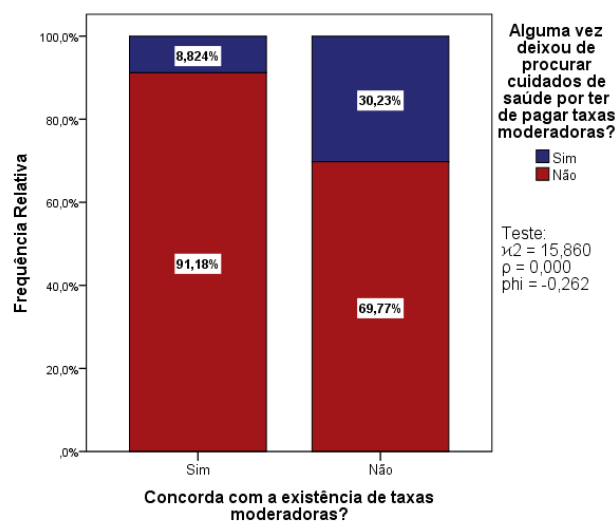
**Figura 5.27 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e a classificação subjetiva do estado de saúde**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Utilização evitada devido ao pagamento de taxas moderadoras:** Pretendendo analisar se a inibição de procura de cuidados de saúde devido ao pagamento de taxas moderadoras e a concordância com existência das mesmas são variáveis independentes, realizou-se o teste de independência que revelou a presença de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 = 15,860$ ;  $p = 0,000$ ). Assim, a concordância com a existência de taxas moderadoras e a utilização evitada de cuidados de saúde devido ao pagamento de taxas moderadoras não são variáveis independentes. Como é expectável, na Figura 5.28 verifica-se que daqueles que discordam com existência de taxas moderadoras, 30,23% referem já ter tido o acesso a cuidados de saúde condicionado pelo pagamento de taxas moderadoras. Por outro lado, entre aqueles que concordam com a existência de taxas moderadoras, apenas 8,82% referem restrições na procura de cuidados de saúde devido ao facto de terem de pagar taxas moderadoras.

Figura 5.28 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e utilização evitada devido ao pagamento de taxas moderadoras



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ (A) Concordar com o aumento das taxas moderadoras nas consultas de medicina geral e familiar; (B) Concordar com o aumento das taxas moderadoras nas consultas de especialidade; (C) Concordar com o aumento das taxas moderadoras no serviço de urgência: Realizaram-se testes de independência entre a variável “concordar com a existência de taxas moderadoras” e cada uma das três variáveis associadas à concordância com os aumentos das taxas moderadoras nas consultas de medicina geral e familiar (A), nas consultas de especialidade (B) e no atendimento no serviço de urgência (C). Os resultados dos testes revelaram a existência de relação estatisticamente significativa nos três cruzamentos realizados: (A)  $\chi^2 = 44,120$ ;  $p = 0,000$ ; (B)  $\chi^2 = 46,967$ ;  $p = 0,000$  e (C)  $\chi^2 = 11,587$ ;  $p = 0,001$ . Consequentemente, observando a tabela 5.7 percebe-se que da totalidade dos utentes que não concorda com a existência das taxas moderadoras, 97,7%, 99,2% e 99,2% também não concorda com os aumentos verificados nas consultas nos cuidados de saúde primários, nas consultas de especialidade e nos atendimentos no serviço de urgência, respetivamente. Estas percentagens são bastante mais baixas entre os utentes que referem concordar com a existência de taxas moderadoras (64,7%; 66,7% e 89,2%, respetivamente).

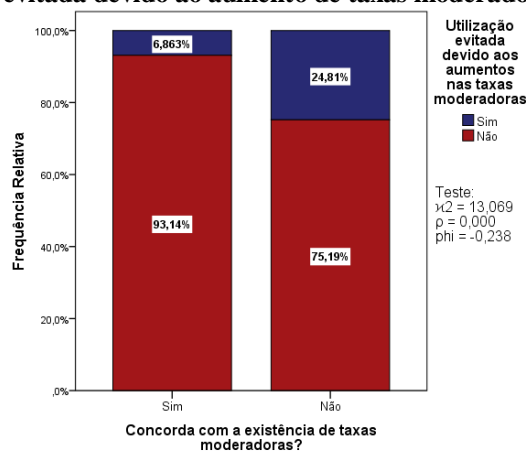
**Tabela 5.7 - Associação da concordância com a existência de taxas moderadoras e a concordância com o aumento das taxas moderadoras em diversos contextos**

		Concordou com o aumento das taxas moderadoras:								
		(A) Nas consultas de medicina geral e familiar?			(B) Nas consultas de especialidade?			(C) No serviço de urgência?		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Concorda com a existência de taxas moderadoras?	Sim	N 36	66	102	34	68	102	11	91	102
	% 35,3%	64,7%	100%	33,3%	66,7%	100%	10,8%	89,2%	100%	
	Não	N 3	126	129	1	128	129	1	128	129
% 2,3%	97,7%	100%	0,8%	99,2%	100%	0,8%	99,2%	100%		
Total	N 39	192	231	35	196	231	12	219	231	
% 16,9%	83,1%	100%	15,2%	84,8%	100%	5,2%	94,8%	100%		

Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Utilização evitada devido aos aumentos nas taxas moderadoras:** Da totalidade dos utentes que não concordam com as taxas moderadoras, 24,81% afirma que deixou de procurar cuidados de saúde devido ao aumento destas taxas. A percentagem desta condição é menor, quando se tem em consideração a totalidade dos utentes que afirma concordar com a existência de taxas moderadoras, pois nestes apenas 6,86% teve a utilização de cuidados de saúde evitada pelo aumento das taxas moderadoras (Figura 5.29). A realização do teste de independência permite concluir a existência de uma relação de dependência significativa entre concordar com a existência de taxas moderadoras e a utilização evitada devido ao aumento dessas mesmas taxas ( $\chi^2 = 13,069$ ;  $\rho = 0,000$ ).

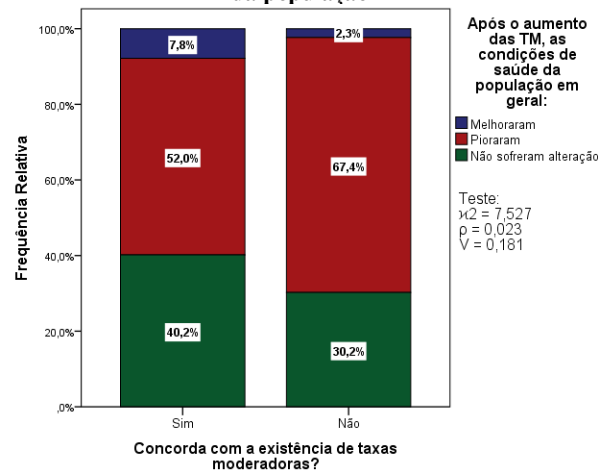
**Figura 5.29 - Associação entre a concordância com a existência de taxas moderadoras e utilização evitada devido ao aumento de taxas moderadoras**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Condições de saúde da população:** Verificando se a percepção geral que os utentes têm das condições de saúde da população após o aumento das taxas moderadoras influencia a sua concordância com existência destas taxas, realizou-se o teste de independência que revelou a presença de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 = 7,527$ ;  $p = 0,023$ ). Assim, na Figura 5.30 observa-se que os utentes que consideram que as condições de saúde da população em geral pioraram após o aumento das taxas moderadoras, não concordam com a existência das mesmas (62,1%). Já aqueles que consideram que as condições de saúde da população em geral melhoraram após o aumento das taxas moderadoras, tendem a concordar com a sua existência (72,5%).

**Figura 5.30 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e condições de saúde da população**

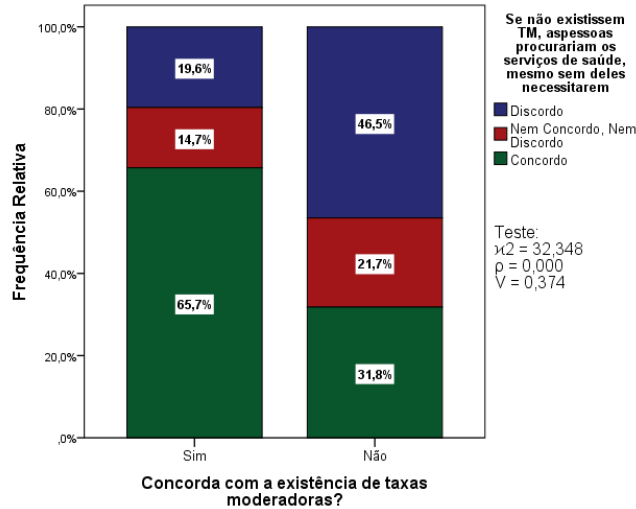


Fonte: **Elaboração própria (Output SPSS)**

✓ **“Se não existissem taxas moderadoras, as pessoas procurariam os serviços de saúde mesmo sem deles necessitarem”:** Pretendendo verificar se o nível de concordância do utente com a afirmação “se não existissem taxas moderadoras, as pessoas procurariam os serviços de saúde mesmo sem deles necessitarem” e a sua concordância com a existência de taxas moderadoras são variáveis independentes, realizou-se o teste de independência, que revelou a existência de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $\chi^2 = 32,348$ ;  $p = 0,00$ ). Como é verificado na Figura 5.31, os utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras, também concordam que se estas não existissem, as pessoas procurariam os serviços de saúde mesmo sem deles necessitarem. Pelo contrário, os utentes que não

concordam com a existência de taxas moderadoras, não reconhecem a utilidade nestas na restrição da procura de cuidados de saúde desnecessários.

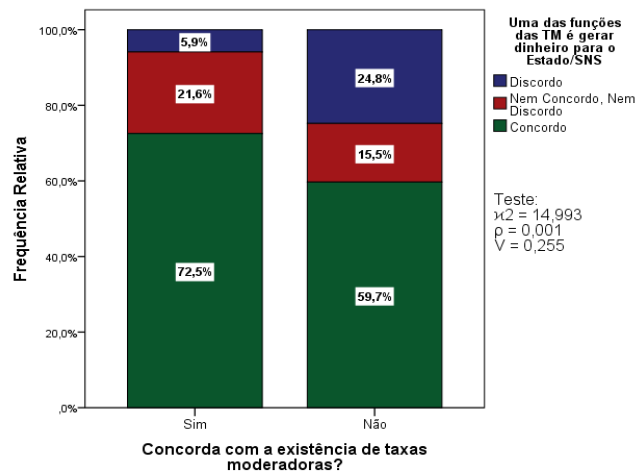
**Figura 5.31 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e a classificação subjetiva do estado de saúde**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para o estado/SNS:** Por forma a determinar se o nível de concordância com a existência de taxas moderadoras se relaciona com a concordância do utente em que uma das funções das taxas moderadoras seja gerar dinheiro para o estado/SNS realizou-se o teste de independência, que confirmou a presença de relação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 14,993$ ;  $p = 0,001$ ). Assim, percebe-se que da totalidade dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras, 72,5% está de acordo e 5,9% discorda que uma das funções das taxas moderadoras se relacione com o financiamento do estado/SNS. Verificando a totalidade dos utentes que discorda da existência de taxas moderadoras, percebe-se que a tendência difere, com apenas 59,7% a concordar que seja função das taxas moderadoras gerar dinheiro para o estado/SNS e 24,8% a discordar dessa afirmação (Figura 5.32).

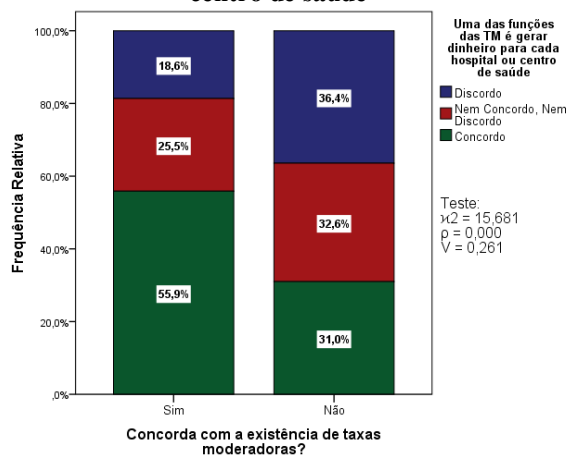
Figura 5.32 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para o Estado/SNS”



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para cada hospital/centro de saúde:** Quando questionados se uma das funções das taxas moderadoras seria gerar dinheiro para cada hospital/centro de saúde, 55,9% dos utentes que concorda com a existência de taxas moderadoras concordou que essa fosse uma função a atribuir a este co-pagamento. A mesma opinião foi partilhada por apenas 31% dos utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras (Figura 5.33). A realização do teste de independência permitiu concluir que as diferenças existentes se devem à existência de uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 15,681$ ;  $\rho = 0,000$ ).

Figura 5.33 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para cada hospital ou centro de saúde”

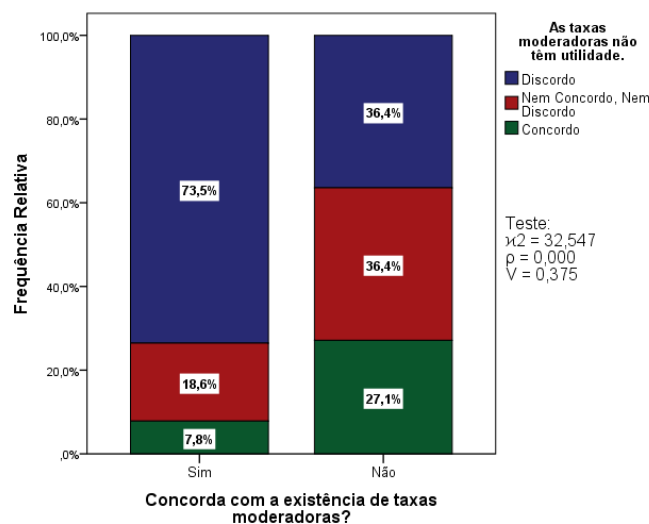


Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)



✓ **As taxas moderadoras não têm utilidade:** Como é expectável, 73,5% dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras considera que estas tenham utilidade, discordando da afirmação “as taxas moderadoras não têm utilidade”. Em contrapartida, no grupo de utentes que não concorda com a existência de taxas moderadoras não existe uma resposta tão evidente, sendo que apenas 36,4% considera as taxas moderadoras como úteis, 27,1% concorda que não tenham utilidade e 36,4% não toma um partido, assinalando a opção “nem concordo, nem discordo” (Figura 5.34). Realizado o teste de independência percebe-se a existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis concordar com a existência de taxas moderadoras e utilidade das taxas moderadoras ( $\chi^2 = 32,547$ ;  $\rho = 0,000$ ).

**Figura 5.34 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “as taxas moderadoras não têm utilidade”**

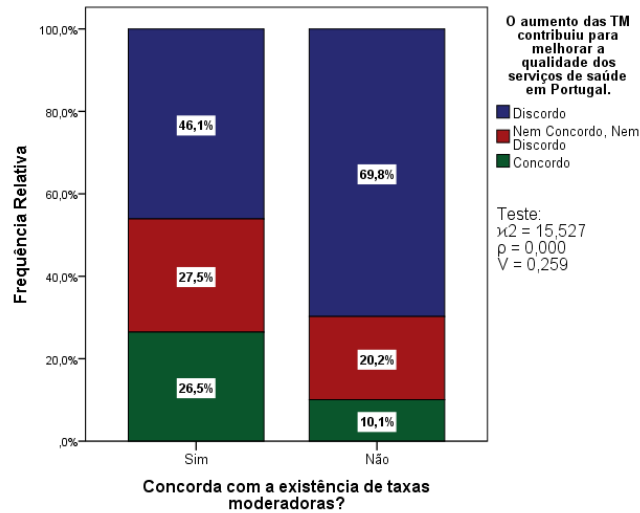


Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **De uma forma geral, o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal:** A Figura 5.35 mostra que, no cruzamento das variáveis concordância com a existência de taxas moderadoras e qualidade dos serviços de saúde em Portugal, o teste Qui-Quadrado permite rejeitar-se a hipótese nula, sugerindo uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 15,527$ ;  $\rho = 0,000$ ). Da totalidade dos utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras, 69,8% refere discordar que o aumento das taxas moderadoras contribuiu para aumentar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal.

Notoriamente, da mesma opinião partilham apenas 46,1% dos utentes que concordam com a existência de taxas moderadoras.

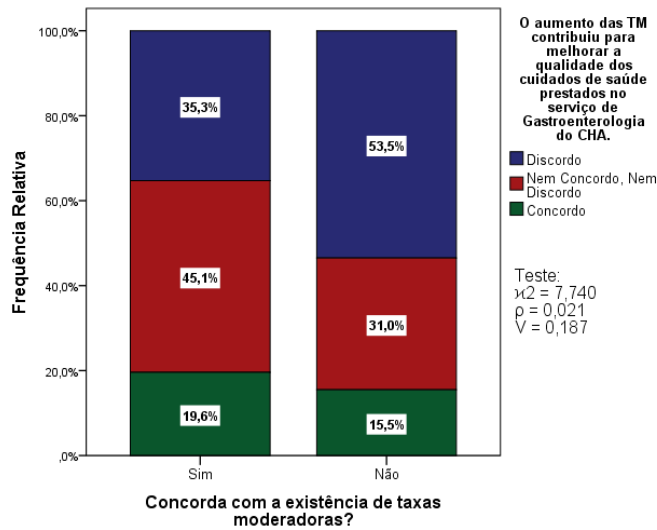
**Figura 5.35 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ **O aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia do CHA:** Especificamente no que se relaciona ao cruzamento da variável concordância com a existência de taxas moderadoras e qualidade dos serviços de saúde no serviço de Gastroenterologia, o teste Qui-Quadrado de Pearson sugere também uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 7,740$ ;  $p = 0,021$ ). Da totalidade dos utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras, 53,5% considera que o aumento das taxas moderadoras não contribuiu para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia. A grande maioria do grupo de utentes que concorda com a existência de taxas moderadoras (45,1%) não tomou um partido, sendo que apenas 35,3% desses utentes partilhou da opinião que o aumento das taxas moderadoras não proporcionou um aumento da qualidade dos cuidados no serviço (Figura 5.36).

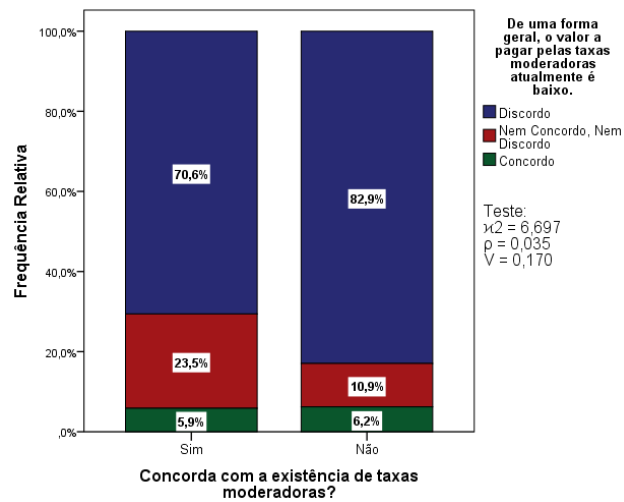
**Figura 5.36 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia do CHA”**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

✓ De uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é **baixo**: A figura 5.37 permite-nos verificar que a maioria dos utentes não reconhece o valor a pagar pelas taxas moderadoras como sendo um valor baixo. Todavia, o desacordo em encarar o valor das taxas moderadoras como baixo é mais representativo no grupo dos utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras (82,9%), do que naquele em que concordam com a existência das taxas moderadoras (70,6%). Efetivamente há uma relação de dependência entre as variáveis concordar com a existência de taxas moderadoras e concordar que, de uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente seja baixo, comprovada pela realização do teste de independência, que rejeita, de forma estatisticamente significativa, que as variáveis sejam independentes ( $\chi^2 = 6,697$ ;  $p = 0,035$ ).

**Figura 5.37 - Associação entre a concordância sobre a existência de taxas moderadoras e concordância com “de uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é baixo”**



Fonte: Elaboração própria (Output SPSS)

### Nota Conclusiva

A análise dos resultados apresentada permitiu conhecer as alterações na utilização dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia, possibilitando a sua posterior confrontação com os resultados do inquérito aplicado aos utentes do serviço, que transmitem a sua perceção sobre o impacto das taxas moderadoras a vários níveis. No capítulo seguinte serão sintetizados os principais resultados desta dissertação, bem como as suas limitações empíricas.

## 6. CONCLUSÃO

Este capítulo apresenta uma síntese geral do trabalho, explorando os principais resultados obtidos, conclusões e recomendações. É também realizada uma análise crítica, descrevendo-se as principais limitações do trabalho empírico e sugestões para estudos futuros.

### 6.1. Sumário

A análise dos dados recolhidos na primeira fase do estudo empírico permitiu determinar que existiram alterações na procura dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia no ano de 2012 em relação ao ano anterior. Houve um ligeiro decréscimo na utilização das consultas externas (menos 3% que em 2011) e nas técnicas realizadas (menos 1,9% que em 2011), e um aumento no número de sessões de hospital de dia (mais 16,5% que em 2011). No entanto, seria importante determinar o peso dos utentes isentos na utilização dos serviços, no ano antes e após o aumento das taxas moderadoras, sendo esta uma importante limitação da análise realizada e que poderá ser alvo de estudos posteriores. Contudo, algumas evidencias podem sugerir que a diminuição na utilização das consultas e em certos exames não tenham sido motivadas pelo aumento dos preços das taxas moderadoras, uma vez que:

- ✓ O número de faltas a consultas e exames apresentou apenas um ligeiro aumento, em relação a 2011, sendo este na ordem dos 2,7%;
- ✓ Nos primeiros dois meses após aumento das taxas moderadoras não foi evidente uma diminuição na utilização das consultas;
- ✓ O decréscimo na realização de algumas técnicas endoscópicas foi compensado pelo aumento de outro tipo de exames, sendo que a realização é motivada por uma série de fatores não averiguados no presente estudo, como são: a disponibilidade de material e aparelhos para realização dos exames, o número de médicos especialistas disponíveis para a realização de cada tipo de procedimento, alterações nas formas de tratamento e abordagem a diversos diagnósticos motivados por novas linhas de investigação,

necessidades dos utentes, aumento ou diminuição da prevalência de determinadas patologias, entre outros;

✓ O aumento do número de sessões de hospital de dia pode ser explicado por o aumento do número de isenções de pagamento de taxas moderadoras aplicadas em 2012, visto que o hospital de dia é frequentado maioritariamente por doentes crónicos. Todavia, esta é apenas uma hipótese, que não foi possível investigar pela não obtenção de dados distinguindo doentes isentos de não isentos, pelo que a sua constatação só será possível pela realização de futuras investigações.

✓ Determinou-se uma procura inelástica em relação ao preço, o que sugere que a maioria dos utentes do serviço de Gastroenterologia não alterou os seus padrões de consumo de cuidados de saúde pela variação do preço das taxas moderadoras.

Em relação à análise dos resultados obtidos pela investigação por questionário, destaca-se que a maioria dos utentes do serviço não concorda com a existência de taxas moderadoras (56%), nem com os aumentos verificados em Janeiro de 2012, sendo que cerca de 95% discorda do aumento da taxa moderadora no atendimento de urgência.

A maioria dos utentes não considera as taxas moderadoras como tendo sido uma barreira na sua procura de cuidados de saúde. Todavia, dada a dimensão da amostra, e o ambiente específico do estudo, é importante ter em consideração que em 231 utentes, 48 afirmam já ter deixado de procurar cuidados de saúde devido às taxas moderadoras, 39 afirma já ter deixado de procurar cuidados de saúde devido ao aumento verificado nas taxas moderadoras e 8 afirmam que as taxas moderadoras foram a causa para faltarem a uma consulta ou exame no serviço de Gastroenterologia. Estes resultados permitem afirmar que, em Portugal, as taxas moderadoras já condicionaram o acesso aos cuidados de saúde para alguns elementos da população. Esta evidência contraria a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, descrito na Constituição da República Portuguesa e defendido pela OMS.

Em relação ao acesso, os utentes do serviço de Gastroenterologia reconhecem que as taxas moderadoras podem constituir uma barreira ao acesso dos mais pobres ou desfavorecidos, defendendo o caráter progressivo das taxas moderadoras, pela variação do preço a pagar de acordo com o rendimento/salário. A maioria considera mesmo que,

após o aumento das taxas moderadoras, as condições de saúde da população pioraram e não evidenciam melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados nos serviços de saúde em Portugal, nem no serviço de Gastroenterologia, em particular.

Note-se que os utentes do serviço reconhecem a utilidade das taxas moderadoras, defendendo como suas funções o financiamento do Estado/SNS e a eficiência na procura pela diferenciação no preço das taxas moderadoras pelos vários tipos de serviços de saúde.

Em relação à análise inferencial dos dados obtidos por questionário, constatou-se a presença de vários determinantes da procura de cuidados de saúde que apresentam uma relação de dependência estatisticamente significativa com a variável concordância com a existência de taxas moderadoras. De uma forma geral, há uma tendência para concordarem com a existência de taxas moderadoras, utentes que não necessitam regularmente de cuidados de saúde, classificam o seu estado de saúde como bom, são mais letrados e auferem de rendimentos superiores no seio do agregado familiar. Em contrapartida, utentes que necessitam com frequência de cuidados de saúde, classificam o seu estado de saúde como razoável, possuem menos habilitações académicas (sendo analfabetos ou apenas tendo frequentado o ensino básico), possuem rendimentos menores e já deixaram de procurar cuidados de saúde devido às taxas moderadoras, tendem a não concordar com a existência das mesmas.

Para além disto, há uma propensão para que os utentes que não concordam com a existência de taxas moderadoras considerem que após o aumento destas, as condições de saúde da população pioraram e que a qualidade nos serviços de saúde não aumentou. Este grupo de utentes tende a conjeturar nas taxas moderadoras uma função de financiamento do SNS e das unidades de saúde, considerando que a ausência destas taxas não incrementaria uma procura desnecessária de cuidados de saúde. Finalmente, quem não concorda com a existência de taxas moderadoras tende também a considerá-las como pouco úteis e com um preço atualmente elevado.

## **6.2. Recomendações**

Desta dissertação resultam importantes pistas para o trabalho diário de decisores políticos, equipas de gestão e de saúde. É necessária uma importante reflexão e partilha de conhecimento entre estes profissionais por forma a se conseguirem consolidar práticas que garantam que as taxas moderadoras funcionem de forma a alcançar o seu objetivo primordial de racionalizar a procura de cuidados de saúde desnecessários e não interfiram no acesso da população aos cuidados de saúde, quando estes são necessários.

O estudo demonstra que, de forma geral, os utentes encaram as taxas moderadoras de forma negativa, pelo que é importante considerar estratégias de melhorar a aceitabilidade dos utentes para com esta medida de controlo de custos. Efetivamente, os profissionais que trabalham na área da gestão e da saúde devem garantir que os utentes pagam mais, mas recebem mais, fomentando melhores condições de saúde para a população e uma melhoria continua nos cuidados que são prestados, apesar das atuais restrições orçamentais e diminuição dos recursos existentes. Também os prescritores, nomeadamente os médicos, que têm um papel primordial na utilização dos serviços de saúde pelos utentes, devem ficar sensibilizados para a despesa crescente em saúde e para o facto de a população apresentar, atualmente, diversas barreiras no acesso aos cuidados de saúde, pelo que os cuidados prescritos devem ser racionalizados e efetivamente necessários. Para além disto, a aposta em estudos que tenham em consideração a opinião dos utentes e a divulgação dos resultados às equipas de saúde permite que a instituição conheça melhor os seus utentes e preste cuidados de saúde mais sensíveis, humanos e direcionados às suas necessidades, promovendo a qualidade e a satisfação dos utentes.

## **6.3. Limitações e linhas de investigação futuras**

O estudo apresentado permitiu perspetivar o impacto do aumento das taxas moderadoras no serviço de Gastroenterologia, pelo conhecimento das alterações na utilização dos cuidados de saúde no serviço e pelo conhecimento da opinião e sensibilidade dos utentes do serviço sobre o tema. No entanto, é importante a consciencialização da presença de limitações que o condicionam.



Em primeiro lugar, este estudo não consegue determinar todos os fatores que possam ter influenciado a procura e utilização dos cuidados prestados no serviço de Gastroenterologia nos anos de 2011 e 2012. Outra das limitações do estudo relaciona-se com a não possibilidade de averiguar o peso dos utentes isentos e não isentos na utilização do serviço, ficando em aberto se existem alterações a este nível nos anos em estudo, o que poderá ter implicações importantes nas conclusões deste estudo.

Para além disto, o presente trabalho limitou-se à investigação num contexto particular, não sendo possível transpor os resultados para a população nacional. Efetivamente, apesar de um estudo destes ser particularmente difícil de realizar, existe pouca investigação na área e é importante a realização de mais estudos que consigam investigar esta temática em contextos cada vez mais abrangentes, dada a sua importância política e social.

Em relação ao serviço de Gastroenterologia, os resultados deste estudo podem despertar a curiosidade para a exploração de questões específicas, como por exemplo, a qualidade dos cuidados prestados perspectivada pelos utentes, ou quais as causas efetivas das faltas a exames e consultas, que inibem a utilização por parte dos utentes. Estudos futuros nestas áreas serão sempre importantes e permitirão estudar estratégias que o serviço possa adotar para melhorar a sua performance.

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, M.C.S.M. (2012) *Taxas moderadoras e a racionalização da procura de cuidados de saúde*. Trabalho de projeto não publicado, Universidade Nova de Lisboa.
- Aday, L.A. & Andersen, R. (1974) A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Almeida, R.F.S. (2009) *Determinantes da procura de cuidados preventivos de saúde em Portugal*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Amendoeira, J. (2009) *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/86> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Anderson, R.M. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Aron-Dine, A., Einav, L., Finkelstein, A. & Cullen, M. (2012) *Moral hazard in health insurance: how important is forward looking behavior?*. Disponível em: [http://www.stanford.edu/~leinav/Forward\\_Looking.pdf](http://www.stanford.edu/~leinav/Forward_Looking.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Arrow, K.J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Atella, V., Brindisi, F., Deb, P. & Rosati F.C. (2003) Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *CEIS Tor Vergata - Research Paper Series*, 12(36), 1-22. Disponível em: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=320880](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=320880) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Babitsch, B., Gohl, D. & Lengerke, T. (2012) Re-revisiting Andersen's behavioral model of health services use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, 1-15. Disponível em: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/psm/2012-9/psm000089.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L. & Groot, W. (2011) User fees for public health care services in Hungary: expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders. *Health Policy*, 102, 255-262.
- Barbosa, A.P.R. (2009). *Implicações éticas das taxas moderadoras face à escassez de recursos em saúde*. Trabalho de Projeto não publicado, Universidade do Porto.
- Barros, P.P. & Gomes, J.P. (2002) *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*, Lisboa, Gabinete de Análise Económica. Disponível em:

- <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>  
(Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Barros, P.P. & Simões, J.A. (2007) Portugal health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1-140. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107842/E90670.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Barros, P.P. (2003) Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 3, 7-17.
- Barros, P.P. (2007) O preço da saúde. *GE Jornal Português de Gastroenterologia*, 14, 194-198.
- Barros, P.P. (2012) Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106, 17-22.
- Barros, P.P. (2013) *Economia da saúde: conceitos e comportamentos* (3ªed.), Coimbra, Almedina.
- Barros, P.P., Afonso, H., Martins, B. & Pereira, D. (2013) *Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde: versão 1*. Estudo não publicado, Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P.P., Machado, S.R. & Simões, J.A. (2011) Portugal health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Biró, A. (2013) Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe. *Health Policy*, 111, 24-33.
- Bravo, M.I.S. (2010) A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serviço Social & Sociedade*, 102, 205-221.
- Campos, A.C. (2008) *Reformas da saúde: o fio condutor*, Coimbra, Almedina.
- Cardoso, C. (2008) Health economics or Health Care economics? *Revista de Estudos Politécnicos*, 6(10), 189-198.
- Castro, J.D. (2002) Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7, 122-135.
- Circular Normativa n°5/2013, de 17 de Janeiro. *Atualização do valor de taxas moderadoras*, Lisboa, ACSS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20N5%202013.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Connolly, M.P., Griesinger, G., Ledger, W. & Postma, M.J. (2009) The impact of introducing patient co-payments in Germany on the use of IVF and ICSI: a price-elasticity of demand assessment. *Human Reproduction*, 24(11), 2796-2800.

- Conrado, C., Picinato, G., Macedo, J.J. & Corbari, E.C. (2013) *Elasticidade Preço da Demanda: Uma análise literária do grau de elasticidade e os impactos das variações de preços sobre a receita total*. Disponível em: <http://www.admpg.com.br/2013/down.php?id=534&q=1> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Costa, J.P. (2012) A sustentabilidade dos sistemas. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8, 12-17.
- Cylus, J., Mladovsky, P. & McKee, M. (2012) Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four european countries. *Health Services Research*, 47(6), 2204-2224.
- Decreto-Lei nº113/2011, de 29 de novembro. *Diário da República nº 229/2011 – I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-Lei nº57/86, de 20 de março. Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, *Diário da República nº 66/86 – I Série*, Ministério da Saúde, Lisboa.
- Donabedian, A. (1973) *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*, Cambridge, Harvard University.
- Duarte, F. (2012) Price elasticity of expenditure across health care services. *Journal of Health Economics*, 31, 824-841.
- Dupas, P. (2012) *Global health systems: pricing and user fees*. Disponível em: [http://www.stanford.edu/~pdupas/Dupas\\_Pricing&UserFees.pdf](http://www.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf) (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Economou, A., Nikolaou, A. & Theodossiou, I. (2008) Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21, 40-59.
- Eira, A.A. (2010) *A saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto.
- ERS (2011) *Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*, Porto, ERS. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/36/Relatorio\\_Sustentabilidade\\_do\\_SNS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- ERS (2013) *O novo regime jurídico das taxas moderadoras*, Porto, ERS. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/892/Estudo\\_Taxas\\_Moderadoras.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/892/Estudo_Taxas_Moderadoras.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Fernandes, J.V. & Barros, P.P (2012) *Um ano depois da troika na política de saúde*, Cascais, Principia.

- Flores, J.G. (1994) *Análisis de datos cualitativos: aplicaciones a la investigación educativa*, Barcelona, PPU.
- Folland, S., Goodman, A.C. & Stano, M. (2004) *The economics of health and health care* (4ªed.), Upper Saddle River, N.J., Pearson Prentice Hall.
- Fortin, M.F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Lusodidacta.
- Furtado, C. & Pereira, J. (2010) *Equidade e acesso aos cuidados de saúde: documento de trabalho*. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 (2011) *Estratégias para a saúde: objectivos para o sistema de saúde – reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença* (versão discussão). Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS3\\_20-06-20111.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS3_20-06-20111.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Gerfin, M. (2012) *How price sensitive is the demand for health care?*. Disponível em: [https://espe.conference-services.net/resources/321/2907/pdf/ESPE2012\\_0427\\_paper.pdf](https://espe.conference-services.net/resources/321/2907/pdf/ESPE2012_0427_paper.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Ravens-Sieberer, U. & Tountas, Y. (2010) Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece. *Journal of Adolescence*, 33, 477-485.
- Gil, A.C. (2002) *Como elaborar projectos de pesquisa?* (4ªed.), São Paulo, Atlas.
- Grabka, M.M., Schreyögg, J. & Busse, R. (2006) Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung. *Medizinische Klinik*, 101(6), 476-483.
- Grossman, M. (1972) On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 224-255.
- Gruskin, S. & Daniels, N. (2008) Process is the point: justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. *American Journal of Public Health*, 98(9), 1573-1577.
- Hadley, M. (2011) Does increase in utilisation rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative case study from Zambia. *Health Policy*, 103(2), 244-254.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2008) *Investigação por questionário* (2ª ed), Lisboa, Edições Sílabo.
- Hossen, A. & Westhves, A. (2012) The medicine that might kill the patient: structural adjustment and its impacts on health care in Bangladesh. *Social Work in Public Health*, 27(3), 213-228.

- INE (2013). *Conta satélite da saúde 2010-2012Pe*. Disponível em: [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=161090525&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=161090525&att_display=n&att_download=y) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Iunes, R.F. (2002) Demanda e demanda em saúde, Piola, S. F. & Vianna, S. M. (eds.) *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde* (3ªed.), Brasília, IPEA, 99-122.
- James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S.S., Preker, A., Soucat, A., Souteyrand, Y., Tibouti, A., Villeneuve, P. & Xu, K. (2006) *To retain or remove user fees? Reflections on the current debate*. Disponível em: <http://www.ungei.org/SFAIdocs/resources/To Remove or Retain User Fees.pdf> (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Johnson, A., Goss, A., Beckerman, J. & Castro, A. (2012) Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Social Science & Medicine*, 75, 1786-1792.
- Jowett, M. & Danielyan, E. (2010) Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 472-473.
- Kondo, M. & McPake, B. (2007) Making choices between prepayment and user charges in Zambia. What are the results for equity?. *Health Economics*, 16, 1371-1387.
- Kondo, M., Hoshi, S. & Okubo, I. (2009) Does subsidy work? Price elasticity of demand for influenza vaccination among the elderly in Japan. *Health Policy*, 91, 269-276.
- Krutilová, V. & Yaya, S. (2012) Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health Policy*, 107, 276-288.
- Krutilová, V. (2010) Impact of user fees in health care system on health care consumption. *Review of Economic Perspectives*, 10(4), 113-132.
- Lagarde, M. & Palmer, N. (2011) The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-68. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD009094.pdf> (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Laureano, R.M.S. (2011) *Testes de hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Lei nº48/90, de 24 de agosto. Lei de bases da saúde. *Diário da República nº 195/90 – I Série*, Lisboa.
- Lei nº56/79, de 15 de setembro. Serviço Nacional de Saúde, *Diário da República nº 214/79 – I Série*. Lisboa.
- Liebman, J. & Zeckhauser, R. (2008) *Simple humans, complex insurance, subtle subsidies*. NBER Working paper series, nº 14330. Disponível em:

- [http://www.nber.org/papers/w14330.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w14330.pdf?new_window=1) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (s.d.) *O cancro colo-rectal*. Disponível em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=17> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Lipsay, R.G. & Chrystal, K.A. (2007) *Economics* (11<sup>a</sup>ed.), New York, Oxford University Press.
- Lourenço, O. & Silva, V. (2008) Avaliação económica de programas de saúde: essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 729-752.
- Mataria, A., Luchini, S., Daoud, Y. & Moatti, J. (2007) Demand assessment and price-elasticity estimation of quality-improved primary health care in Palestine: a contribution from the contingent valuation method. *Health Economics*, 16, 1051-1068.
- Matias, A. (1995) *O mercado de cuidados de saúde*. Documento de trabalho 5/95, Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Disponível em: [http://www.apes.pt/files/dts/dt\\_051995.pdf](http://www.apes.pt/files/dts/dt_051995.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- McPake, B., Brikci, N., Cometto, G., Schmidt, A. & Araujo, E. (2011) Removing user fees: learning from international experience to support the process. *Health Policy and Planning*, 26, 104-117.
- Memorando de Entendimento (2011). *Tradução do conteúdo do memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Miquilin, I.O.C., Marín-León, L., Monteiro, M.I. & Filho, H.R.C. (2013) Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1392-1406.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. & McKee, M. (2012). Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies (eds.) *Eurohealth: health systems and the financial crisis*, 1(18), 3-6.
- Moat, K.A. & Abelson, J. (2011) Analyzing the influence of institutions on health policy development in Uganda: a case study of the decision to abolish user fees. *African Health Sciences*, 11(4), 578-586.
- Moreira, S. & Barros, P.P. (2009) Double coverage and health care utilisation: evidence from quantile regression. *Banco de Portugal Working Papers*, 11, 1-76. Disponível em: <http://www.bportugal.pt/en-US/BdP%20Publications%20Research/WP200911.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).

- Nero, C.R.D. (2002) Piola, S. F. & Vianna, S. M. (eds.) *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde* (3ªed.), Brasília, IPEA, 5-23.
- Neto, M.C. (2008) Custos x benefícios. *Einstein: Educação Continuada em Saúde*, 6(2), 80-82.
- Nishijima, M., Postali, F.A.S. & Fava, V.L. (2011) Consumo de serviços médicos e marco regulatório no mercado de seguro de saúde brasileiro. *Pesquisa e planejamento econômico*, 41(3), 509-531.
- Nolan, A. & Smith, S. (2012) The effect of differential eligibility for free GP services on GP utilisation in Ireland. *Social Science & Medicine*, 74, 1644-1651.
- Novo, L.S.M. (2010). *A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto.
- OECD (2013), Life expectancy at birth, total population, *Health: Key Tables from OECD*, 11. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population-2013-1\\_lifexpy-total-table-2013-1-en;jsessionid=y0yo0dzi5lm7.x-oecd-live-02](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population-2013-1_lifexpy-total-table-2013-1-en;jsessionid=y0yo0dzi5lm7.x-oecd-live-02) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- OMS (2008) *Relatório mundial de saúde: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- OMS (2010) *Relatório mundial da saúde: financiamento dos sistemas de saúde*. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- OPSS (2012). *Relatório de primavera 2012: crise & saúde um país em sofrimento*. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- OPSS (2013). *Relatório de primavera 2013: duas faces da saúde*. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Pauly, M.V. (2004) Medicare drug coverage and moral hazard: currently proposed programs for Medicare drug coverage improvement seem to be much ado about relatively little. *Health Affairs*, 1(23), 113-122.
- Pavão, A.L.B. & Coeli, C.M. (2008) Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16(3), 471-482.
- Penchansky, R. & Thomas, W.J. (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Pereira, J. (2003) Economia da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 3, 3-5.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (1998) *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.



- Pinho, M.M. (2008) Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 690-695.
- Pinto, A. (2012) Rastreamento do carcinoma do cólon e reto: eficácia e adesão. *GE Jornal Português de Gastrenterologia*, 19(3), 113-114.
- Pinto, C.G. & Aragão, F. (2003) *Health care rationing in Portugal: a retrospective analysis*. Documento de trabalho nº1/2003, Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Disponível em: [http://www.apes.pt/files/dts/dt\\_012003.pdf](http://www.apes.pt/files/dts/dt_012003.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Pires, B.R.N.V. (2010) *O impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde*. Trabalho de Projeto não publicado, Universidade Nova de Lisboa.
- Portal da Saúde (2005). Cancro do cólon e do recto. Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/doencas/cancro/cancro+colon.htm?wbc\\_purpose=basic](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/doencas/cancro/cancro+colon.htm?wbc_purpose=basic) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Portal da Saúde (2010) *História do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacion al+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> (Acedido em 10 de março de 2013).
- Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro. *Diário da República n.º 242/2011 – I Série*, Ministério das Finanças e da Saúde, Lisboa.
- Prinja, S., Kanavos, P. & Kumar, R. (2012) Health care inequities in north India: role of public sector in universalizing health care. *Indian Journal of Medical Research*, 136, 421-431.
- Quaglio, G., Karapiperis, D., Woensel, L.V., Arnold, E., & McDaid, D. (2013) Austerity and health in Europe. *Health Policy*, 113(1), 13-19.
- Quintal, C. & Vescelau, S. (2011) Equidade nos pagamentos directos dos cuidados de saúde em Portugal: uma análise global e por nuts II. *Estudos Regionais*, 25/26, 55-66.
- Quintal, C., Lourenço, O., & Ferreira, P. (2012) Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista portuguesa de saúde pública*, 30(1), 35-46.
- Ramos, A., Rúbio, C., Rodrigues, D., Nunes, G., Bettencourt, J., Ângelo, S., Coelho, S. & Maria, V. (2013) Impacte do aumento das taxas moderadoras na procura dos cuidados de saúde primários na USF do Parque. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 90-96.
- Ramos, V. (2003) *Regulação na saúde... falhas de mercado e falhas do Estado*. OPSS. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/128> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Ringel, J.S., Hosek, S.D., Vollaard, B.A., Mahnovski, S. (2002) *The elasticity of demand for health care: a review of the literature and its application to the military*

- health system*. National Defense Research Institute Rand Health. Disponível em: [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2005/MR1355.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1355.pdf) (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Robert, E., Ridde, V., Marchal, B. & Fournier, P. (2011) Protocol: a realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open*, 2(1), 1-7. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000706.full.pdf+html> (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Robinson, R. (2002). Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (eds.) *Funding health care: options for Europe*, Buckingham Philadelphia, Open University Press (European Observatory on Health Care Systems Series), 161-183.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. & Barbosa, P. (2006) O futuro do sistema de saúde português: saúde 2015. Disponível em: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=86> (Acedido em 16 de dezembro de 2013).
- Sanchez, R.M. & Ciconelli, R.M. (2012) Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 260-268.
- Sá-Silva, J.R., Almeida, C.D. & Guindani, J.F. (2009) Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1, 1-15.
- Schreyögg, J., Grabka, M.M. (2009) Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European Journal of Health Economics*, 11(3), 331-341.
- Silva, M.V. (2012) Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128.
- Simões, J.A.R. (2008) Prestação dos cuidados de saúde em Portugal: a visão de um médico católico português. *Revista Acção Médica*, 72(2), 95-106.
- Smith, P.C. (2005) User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. *Journal of Health Economics*, 24, 1018-1029.
- Smith, P.C. (2008) *The impact of user charges in health care*. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=558&langId=en> (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Sommers, E. & Porter, K. (2006) Price elasticities for three types of CAM Services: experiences of a Boston public health clinic. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(1), 85-90.
- Sousa, P.A.F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(Especial - 70 Anos), 884-894.
- Souza, C.R. & Botazzo, C. (2013) Construção social da demanda em saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 393-413.

- Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., Haveb, A. & Baltussena, R. (2012) The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 685-692.
- Thomson, S., Foubister, T. & Mossialos, R. (2010) Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. *Observatory Studies Series*, 17, 1-200. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/98307/E92469.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf) (Acedido em 05 de Novembro de 2013).
- Toledo, G. & Ovalle, I. (2008) *Estatística Básica* (2ª ed.), São Paulo, Atlas.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004) Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), S190-S198.
- Vianna, S.M., Piola, S.F. & Reis, C.O.O. (1998) Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. *Planejamento e Políticas públicas*, 17, 105-171.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006) *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*, Copenhaga, OMS.
- Yardim, M.S., Cilingiroglu, N. & Yardim, N. (2010) Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy*, 94, 26-33.
- Yates, R. (2009) Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 373, 2078-2081.
- Zheng, X. & Zimmer, D.M. (2009) Modelling bivariate count distributions with finite mixture models: application to health care demand of married couples. *Applied Economics*, 43, 1477-1483.
- Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Xu, L. & Zhang, Y. (2011) New estimates of elasticity of demand for healthcare in rural China. *Health Policy*, 103, 255-265.

# APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário



QUESTIONÁRIO

Caro utente,

O presente questionário destina-se à realização de uma dissertação de mestrado que pretende analisar questões relacionadas com **o impacto do aumento das taxas moderadoras no Serviço de Gastroenterologia, do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Hospital de Faro.**

Pretende-se com este estudo:

- Identificar alterações na procura de cuidados de saúde no Serviço de Gastroenterologia após o aumento das taxas moderadoras em Janeiro de 2012;
- Determinar em que valência do Serviço de Gastroenterologia – Hospital de Dia, Unidade de Técnicas ou Consultas Externas – foram mais evidentes alterações na procura relacionadas com o aumento do valor das taxas moderadoras;
- Avaliar o impacto das taxas moderadoras percebido pelos utentes do serviço de Gastroenterologia, no que se refere à equidade de acesso, finalidade das taxas moderadoras e qualidade dos cuidados de saúde;

O preenchimento deste questionário é **VOLUNTÁRIO** e todos os dados aqui contidos são absolutamente **CONFIDENCIAIS** e **ANÓNIMOS**.

Para cada questão, peço-lhe que assinale com uma cruz (☒), **APENAS UMA DAS OPÇÕES**.

Agradeço-lhe, desde já, a atenção e o tempo dispensado no preenchimento deste questionário.

Não hesite em contactar-me caso surja alguma dúvida ou questão:

Telemóvel: 91 94 66 818 ou E-mail: soniairfontinha@gmail.com

Atenciosamente,

Sónia Isabel Ramos Fontinha

(Aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve)

# QUESTIONÁRIO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que aceito participar no estudo de investigação “**O impacto do aumento das taxas moderadoras no Serviço de Gastroenterologia, do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Hospital de Faro**” realizado por Sónia Fontinha, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

Foi-me dada uma explicação prévia da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspectos que me parecem pertinentes.

A minha participação é voluntária, sendo livre para interrompe-la, se for esse o meu desejo.

A minha identidade não será revelada neste questionário e as informações dadas permanecerão confidenciais, pois serão codificadas e utilizadas apenas neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data

1. Indique o seu género:
  - Feminino
  - Masculino
  
2. Indique a sua idade: \_\_\_\_\_
  
3. Indique o concelho em que reside: \_\_\_\_\_
  
4. Indique o seu estado civil:
  - Solteiro/a
  - Casado/a ou União de Facto
  - Viúvo/a
  - Divorciado/a
  
5. Quais as suas habilitações literárias?
  - Nenhum
  - Ensino Básico – 1º Ciclo (4ª Classe)
  - Ensino Básico – 2º ciclo (6º ano)
  - Ensino Básico – 3º ciclo (9º ano)
  - Ensino Secundário (12º ano)
  - Ensino Superior – Bacharelato
  - Ensino Superior – Licenciatura
  - Ensino Superior – Mestrado
  - Ensino Superior – Doutoramento
  
6. Atualmente, qual a sua situação profissional?
  - Trabalhador por conta própria
  - Trabalhador por conta de outrem
  - Está à procura do primeiro emprego
  - Estudante
  - Reformado/a
  - Desempregado/a
  - Outra: \_\_\_\_\_

7. Para além de si, quantas pessoas vivem na sua habitação? \_\_\_\_\_
8. Somando o seu ordenado com os vencimentos das pessoas que vivem consigo, qual o rendimento médio líquido disponível por mês?
- Menos de 250€
  - 250€ – 500€
  - 501€ - 1000€
  - 1001€ - 1500€
  - 1501€ - 2000€
  - Mais de 2000€
9. Como classifica o seu estado de saúde:
- Muito Bom
  - Bom
  - Razoável
  - Mau
  - Muito Mau
  - Não sei
10. Precisa regularmente de cuidados de saúde?
- Sim
  - Não
11. Com que frequência visitou um médico nos últimos 3 meses?
- Não sei
  - Não consultei
  - 1 ou 2 vezes por mês
  - 1 ou 2 vezes por semana
  - Várias vezes por semana
  - Todos os dias



**12.** Onde se dirige habitualmente quando tem necessidade de cuidados de saúde?

Escolha apenas uma opção de acordo com a unidade de saúde que mais utiliza.

- Hospital
- Centro de Saúde
- Clínica Privada
- Outro: \_\_\_\_\_

**13.** Normalmente, como se desloca para uma consulta ou realização de exame?

Escolha apenas uma opção, aquela que mais utiliza.

- A pé
- Veículo próprio
- Veículo de familiar (acompanhado por familiar)
- Transporte público
- Ambulância
- Outro: \_\_\_\_\_

**14.** É beneficiário de algum subsistema de saúde?

- Não Sou
- ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado)
- ADM (Assistência na Doença aos Militares)
- SAD/PSP (Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública)
- SAD/GNR (Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana)
- Outro: \_\_\_\_\_

**15.** Tem algum seguro de saúde?

- Sim
- Não

**16.** Concorda com a existência de taxas moderadoras?

Sim

Não

**17.** Atualmente está isento do pagamento de taxas moderadoras?

Sim

Não (Se assinalou esta opção passe para a questão 19)

**18.** A sua isenção deve-se a:

Insuficiência Económica

Gravidez

Doença

Outro: \_\_\_\_\_

Não sei

**19.** Alguma vez deixou de procurar cuidados de saúde por ter de pagar taxas moderadoras?

Sim

Não

**20.** A 1 de Janeiro de 2012, as taxas moderadoras nos Centros de Saúde, aumentaram de 2,25€ para 5,00€ nas consultas de medicina geral e familiar.

Concordou com o aumento desta taxa moderadora para este valor?

Sim

Não

- 21.** A 1 de Janeiro de 2012, o valor a pagar pelas consultas de especialidade médica em Hospitais Centrais aumentou de 4,60€ para 7,50€. Concordou com o aumento desta taxa moderadora para este valor?
- Sim
- Não
- 22.** A 1 de Janeiro de 2012, a taxa moderadora de um atendimento no Serviço de Urgência aumentou de 9,60€ para 20,00€. Concordou com o aumento desta taxa moderadora para este valor?
- Sim
- Não
- 23.** Estes aumentos fizeram-no deixar de ir a uma consulta no médico de família, consultar um especialista, realizar um exame, ou recorrer ao serviço de urgência?
- Sim. Qual: \_\_\_\_\_
- Não (Se assinalou esta opção passe para a questão 25)
- 24.** Essa consulta ou exame a que faltou foi no serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Hospital de Faro?
- Sim
- Não
- 25.** Na sua opinião, após o aumento das taxas moderadoras, as condições de saúde da população em geral:
- Melhoraram
- Pioraram
- Não sofreram alteração

26. Assinale com uma cruz (X), numa escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem Concordo, Nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Se não existissem taxas moderadoras, as pessoas procurariam mais os serviços de saúde.					
Se não existissem taxas moderadoras as pessoas procurariam os serviços de saúde, mesmo sem deles necessitarem.					
Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para o Estado/Serviço Nacional de Saúde.					
Uma das funções das taxas moderadoras é gerar dinheiro para cada hospital ou centro de saúde.					
As taxas moderadoras mostram aos utentes o elevado custo dos cuidados de saúde.					
As taxas moderadoras ajudam o utente a escolher o serviço de saúde a utilizar: O utente não vai diretamente à urgência, onde a taxa é mais cara, se o caso não o justificar.					
	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem Concordo, Nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>

			<b>Discordo</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
As taxas moderadoras não têm utilidade.					
De uma forma geral, o aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em Portugal.					
O aumento das taxas moderadoras contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Hospital de Faro.					
De uma forma geral, o valor a pagar pelas taxas moderadoras atualmente é baixo.					
A existência de taxas moderadoras pode dificultar o acesso aos cuidados de saúde por parte da população mais pobre ou desfavorecida.					
O valor a pagar de taxa moderadora deveria variar consoante o rendimento/salário de cada indivíduo.					



**MUITO OBRIGADO PELA SUA  
COLABORAÇÃO**

# ANEXOS

## ANEXO I – Tabela MCDT convencionados (1 de Janeiro de 2011)

## TABELA DA ÁREA F - ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA

Códigos		Nomenclatura comum OM/SNS/CONVENCIONADOS	Preço	Taxa Mod.
SNS	Conv.			
<b>6. SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA</b>				
<b>Técnicas endoscópicas complementares</b>				
Todos os códigos deste capítulo são adicionáveis ao procedimento endoscópico (um ou mais códigos) e correspondem a <b>uma sessão</b>				
52175	030.2	Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia)	3,39	0,00
<b>Técnicas terapêuticas endoscópicas complementares</b>				
<b>Códigos a adicionar ao procedimento endoscópico</b>				
50410	026.4	Colocação de prótese endoscópica (acresce custo da prótese)	58,47	5,25
52190	019.1	Dilatação com visualização directa	30,21	5,25
52200	020.5	Esclerose de varizes	29,66	5,25
52205	021.3	Extracção de corpo estranho (por via endoscópica)	29,66	5,25
52220	028.0	Polipectomia, por sessão (a adicionar ao exame endoscópico)	21,51	5,25
<b>Técnicas de endoscopia bilio-pancreática</b>				
51680	022.1	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	51,68	7,10
51810	023.0	Esfincterotomia ou papilotomia transendoscópica (adicional a CPRE)	73,18	5,25
51820	025.6	Extracção de cálculos ou outros corpos estranhos (via biliar) (adicional a CPRE)	58,47	5,25
<b>Técnicas de diagnóstico não endoscópicas</b>				
52180	029.9	Colheita de amostras por escova ou lavagem para citologia ou estudo da flora	2,04	0,00
<b>Técnicas terapêuticas não endoscópicas</b>				
52225	053.1	Intubação gástrica ou colocação de sonda no tubo digestivo	4,66	1,30
<b>Técnicas Endoscópicas Diagnósticas</b>				
52125	002.7	Endoscopia alta	34,31	7,10
52285	003.5	Enteroscopia além da 2ª porção duodenal	32,63	7,10
51280	009.4	Anuscopia	3,39	1,10
52100	004.3	Coledocoscopia "per oral"	51,11	7,10
50940	005.1	Colonoscopia total	51,21	7,10
50910	006.0	Colonoscopia esquerda	39,13	7,10
52270	007.8	Rectosigmoidoscopia flexível	22,64	2,80
52130	008.6	Rectoscopia rígida	9,24	2,80

<http://www.acss.min-saude.pt/>

## ANEXO II – Tabela MCDT convencionados (1 de Janeiro de 2012)

## TABELA DA ÁREA F - ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA

Códigos		Nomenclatura comum OM/SNS/CONVENCIONADOS	Preço	Taxa Mod.
SNS	Conv.			
<b>6. SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA</b>				
<b>Técnicas endoscópicas complementares</b>				
Todos os códigos deste capítulo são adicionáveis ao procedimento endoscópico (um ou mais códigos) e correspondem a uma sessão				
52175	030.2	Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia)	4,50	4,50
<b>Técnicas terapêuticas endoscópicas complementares</b>				
Códigos a adicionar ao procedimento endoscópico				
50410	026.4	Colocação de prótese endoscópica (acresce custo da prótese)	58,47	10,00
52190	019.1	Dilatação com visualização directa	30,21	10,00
52200	020.5	Esclerose de varizes	29,66	8,00
52205	021.3	Extracção de corpo estranho (por via endoscópica)	29,66	7,00
52220	028.0	Polipectomia, por sessão (a adicionar ao exame endoscópico)	21,51	10,00
<b>Técnicas de endoscopia bilio-pancreática</b>				
51680	022.1	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	51,68	14,00
51810	023.0	Esfincterotomia ou papilotomia transendoscópica (adicional a CPRE)	73,18	10,00
51820	025.6	Extracção de cálculos ou outros corpos estranhos (via biliar) (adicional a CPRE)	58,47	10,00
<b>Técnicas de diagnóstico não endoscópicas</b>				
52180	029.9	Colheita de amostras por escova ou lavagem para citologia ou estudo da flora	11,00	11,00
<b>Técnicas terapêuticas não endoscópicas</b>				
52225	053.1	Intubação gástrica ou colocação de sonda no tubo digestivo	4,66	2,00
<b>Técnicas Endoscópicas Diagnósticas</b>				
52125	002.7	Endoscopia alta	34,31	10,00
52285	003.5	Enteroscopia além da 2ª porção duodenal	32,63	14,00
51280	009.4	Anuscopia	3,39	2,00
52100	004.3	Coledocoscopia "per oral"	51,11	14,00
50940	005.1	Colonoscopia total	51,21	14,00
50910	006.0	Colonoscopia esquerda	39,13	12,00
52270	007.8	Rectosigmoidoscopia flexível	22,64	5,00
52130	008.6	Rectoscopia rígida	9,24	3,50

<http://www.acss.min-saude.pt/>