



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Inês Vicente Marques

DUPLA COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pela Professora Doutora Aida Isabel Tavares e pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019



Inês Vicente Marques

DUPLA COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

**Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre**

Orientadores: Prof. Doutora Aida Isabel Tavares e Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, amizade e afeto, me acompanharam ao longo deste trajeto.

Agradeço à Professora Doutora Aida Isabel Tavares por toda a orientação científica, dedicação, compreensão e motivação, desde o primeiro momento.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, a orientação científica, espírito crítico e assertividade que em muito contribuíram para a realização desta dissertação.

Quero agradecer, também, à minha família e amigos pelo incentivo, carinho e compreensão que sempre manifestaram.

RESUMO

O sistema de saúde português assenta essencialmente no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, ao longo dos tempos, algumas características *bismarkeanas* têm prevalecido, permitindo que os indivíduos possam ter cobertura dupla, beneficiando de um seguro de saúde adicional ao SNS.

Este trabalho visa estudar o impacto da dupla cobertura, isto é, indivíduos que usufruam de seguros adicionais, públicos ou privados, na utilização de cuidados de saúde em relação aos indivíduos apenas beneficiários do SNS. Em particular, o objetivo é diferenciar a utilização de consultas de medicina geral e familiar (MGF) de consultas de especialidades hospitalares. Pretende, ainda, analisar o impacto desta dupla cobertura no estado de saúde auto-reportado.

Para tal, estimaram-se várias regressões aplicadas a dados do mais recente Inquérito Nacional de Saúde (INS), referente a 2014.

Os resultados indicam que os indivíduos com dupla cobertura têm maior probabilidade de consultar um médico especialista. No entanto, não apresentam um maior consumo de consultas com médico de MGF.

Na globalidade, os seguros adicionais de saúde demonstram um efeito de proteção complementar no acesso aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Utilização de cuidados de saúde, sistema de saúde português, subsistemas de saúde, seguros de saúde, dupla cobertura.

ABSTRACT

Portuguese health system is mainly defined as a national health system. However, over the ages, some bismarkean features have prevailed, allowing people to have double coverage, benefiting from additional health care insurance beyond the national health system.

This work aims to study the double coverage impact, that is, citizens who benefit from additional insurance, public or private, in the use of health care, comparing to citizens only beneficiaries of the national health care system. In particular, the goal is to differentiate between the use of general practitioners (GP) and specialist doctors. It also intends to analyze the impact of this double coverage on self-reported health status.

For this purpose, several regressions were estimated, using collected data from the most recent Portuguese Health Survey, in 2014.

The results indicate that people with double coverage insurance have more probability to consult a specialist doctor. However, they don't have higher medical appointments with a GP.

Globally speaking, additional health care insurances demonstrate a complementary protective effect on access to health care.

Key words: Health care services utilization, portuguese health system, health subsystems, health insurance, double coverage.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADM – Assistência na Doença aos Militares

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

APHP – Associação Portuguesa de Hospitais Privados

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção-Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Parceria Público-Privada

SAD/GNR – Saúde e Assistência na Doença à Guarda Nacional Republicana Saúde

SAD/PSP – Assistência na Doença à Polícia de Segurança Pública

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários

SBSI – Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Principais estatísticas sobre o seguro de saúde privado (dados 2013-2015).....	17
Tabela 2: Papel do governo e dos seguros privados de saúde: realidade de alguns países europeus	19
Tabela 3: Principais variáveis de caracterização do sector privado da saúde (2014).....	23
Tabela 4: Descrição das variáveis dependentes	34
Tabela 5: Descrição das variáveis independentes	35
Tabela 6: Análise descritiva das variáveis socioeconómicas	40
Tabela 7: Análise descritiva das variáveis da assistência na doença	43
Tabela 8: Análise descritiva das variáveis do estado de saúde	44
Tabela 9: Análise descritiva das variáveis referentes à última consulta médica.....	44
Tabela 10: Análise descritiva das variáveis referentes ao número de consultas médicas.....	45
Tabela 11: Pseudo R ²	46
Tabela 12: Resultados para quando foi a última consulta com médico de MGF	47
Tabela 13: Resultados para quando foi a última consulta com médico especialista.....	49
Tabela 14: Resultados para número de consultas de MGF.....	53
Tabela 15: Resultados para número de consultas de especialidade	55
Tabela 16: Teste de linhas paralelas	57
Tabela 17: Resultados para o estado de saúde auto-reportado	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006-2016 (em milhares).....	22
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Variáveis em análise	33
--------------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – COMPONENTE TEÓRICA	5
1.1. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	5
1.1.1. Serviço Nacional de Saúde (SNS)	6
1.1.2. Subsistemas de Saúde.....	8
1.1.2.1. Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE)	10
1.1.2.2. Assistência na Doença aos Militares (ADM)	12
1.1.2.3. Saúde e Assistência na Doença à Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR) e Saúde e Assistência na Doença à Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP)	13
1.1.2.4. Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários (SAMS).....	14
1.1.3. Seguros de Saúde Privados.....	15
1.2. MODELOS DE FINANCIAMENTO	18
1.3. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	20
1.3.1. Modelo de Grossman.....	21
1.3.2. Procura e Utilização de Consultas Médicas em Portugal	21
1.3.3. Fatores Determinantes na Procura de Cuidados de Saúde	24
1.3.4. Dupla Cobertura	25
CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA	29
2.1. MÉTODOS.....	30
2.1.1. Inquérito Nacional de Saúde (INS).....	30
2.1.2. Amostra do INS	31
2.1.3. Variáveis selecionadas	33
2.1.4. Hipóteses e Métodos Estatísticos	36
2.2. RESULTADOS	40
2.2.1. Análise Descritiva da Amostra	40
2.2.2. Hipóteses de Investigação.....	46
2.3. DISCUSSÃO	60
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP). A acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde sempre foi um tema central na discussão pública (Silva, 2009). Os países ocidentais responderam de formas diferentes a esta necessidade e direito de proteção de saúde, mas sempre no sentido da sua universalidade (Silva, 2009). Nalguns casos, de forma tendencialmente gratuita, como os designados serviços nacionais de saúde, em que há um financiamento indireto via impostos, mas o qual é muitas vezes complementado ou suplementado por despesas individuais e/ou seguros de saúde (Silva, 2009). Noutros casos, via seguros sociais funcionando numa base de contribuição direta por parte do cidadão podendo, também, ser complementado por despesas individuais e seguros privados (Silva, 2009).

O Sistema de Saúde Português é constituído por uma rede de prestadores de cuidados de saúde públicos e privados e por diferentes regimes de financiamento (Silva, 2009). Identificam-se três tipos de cobertura: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas públicos e privados e os seguros de saúde privados voluntários (Moreira *et al.*, 2010). Existem algumas sobreposições, quer em termos dos beneficiários, dado que há indivíduos a usufruir de múltiplas coberturas, quer dos prestadores de cuidados, que frequentemente estabelecem relações com várias entidades pagadoras (Moreira *et al.*, 2010).

Quase quarenta por cento da população portuguesa, para além de beneficiária do SNS, está coberta por um subsistema de saúde público, como o Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE) ou a Assistência na Doença aos Militares (ADM), ou por um subsistema privado, por exemplo, os Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários (SAMS), ou, ainda, por um seguro de saúde privado individual ou de grupo (Mateus *et al.*, 2017). Deste modo, estes indivíduos têm uma dupla cobertura no acesso aos cuidados de saúde. A cobertura para além do SNS está sobretudo relacionada com a utilização de cuidados de saúde do sector privado, em que o acesso aos mesmos é mais facilitado (Moreira *et al.*, 2010).

Os efeitos da dupla cobertura tornam-se, particularmente, relevantes no contexto dos subsistemas de saúde públicos integrados no Sistema de Saúde Português, porque

aquando da criação do SNS era esperada a integração destes subsistemas públicos no SNS, facto que não se verificou (Silva, 2009). A não integração dos subsistemas pode levantar problemas de equidade, uma vez que a abrangência dada pelo SNS poderá ser menor do que a disponibilizada pelos subsistemas públicos de saúde, para além dos beneficiários destes subsistemas terem um acesso mais facilitado aos serviços de saúde (Moreira *et al.*, 2010).

No atual contexto de rápido crescimento das despesas com a saúde em percentagem do PIB, as questões relacionadas com os incentivos criados pelos diversos planos de proteção de saúde devem preocupar os decisores políticos. A abordagem feita neste trabalho poderá ser útil na elaboração de diretrizes políticas relativas à influência que a dupla cobertura tem sobre a utilização de cuidados de saúde. Estará a dupla cobertura associada a uma maior procura e utilização de cuidados de saúde? Recorrem a mais consultas no sector privado da saúde comparativamente ao sector público? O objetivo deste estudo é analisar o impacto das coberturas de saúde para além do SNS na procura e utilização de cuidados de saúde, mais especificamente no recurso a consultas médicas. Pretende-se, também, estudar o impacto dos subsistemas públicos comparativamente aos subsistemas privados.

Para além disso é, ainda, objetivo desta dissertação, avaliar o impacto que a dupla cobertura tem sobre a saúde auto-reportada, uma vez que, segundo alguns estudos, os indivíduos com dupla cobertura têm mais facilidade no acesso a cuidados especializados e utilizam mais cuidados de saúde, podendo pensar-se, à partida, que terão melhor saúde.

Com este estudo, ao caracterizar-se a população portuguesa quanto à procura e utilização de consultas médicas, é possível esclarecer se o efeito de determinada alteração terá maior impacto nos utilizadores mais frequentes ou não, identificando, assim, alguns aspetos a melhorar no acesso aos cuidados de saúde e a eventual necessidade de mudanças nas características dos atuais subsistemas de saúde. Esta caracterização considera as variáveis referentes às características socioeconómicas, ao estado de saúde auto-reportado e ao tipo de assistência na doença de que o indivíduo usufrui. Para tal, utilizaram-se dados provenientes do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014.

O INS, desenvolvido pelo Ministério de Saúde, surge como um instrumento de análise em resposta às crescentes necessidades de informação sobre saúde ligadas ao planeamento e avaliação do SNS (Dias, 2009). Os dados resultam do estudo transversal de amostras probabilísticas da população portuguesa através de entrevistas, utilizando instrumentos e métodos válidos e estáveis (Dias, 2009). A aplicação do INS é fundamental, não só como elemento de identificação de necessidades em saúde, como na avaliação de eventuais impactos de intervenções realizadas na saúde da população (Dias, 2009).

Esta dissertação está organizada em dois capítulos. O primeiro capítulo é referente à componente teórica, em que se exploram aspetos relacionados com a organização do Sistema de Saúde Português e a procura e utilização de cuidados de saúde. No segundo engloba-se a componente empírica, em que são identificadas as hipóteses em análise, apresentados os resultados e a sua discussão.

CAPÍTULO I – COMPONENTE TEÓRICA

Neste capítulo é feita uma abordagem à procura de saúde que se reflete na procura de cuidados médicos, no contexto português. Para tal, primeiramente, é essencial compreender a organização e funcionamento do Sistema de Saúde Português, o qual é composto pelo SNS, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados e pelo sector segurador.

1.1. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

De acordo com o Artigo 64.º da CRP: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, estando o Estado incumbido de garantir a todos os cidadãos o acesso a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação (DGS, 2012). Assim, o direito à proteção da saúde é um direito fundamental, constitucionalmente consagrado e uma das mais relevantes realizações da democracia, na qual o SNS tem tido, desde 1979, um papel estruturante.

Ao longo destes últimos 40 anos registou-se um crescimento do sector da saúde, com a generalização do acesso aos cuidados de saúde, a ampliação da oferta de cuidados e o acréscimo de recursos humanos, financeiros e técnicos alocados ao sistema de saúde (Furtado *et al.*, 2010). Neste período Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando resultados comparáveis com os dos países mais desenvolvidos ao nível de indicadores fundamentais, como o aumento da esperança média de vida à nascença ou a redução da taxa de mortalidade infantil (DGS, 2012).

Também a Declaração Universal dos Direitos Humanos vê a saúde como um direito fundamental, portanto, o serviço público de saúde garante uma base universal por via da equidade e acesso, que se encontram salvaguardados pelo SNS e pela Lei de Bases da Saúde, atualmente aprovada a Lei nº 171/XIII (Furtado *et al.*, 2010). É, no entanto, possível equacionar que a igualdade de acesso em nada pode ser confundida com uma

justa repartição, com equidade, devendo o acesso depender do estado de saúde do indivíduo. Deste modo, o acesso e a equidade assumem-se como a garantia de coesão social e justiça social, nunca podendo ser descurada a avaliação analítica das necessidades e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos (DGS, 2012).

A responsabilidade do Estado pelo direito à proteção da saúde efetiva-se, primordialmente, através do SNS e de outros serviços públicos, podendo ainda ser celebrados acordos com entidades privadas e do sector social. Cabe, também, ao Estado definir as condições de funcionamento do sistema de saúde, nomeadamente, através do planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção, assegurando adequados padrões de eficiência e de qualidade dos serviços prestados.

1.1.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)

Portugal, enquanto detentor de um estado democrático tem a si associado uma série de papéis e deveres que se prendem essencialmente com a garantia de estabilidade, eficiência e equidade aos cidadãos.

O Estado-providência português desenvolveu-se essencialmente a partir de 1974, aproximando-se cada vez mais de um ideal de cidadania e bem-estar social (Moreira *et al.*, 2010). Durante a ditadura, o Estado corporativo foi desenvolvendo algumas formas de proteção social baseadas no sistema do seguro obrigatório e na assistência pública, mas com respostas muito limitadas e incipientes. Até à fundação do SNS, a prestação de cuidados estava a cargo dos familiares, assim como dos serviços médicos da previdência e de instituições de carácter privado (Moreira *et al.*, 2010). Durante o regime ditatorial em Portugal, a saúde estava também dependente da capacidade económica de cada cidadão em pagar os cuidados hospitalares prestados. Neste período não havia conhecimento da existência de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares tornavam-se incipientes, na medida em que apenas estavam localizados nos grandes centros urbanos, Porto, Lisboa e Coimbra (Moreira *et al.*, 2010). Até então, o Estado tinha apenas a responsabilidade total pela proteção da saúde dos funcionários públicos e por alguns serviços de saúde específicos, como a maternidade, a saúde mental

e o controlo de doenças infecciosas. Só posteriormente foi introduzido o universalismo dos direitos sociais (Moreira *et al.*, 2010).

O SNS surge aquando da publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979. O SNS é um conjunto organizado e articulado de instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde e com gestão descentralizada e participada (Moreira *et al.*, 2010). A sua atuação pauta-se pelos seguintes princípios: universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, em condições de dignidade e de igualdade; geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação; tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados; qualidade, visando prestações de saúde seguras e eficientes, realizadas de forma humanizada; proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde; transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS (Silva, 2009).

Na sua génese o SNS era um serviço gratuito, porém em 1980 foram inseridas as taxas moderadoras no acesso a cuidados, cujo objetivo era gerar receitas e racionalizar o acesso aos serviços de saúde, dando lugar ao tendencialmente gratuito (Silva, 2009). Estas taxas variam de acordo com o tipo de serviço. Contudo, uma grande porção da população está isenta do pagamento desta taxa, em função da idade, rendimento e condição de saúde.

Face ao anteriormente citado, é possível deter que o SNS é um sistema de saúde para todos os cidadãos portugueses. Contudo, não são somente os cidadãos com nacionalidade portuguesa os que podem usufruir do acesso a cuidados de saúde. A Lei de Bases da Saúde refere que são beneficiários do SNS todos os cidadãos de nacionalidade portuguesa, cidadãos de Estados membros das Comunidades Europeias, mediante as normas comunitárias, todos os cidadãos de nacionalidade estrangeira que residam em Portugal e cidadãos apátridas que residam no território português (Silva, 2009).

Para além do leque de instituições e serviços públicos que compõem o SNS, este abrange também instituições de carácter privado, mediante a celebração de convenções ou contratos (Silva, 2009). Num contexto em que o direito à proteção da saúde é realizado

através de um SNS universal e geral, pode questionar-se como surgiu espaço para o sector privado na saúde e como existe, ainda, margem para o seu crescimento.

Os indivíduos apenas abrangidos pelo SNS, que correspondem à maioria da população, apesar das características deste direito, enfrentam alguns constrangimentos no acesso a cuidados de saúde, quer seja devido a dificuldade de acesso a serviços que, na prática, estão excluídos da rede pública, como os serviços dentários, ou ao difícil acesso devido às longas listas de espera e às barreiras geográficas (Lourenço, 2007). Estes indivíduos, na ausência de subsistemas de saúde ou seguros de saúde privados, ao recorrerem a serviços de saúde prestados pelo sector privado, suportam a totalidade dos custos, não havendo reembolsos, apenas é possível a recuperação de parte dos encargos através da dedução à colecta de despesas de saúde não comparticipadas (Moreira *et al.*, 2010). Deste modo, o acesso mais facilitado aos cuidados de saúde no sector privado poderá ser a resposta para o seu crescimento em Portugal. Os indivíduos que beneficiam de uma cobertura de proteção da saúde adicional ao SNS, ou seja, dupla-cobertura têm um acesso direto a cuidados especializados, o poderá significar melhor saúde, levantando-se questões de iniquidade.

Em seguida são descritos os subsistemas públicos e privados analisados nesta investigação, bem como os seguros de saúde privados voluntários, em geral.

1.1.2. SUBSISTEMAS DE SAÚDE

Em Portugal, a oferta em termos de saúde não se restringe ao SNS. Os cidadãos dispõem de entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde que podem aceder mediante pagamento, subvenção ou seguro (Furtado *et al.*, 2010).

Aquando da criação do SNS, este não absorveu os sistemas de proteção na doença de base ocupacional, os designados subsistemas, previamente existentes (Mateus *et al.*, 2017). Atualmente, uma parte considerável da população, cerca de vinte por cento, beneficia de um seguro de saúde através de subsistemas públicos ou privados, quer diretamente através do seu emprego, quer indiretamente através do emprego de outro membro do agregado familiar (Silva, 2009). Enquanto o SNS é financiado essencialmente por impostos gerais, os recursos dos subsistemas provêm das contribuições obrigatórias

de empregados e empregadores (Moreira *et al.*, 2010). No entanto, estes subsistemas não são um impedimento para que os cidadãos continuem a ser utilizadores do SNS.

Entre os subsistemas de saúde públicos, a ADSE é o maior, abrangendo a maioria dos funcionários públicos e seus dependentes (Moreira *et al.*, 2010). Existem, ainda, outros subsistemas específicos como, por exemplo, o das forças armadas. Os subsistemas privados foram criados para trabalhadores e, em alguns casos seus dependentes, de grandes empresas ou sectores de atividade, como os SAMS no sector bancário. Cada subsistema tem os seus próprios acordos de assistência médica e prestação de cuidados de saúde, estando organizados de formas distintas. Os subsistemas disponibilizam cuidados de saúde através de contratos com entidades públicas e privadas. No caso de serviços prestados por entidades privadas sem contrato, os beneficiários são reembolsados posteriormente de parte dos custos (Lourenço, 2007). Estas características tornam a proteção oferecida por estes subsistemas mais abrangente relativamente ao SNS. Há uma proteção suplementar, em relação ao facto de haver prestação de serviços que estão disponíveis no SNS, e complementar devido ao facto dos subsistemas cobrirem serviços de saúde quase inexistentes no SNS, como os cuidados dentários (Moreira *et al.*, 2010).

A ligação dos prestadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista em duas vertentes: para as instituições privadas permite-lhes ter um volume de clientes significativo, ajudando na rentabilização do negócio; para os subsistemas e seguradoras permite dar aos seus clientes um tratamento diferenciado, liberdade na escolha e mais e melhor acesso aos cuidados de saúde, condições amplamente valorizadas, que podem não estar garantidas na rede pública dada a sua obrigatoriedade de dar uma resposta geral e universal (Maarse, 2006).

Neste estudo, os subsistemas analisados foram a ADSE, a ADM, a Assistência na Doença à Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), a Saúde e Assistência na Doença à Guarda Nacional Republicana Saúde (SAD/GNR) e os SAMS.

1.1.2.1. INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA (ADSE)

A Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado foi criada em 1963, pelo Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963, como um esquema de proteção na doença aos servidores civis do Estado, sob a tutela do Ministério das Finanças (ADSE, 2018). Em 2011, verificou-se a alteração da designação para Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE, 2018). Em 2015, registou-se a transferência da dependência do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde. Já em 2017, houve a transformação em Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P., sob tutela conjunta do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde (ADSE, 2018). Apesar das diversas alterações de designação, manteve-se sempre a sigla ADSE.

Com a assinatura do Memorando de Entendimento com a *Troika*, em maio 2011, um dos pontos acordados foi o da redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, 2018). Assim, a partir de 2012 deixaram de ocorrer transferências do Orçamento de Estado para a ADSE e, para além disto, desde 2015 que as entidades empregadoras não contribuem para o subsistema, contrariamente à lógica de um qualquer subsistema (ADSE, 2018). Deste modo, o sistema é totalmente financiado pelos seus beneficiários.

Atualmente, este subsistema é um instituto público de regime especial e de gestão participada, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio. A ADSE tem por missão assegurar a proteção aos seus beneficiários nos domínios de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (ADSE, 2018a). A ADSE é responsável por organizar, implementar, gerir e controlar o sistema de benefícios de saúde e por celebrar acordos, convenções, contratos e protocolos que interessem ao desempenho da sua missão e acompanhamento do seu cumprimento (ADSE, 2018a).

Os beneficiários deste subsistema podem ser titulares ou familiares. Os beneficiários titulares são: trabalhadores com relação jurídica de emprego público da administração central, regional e local, e que não beneficiem, como titulares, de outro sistema de saúde integrado na Administração Pública; pessoal docente do ensino particular e cooperativo, desde que para o efeito seja celebrado um acordo entre a entidade empregadora e a

ADSE (ADSE, 2018b). Os beneficiários familiares são: cônjuge de beneficiário titular no ativo ou aposentado, ou no caso de sobrevivente, enquanto mantiver a viuvez; pessoa com quem o beneficiário titular viva em união de facto há mais de dois anos; descendentes e equiparados a descendentes, enquanto forem menores de idade, até aos 26 anos de idade, desde que frequentem cursos de nível médio ou superior ou se sofrerem, à data da maioridade, de incapacidade total e permanente ou de doença prolongada que obstem à angariação de meios de subsistência; ascendentes e equiparados do beneficiário titular, a cargo do mesmo e com rendimentos próprios mensais inferiores a 60% da remuneração mínima mensal garantida, se se tratar de um só ascendente ou com rendimentos próprios mensais inferiores à remuneração mínima mensal garantida, se se tratar de um casal de ascendentes (ADSE, 2018b). É vedada a inscrição na ADSE aos familiares dos beneficiários titulares que beneficiem de outros regimes de proteção social (ADSE, 2018b).

A ADSE não comparticipa em despesas com cuidados de saúde que tenham sido objeto de comparticipação por outros subsistemas de saúde, serviços sociais ou obras sociais integrados na Administração Pública (ADSE, 2018b).

Atualmente, a ADSE é um subsistema de saúde em que os seus beneficiários têm a obrigação de pagar quotizações, o que não se verificava aquando da sua criação. Em 1979, a Lei 21-A/79 e o Decreto-Lei 201-A/79 aplicaram descontos de 0,5% nos vencimentos dos funcionários públicos destinados a financiar a ADSE (ADSE, 2018). Ao longo dos anos esses descontos foram conhecendo sucessivos aumentos. Ao contrário do que sucede num seguro de saúde privado, em que o prémio é determinado em função de indicadores (idade, estado de saúde, estilos de vida, historial clínico, etc.) associados à probabilidade de ter problemas de saúde, na ADSE as quotizações são definidas em função do rendimento do beneficiário, sendo o desconto de 3,5%, presentemente (ADSE, 2018).

Os beneficiários da ADSE têm direito a: livre escolha do prestador de cuidados de saúde, pertencente ou não à rede de prestadores com contratos com a ADSE; recurso a cuidados de saúde oferecidos no SNS, em igualdade de circunstâncias de qualquer cidadão português; reembolso dos encargos com cuidados de saúde obtidos fora da rede da ADSE; renúncia, definitiva e em qualquer momento, da sua qualidade de beneficiário da ADSE (ADSE, 2018b).

Em 2016, a obrigatoriedade da inscrição na ADSE foi afastada, tornando-se facultativa, tal facto poderia ter originado um problema de seleção adversa (ADSE, 2018). Contudo, não se verificou esse problema, pois a decisão é permanente, sem possibilidade de retomar a inscrição no subsistema de saúde (ADSE, 2018). Assim, não se verificou uma saída massiva de quem efetivamente a financia, sendo justificado com fenómenos relacionados com a inércia e a aversão à perda.

Uma das questões mais debatidas na atualidade é um dos reflexos da contenção vivida em Portugal, que afeta diretamente o sector da saúde, revelando-se na recente uniformização das tabelas da ADSE, facto que representa uma forte condicionante à atividade de largo número de entidades prestadoras de cuidados de saúde que detêm acordos com a ADSE.

1.1.2.2. ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES (ADM)

A ADM presta apoio a todos militares e respetivas famílias, para satisfação das questões relativas à assistência na doença (ADM, 2008). A Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, veio impor a convergência dos diversos subsistemas de saúde públicos com o regime geral da ADSE (ADM, 2008). O Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, unificou a assistência na doença aos militares das Forças Armadas, que era efetuado por três subsistemas de saúde específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares do Exército, Assistência na Doença aos Militares da Armada e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea), num único subsistema (ADM, 2008). Esta alteração, salvaguardando as especificidades da condição militar, contribuiu para a uniformização dos vários subsistemas de saúde públicos, ao mesmo tempo que permite uma melhor racionalização dos meios humanos e materiais.

Assim, como se verificou para o subsistema descrito anteriormente, podem distinguir-se duas categorias de beneficiários, os titulares e os familiares. Os beneficiários titulares são: militares dos quadros permanentes nas situações de ativo, de reserva e de reforma; militares em regime de contrato ou de voluntariado; alunos dos estabelecimentos de ensino militares que frequentem cursos de formação para ingresso nos quadros permanentes; pessoal militarizado da Marinha e do Exército (ADM, 2008). Os

beneficiários familiares ou equiparados podem ser: o cônjuge; a pessoa que vive com o beneficiário titular em união de facto; os descendentes ou equiparados; os ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular (ADM, 2008).

As modalidades de assistência na doença aos beneficiários da ADM, os termos da sua prestação e do seu pagamento, bem como os seus direitos e deveres, são os previstos no regime da ADSE, com as necessárias adaptações (ADM, 2008).

Também a ADM não comparticipa despesas com cuidados de saúde que tenham sido objeto de comparticipação por outros subsistemas de saúde, serviços sociais ou obras sociais, integrados na Administração Pública (ADM, 2008). As despesas com cuidados de saúde que tenham sido objeto de comparticipação por entidades privadas são comparticipadas pela ADM apenas relativamente aos montantes não comparticipados por aquelas entidades (ADM, 2008).

1.1.2.3. SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA À GUARDA NACIONAL REPUBLICANA (SAD/GNR) E SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA À POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (SAD/PSP)

O direito de assistência na doença ao pessoal da GNR e PSP e seus familiares e equiparados coincide com as modalidades definidas para a protecção na doença da ADSE. Em 2005, as normas destes subsistemas de saúde foram também reformuladas, no sentido da sua convergência com as normas legais que regulamentam o subsistema da ADSE (ASPP/PSP, 2014). Os benefícios resultantes do direito à assistência na doença não são acumuláveis com outros de igual natureza, concedidos por outro subsistema de saúde (GNR, 2018).

Os beneficiários podem aceder às prestações de assistência na doença, através dos seguintes meios: SNS e hospitais militares; prestadores de cuidados de saúde, ao abrigo de convenções ou protocolos celebrados com a SAD; prestadores de cuidados de saúde, da livre escolha dos beneficiários; instalações clínicas próprias das respetivas forças (ASPP/PSP, 2014).

A modalidade de utilização das prestações da assistência na doença dos SAD pode ser gratuita para o beneficiário, quando prestada pelo SNS e pelos hospitais militares ou

comparticipada (GNR, 2018). O montante a suportar pelo beneficiário é determinado de acordo com o tipo de acto médico praticado, sendo fixado por portaria conjunta dos ministros responsáveis pelas áreas da Administração Interna, das Finanças e da Administração Pública (ASPP/PSP, 2014).

Integram-se na categoria de beneficiários titulares: os militares da GNR nas situações de ativo, reserva e reforma; o pessoal com funções policiais da PSP no ativo, pré-aposentado e aposentado; o pessoal em formação para ingresso na GNR e na PSP (ASPP/PSP, 2014; GNR, 2018).

A elegibilidade para a inscrição como beneficiário familiar ou equiparado depende da verificação das condições previstas no regime da ADSE, com as necessárias adaptações (ASPP/PSP, 2014; GNR, 2018).

1.1.2.4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL DOS BANCÁRIOS (SAMS)

O associativismo operário do século XIX daria lugar a Associações de Socorros Mútuos e, relativamente a algumas profissões ou sectores empresariais, foram sendo criadas Caixas de Reforma, cujo reconhecimento remonta a 1886 (SAMS, s. d.). É com o documento de “Nivelamento das Condições Laborais para o Sector Bancário” de 1975, resultante do acordo subscrito pelos Sindicatos dos Bancários do Sul e Ilhas, do Centro e do Norte com os Ministérios das Finanças e do Trabalho, que são criados os SAMS de cada um dos três sindicatos, sendo o do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI) o maior (SAMS, s. d.). Os SAMS são uma entidade dotada de autonomia administrativa e financeira gerida pelo SBSI (SAMS, s. d.).

Os SAMS garantem aos seus cerca de 110 mil beneficiários a proteção na saúde, em complementaridade ao SNS, através da sua rede, que inclui um hospital e um centro clínico, cinco clínicas, serviço de ótica, postos clínicos regionais e um lar de idosos (SAMS, s. d.). Nas suas unidades de saúde, os SAMS acolhem de igual modo utentes exteriores ao universo bancário, a título particular ou através de acordos com outras seguradoras (SAMS, s. d.). Este subsistema privado, para além da sua função de financiadores, exerce, também, a função de prestadores de cuidados de saúde. Contudo, os beneficiários podem recorrer, de acordo com a necessidade ou interesse, ao sector público, privado ou

ao serviço do próprio subsistema (SAMS, s. d.). Aos beneficiários que recorram a serviços externos, fora do SNS, os SAMS atribuem participações, sob forma de pagamento ou de reembolso de despesas, nos termos do respetivo regulamento (SAMS, s. d.).

O Conselho Geral aprovou uma deliberação da Direção, subscrita pelo Conselho de Gerência, que surge na sequência das alterações verificadas nomeadamente na ADSE, a qual tem por objetivo evitar uma eventual migração de beneficiários desse e de outros subsistemas de saúde para os SAMS (SAMS, s. d.). Assim, de acordo com esta deliberação, os beneficiários que sejam ou possam ser beneficiários de outro sistema ou subsistema de saúde terão apenas direito à atribuição de benefícios em regime de complementaridade nos SAMS (SAMS, s. d.).

1.1.3. SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS

Dado que em Portugal existe um SNS e subsistemas públicos e privados, deve ter-se em consideração o contexto em que a procura deste tipo alternativo de proteção acontece, emergindo a questão de saber qual o papel destes seguros de saúde privados voluntários.

O mercado da saúde tem especificidades muito próprias, que o tornam num modelo de procura-oferta único. A imprevisibilidade do momento de ocorrência de eventos adversos que levem à necessidade de cuidados de saúde, bem como a incerteza quanto ao custo desses cuidados, quanto ao tratamento adequado, quanto ao efeito de um tratamento, etc., motivam os indivíduos a procurar mecanismos que os protejam aquando o surgimento dessas despesas inesperadas. A incerteza que reveste as ações dos agentes está na base de assimetrias de informação e de uma cobertura indevida do risco existente. Para além da característica de incerteza, o sector da saúde possui muitas outras particularidades, como a existência de restrições ao acesso e concorrência, a presença de questões éticas e a preocupação com o valor da vida (Barros, 2009). Surgem, deste modo, outros mecanismos de proteção, para além do SNS, que diferem na origem das suas fontes de financiamento para fazer face às despesas de saúde, sendo eles os seguros de saúde privados. No entanto, tal como Arrow (1963) argumentou, a incerteza no sector da saúde é tal que nunca existirão mercados de seguro de saúde capazes de cobrir todos os riscos presentes.

Pode, então, dizer-se que o sector de seguros de saúde privados desempenha, também, um importante papel no Sistema de Saúde Português. A partir de meados dos anos 90, como consequência da antiga Lei de Bases da Saúde, em que o Estado tinha como obrigação apoiar o desenvolvimento do sector privado, registou-se um rápido crescimento deste mercado (Silva, 2009). Especificamente, no contexto da população portuguesa, o número de pessoas seguras tem vindo a aumentar, como é possível constatar pela Tabela 1, sendo que em 2014, ano da realização do INS em análise, este número era de cerca de 2,3 milhões.

O mercado de seguros de saúde privados engloba todos os contratos cujos prémios são calculados em função do risco e para os quais a adesão é voluntária, funcionando em regime de mercado livre (Mateus *et al.*, 2017). Os contratos de seguro podem ser individuais ou de grupo, consoante sejam celebrados relativamente a um pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro por um vínculo (Mateus *et al.*, 2017). A cobertura destes contratos é variável englobando, geralmente, internamento e cuidados hospitalares, tratamento ambulatorio e consultas de clínica geral e de especialidade e meios complementares de diagnóstico, e excluem, geralmente, todos os outros tipos de cuidados de saúde (Silva, 2009).

Podem considerar-se três distintas modalidades de seguro de saúde, uma em que há um regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência, outra em que há um regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso e uma outra que combina as duas anteriores (Mateus *et al.*, 2017). Atualmente, através do IRS, o contribuinte pode deduzir à colecta 30% do valor dos prémios de seguros de saúde, havendo limites máximos por pessoa segura (Silva, 2009).

Tabela 1: Principais estatísticas sobre o seguro de saúde privado (dados 2013-2015)

	2013	2014	2015
Número de apólices	796.922	893.298	885.082
Individual	753.355	800.472	834.295
Grupo	40.567	92.826	50.787
Número de pessoas seguras	2.185.455	2.309.621	2.654.232
Individual	1.074.106	1.134.719	1.190.101
Grupo	1.111.349	1.147.902	1.464.131
Número médio de pessoas seguras por apólice	2,7	2,6	3,0
Individual	1,4	1,4	1,4
Grupo	27,4	12,7	28,8

Fonte: Mateus, A.; Ramalho, E.; Oliveira, H.; Rodrigues, H.; Ferreira, R. (2017). *Sector Privado da Saúde em Portugal*. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. Tabela 2 (com base em dados das Estatísticas de Seguros da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões).

Também de acordo com dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a percentagem do PIB afeto a despesas de saúde tem vindo a aumentar (OCDE, 2014). Os seguros de saúde privados, adquiridos de forma voluntária, correspondendo ao número de apólices individuais descritas na Tabela 1, têm vindo a crescer substancialmente, havendo um aumento da despesa também devida ao aumento do número de segurados.

No futuro, o crescimento do mercado dos seguros privados de saúde dependerá, em larga medida das reformas a implementar no SNS e nos subsistemas, da dinâmica dos canais de distribuição e do crescimento da prestação privada dependente de contratos com seguradoras. A par desta evolução é, igualmente, expectável que as instituições privadas tenham vindo a assumir um papel de crescente importância, adquirindo cada vez mais uma maior dimensão. A sua relevância está intimamente associada à crescente procura de cuidados de saúde pela população sendo que, hoje em dia, uma percentagem importante de consultas, exames e cirurgias é realizada em instituições privadas, como se irá poder constatar no ponto referente à procura de cuidados de saúde.

Tal como já se verificou para os subsistemas de saúde, também os seguros de saúde privados voluntários podem ter funções de natureza complementar, suplementar ou, ainda, substitutiva. Nesta última, o seguro de saúde obrigatório substitui o sistema público, o que se verifica em países como a Holanda e a Alemanha (Ham, 1997).

O seguro de natureza complementar funciona como complemento ao sistema de saúde público, assegurando a cobertura total ou parcial dos serviços que não estão incluídos no serviço público, tais como, cuidados dentários ou medicinas alternativas. Também os copagamentos podem estar cobertos por este tipo de seguro, como acontece na Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda e Luxemburgo (Ham, 1997).

O seguro de natureza suplementar garante uma vasta escolha dos prestadores de cuidados de saúde e um mais rápido acesso a esses cuidados, principalmente em especialidades com uma longa lista de espera. Em Portugal, que tem por base o SNS, prevalecem este tipo de seguros, funcionando como uma porta de acesso rápido aos cuidados de saúde. O SNS não exclui nenhum tipo de cuidado, no entanto, o acesso a alguns cuidados, como os cuidados dentários e os oftalmológicos, são morosos e complexos, daí que os seguros de natureza suplementar procurem cobrir estas lacunas.

Ao longo deste capítulo descreveu-se o modo como está estruturado o Sistema de Saúde Português. Em seguida, de forma resumida, é apresentada uma comparação dos sistemas de saúde em vigor em alguns países europeus.

1.2. MODELOS DE FINANCIAMENTO

Como já referido, relativamente a Portugal, o sistema de saúde assenta sobretudo no SNS. A principal fonte de financiamento deste sistema são os impostos, sendo que esta contribuição depende do rendimento individual. Contudo, o acesso e utilização dos cuidados de saúde dependem somente da necessidade de cada um em recebê-los, a designada equidade horizontal (Furtado *et al.*, 2010).

Nos países da OCDE é comum caracterizar os sistemas de saúde, de acordo com as fontes de financiamento predominantes, em modelo *Beveridge*, modelo *Bismark* ou modelo Misto, sendo que Portugal se enquadra no primeiro (OCDE, 2013).

Nos países com sistema de saúde modelo *Beveridge*, os impostos são a principal fonte de financiamento, sendo a existência de um SNS a organização mais usual que garante um acesso universal aos cuidados de saúde (Ham, 1997). O Estado tem a responsabilidade do

financiamento, da posse e da gestão das instalações de saúde. Tal como acontece em Espanha, Itália, Reino Unido, Irlanda, Suécia e Dinamarca, Portugal é um exemplo deste tipo de modelo (Ham, 1997).

Nos sistemas de saúde modelo *Bismark*, grande parte do financiamento dos cuidados de saúde provém das contribuições de empregados e empregadores, tendo por base o rendimento de cada indivíduo e sendo independente da necessidade de consumo de cuidados de saúde (Ham, 1997). Geralmente, a sua organização assenta num sistema descentralizado de seguro social de adesão obrigatória. A França, Bélgica, Holanda, Alemanha e Áustria são exemplos de países com este tipo de modelo (Maarse, 2006).

Tabela 2: Papel do governo e dos seguros privados de saúde: realidade de alguns países europeus

País	Papel do governo	Papel dos seguros privados
Dinamarca	SNS; Regulação, planeamento e financiamento pelo governo nacional e prestação pelos municípios	40% da população compra seguros complementares (e.g. benefícios não cobertos) e alguma cobertura suplementar (acesso a prestadores privados)
Reino Unido	SNS	11% da população compra cobertura suplementar para um melhor acesso
França	Sistema de seguro social compulsório, com todas as funções de seguro incorporadas	90% da população compra ou recebe <i>vouchers</i> do governo para cobertura complementar; seguros suplementares escassos
Alemanha	Sistema de seguro social compulsório; pessoas com alto rendimento podem optar por cobertura privada (<i>opting-out</i>)	11% da população fez o <i>opting-out</i> do seguro compulsório; há alguma cobertura complementar (e.g. copagamentos) e suplementar
Itália	SNS; financiamento e definição de pacote de benefícios mínimos pelo governo nacional; planeamento, regulação e provisão de cuidados pelos governos regionais	15% da população compra seguros complementares ou suplementares (mais amenidades e maior escolha)
Suécia	SNS; Regulação, supervisão e algum financiamento pelo governo nacional; responsabilidade pela maior parte do financiamento e da compra/prestação é desenhada ao nível dos <i>county councils</i>	5% da população com cobertura suplementar disponibilizada por empregadores para rápido acesso a especialistas e cuidados não urgentes

Fonte: Mateus, A.; Ramalho, E.; Oliveira, H.; Rodrigues, H.; Ferreira, R. (2017). *Sector Privado da Saúde em Portugal*. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. Tabela 1 (Adaptado com base em dados da *Commonwealth Fund* (2014), *International Profiles Of Health Care Systems*).

Contudo, importa realçar que nenhum país apresenta exclusivamente uma única forma de financiamento, sendo o mais comum um modelo de sistema de saúde misto. Os sistemas referidos são os dominantes, no entanto, com diferente expressão em cada país, os pagamentos diretos e os seguros de saúde também contribuem para o financiamento da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere um padrão para a caracterização dos sistemas de saúde que prevalecem na Europa, o qual é descrito, sucintamente, na Tabela 2.

1.3. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os cuidados de saúde podem ser comprados ou vendidos, sendo, por isso, transacionáveis, mas o mesmo não poderá ser dito da saúde. O estado de saúde de um indivíduo é de difícil definição e ainda mais difícil de medir, facto bem expresso no conceito de saúde dado pela OMS «como um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade ou doença» (OMS, 2002). Contudo, apesar das características peculiares destes cuidados, estes são, na realidade, um bem económico, estando sujeitos às leis gerais da procura e oferta. Alguns autores defendem que o direito à saúde não deve ser dissociado de um dever individual, em que cada um deve defender e preservar a sua saúde (Furtado *et al.*, 2010).

A procura de cuidados de saúde tem aumentado por todo o mundo. O relatório da WHO (2002) aponta como fatores para o crescimento da procura o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população e o aumento das expectativas dos consumidores.

Os economistas utilizam o modelo de Grossman para analisar a procura de saúde. O modelo de procura de saúde e de cuidados médicos baseado na escolha individual proposto por Grossman é um dos referenciais teóricos importantes na descrição da procura de saúde (Barros, 2009). De acordo com o modelo a questão central é a procura de saúde e não a procura de cuidados de saúde. A procura de cuidados de saúde é considerada pelo autor como produto intermédio, para adquirir saúde (Grossman, 1972).

1.3.1. MODELO DE GROSSMAN

O modelo de Grossman tem vários elementos inovadores, tais como, trata a saúde como um *stock* e considera a saúde como um processo de produção conjunto, que requer a contribuição do indivíduo (tempo) e do consumo de bens e serviços (cuidados médicos) (Barros, 2009). Assim, os cuidados médicos são um produto intermédio, adquirido pela pessoa para produzir saúde. Porém, para produzir saúde não basta adquirir cuidados de saúde, outros fatores são igualmente importantes como, o tempo, a educação, a idade e o estilo de vida. A saúde produzida em cada período é vista com um investimento no *stock* de saúde. O *stock* estará sujeito a taxas de depreciação, sendo, por regra, crescente com a idade (Barros, 2009). No entanto, a depreciação do *stock* de saúde assume uma natureza de imprevisibilidade.

Grossman (1972) defende que investir em saúde aumenta o rendimento potencial do indivíduo, particularidade que torna a análise da procura de saúde e de cuidados de saúde diferente da teoria do consumidor tradicional. Contudo, a procura de cuidados de saúde está diretamente relacionada com a capacidade económica individual e da sociedade em suportar os seus custos.

1.3.2. PROCURA E UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS EM PORTUGAL

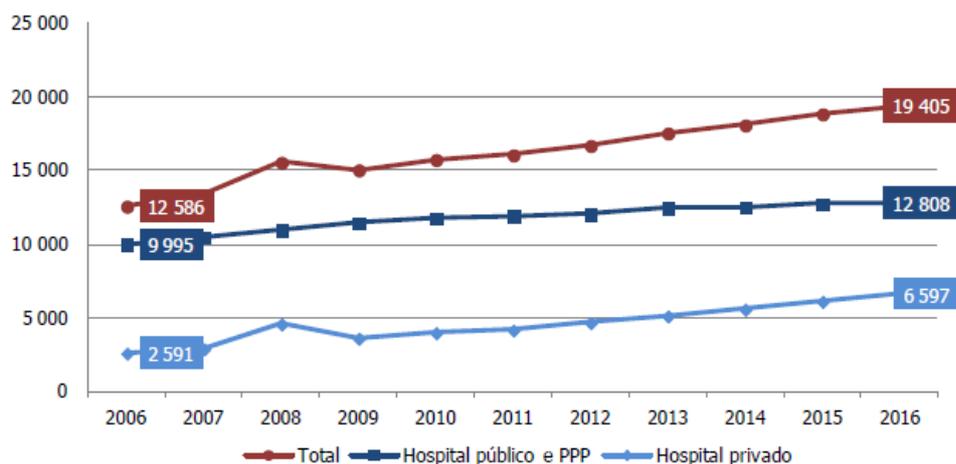
Segundo Oliveira (2010), o SNS presta predominantemente cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, e o sector privado consultas de especialidade, cuidados dentários e meios complementares de diagnóstico.

Relativamente ao movimento de consultas médicas, este é maioritariamente efetuado nos serviços públicos. O SNS foi concebido para que os seus beneficiários procurem inicialmente os cuidados de saúde primários, através do seu médico de clínica geral e familiar (médico de família), o qual, se necessário, o encaminhará para uma consulta especializada, geralmente para consultas externas em hospitais públicos (Moreira *et al.*, 2010). Existem, no entanto, especialidades médicas em que o intervalo de tempo para efetiva utilização de cuidados de saúde é por vezes longo, o que leva à procura de cuidados de saúde privados (Moreira *et al.*, 2010). Assim, a referenciação para as

consultas de especialidade é efetuada pelos médicos de medicina geral e familiar (MGF) no âmbito do SNS ou por iniciativa do indivíduo no âmbito dos cuidados de saúde privados.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelaram um aumento no número de consultas médicas, principalmente nos hospitais privados (INE, 2018). Porém, apesar desse crescimento ser superior ao registado no sector público, pela análise do Gráfico 1 verifica-se que a curva relativa aos hospitais privados está ainda distante de atingir o patamar da registada para os hospitais públicos. Em 2016, os hospitais privados foram responsáveis por 34,0% do total de consultas (Mateus *et al.*, 2017). As especialidades com maior número de consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais públicos ou em parceria público-privada (PPP) foram, em 2016, por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Ortopedia e a Cirurgia Geral (Mateus *et al.*, 2017). No caso dos hospitais privados, foram a Ortopedia, a Oftalmologia e a Ginecologia-Obstetrícia (Mateus *et al.*, 2017).

Gráfico 1: Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006-2016 (em milhares)



Fonte: INE (2018). *Dia Mundial da Saúde – 7 de abril – 2006-2016*. Destaque - informação à comunicação social. Instituto Nacional de Estatística

Como se constata pela análise da Tabela 3, as atividades de ambulatório assumem grande expressividade, sobressaindo em diversos indicadores as atividades de prática médica de clínica especializada (Mateus *et al.*, 2017). É de notar que as atividades de prática médica de clínica especializada são das que têm maior expressão, apresentando um elevado valor de volume de negócios, 1.324,3 milhões de euros (Mateus *et al.*, 2017).

Tabela 3: Principais variáveis de caracterização do sector privado da saúde (2014)

	Empresas (nº)	Pessoal ao Serviço (nº)	Volume de Negócios (milhões €)	Resultado Líquido (milhões €)
Cuidados de saúde com internamento	169	15.947	1.486,3	63,2
Cuidados de saúde em ambulatório	32.444	54.236	2.705,4	540,4
Atividades de prática médica de clínica geral, em ambulatório	8.929	13.110	625,5	162,7
Atividades de prática médica de clínica especializada, em ambulatório	15.030	23.633	1.324,3	284,9
Atividades de prática médica dentária e odontologia	8.485	17.493	755,6	92,8
Outros cuidados de saúde	46.253	62.266	1.497,8	315,4
Laboratórios de análises clínicas	381	4.978	350,7	39,4
Atividades de enfermagem	20.082	20.552	164,8	104,3
Centros de recolha e bancos de órgãos	12	80	5,0	-0,7
Outras atividades de saúde humana	25.778	36.656	977,3	172,3
Sector Privado da Saúde	78.866	132.449	5.689,5	919,0
Peso no Total da Economia	7,0%	3,8%	1,8%	10,1%

Fonte: Mateus, A.; Ramalho, E.; Oliveira, H.; Rodrigues, H.; Ferreira, R. (2017). *Sector Privado da Saúde em Portugal*. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. Tabela 3 (com base em dados do Sistema de Contas Integradas das Empresas do INE)

A busca por um melhor nível de conforto nos serviços hospitalares, a rápida resposta, o acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a cobertura de determinadas especialidades, bem como a crescente procura de cuidados ligados à estética são fatores que poderão estar base da crescente procura privada de cuidados de saúde (Mateus *et al.*, 2017).

1.3.3. FATORES DETERMINANTES NA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Após uma breve e geral revisão bibliográfica sobre os fatores que influenciam a procura de cuidados de saúde, é possível encontrar alguns estudos. Rosko *et al.* (1988) realçam que determinadas características, como o género e o estado civil, interferem nas escolhas dos indivíduos por determinados tipos de cuidados de saúde. Segundo estes autores, em geral, as mulheres são maiores consumidoras de cuidados de saúde, principalmente logo com o início na gravidez. No pós-operatório, os indivíduos casados têm menor procura de cuidados hospitalares, pois o cônjuge pode assegurar a sua reabilitação em casa (Rosko *et al.*, 1988).

A idade é, também, um fator determinante, sabendo-se que um aumento do número de pessoas, com idade superior a 70 anos, levará a uma procura acentuada de cuidados de geriatria e cuidados domiciliários. Contudo, esse aumento irá depender da capacidade económica dos indivíduos e da sociedade.

O estado de saúde auto-reportado determina também a procura e utilização de cuidados de saúde. De destacar que, ao longo desta dissertação sempre que haja referência à variável do estado de saúde, esta é sempre referente ao modo como cada um percebe a dor, bem como a sua intensidade e da forma como a essa dor afeta as atividades diárias nos diferentes cenários sociais em que o indivíduo se insere. McGuire *et al.* (1992) relembra que o valor que cada indivíduo atribui ao seu estado de saúde é diferente. Por exemplo, se considerarmos o pós-operatório de uma cirurgia ao joelho, a intensidade da dor pode ser idêntica para dois indivíduos, mas as implicações serão provavelmente piores para um futebolista profissional, do que para um contabilista (McGuire *et al.*, 1992).

O nível de escolaridade dos indivíduos é outro fator que poderá influenciar a procura de cuidados de saúde. Segundo Wagstaff (1986), um indivíduo com maiores habilitações académicas encontra-se em melhores condições para conseguir assimilar corretamente toda a informação que lhe é transmitida. Rosko *et al.* (1988) que pode ser mais eficiente nas suas escolhas, no intuito de minimizar a sua taxa de depreciação do *stock* de saúde. Adquirirá, talvez, um maior número de cuidados de saúde preventivos, ao reconhecer os seus benefícios e, provavelmente, perante uma situação de doença, a mesma será

tratada numa fase precoce, com grande possibilidade de resolução com um custo mais baixo. Por outro lado, o médico pode interpretar que estes indivíduos já estejam devidamente informados sobre determinados aspetos e não lhes transmite informações que poderão ser essenciais para o sucesso de determinadas intervenções na sua saúde.

Neste contexto, surge o papel do agente da oferta. O comportamento deste agente não é necessariamente passivo e pode mesmo ser responsável pela indução de procura, fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real (Rochaix, 1987). O problema da procura induzida assenta, portanto, na assimetria de informação que beneficia potencialmente o agente da oferta, e na consequente relação de agência que leva o indivíduo a deixar ao médico a decisão sobre a quantidade e qualidade de cuidados de saúde a utilizar.

Há, ainda, fatores relativos ao nível socioeconómico, à prevalência de doenças crónicas, à dupla cobertura na assistência na doença, quer através de subsistemas ou seguros de saúde voluntários, como vemos seguidamente, entre outros. A influência dos fatores aqui descritos é analisada nesta investigação.

1.3.4. DUPLA COBERTURA

De acordo com dados da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), os subsistemas públicos de saúde têm vindo a reduzir a sua quota no total da produção da hospitalização privada, rondando atualmente os 22% (Mateus *et al.*, 2017). Já o crescimento acentuado de seguros de saúde tem tido um profundo impacto na procura de cuidados de saúde. Não se pode prever uma situação de doença, nem qual será o custo dos cuidados necessários ou os resultados das terapêuticas (Furtado *et al.*, 2010).

A disponibilidade, os custos, a proximidade e a qualidade são indicadores que determinam o acesso aos cuidados de saúde (Furtado *et al.*, 2010). A disponibilidade refere-se à oferta de serviços de saúde coordenada com as necessidades. Os custos reportam-se aos gastos associados ao consumo de serviços e que incluem, por exemplo, os custos de deslocação (Furtado *et al.*, 2010). A proximidade está inerente à contiguidade física e geográfica dos serviços à população. De acordo com dados do INE, o sector da saúde encontra-se bastante concentrado nos grandes centros urbanos do país.

No entanto, tem-se notado uma progressiva expansão da atividade privada da saúde em cidades mediantemente povoadas. A qualidade refere-se à prestação de cuidados adequados e à organização dos serviços nas várias vertentes, desde o horário de funcionamento aos tipos de cuidados prestados. Já a aceitação é entendida como o indicador que mede a satisfação dos cidadãos para com os cuidados prestados (Furtado *et al.*, 2010).

Todos estes indicadores geram incertezas que levam os indivíduos a procurarem no seguro de saúde o instrumento para a minimização das incertezas e dos riscos (Moreira *et al.*, 2010). A presença de seguro de saúde protege o indivíduo, no sentido em que evita que este pague a totalidade do custo dos cuidados de saúde no acto de utilização dos mesmos, o que conseqüentemente poderá levar o indivíduo a consumir mais (Moreira *et al.*, 2010).

Pode, assim, afirmar-se que os impactos da dupla cobertura estão muitas vezes associados a um comportamento de risco moral, o qual é definido segundo Zweifel *et al.* (2000), como a “mudança de comportamento de saúde e consumo de cuidados de saúde causados pelo seguro” (Zweifel *et al.*, 2000). A procura de serviços de saúde varia com o preço e o benefício de seguro, uma vez que qualquer alteração nestes determinantes provoca mudanças nos preços dos serviços pagos pelos utilizadores, no rendimento do segurado e no custo de oportunidade no caso de doença. Contudo, alguns autores criticam esta ligação direta, sublinhando a existência de outros efeitos importantes. Vera-Hernández (1999) refere que o impacto positivo do seguro de saúde sobre o estado de saúde dos indivíduos deverá diminuir o consumo futuro de serviços de saúde (Vera-Hernández, 1999). Também Coulson *et al.* (1995) apontam para a importância do incentivo ao consumo por parte dos prestadores de saúde, dificultando a medição do efeito de risco moral “puro” (Coulson *et al.*, 1995).

O impacto das coberturas de saúde adicionais, quer sejam subsistemas, públicos ou privados, ou seguros de saúde privados voluntários, tem sido analisado em diversos países, tal como é possível constatar pela literatura na área da economia da saúde. São exemplos o estudo de Cameron *et al.* (1988) para a Austrália, o de Pohlmeier *et al.* (1995) para a Alemanha ou o de Vera-Hernández (1999) para a Espanha. Sendo comum entre todos a relação positiva entre a existência de dupla cobertura e o nível de utilização de serviços de saúde. Em Portugal, alguns autores, como Lourenço (2007) e Barros *et al.*

(2008), investigaram o impacto dos subsistemas de saúde portugueses, mostrando que a população abrangida por estes subsistemas apresenta um maior consumo de cuidados de saúde.

Os resultados do estudo de Moreira *et al.* (2010), em que os autores recorreram a uma metodologia de regressão de quantis para dados de contagem, indicam que a dupla cobertura está associada a uma maior utilização de cuidados de saúde, em particular entre os beneficiários dos subsistemas privados. Este facto deflute que a proteção suplementar dada pelos subsistemas de saúde portugueses é um determinante aquando da utilização de cuidados de saúde, destacando-se a relação positiva entre a existência de dupla cobertura e o nível de utilização de cuidados de saúde, pois o acesso é facilitado.

No próximo capítulo é explorada a componente empírica desta investigação, de modo a analisar se os resultados obtidos são os esperados e se corroboram as conclusões obtidas nos estudos acima mencionados.

CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA

A crescente utilização de cuidados de saúde, numa busca constante de melhores estados de saúde, o aumento do número de apólices de seguros de saúde privados voluntários e as discussões em torno dos diversos subsistemas de saúde, essencialmente dos subsistemas de saúde públicos, demonstram a relevância da investigação seguidamente apresentada. A informação sobre a procura e utilização de cuidados de saúde, bem como os fatores que a possam determinar são componentes essenciais no planeamento em saúde, definindo necessidades e avaliando intervenções, uma vez que permitem identificar aspetos a melhorar no acesso aos cuidados de saúde e a eventual necessidade de mudanças nas características dos atuais subsistemas de saúde.

Este estudo tem como objetivo analisar o impacto das coberturas de saúde adicionais ao SNS na procura e utilização de cuidados de saúde, no que se refere a consultas médicas. Pretende-se testar se há uma maior utilização destes serviços de saúde por parte dos indivíduos que beneficiam de uma dupla cobertura na assistência na doença, diferenciando subsistemas públicos de privados e de seguros de saúde privados. Deste modo avalia-se, também, a procura de consultas médicas no sector público versus no sector privado. O acesso mais facilitado que os seguros complementares oferecem traduzir-se-á numa maior utilização de cuidados de saúde? Será que estes indivíduos optam pela utilização de consultas de modo preventivo, minimizando a procura *a posteriori* e resultando num consumo que não seja estatisticamente significativo quando comparado com os que usufruem apenas do SNS? Por outro lado surge, também, a questão do impacto que a dupla cobertura tem sobre a saúde auto-reportada, tendo em conta que a maior facilidade no acesso a serviços especializados leva a uma maior procura e utilização de cuidados de saúde, possibilitando a estes indivíduos uma melhor saúde.

A caracterização da população portuguesa quanto à procura e utilização de consultas médicas considera as variáveis referentes às características socioeconómicas, ao estado de saúde auto-reportado e ao tipo de assistência na doença de que o indivíduo usufrui. Para tal, utilizaram-se dados provenientes do INS de 2014, como descrito seguidamente.

2.1. MÉTODOS

Neste subcapítulo é feita uma breve abordagem ao INS e apresentada a amostra e as variáveis utilizadas neste estudo. São, ainda, definidas as hipóteses em análise, bem como os métodos estatísticos selecionados para responder às mesmas.

2.1.1. INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE (INS)

Em Portugal, o INS é um instrumento de mediação da saúde que recolhe dados de base populacional, através de entrevistas realizadas a uma amostra representativa da população, por regiões (Dias, 2009).

O primeiro INS, em 1978, resultou da necessidade de obter indicadores de morbilidade da população portuguesa, identificada formalmente por uma equipa consultiva do Ministério dos Assuntos Sociais (European Commission, 2004). Esta necessidade acentuou-se ainda mais com a criação do SNS, em 1979, de modo a justificar, planear e avaliar medidas políticas e mudanças organizacionais na área da saúde (Dias, 2001). Seguidamente foi criado um grupo de trabalho, que incluía representantes da Direção-Geral de Saúde (DGS), do INE e do Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde (Dias, 2001).

O INS tem-se afirmado como um importante instrumento para a obtenção de medidas do estado de saúde da população, dos seus determinantes e da utilização de cuidados de saúde, contribuindo para o planeamento informado e para a avaliação fundamentada dos programas de saúde, constituindo, também, uma fonte de dados para pesquisas epidemiológicas (Dias, 2009). Em 1998, o INS foi transferido da DGS para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), dadas as suas características técnicas se integrarem na função do “Observatório Nacional de Saúde”. Este inquérito segue recomendações de organismos internacionais, nomeadamente da OMS, OCDE e EUROSTAT, sofrendo as alterações recomendadas por estas (INSA e INE, 2009). Portanto, a própria evolução da implementação do INS depende não só da definição das necessidades de informação epidemiológica por parte do Estado, como da sua integração no sistema europeu de inquéritos de saúde (Dias, 2009).

Esta investigação teve por base os dados do último INS disponível, referente à edição de 2014. Não foi possível utilizar dados em painel pois a amostra varia entre as edições já elaboradas. O INS 2014, desenhado de forma a ser representativo da população portuguesa a viver em agregados familiares, foi realizado pelo INE em colaboração com o INSA e visa caracterizar a população residente em três grandes domínios: estado de saúde e doença; cuidados de saúde, designadamente comportamentos preventivos e curativos; bem como determinantes da saúde, relacionados com estilos de vida e hábitos que possam influenciar a saúde (INE, 2014).

2.1.2. AMOSTRA DO INS

O INS 2014 foi harmonizado e regulamentado a nível europeu, Regulamento UE n.º 141/2013 da Comissão, permitindo a comparação internacional dos resultados, bem como a atualização de indicadores estatísticos nacionais (INE, 2014). Os dados são obtidos através de um estudo transversal de amostras probabilísticas da população portuguesa. A recolha de dados ocorreu no período compreendido entre 10 de setembro e 15 de dezembro de 2014 (INE, 2014).

A dimensão da amostra do INS 2014 é de 22538 unidades de alojamento (INE, 2014). Este dimensionamento cumpre o regulamento supracitado que estipula uma dimensão mínima efetiva definida da amostra de 6 515 indivíduos com 15 ou mais anos (INE, 2014). Os alojamentos contactados foram distribuídos por todas as regiões do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (INE, 2014). Em cada alojamento selecionado, e previamente contactado por carta, respondeu ao inquérito apenas uma pessoa residente, idealmente a pessoa cujo aniversário tenha ocorrido há menos tempo, desde que com idade mínima de 15 anos (INE, 2014).

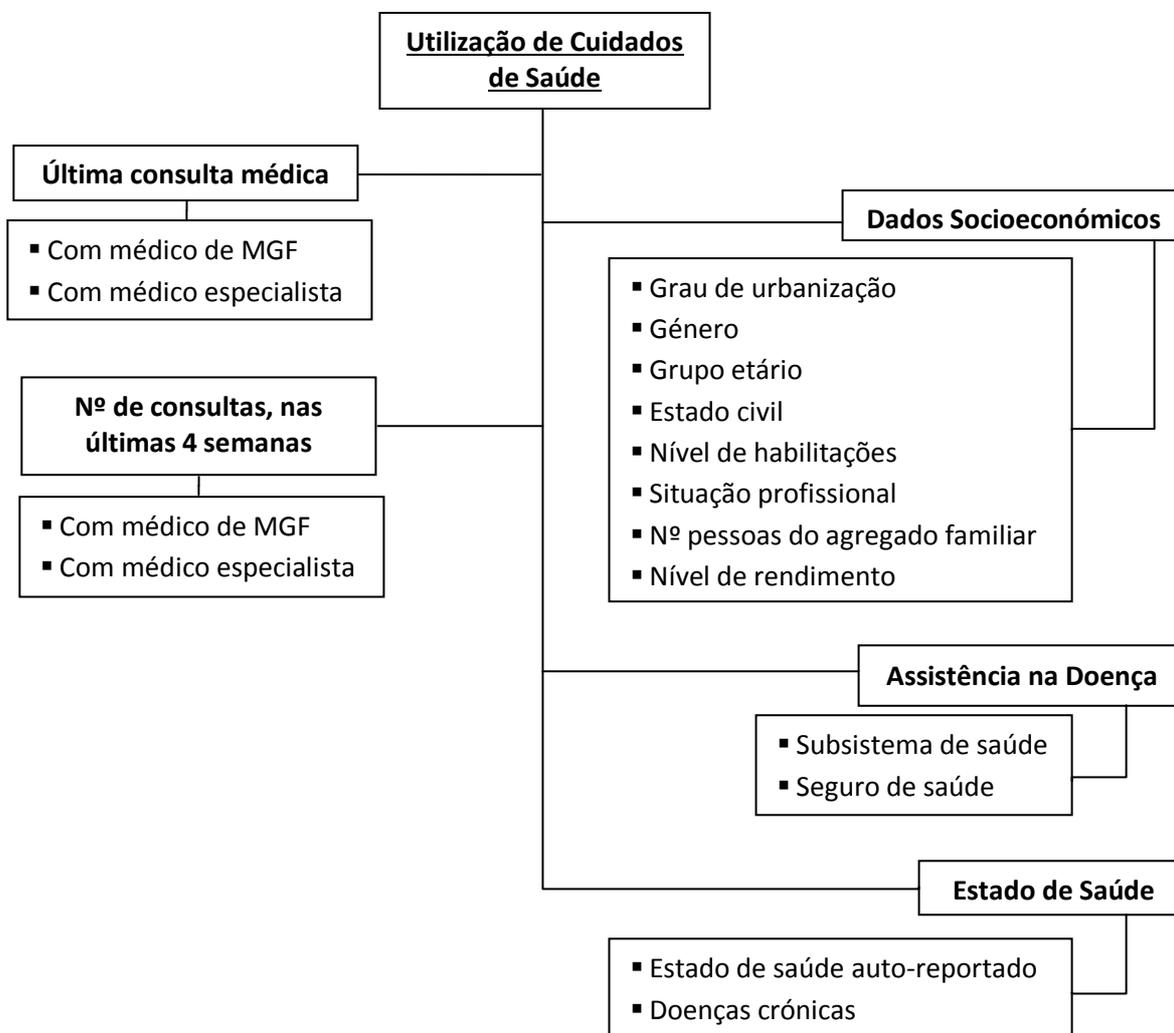
Cada colheita de dados foi feita diretamente através de um computador portátil pelo método *Computer Assisted Personal Interview* com a consequente informatização imediata dos dados, o que permite a validação automática das respostas logo durante a entrevista (valores admissíveis, respostas incoerentes e saltos lógicos) (INE, 2014). As respostas foram recolhidas pela Internet e por entrevistas presenciais realizadas nos alojamentos selecionados para o efeito (INE, 2014). De salientar que o INE efetua pela

primeira vez a recolha de dados de um inquérito por amostragem dirigido às famílias ou aos indivíduos pela Internet. A recolha eletrónica foi efetuada por entrevista com recolha via Web (INE, 2014). O tempo médio de preenchimento foi variável em função do género, idade e estado de saúde do entrevistado, tendo uma duração entre 45 a 60 minutos (INE, 2014).

Caracterizando a amostra, este tipo de amostragem é aleatória, isto é, cada elemento da população teve igual probabilidade de ser escolhido (INE, 2014). Relativamente ao *design* experimental, esta amostra classifica-se como independente, composta por indivíduos diferentes relativamente a uma situação (Martinez e Ferreira, 2008). A amostra utilizada nesta investigação contém 18204 observações (INE, 2014). Podem considerar-se grupos distintos de indivíduos com diferentes tipos de cobertura de assistência de cuidados de saúde, existindo indivíduos apenas com SNS, indivíduos que beneficiam do SNS e de um subsistema de saúde, que pode ser público ou privado, e indivíduos com SNS e seguro de saúde.

2.1.3. VARIÁVEIS SELECIONADAS

Figura 1: Variáveis em análise



Fonte: Construção própria.

A investigação focou-se na caracterização da população portuguesa face à utilização de cuidados saúde, especificamente no consumo de consultas médicas quer de MGF quer de outras especialidades, com o objetivo de explicar o impacto da dupla cobertura sobre a procura destes cuidados e sobre a saúde auto reportada. Para tal foram definidas como variáveis dependentes: “Há quanto tempo teve última consulta com médico de medicina geral e familiar?”, “Nas últimas 4 semanas, quantas consultas teve com médicos de MGF?”, “Há quanto tempo teve última consulta com médico especialista?” e “Nas últimas 4 semanas, quantas consultas teve com médico especialista?”.

De notar que o INE define MGF como a especialidade em medicina que se ocupa dos problemas de saúde dos indivíduos e das famílias, de forma continuada e no contexto da comunidade, e médico especialista como o médico habilitado a exercer uma especialidade hospitalar (INE, 2014). Assim, ao longo desta dissertação, a referência a médico especialista corresponde a este último.

Como variáveis independentes ou explicativas identificaram-se as características socioeconómicas e demográficas (grau de urbanização do local onde vive, género, idade, estado civil, nível de habilitações, situação profissional e número de pessoas do agregado familiar e rendimento mensal), condições de assistência na doença (subsistema de saúde e seguro de saúde) e características de estado de saúde (autoapreciação do seu estado de saúde e problema de saúde prolongado). A seleção destas variáveis foi feita de acordo com a sua influência no consumo de cuidados de saúde, considerando o modelo de procura de cuidados de saúde e os resultados de estudos empíricos similares (Barros, 2009; Deb *et al.*, 2002; Grossman, 1972).

Na Figura 1 é possível identificar todas as variáveis introduzidas nesta investigação. As variáveis referenciadas encontram-se descritas nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Descrição das variáveis dependentes

	Variáveis	Perguntas INS 2014	Tipo de escala	Observações
Última Consulta	▪ Última consulta com médico de MGF	“Quando foi a última vez que consultou um médico de MGF?”	Ordinal	Estas variáveis estão ordenadas, tal que, quanto maior o seu valor mais recente foi a consulta.
	▪ Última consulta com médico especialista	“Quando foi a última vez que consultou um médico especialista?”		
Número de Consultas	▪ Nº de consultas com médico de MGF, nas últimas 4 semanas	“Nas últimas 4 semanas, quantas vezes consultou um médico de MGF?”	Razão	Estas variáveis estão transformadas até a um máximo de 4 consultas nas últimas 4 semanas, assim, valores \geq 4 foram agrupados no valor máximo de 4 consultas.
	▪ Nº de consultas com médico especialista, nas últimas 4 semanas	“Nas últimas 4 semanas, quantas vezes consultou um médico especialista?”		

Fonte: Construção própria.

Tabela 5: Descrição das variáveis independentes

Variáveis	Perguntas INS 2014	Tipo de escala	Observações	
▪ Mês de referência	“Mês em que respondeu ao questionário”	Nominal		
Dados Socioeconômicos	▪ Grau de urbanização	“Grau de urbanização da região onde reside”	Ordinal	Esta variável está recodificada para área urbana, quando se trata de área densamente povoada, e para área rural quando se refere a área pouco povoada.
	▪ Género	“Sexo do respondente”	Nominal	
	▪ Grupo etário	“Qual a sua idade?”	Razão	As idades estão agrupadas em 15 grupos dos 15 anos aos 85 ou mais anos.
	▪ Estado civil	“Qual o seu estado civil legal?”	Nominal	
	▪ Nível de habilitações	“Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta/frequentou?”	Ordinal	Esta variável está ordenada do grau de ensino mais baixo para o mais alto.
	▪ Situação profissional	“Qual a sua condição perante o trabalho?” (autoclassificação)	Nominal	
	▪ Nº pessoas do agregado familiar	“Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente”	Razão	Nesta variável o valor máximo é 7, atribuindo-se este valor para números de pessoas \geq a 7.
	▪ Nível de rendimento	“Quintil de rendimento mensal líquido por adulto equivalente”	Ordinal	Esta variável está ordenada do rendimento mais reduzido para o mais elevado.
Assistência na Doença	▪ Subsistema de saúde	“Qual o seu subsistema de assistência na doença?”	Nominal	Esta variável está recodificada em: ADSE, Seguros dos Militares – que englobam ADM, SAD/PSP e SAD/GNR, e SAMS.
	▪ Seguro de saúde	“Possui seguro de saúde voluntário privado?”	Nominal	
Estado de Saúde	▪ Estado de saúde	“Como avalia o seu estado de saúde?” (auto-reportado)	Ordinal	Esta variável está reordenada do pior estado de saúde para o melhor.
	▪ Doenças crónicas	“Tem algum problema de saúde prolongado?”	Nominal	

Fonte: Construção própria.

2.1.4. HIPÓTESES E MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Em investigações onde o objetivo é estudar a relação entre as variáveis utilizam-se modelos de regressão. Existem várias metodologias estatísticas que permitem explicar a relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis explicativas. Os coeficientes de regressão representam a probabilidade de variação esperada por unidade de variação na variável independente (Alvarenga, 2015). A verosimilhança é, também, considerada uma base fundamental no processo inferencial, no caso dos testes de hipótese sobre os coeficientes estimados e da qualidade de ajustamento (Alvarenga, 2015).

Para além de obter os coeficientes é necessário avaliar a sua significância, ou seja, determinar se as variáveis independentes do modelo em estudo estão significativamente associadas à variável dependente. Para tal, recorre-se à estatística de *Wald* e à estatística da razão de verosimilhanças (Alvarenga, 2015).

Partindo do pressuposto de que o modelo se ajusta bem aos dados e de que os coeficientes estimados são significativos, segue-se a interpretação dos valores associados aos coeficientes do modelo de regressão (Alvarenga, 2015). Esta interpretação depende da natureza das variáveis independentes que podem ser categóricas ou contínuas (Alvarenga, 2015). Para as variáveis categóricas, com mais de duas categorias, é necessário criar variáveis auxiliares para que possam ser introduzidas no modelo, de forma a assumirem apenas os valores 0 e 1, são as designadas variáveis *dummy*.

- **HIPÓTESES A: IMPACTO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA**

Para explicar a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes, não binárias, relativas à última consulta com médico de MGF ou com médico especialista, recorreu-se ao modelo de regressão logística multinomial. Este modelo permite que a variável dependente apresente mais do que duas categorias, as quais podem ser de natureza nominal ou ordinal. As variáveis referentes à última consulta são ordinais, apresentando três categorias: “nunca”, “há 12 meses ou mais” e “há menos de 12

meses”. Neste tipo de regressão, uma das categorias da variável dependente deve ser escolhida como referência, a fim de compará-la com as demais, sendo nesta hipótese a categoria “nunca”. É possível obter as probabilidades de ocorrência de determinados fenômenos em relação a um fenômeno de referência. A regressão logística multinomial é uma extensão do modelo logístico, sendo feitas regressões logísticas entre as diferentes categorias das variáveis dependentes e a categoria de base. Este método é eficaz na solução de problemas que envolvem a escolha de um evento de interesse e quando há o objetivo de investigar a probabilidade de ocorrência desse evento e quais as variáveis representativas para a sua explicação.

De modo a explicar o impacto que as diversas variáveis independentes têm na utilização de cuidados de saúde, aplicou-se o modelo acima descrito para as seguintes variáveis dependentes:

A.1) ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO DE MGF

A.2) ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA

○ **HIPÓTESES B: IMPACTO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS**

Já para explicar a influência na variável do número de consultas, nas últimas 4 semanas, com médico de MGF ou com médico especialista utilizou-se um modelo de regressão de Poisson. Este modelo é o mais utilizado dentre os modelos lineares generalizados, desempenhando um papel fundamental na análise de dados de contagem que assumem valores discretos, refletindo o número de ocorrências de um acontecimento num determinado período de tempo, que na variável dependente em estudo corresponde a 4 semanas (Tadano *et al.*, 2009). A metodologia utilizada assume apenas valores inteiros não negativos para o valor esperado da variável dependente.

Numa regressão de Poisson, a variável dependente deve seguir uma distribuição de Poisson (Tadano *et al.*, 2009). Neste estudo, os dados não apresentam uma distribuição normal, caso existisse normalidade poderia aplicar-se a regressão estatística mais simples, a regressão linear.

Para além disto, neste tipo de modelo linear generalizado, os dados devem possuir igual dispersão, ou seja, a média da variável dependente deve ser igual à variância, porém, quando se trabalha com dados experimentais, esta propriedade é frequentemente corrompida (Tadano *et al.*, 2009). Esta restrição pode levar, na prática, a uma sobredispersão, quando a variância é maior do que a média, ou a uma subdispersão, quando a variância é menor que a média. Nestas situações, o modelo a utilizar, em alternativa, deverá ser o modelo de regressão binomial negativa (Tadano *et al.*, 2009). No entanto, a limitação descrita não se aplica nesta investigação, uma vez que a média é muito próxima da variância, como se pode constatar na Tabela 10.

Ao colocar esta hipótese pretende-se avaliar a frequência de utilização de cuidados de saúde e o impacto que as variáveis independentes têm nesse consumo. Procura-se, também, explicar se essa utilização é mais significativa no sector público ou no privado. Para tal, considera-se, de acordo com a definição atribuída pelo INS para médico de MGF, que esta especialidade assume uma maior preponderância nos cuidados no SNS do que no sector privado. Já a procura de consultas médicas nas restantes especialidades médicas parecem assumir maior expressão no sector privado. Assim, aplicou-se o modelo de regressão de Poisson para as variáveis dependentes:

B.1) NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO DE MGF

B.2) NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA

○ **HIPÓTESES C – IMPACTO DA DUPLA COBERTURA NO ESTADO DE SAÚDE**

Para descrever uma relação linear entre a variável dependente e as variáveis independentes usa-se a função logit que é o logaritmo da razão entre a probabilidade de sucesso e a probabilidade de insucesso (Alvarenga, 2015). Dado que a regressão logística permite a identificação de variáveis influentes, com recurso a um logit ordenado foi, também, possível investigar fatores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos.

Recorre-se a um modelo ordenado porque as categorias de apreciação do estado de saúde possuem uma ordenação, sendo classificada de muito mau, mau, razoável, bom e muito bom. Este modelo pode ser utilizado com uma estrutura logit, quando a

distribuição é logística, ou probit, quando a distribuição é normal. Os modelos ordenados logit ou probit são empregados para estimar valores de variáveis latentes através de equações lineares (Coutinho *et al.*, 2015). Também estes modelos são calibrados utilizando o método da máxima verossimilhança que estima valores dos diferentes parâmetros do modelo estatístico de modo a maximizar a probabilidade dos dados observados. Os parâmetros são analisados quanto à sua significância estatística com base nos níveis de confiança de 5%.

A validade do modelo pode ser avaliada através de um teste de significância e do teste de linhas paralelas. O primeiro teste, como já referido, compara a verossimilhança do modelo proposto com o modelo que contém apenas a constante, para verificar a hipótese de que as variáveis incluídas no modelo não melhoram significativamente o seu valor preditivo quando comparado com o valor da constante.

O teste de linhas paralelas avalia se os coeficientes da equação linear que define a variável latente do modelo são os mesmos através das categorias de resposta, isto é, se as linhas para cada categoria de resposta são paralelas (Coutinho *et al.*, 2015). Este teste é baseado na comparação da hipótese nula, na qual se assume que as linhas são paralelas, com o modelo geral, em que as linhas não são paralelas. Se as linhas são paralelas, a significância observada deve ser grande e, portanto, o modelo geral não aprimora o ajuste (Coutinho *et al.*, 2015).

2.2. RESULTADOS

A nível estatístico recorreu-se a diferentes modelos de regressão para testar cada uma das hipóteses. Efetuou-se uma análise descritiva da amostra e aplicaram-se os modelos descritos para testar as diferentes hipóteses em estudo. Essas metodologias foram desenvolvidas no *IBM SPSS Statistics 25*. De notar que, em todos os modelos de regressão utilizados neste estudo, foram apenas considerados os indivíduos com nacionalidade portuguesa, pois para um indivíduo se candidatar, por exemplo, a um emprego público é requisito de admissão ter nacionalidade portuguesa.

2.2.1. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

A amostra em estudo é composta por 18204 indivíduos, contudo, para cada uma das variáveis foram apenas consideradas as respostas válidas. Seguidamente é efetuada uma análise descritiva de cada uma das variáveis em estudo.

Tabela 6: Análise descritiva das variáveis socioeconómicas

	Variável	Hipóteses	Frequência	Percentagem
Dados Socioeconómicos	Mês de referência	Setembro	5707	31,4
		Outubro	7011	38,5
		Novembro	4660	25,6
		Dezembro	826	4,5
		Total	18204	100,0
	Grau de urbanização	Área densamente povoada – “URBANO”	5478	30,1
		Área mediamente povoada	5949	32,7
		Área pouco povoada – “RURAL”	6777	37,2
		Total	18204	100,0
	Género	Masculino	7944	43,6
		Feminino	10260	56,4
		Total	18204	100,0
	Grupo etário (em anos)	15-19	724	4,0
		20-24	694	3,8
		25-29	715	3,9

		30-34	1128	6,2
		35-39	1517	8,3
		40-44	1671	9,2
		45-49	1481	8,1
		50-54	1542	8,5
		55-59	1473	8,1
		60-64	1558	8,6
		65-69	1533	8,4
		70-74	1319	7,2
		75-79	1259	6,9
		80-84	979	5,4
		85+	611	3,4
		Total	18204	100,0
	Estado civil	Solteiro	4467	24,6
		Casado	9401	51,7
		Viúvo	2615	14,4
		Divorciado	1709	9,4
		Total	18192	100,0
	Nível de habilitações	Pré-escolar (nenhum)	2349	12,9
		Básico 1º e 2º ciclo	7235	39,7
		Básico 3º ciclo	3077	16,9
		Secundário	2733	15,0
		Pós secundário	162	0,9
		Superior	2648	14,5
		Total	18204	100,0
	Situação profissional	Tem um emprego ou trabalho	7790	42,8
		Desempregado	2070	11,4
		Aluno	973	5,3
		Reformado	5729	31,5
		Incapacitado permanente	323	1,8
		Serviço cívico ou comunitário	3	0,0
		Tarefas domésticas	1132	6,2
		Outra situação de inatividade	169	0,9
		Total	18189	100,0
	Nº de pessoas do agregado familiar	1	4249	23,3
		2	6141	33,7
		3	3969	21,8
		4	2810	15,4
		5	705	3,9
		6	210	1,2

		7	120	0,7
		Total	18204	100,0
		<u>Média</u> ≈ 2,5	<u>Desvio padrão</u> ≈ 1,24	
Nível de rendimento mensal /adulto		1º Quintil	4025	22,1
		2º Quintil	3757	20,6
		3º Quintil	3597	19,8
		4º Quintil	3437	18,9
		5º Quintil	3388	18,6
		Total	18204	100,0

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Na análise dos dados socioeconómicos, pode afirmar-se que o mês de Outubro foi o que apresentou a percentagem mais elevada de respostas (38,5%). É nas áreas pouco povoadas que a grande parte dos indivíduos refere residir (32,7%). Nas zonas menos povoadas é onde se verifica a menor percentagem. No entanto, o número de residentes entre cada uma das áreas não é muito díspar.

A amostra é composta maioritariamente por mulheres (56,4%). Relativamente à idade, esta variável encontra-se dividida em grupos etários, conforme se verifica na Tabela 6, sendo a faixa dos 40 aos 44 anos a apresentar maior número de indivíduos. Em menor número estão os indivíduos com 85 ou mais anos. Quanto ao estado civil legal, observa-se que a maioria dos respondentes são casados (51,7%).

Esta amostra em estudo é constituída maioritariamente por indivíduos apenas com o Ensino Básico – 1º e 2º ciclo (39,7%). Somente 14,5% dos respondentes possui um curso superior. Ao nível da condição perante o trabalho, autotclassificada por cada indivíduo, constata-se que a maioria possui um emprego ou trabalho. Esta variável foi recodificada em “Ativo”, que corresponde aos indivíduos que referem ter um emprego ou trabalho, e em “Desempregado”, que se refere aos indivíduos desempregados. Os restantes foram agrupados na variável “Inativo”, correspondendo a 45,8% do total dos respondentes a esta questão.

No que consta ao agregado familiar (próprio respondente incluído) pode dizer-se que são, em grande parte, compostos por 2 pessoas, sendo o valor médio de aproximadamente 2,5 indivíduos por agregado. O rendimento mensal líquido, por adulto equivalente, é

apresentado em quintis, verificando-se que o quintil mais baixo é o que tem maior expressão nesta amostra.

Apenas nas variáveis referentes ao estado civil e à situação profissional não se registou resposta de todos os indivíduos da amostra.

Tabela 7: Análise descritiva das variáveis da assistência na doença

Variável	Hipóteses	Frequência	Percentagem	
Assistência na Doença	Subsistema de saúde	ADSE	2414	73,4
		ADM	175	5,3
		SAD/PSP	90	2,7
		SAD/GNR	113	3,4
		SAMS	273	8,3
		Outro	223	6,8
		Total	3288	100,0
	Seguro de saúde	Não	15229	83,7
		Sim	2975	16,3
		Total	18204	100,0

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Os resultados obtidos relativamente à assistência na doença, mostram que dos 18204 indivíduos da amostra apenas 18,1% refere ter um subsistema de saúde, quer seja público ou privado, destes a grande maioria possui ADSE (73,4%). Relativamente ao subsistema privado, SAMS, a percentagem é de 8,3%. Constata-se, também, que destes 3288 indivíduos com subsistema de saúde, 84,9% possuem um subsistema público (ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR). Para a análise das hipóteses definidas, criou-se uma categoria única para ADM, SAD/PSP e SAD/GNR, sendo denominada de “Seguros dos Militares”.

No total da amostra, os indivíduos, na sua maioria, referem não possuir seguro de saúde privado voluntário.

Tabela 8: Análise descritiva das variáveis do estado de saúde

Variável		Hipóteses	Frequência	Porcentagem
Estado de saúde auto-reportado		Muito mau	742	4,1
		Mau	2255	12,4
		Razoável	7107	39,1
		Bom	6167	33,9
		Muito bom	1924	10,6
		Total	18195	100,0
		<u>Média</u> ≈ 3,3	<u>Desvio padrão</u> ≈ 0,96	
Doença crónica		Não	7054	38,8
		Sim	11134	61,2
		Total	18188	100,0

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Em relação aos dados relacionados com o estado de saúde, observou-se que, em média, a amostra nivela o seu estado de saúde com 3,3, o que equivale a um estado de saúde razoável. Os estados de saúde extremos, isto é, muito bom e muito mau, são os menos reportados pelos respondentes. Considerando um problema de saúde prolongado como doença crónica, pela análise da Tabela 8, pode afirmar-se que a maioria dos indivíduos refere ter doença crónica (61,2%).

Em seguida são descritos os resultados das variáveis relacionadas com a utilização de consultas médicas.

Tabela 9: Análise descritiva das variáveis referentes à última consulta médica

Variável		Hipóteses	Frequência	Porcentagem
Última consulta	Com médico de MGF	Nunca	190	1,0
		Há 12 meses ou mais	4565	25,1
		Há menos de 12 meses	13443	73,9
		Total	18198	100,0
	Com médico especialista	Nunca	1529	8,4
		Há 12 meses ou mais	8218	45,2
		Há menos de 12 meses	8434	46,4
Total		18181	100,0	

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Os indivíduos que responderam a esta questão referem, na sua grande maioria, ter ido a uma consulta de MGF há menos de 12 meses (73,9%). Também, para as consultas com médico especialista a percentagem é maior para esta distância temporal, contudo com muito menor expressão. A percentagem dos indivíduos que admitem nunca ter ido a uma consulta é maior para a consultas de especialidade hospitalar.

Tabela 10: Análise descritiva das variáveis referentes ao número de consultas médicas

Variável	Hipóteses	Frequência	Percentagem	
Nº de consultas, nas últimas 4 semanas	Com médico de MGF	0	8856	66,3
		1	3939	29,5
		2	447	3,3
		3	86	0,6
		4	35	0,3
		Total	13363	100,0
		<u>Média</u> ≈ 0,4 <u>Desvio padrão</u> ≈ 0,62 <u>Variância</u> = 0,38		
	Com médico especialista	0	5647	67,4
		1	2181	26,0
		2	398	4,8
		3	105	1,3
		4	46	0,5
		Total	8377	100,0
		<u>Média</u> ≈ 0,4 <u>Desvio padrão</u> ≈ 0,69 <u>Variância</u> = 0,48		

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Tal como referido na Tabela 4, para estas variáveis estabeleceu-se um valor máximo de 4 consultas, fazendo o cálculo a uma consulta por semana.

O valor médio para ambos os tipos de consultas é similar, 0,4 consultas, tendo em conta o intervalo de tempo de 4 semanas considerado quando questionados. A maioria dos indivíduos não foi a nenhuma consulta nas últimas 4 semanas. Quer para as consultas com médico de MGF quer com médico especialista, a percentagem de indivíduos é menor quanto maior o número de consultas.

2.2.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

- **Hipótese A: IMPACTO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA**

Como já justificado, para explicar a influência de cada variável na última visita a um médico, aplicou-se o modelo de regressão logística multinomial, apresentando-se seguidamente os resultados obtidos.

As Tabela 12 e 13 apresentam os valores estimados dos coeficientes de regressão, desvio padrão e valores de significância. As estimativas dos coeficientes representam o efeito que cada uma das variáveis explicativas pode ter na variável dependente. Abaixo são focadas de forma sucinta as variáveis que demonstraram uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis dependentes. As variáveis não mencionadas não têm significado estatístico.

O valor de significância obtido no método da razão de verossimilhança foi de 0,00 para as hipóteses A.1) e A.2). Assim, pode dizer-se que os modelos estimados são globalmente significativos, não rejeitando a hipótese nula, dado que a significância é inferior a 0,05. Conclui-se que as variáveis independentes escolhidas explicam cada uma das variáveis dependentes.

Tabela 11: Pseudo R²

	Hipótese A.1)	Hipótese A.2)
Cox e Snell	0,090	0,136
Nagelkerke	0,128	0,161
McFadden	0,077	0,079

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Os coeficientes Pseudo R² (Tabela 11) indicam quanto da variação na variável de interesse é capturada pelo modelo, mostrando, neste caso, que o poder explicativo é apenas modesto.

A.1) ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO DE MGF

Tabela 12: Resultados para quando foi a última consulta com médico de MGF

Consulta MGF		B	Erro	Sig.	Exp(B)
Há 12 meses ou mais	Constante	4,017	0,757	0,000	
	Outubro	-0,219	0,188	0,242	0,803
	Novembro	0,021	0,216	0,923	1,021
	Dezembro	-0,301	0,342	0,379	0,740
	Urbano	-0,832	0,197	0,000	0,435
	Rural	-0,145	0,220	0,508	0,865
	Masculino	-0,052	0,162	0,748	0,949
	Grupo etário	0,026	0,035	0,456	1,026
	Solteiro	0,553	0,370	0,135	1,738
	Casado	0,263	0,313	0,402	1,300
	Divorciado	0,826	0,421	0,050	2,283
	Habilitações	-0,061	0,065	0,346	0,940
	Ativo	0,414	0,195	0,034	1,513
	Desempregado	0,014	0,014	0,301	1,014
	Agregado familiar	-0,044	0,074	0,551	0,957
	Rendimento mensal	-0,010	0,073	0,886	0,990
	ADSE	-0,759	0,199	0,000	0,468
	Seguros dos Militares	0,077	0,602	0,898	1,080
	SAMS	-0,306	0,533	0,565	0,736
	Seguro privado	0,172	0,213	0,419	1,188
Estado de saúde	-,177	,117	0,132	0,838	
Doença crónica	,015	,184	0,936	1,015	
Há menos de 12 meses	Constante	5,708	0,750	0,000	
	Outubro	-0,280	0,186	0,131	0,756
	Novembro	-0,012	0,214	0,954	0,988
	Dezembro	-0,498	0,339	0,142	0,608
	Urbano	-0,831	0,195	0,000	0,436
	Rural	-0,182	0,218	0,404	0,834
	Masculino	-0,563	0,161	0,000	0,570
	Grupo etário	0,068	0,035	0,049	1,071
	Solteiro	0,516	0,365	0,158	1,674
	Casado	0,469	0,309	0,128	1,599
	Divorciado	0,870	0,417	0,037	2,387

	Habilitações	-0,067	0,064	0,295	0,935
	Ativo	0,254	0,193	0,189	1,289
	Desempregado	-0,002	0,014	0,863	0,998
	Agregado familiar	-0,092	0,074	0,213	0,912
	Rendimento mensal	0,015	0,072	0,836	1,015
	ADSE	-0,891	0,196	0,000	0,410
	Seguros dos Militares	0,243	0,596	0,684	1,275
	SAMS	-0,327	0,525	0,533	0,721
	Seguro privado	0,134	0,211	0,524	1,144
	Estado de saúde	-0,417	0,116	0,000	0,659
	Doença crónica	0,557	0,182	0,002	1,745
Categoria de referência: nunca.					

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Pertencer a uma área urbana, ou seja, densamente povoada, não se traduz numa maior probabilidade de procurar consultas com médico de MGF, em ambas as categorias definidas na variável dependente, que revelaram uma correlação negativa.

Também a variável relativa ao género masculino demonstrou uma correlação negativa, mas apenas foi estatisticamente significativa para a categoria da última consulta com médico de MGF há menos de 12 meses. Portanto, os homens revelaram ter uma menor probabilidade de recorrer a um médico de MGF recentemente, comparativamente às mulheres.

Atentando apenas na variável da última consulta com médico de MGF há menos de 12 meses, em que o grupo etário é estatisticamente significativo, verifica-se uma correlação positiva. Assim, pode dizer-se que a cada aumento da faixa etária definida para esta variável, a probabilidade de recorrer a uma consulta com médico de MGF aumenta cerca de 1,1 vezes.

No estado civil, os divorciados apresentam uma maior probabilidade de recorrer a uma consulta de MGF, quer seja há menos ou mais de 12 meses, relativamente aos viúvos. Esta probabilidade é cerca de 2,3 e 2,4 vezes superior, respetivamente, para consulta de MGF há 12 meses ou mais e consulta de MGF há menos de 12 meses.

Relativamente à situação profissional, somente na categoria da consulta há 12 meses ou mais, a variável referente aos indivíduos em situação ativa revelou uma correlação positiva. Nesta distância temporal, os indivíduos com trabalho ou emprego têm uma probabilidade aproximadamente 1,5 vezes superior de procurar um médico de MGF, quando comparado com os indivíduos em situação de inatividade.

A ADSE demonstrou uma correlação negativa em ambas as categorias da variável dependente. Portanto, os indivíduos que beneficiam da dupla cobertura, SNS e ADSE, possuem uma menor probabilidade de utilizar de consultas de MGF comparativamente aos indivíduos que só têm SNS.

Apenas na categoria referente à consulta de MGF há menos de 12 meses, verificou-se que a probabilidade de ir a uma consulta é cerca de 0,7 vezes inferior a cada unidade de estado de saúde auto-reportado, ou seja, melhores estados de saúde apresentam uma menor probabilidade. Ainda nesta categoria, a probabilidade de indivíduos com doença crónica recorrerem a uma consulta de MGF é superior em relação aos que não a possuem.

A.2) ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO ESPECIALISTA

Tabela 13: Resultados para quando foi a última consulta com médico especialista

Consulta Especialidade		B	Erro	Sig.	Exp(B)
Há 12 meses ou mais	Constante	0,067	0,277	0,808	
	Outubro	0,196	0,069	0,004	1,217
	Novembro	0,307	0,078	0,000	1,359
	Dezembro	0,423	0,153	0,006	1,527
	Urbano	-0,008	0,078	0,920	0,992
	Rural	-0,092	0,069	0,181	0,912
	Masculino	-0,416	0,062	0,000	0,660
	Grupo etário	0,097	0,013	0,000	1,101
	Solteiro	0,099	0,128	0,437	1,105
	Casado	0,335	0,108	0,002	1,398
	Divorciado	0,475	0,145	0,001	1,608
	Habilitações	0,377	0,032	0,000	1,458
	Ativo	-0,130	0,076	0,088	0,878
	Desempregado	-0,007	0,005	0,110	0,993

	Agregado familiar	-0,003	0,027	0,918	0,997
	Rendimento mensal	0,122	0,027	0,000	1,129
	ADSE	0,063	0,116	0,586	1,065
	Seguros dos Militares	0,319	0,263	0,227	1,375
	SAMS	0,386	0,375	0,303	1,471
	Seguro privado	0,112	0,095	0,240	1,119
	Estado de saúde	-0,100	0,042	0,018	0,905
	Doença crónica	0,485	0,071	0,000	1,624
Há menos de 12 meses	Constante	1,021	0,284	0,000	
	Outubro	0,139	0,071	0,050	1,149
	Novembro	0,269	0,081	0,001	1,309
	Dezembro	0,305	0,159	0,054	1,357
	Urbano	0,124	0,080	0,120	1,132
	Rural	-0,274	0,071	0,000	0,760
	Masculino	-0,741	0,064	0,000	0,477
	Grupo etário	0,052	0,014	0,000	1,054
	Solteiro	0,132	0,131	0,315	1,141
	Casado	0,532	0,109	0,000	1,702
	Divorciado	0,547	0,149	0,000	1,729
	Habilitações	0,519	0,033	0,000	1,680
	Ativo	-0,431	0,078	0,000	0,650
	Desempregado	-0,025	0,005	0,000	0,976
	Agregado familiar	-0,031	0,029	0,284	0,970
	Rendimento mensal	0,231	0,028	0,000	1,260
	ADSE	0,409	0,116	0,000	1,506
	Seguros dos Militares	0,761	0,264	0,004	2,141
	SAMS	0,611	0,375	0,103	1,842
	Seguro privado	0,488	0,097	0,000	1,630
	Estado de saúde	-0,500	0,044	0,000	0,607
Doença crónica	1,052	0,074	0,000	2,862	
Categoria de referência: nunca.					

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

As variáveis referentes aos meses de outubro e novembro apresentam uma correlação positiva para ambas as categorias da variável dependente. A probabilidade de consultar um médico especialista há menos tempo aumenta de outubro a novembro, sendo em novembro cerca de 1,4 e 1,3 vezes superior relativamente a setembro, respetivamente

para as categorias de 12 meses ou mais e de menos de 12 meses. Na primeira categoria, também a variável relativa a dezembro é estatisticamente significativa, com correlação positiva.

Na consulta de especialidade há menos de 12 meses, verificou-se que em áreas pouco povoadas, rural, a probabilidade de consultar um médico especialista é cerca de 0,8 vezes menor relativamente a áreas mediantemente povoadas.

Em ambas as categorias, a variável dos indivíduos do género masculino apresenta uma correlação negativa, isto é, a probabilidade de consultar um médico especialista há menos tempo é inferior quando comparado com indivíduos do género feminino.

Relativamente aos grupos etários, a correlação é positivas. Portanto, a probabilidade de consultar um médico especialista há menos tempo vai aumentando cerca de 1,1 vezes a cada aumento de faixa etária, para as duas categorias.

Também para as duas categorias, a probabilidade de consultar um médico especialista é superior para os indivíduos casados e para os divorciados relativamente aos indivíduos viúvos.

Constata-se, ainda, que a cada aumento de nível de habilitações, a probabilidade de consultar um médico especialista há menos tempo é cerca de 1,1 e 1,3 vezes superior, para a primeira e segunda categorias apresentadas na Tabela 13, respetivamente.

Indivíduos em condição ativa perante o trabalho e indivíduos desempregados apresentam uma menor probabilidade comparativamente a indivíduos numa situação de inatividade, no que se refere a consultas de especialidade há menos de 12 meses.

Quanto ao rendimento mensal líquido, a probabilidade de consultar um médico especialista é maior com o aumento desse rendimento. O mesmo não se verificou estatisticamente significativo para as consultas com médico de MGF.

Indivíduos com dupla cobertura, nomeadamente que beneficiem da ADSE, ADM, SAD/PSP, SAD/GNR ou de um seguro de saúde privado, têm uma maior probabilidade de consultar um médico especialista há menos de 12 meses relativamente a indivíduos que usufruam apenas do SNS. Os seguros dos militares apresentam maior probabilidade de consulta recente com especialista em relação às restantes duplas coberturas. Para consultas há mais de 12 meses, o mesmo não tem significado estatístico.

À semelhança do que verificou para as variáveis de estado de saúde auto-reportado e de doença crónica nas consultas de MGF há menos de 12 meses, também nas consultas de especialidade a probabilidade de ir é inferior para melhores estados de saúde e superior para indivíduos com doença crónica quando comparados com indivíduos sem problemas de saúde prolongados.

○ **Hipótese B: IMPACTO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS**

Para estudar o impacto de cada variável na utilização de consultas médicas utilizou-se o modelo de regressão de Poisson, como já descrito. De destacar que, neste caso a variáveis dependentes impunham como limite temporal, o número de consultas médicas apenas nas últimas quatro semanas. Em seguida, são apresentados os resultados obtidos.

As Tabela 14 e 15 apresentam os valores estimados dos coeficientes de regressão, desvio padrão e valores de significância. Abaixo são focadas de forma sucinta as variáveis que demonstraram uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis dependentes.

Foi efetuado o teste de Omnibus nas hipóteses B.1) e B.2), o qual permite comparar globalmente o modelo ajustado com a constante, tendo-se verificado que ambos os modelos são estatisticamente significativos.

B.1) NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO DE MGF

Tabela 14: Resultados para número de consultas de MGF

Nº Consultas MGF	B	Erro Padrão	Sig.
(Constante)	-0,147	0,1255	0,242
Outubro	-0,149	0,0313	0,000
Novembro	-0,169	0,0362	0,000
Dezembro	-0,218	0,0778	0,005
Urbano	0,086	0,0352	0,015
Rural	0,026	0,0329	0,429
Masculino	-0,127	0,0296	0,000
Grupo etário	-0,009	0,0067	0,175
Solteiro	-0,002	0,0544	0,974
Casado	0,044	0,0402	0,279
Divorciado	0,105	0,0580	0,071
Habilitações	-0,022	0,0135	0,097
Ativo	-0,084	0,0386	0,029
Desempregado	-0,001	0,0026	0,672
Agregado familiar	-0,013	0,0151	0,405
Rendimento mensal	0,016	0,0124	0,206
ADSE	0,007	0,0454	0,873
Seguros dos Militares	-0,131	0,0976	0,178
SAMS	0,042	0,1218	0,730
Seguro privado	-0,015	0,0449	0,741
Estado de saúde	-0,228	0,0179	0,000
Doença crónica	0,191	0,0382	0,000

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

Na análise da Tabela 14, observa-se que as variáveis referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro, à área urbana, ao género masculino, aos indivíduos profissionalmente ativos, ao estado de saúde auto-reportado e à doença crónica têm significado estatístico. Destas, apenas as variáveis área urbana e doença crónica apresentam uma correlação positiva. Assim, indivíduos de uma área densamente povoada, urbana, têm uma maior probabilidade de consultar um médico de MGF do que os indivíduos de áreas com menor povoação. Também os indivíduos com doença crónica apresentam uma maior probabilidade relativamente a indivíduos sem doença crónica.

O número de consultas com médico de MGF apresenta uma probabilidade inversamente proporcional com os meses de outubro, novembro e dezembro. Indivíduos do género masculino apresentam uma menor probabilidade de recorrer a consultas com médico de MGF relativamente a indivíduos do género feminino. Também os indivíduos numa condição ativa perante o trabalho demonstram uma menor probabilidade face a indivíduos numa situação de inatividade.

Verifica-se, ainda, que quanto melhor é o estado de saúde menor é a probabilidade de consultar um médico de MGF, ou seja, indivíduos com pior estado de saúde apresentam uma maior probabilidade de utilização de cuidados de saúde, especificamente consultas com médicos de MGF.

A ADSE, os outros subsistemas e os seguros privados não têm significado estatístico.

B.2) NÚMERO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA

Tabela 15: Resultados para número de consultas de especialidade

Nº Consultas Especialidade	B	Erro Padrão	Sig.
(Constante)	-0,197	0,1783	0,269
Outubro	-0,153	0,0420	0,000
Novembro	-0,249	0,0483	0,000
Dezembro	-0,412	0,1149	0,000
Urbano	0,178	0,0446	0,000
Rural	-0,031	0,0454	0,489
Masculino	-0,099	0,0390	0,011
Grupo etário	-0,016	0,0092	0,082
Solteiro	0,006	0,0765	0,933
Casado	0,041	0,0607	0,501
Divorciado	0,081	0,0792	0,307
Habilitações	0,086	0,0163	0,000
Ativo	-0,111	0,0494	0,025
Desempregado	-0,003	0,0038	0,442
Agregado familiar	0,006	0,0203	0,754
Rendimento mensal	0,010	0,0168	0,551
ADSE	0,101	0,0520	0,053
Seguros dos Militares	0,209	0,1016	0,040
SAMS	0,239	0,1242	0,055
Seguro privado	0,091	0,0500	0,069
Estado de saúde	-0,254	0,0244	0,000
Doença crónica	0,139	0,0485	0,004

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

À semelhança do modelo para a variável dependente referente ao número de consultas com médico de MGF, nas últimas 4 semanas, e analisando a Tabela 15, verifica-se que as variáveis que se mostraram significativas no modelo anterior também o são neste. Para além dessas, também as variáveis do nível de habilitações e dos seguros dos militares apresentam significado estatístico.

De igual modo, as variáveis área urbana e doença crónica têm uma correlação positiva, portanto indivíduos de uma área densamente povoada apresentam uma maior probabilidade de consultar um médico especialista do que os indivíduos de áreas com menor povoação e doentes crónicos têm, também, uma maior probabilidade

comparativamente a indivíduos sem doença crónica. Porém, para além destas, também as variáveis nível de habilitações e seguros militares têm uma correlação positiva. Assim, um indivíduo com um nível de habilitações mais elevado tem uma maior probabilidade de ir a consultas com um médico especialista. Os indivíduos que beneficiem dos subsistemas de saúde públicos, ADM, SAD/PSP ou SAD/GNR, têm uma maior probabilidade de recorrerem a uma maior número de consultas com um médico especialista relativamente aos indivíduos que só usufruem do SNS.

O subsistema de saúde ADSE e os SAMS apresentam um valor de significância de 0,053 e 0,055, respetivamente, uma vez que são valores superiores a 0,05, estas variáveis não são consideradas estatisticamente significativas.

Já as variáveis referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro apresentam um coeficiente negativo. Deste modo, verifica-se que de outubro a dezembro a probabilidade de ir frequentemente a consultas com um médico especialista é menor.

Os homens apresentam uma menor probabilidade de recorrer mais frequentemente a consultas com médico especialista face às mulheres. Também os indivíduos numa condição ativa perante o trabalho demonstram uma menor probabilidade perante indivíduos numa situação de inatividade.

Há, ainda, outra variável que apresenta um coeficiente negativo, sendo ela a variável referente ao estado de saúde auto-reportado. Assim, pode dizer-se que o estado de saúde é inversamente proporcional ao número de idas a consultas com um médico especialista, isto é, indivíduos com melhor estado de saúde apresentam uma menor probabilidade de recorrer frequentemente a estas consultas.

○ **Hipótese C: IMPACTO DA DUPLA COBERTURA NO ESTADO DE SAÚDE**

O objetivo desta análise é identificar fatores que influenciam o estado de saúde auto-reportado pelos indivíduos, dando-se mais ênfase ao impacto que a dupla cobertura tem sobre esta variável. Para tal, recorreu-se à utilização de um modelo ordenado do tipo logit.

O valor de significância obtido no método da razão de verossimilhança foi de 0,00. Deste modo, pode dizer-se que o modelo estimado é globalmente significativo.

Tabela 16: Teste de linhas paralelas

Modelo	Verossimilhança de log -2	Qui-quadrado	df	Sig.
Hipótese nula	14493,371			
Geral	14359,222	134,149	63	0,000

A hipótese nula declara que os parâmetros de localização (coeficientes de inclinação) são os mesmos entre categorias de resposta.

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

A Tabela 16 apresenta o teste de linhas paralelas que permite analisar a validade do modelo estimado. O modelo deste estudo é estatisticamente significativo, dado que não se rejeita a hipótese nula.

Tabela 17: Resultados para o estado de saúde auto-reportado

		Estimativa	Erro	Sig.
Estado de saúde auto-reportado	Muito mau	-4,409	0,197	0,000
	Mau	-2,545	0,190	0,000
	Razoável	0,198	0,188	0,292
	Bom	2,829	0,193	0,000
Variáveis	Outubro	-0,108	0,057	0,057
	Novembro	-0,105	0,063	0,094
	Dezembro	-0,218	0,122	0,074
	Urbano	0,192	0,059	0,001
	Rural	-0,172	0,058	0,003
	Masculino	0,340	0,051	0,000
	Grupo etário	-0,231	0,012	0,000
	Solteiro	-0,017	0,099	0,861
	Casado	-0,410	0,076	0,000
	Divorciado	-0,230	0,103	0,026
	Habilitações	0,311	0,022	0,000
	Ativo	0,234	0,067	0,000
	Desempregado	0,004	0,005	0,432
	Agregado familiar	0,099	0,026	0,000
	Rendimento mensal	0,213	0,021	0,000
	ADSE	0,079	0,073	0,280
	Seguros dos Militares	0,337	0,153	0,027
	SAMS	0,507	0,185	0,006
	Seguro privado	0,279	0,069	0,000
	Nº Consultas MGF	-0,353	0,038	0,000
Nº Consultas Especialidade	-0,264	0,036	0,000	

Fonte: Construção própria, análise em SPSS.

As variáveis referentes ao grau de urbanização são estatisticamente significativas. No entanto, os seus coeficientes apresentam sinais contrários. A variável área urbana apresenta uma correlação positiva, isto é, indivíduos de áreas densamente povoadas têm maior probabilidade de gozarem de um melhor estado de saúde. O inverso acontece com a variável rural, que tem um coeficiente negativo, portanto indivíduos de áreas pouco povoadas têm um menor probabilidade de ter estados de saúde melhores.

Pela análise da variável do género masculino, verifica-se que os homens têm uma maior probabilidade de ter estados de saúde melhores relativamente às mulheres.

Para a variável dos grupos etários, obteve-se um coeficiente negativo, podendo dizer-se que com o aumento da idade menor a probabilidade de ter um melhor estado de saúde.

Ambas as variáveis referentes aos estados civil, casado e divorciado, apresentam coeficientes negativos. Assim, a probabilidade de ter melhores estados de saúde é menor para indivíduos casados ou divorciados face aos viúvos.

A probabilidade de ter melhores estados de saúde é superior para indivíduos com maiores níveis de habilitações. Também os indivíduos com uma condição ativa perante o trabalho apresentam uma maior probabilidade de ter melhores estados de saúde face aos inativos.

Com o aumento do número de pessoas que vivem no agregado familiar maior é a probabilidade do estado de saúde dos indivíduos ser superior. O mesmo acontece para o rendimento líquido mensal por adulto, que também apresenta um coeficiente positivo, portanto maior rendimento maior a probabilidade de melhores estados de saúde.

Os subsistemas de saúde dos militares, dos SAMS e os seguros de saúde privados apresentam coeficientes positivos, o que demonstra que indivíduos que deles beneficiem têm uma maior probabilidade de gozarem de melhores estados de saúde face aos indivíduos que possuem apenas o SNS. Já o subsistema da ADSE não mostrou significado estatístico, não se verificando que indivíduos que beneficiam da ADSE tenham melhores estados de saúde em relação aos indivíduos que apenas usufruem do SNS.

Como já verificado anteriormente, relativamente ao número de consultas com médico de MGF ou médico especialista, nas últimas 4 semanas, as duas variáveis apresentam, neste modelo, coeficientes negativos. Assim, quanto melhor o estado de saúde do indivíduo menor a probabilidade de idas mais frequentes a consultas médicas.

2.3. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados obtidos com os diversos modelos, efetua-se uma contextualização desses mesmos resultados, bem como uma analogia com a informação descrita na literatura.

Ao analisar as possibilidades de dupla cobertura estudadas nesta investigação, sendo elas através de um subsistema de saúde público ou privado, ou ainda, através de um seguro de saúde privado, constatou-se que na procura e utilização de consultas com médico de MGF não se verifica um maior consumo nos indivíduos que beneficiam desta dupla cobertura relativamente aos que apenas têm o SNS. Como referido no capítulo I deste trabalho, as consultas com médicos de MGF estão, ainda, muito associadas aos cuidados primários do SNS, intimamente relacionadas ao designado médico de família, daí que o facto de ter uma dupla cobertura no acesso a estes cuidados não tenha um impacto significativo.

Por outro lado, na procura e utilização de consultas com médicos especialistas já se observa a influência da dupla cobertura. Os resultados obtidos permitiram verificar que os indivíduos que beneficiam de dupla cobertura no acesso a cuidados de saúde tendem a recorrer com maior frequência a consultas de especialidade, às quais têm um acesso mais facilitado. Esta informação vai ao encontro do que é descrito na literatura, em que se verifica um crescimento do sector privado em Portugal, sendo as consultas de especialidade uma área de forte aposta deste mercado. Moreira, *et al* (2009) obtiveram conclusão similar no seu estudo. Os resultados não apresentaram diferenças significativas entre os indivíduos beneficiários de um subsistema de saúde público e os indivíduos com seguro de saúde privado voluntário.

Há, no entanto, autores que realçam outros comportamentos. Liebman *et al.* (2008), ao realçarem o comportamento humano, relembram que os indivíduos, ao subvalorizarem os benefícios do consumo de cuidados de saúde a longo prazo, podem contribuir para a redução do consumo dos mesmos, até mesmo na presença de seguro de saúde. Portanto não consideram uma certeza que dispor de um seguro de saúde leve a um acréscimo no consumo de cuidados de saúde.

Os SAMS são um subsistema de saúde privado que se destaca pelo facto de, contrariamente aos restantes subsistemas públicos estudados, não revelou ter influência na procura e utilização de consultas médicas de especialidade.

Relativamente aos dados socioeconómicos, discute-se agora o impacto das diversas variáveis explicativas em estudo. Quanto ao efeito do grau de urbanização, os resultados indicam que indivíduos de áreas menos povoadas (rurais) consomem menos consultas de MGF ou de especialidade. O contrário também se verifica, em que indivíduos de áreas densamente povoadas (urbanas) consomem mais consultas, quer de MGF quer de especialidade. Tal facto, poderá estar associado à menor facilidade de acesso a cuidados de saúde em regiões distantes dos grandes centros urbanos, onde a oferta quer pública quer privada é bastante superior.

Os homens tendem a ter um menor consumo de cuidados de saúde relativamente às mulheres. A evidência empírica indicia que as mulheres tendem a procurar com maior frequência cuidados médicos (Cameron *et al.*, 1998). A diferença de comportamentos tende a ser maior na procura de cuidados médicos preventivos (Deb, 2001). Esta diferença de comportamentos pode ser justificada por diferenças no custo de oportunidade. Uma maior frequência no consumo de cuidados de saúde pelas mulheres é justificada pelo custo dos tratamentos e medicamentos e, também, pelo custo de oportunidade que a doença implica em termos de tempo para cuidar da família, tarefas domésticas e trabalho.

Relativamente ao efeito da idade, através da aplicação do modelo de regressão logística multinomial, os resultados obtidos apontam para o aumento do consumo de consultas médicas com o avançar da idade, tal como seria de esperar, pois a partir de uma determinada idade o recurso a cuidados médicos tende a aumentar devido à deterioração do estado de saúde. De acordo com Grossman (1972) a idade pode ser entendida como um indicador da taxa de depreciação do capital saúde. Também os autores Moreira, *et al* (2009) obtiveram conclusão semelhante.

Na análise do efeito do estado civil, tendo como referência a categoria de estar viúvo, constata-se que estes são os indivíduos que apresentam menor probabilidade de recorrer a consultas médicas, contrariamente ao que seria expectável, uma vez que, geralmente, estes são indivíduos de faixas etárias mais avançadas e que estão, geralmente, mais sós.

Estes resultados indicam uma menor aversão ao risco por parte destes indivíduos em relação à sua saúde.

Os resultados quanto ao nível de escolaridade indicam que os indivíduos com um grau de habilitações académicas superior tendem a recorrer a uma maior utilização de consultas com médicos especialistas. Já no consumo de consultas com médico de MGF o efeito desta variável não se mostrou significativo. Talvez o conhecimento a que têm acesso lhes forneça a capacidade de decidir que especialista consultar perante uma determinada condição patológica, não passando pela avaliação inicial efetuada por um médico de família que o encaminharia, se necessário, para a especialidade mais apropriada. Este primeiro contacto com o médico de MGF é o que se pretende sempre no SNS.

Quanto a situação profissional, de modo global, os resultados apontam para que indivíduos com um emprego ou trabalho tendem a consumir menos frequentemente consultas médicas face aos indivíduos em situação de inatividade, como os estudantes, reformados ou incapacitados. Estes resultados parecem estar associados a uma maior perceção de deterioração do estado de saúde e uma diminuição dos custos de oportunidade do tempo dedicado aos cuidados de saúde.

Relativamente à variável referente ao número de pessoas que vivem no agregado familiar não foi visível qualquer efeito da mesma no consumo de consultas médicas. Porém, existem estudos que contrariam este resultado. Moreira *et al.* (2009) na sua investigação, em que utilizaram uma metodologia de regressão de quantis para dados de contagem, obtiveram resultados que indicam que quando o agregado familiar de um indivíduo é maior, este consome em média menos consultas.

O nível de rendimento mensal apenas demonstrou um impacto positivo na procura de consultas de especialidade. O efeito deste indicador poderá ser explicado pelo modelo de Grossman, em que o rendimento funciona como uma restrição orçamental, medindo a capacidade para pagar cuidados de saúde. De uma forma geral, é de esperar que qualquer aumento no rendimento se traduza num aumento da capacidade monetária do indivíduo, o que poderá levar a um aumento da procura de cuidados de saúde (Rosko e Broyles, 1988). Contudo, esta consideração é sobretudo aplicável a subsistemas de saúde públicos ou privados e a seguros privados, não sendo tão evidente a sua aplicação ao SNS, uma vez que os custos diretos suportados pelos utentes do SNS são reduzidos. Outra

explicação é o facto de rendimentos elevados tendem a estar associados a um maior investimento em capital humano, assim indivíduos com rendimentos superiores tendem a ter custos de oportunidade mais elevados associados com a depreciação da saúde e com os estados de doença (Marmot, 2001). Estes resultados estão em linha com os estudos de Pohlmeier *et al.* (1995), Lourenço (2007) e Moreira *et al.* (2009), que encontraram, também, pequenos efeitos positivos para o rendimento.

Quanto aos efeitos das variáveis no estado de saúde auto-reportado, em termos globais, verifica-se que fatores que contribuam para um melhor estado de saúde têm um impacto positivo sobre o consumo de consultas médicas. Portanto, indivíduos com melhores estados de saúde e sem doenças crónicas tendem a consumir menos consultas médicas quer seja com médico de MGF ou com médico especialista. Tal como Barros (2009) refere, o próprio estado de saúde do indivíduo leva a um maior ou menor consumo de cuidados de saúde para um mesmo preço, mantendo-se constantes todos os outros fatores. O estado de saúde do indivíduo é, assim, um dos principais fatores determinantes na procura e utilização de cuidados de saúde. Contudo, não há evidência de que os indivíduos que usufruem da ADSE reportem melhores estados de saúde, contrariamente aos resultados obtidos para as restantes coberturas adicionais de assistência na doença e que eram expectáveis.

Por sua vez, o estado de saúde é influenciado pelo grau de urbanização da sua área de residência, facto que poderá estar associado a um acesso a cuidados de saúde mais difícil em regiões distantes dos grandes centros urbanos. Com o avançar da idade o estado de saúde tende a deteriorar-se, podendo estar relacionado com situações de inatividade e maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde.

A avaliação da procura e utilização de cuidados de saúde é muito complexa, pois além de considerarmos a resposta do consumidor às alterações no preço, temos também de ter em conta a habilidade do prestador em induzir a procura. A procura de cuidados é sempre iniciada pelo doente, sendo que o médico é seu agente, porém estes dois intervenientes não consideram o preço da mesma forma.

CONCLUSÃO

Com o aumento da despesa em saúde, verificado atualmente em quase todo o mundo, os decisores políticos apoiam-se, cada vez mais, em informação epidemiológica para tomarem decisões de intervenção, bem como para as monitorizarem e avaliarem os seus resultados, em particular dos impactos que as intervenções têm na saúde da população.

O INS surge, assim, como um importante suporte no planeamento e avaliação em saúde. Este inquérito resulta da utilização de critérios metodológicos exigentes, confirmados pela estabilidade dos principais indicadores obtidos ao longo dos anos. Os seus indicadores têm origem numa amostra aleatória de base populacional, e não numa qualquer outra base amostral e segmentada. Deste modo, o INS é um instrumento de medida que contribui para um planeamento informado e uma avaliação mais correta do Plano Nacional de Saúde e dos programas de saúde em Portugal. Além disso, é também uma importante fonte de dados utilizados em estudos epidemiológicos, económicos e estatísticos.

O presente estudo teve como intuito examinar o impacto de coberturas complementares ou suplementares sobre a procura e utilização de consultas médicas, centrando-se na análise das diferenças de comportamento entre os indivíduos apenas abrangidos pelo SNS e os indivíduos que beneficiam de uma dupla cobertura de assistência na saúde e, ainda, verificar se a dupla cobertura se traduz em melhores estados de saúde. Na globalidade, quer os subsistemas de saúde quer os seguros de saúde privados voluntários, demonstram ter um efeito de proteção complementar no acesso aos cuidados de saúde. Assim, esta proteção adicional prestada por entidades privadas induz uma maior utilização do que quando é fornecida apenas por entidades públicas. Apenas o subsistema de saúde privado em estudo não revelou ter qualquer efeito na utilização de consultas médicas. Concluindo, a dupla cobertura proporciona mais benefícios aos indivíduos, reduzindo o custo por serviço enfrentado pelo indivíduo quando necessita de recorrer ao sector privado, o que considerando a procura elástica, aumenta a procura de cuidados de saúde.

A utilização de cuidados de saúde é de difícil modelação, pois o seu nível resulta geralmente de decisões tanto dos utentes como dos médicos. Contudo, foi possível

encontrar explicações para o facto de as variáveis seleccionadas afetarem o consumo de consultas médicas.

O sector da saúde apresenta-se, mais do que nunca, perante desafios cruciais à sustentabilidade dos sistemas de saúde e à manutenção dos ganhos em saúde conseguidos. A nível global, o estado de saúde apresenta melhorias contínuas. No entanto, torna-se cada vez mais primordial a procura da eficiência, da inovação e da diferenciação, de forma a garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e uma prestação de cuidados de saúde cada vez mais eficiente e com melhor qualidade. A abordagem feita nesta dissertação poderá ser útil na elaboração de diretrizes políticas, ao obter elementos de apoio à eventual definição de estratégias políticas nacionais para que todos os cidadãos possam ter igual acesso aos cuidados de saúde.

Surgem, contudo, algumas limitações relacionadas com a base de dados e os modelos utilizados nesta investigação. O período de recolha de dados para o INS de 2014, comparativamente com os inquéritos anteriores, é relativamente curto, o que impossibilita obter dados referentes aos efeitos da sazonalidade na procura e utilização de consultas médicas. Para além disto, um maior período de recolha de dados permitiria obter uma amostra ainda mais representativa da população portuguesa.

O facto de o INS não utilizar instrumentos de medição validados, dificulta a obtenção de dados e informação de saúde com a máxima validade, bem como a sua harmonização e comparação com os restantes estados membros da União Europeia, por exemplo. A inexistência de dados em painel que possibilitem a comparação da utilização de cuidados de saúde, por exemplo, antes e após beneficiar de um subsistema público ou privado ou de um seguro de saúde privado voluntário é, também, uma limitação deste estudo.

Relativamente à variável referente ao rendimento mensal não foi possível ter acesso à discriminação dos valores reais de intervalo de quintis de rendimento mensal líquido por adulto equivalente. O mesmo se verificou para a variável idade, que está agrupada em faixas etárias.

Outra limitação é a incapacidade de afirmar que o acesso a consultas de MGF é referente, exclusivamente ao sector público da saúde em Portugal, dado que atualmente também a MGF é uma especialidade médica como qualquer outra. Apesar da preponderância das

consultas de MGF nos cuidados de saúde primários do SNS, não se pode afirmar que estas consultas não aconteçam no sector privado sob a dupla cobertura que os indivíduos possam usufruir. Deste modo, não se pode fazer uma avaliação precisa do consumo de consultas médicas no sector público versus o sector privado.

Em Portugal, para além dos seguros de saúde, têm também emergido os planos de seguro de saúde, usualmente associados a cartões de saúde, que pode englobar apenas determinados atos médicos, como por exemplo, planos específicos para medicina dentária. Contudo, no INS 2014, não está explícito se o indivíduo ao responder à questão acerca de possuir ou não seguro de saúde, tem em consideração estes planos, englobando-os nos seguros de saúde privados ou não.

Outra limitação é a impossibilidade de separar os efeitos gerados do lado da procura e do lado da oferta, sendo apenas viável a medição do impacto global ao nível da procura e utilização de cuidados de saúde.

No futuro, como complemento de análise, propõem-se o estudo de outros indicadores de utilização de cuidados de saúde, como internamentos, medicina dentária, cuidados de enfermagem, fisioterapia, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADM (2008). Instituto de Ação Social das Forças Armadas. *in* <http://adm.defesa.pt/a-adm.aspx> (acedido a 11/07/2019).
- ADSE (2018). *História*. Instituto de Proteção e Assistência na Doença. *in* <https://www2.adse.pt/institucional/historia/?showmenu=1> (acedido a 20/01/2019).
- ADSE (2018a). *Missão e atribuições*. Instituto de Proteção e Assistência na Doença. *in* <https://www2.adse.pt/institucional/missao-e-atribuicoes/> (acedido a 20/01/2019).
- ADSE (2018b). *Beneficiários*. Instituto de Proteção e Assistência na Doença. *in* <https://www2.adse.pt/beneficiarios/> (acedido a 11/03/2019).
- Alvarenga, A. M. T. (2015). *Modelos lineares generalizados: aplicação a dados de acidentes rodoviários*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Informação Especialização em Gestão e Análise de Dados. Departamento de estatística e investigação operacional da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.
- Arrow, K. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review.
- ASPP/PSP (2014). *Legislação*. Associação Sindical dos Profissionais da Polícia. *in* <http://www.aspp-ppsp.pt/index.php/contactos/13-legislacao/legislacao-diversa/3628-portaria-n-691-2015-sad-ppsp> (acedido a 10/07/2019).
- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos*. 3ª Edição. 31-70, 151-211
- Barros, P.; Machado, M.; Galdeano, A. (2008). *Moral hazard and the demand for health services: A matching estimator approach*. Journal of Health Economics, 27 (4), 1006-1025.
- Cameron, A.; Triverdi, P.; Milne, F.; Piggott J. (1988). *A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia*. The Review of Economic Studies, 55 (1), 85-106.

- Clewers, A.; Perkins, D. (1998). *Economics for Health Care Management*. London: Prentice Hall. ISBN 0-13-209461-4.
- Coulson, N.; Terza, J.; Neslusan, C.; Stuart, B. (1995). *Estimating the moral-hazard effect of supplemental medical insurance in the demand for prescription drugs by the elderly*. *The American Economic Review*, 85 (2), 122-126.
- Coutinho, C. H. L.; Cunto, F. J. C.; Ferreira, S. M. P. (2015). *Análise da severidade dos acidentes com motocicletas utilizando modelos probit e logit ordenados*. *TRANSPORTES*, v. 23, nº. 4. 60-66.
- Deb, P.; Trivedi, P. (2002). *The structure of demand for health care: latent class versus two-part models*. *Journal of Health Economics*, 21, 601-625.
- DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde, 2012-2016, Eixo estratégico – Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. in <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> (acedido a 18/12/2018).
- Dias, C. M. (2009). *25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal*, Revista Portuguesa de Saúde Pública – Especial 25 anos, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Dias, C. M.; Jesus, G.M. (2001). *O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal: História, métodos e alguns resultados*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. in http://www.onsa.pt/conteu/proj_ins_historia_onsa.pdf (acedido a 4/12/2018).
- European Commission (2004). *Building a European health survey system: improving information on self-perceived morbidity and chronic conditions*. Luxembourg: Health & Consumer Protection Directorate-General. Directorate C-Public Health and Risk. in http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/morbidity/docs/ev_20040120_rd04_en.pdf (acedido a 20/01/2019).
- Furtado, C.; Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde* [Documento de Trabalho]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. in <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/EA1.pdf> (acedido a 25.01.2019).

- GNR (2018). *Divisão de Assistência na Doença*. Guarda Nacional Republicana. in <https://www.gnr.pt/sadGNR.aspx> (acedido a: 10/07/2019).
- Grossman, M. (1972). *On the concept of health capital and the demand for health*. The Journal of Political Economy, 80 (2), 223-255.
- Ham, C. (1997). *Health care reform: learning from international experience*. University of Birmingham
- INE (2014). *Documento Metodológico – Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística
- INE (2018). *Dia Mundial da Saúde – 7 de abril – 2006-2016*. Destaque - informação à comunicação social. Instituto Nacional de Estatística.
- INSA e INE (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INSA, INE. in http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf (acedido a 27/11/2018).
- Lei de Bases da Saúde: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf> (Lei nº 47/90, de 24 de Agosto, decretada pela Assembleia da República, nos termos dos artigos 164º, alínea d), 168º, nº 1, alínea f), e 169º, nº 3, da Constituição da República).
- Liebman, J.; Zeckhauser, R.(2008). *Simple Humans, Complex Insurance, Subtle Subsidies*. NBER. Working Paper Nº 14330. in http://www.americantaxpolicyinstitute.org/pdf/health_conference/Liebman-Zeckhauser.pdf (acedido a 17/06/2019)
- Lourenço, O. D. (2007). *Unveiling health care consumption groups*, PhD dissertation, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Maarse, H. (2006). *The privatization of healthcare in Europe: a eight-country analysis*. Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 31, nº 4, 981-1014.
- Marmot, M. (2001). *Economic and social determinants of disease*. Bulletin of the World Health Organization 79 (10), 988-996.
- Martinez, L. F.; Ferreira, A. I. (2008). *Análise de Dados com SPSS*, 2ª Edição. Escolar Editora: Lisboa.

- Mateus, A.; Ramalho, E.; Oliveira, H.; Rodrigues, H.; Ferreira, R. (2017). *Sector Privado da Saúde em Portugal*. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados.
- McGuire, A.; Henderson, J.; Mooney, G. (1992). *The economics of health care: an introductory text*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Moreira, S.; Barros, P. P. (2010). *Double health insurance coverage and health care utilization: evidence from quantile regression*. Health Econ. 19: 1075–1092.
- OCDE (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. in http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (acedido a 29/01/2019).
- OCDE (2014). OECD, *Health Statistics 2014*. in <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (acedido a 29/01/2019).
- Oliveira, M. (2010). *Evolução da oferta. 30 anos do Serviço Nacional de Saúde*. Almedina. Coimbra. 271-296
- OMS (2002). *Conceito de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. in <http://www.who.int/en/> (acedido a 15/03/2019)
- Pohlmeier, W.; Ulrich, V. (1995). *An econometric model of the two-part decision making process in the demand for health care*. The Journal of Human Resources, 30 (2), 339-361.
- Rochaix, L. (1987). *O poder discricionário do médico: mito ou realidade?*. in A. C. Campos e J. Pereira (eds). Sociedade Saúde e Economia. ENSP. Lisboa.
- Rosko, M.; Broyles, R. (1988). *The Demand for Medical Services*. The Economics of Health Care: A Reference Handbook. New York: Greenwood Press. 44-77.
- SAMS (s. d.). *Serviços de Assistência Médico Social*. Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas. in <https://www.sbsi.pt/SAMS/Institucional/Pages/default.aspx> (acedido a 09/07/2019).
- Silva, S. N. (2009). *Os seguros de saúde privados no contexto no Sistema de Saúde Português – O Sistema de Saúde Português*. Associação Portuguesa de Seguradores (APS).

- Tadano, Y. S.; Ugaya, C. M. L.; Franco, A. T. (2009). *“étodo de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional.* Ambiente & Sociedade. Campinas, v. XII, n. 2. 241-255.
- Vera-Hernández, A. (1999). *Duplicate coverage and demand for health care: the case of Catalonia.* Health Economics, 8, 123-148.
- Wagstaff, A. (1986). *The demand for health: theory and applications.* Journal of Epidemiology and Community Health, 40. 1-11
- WHO (1996). *WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version - field trial version.* Geneva: World Health Organization.
- Zweifel, P.; Manning, W. G. (2000). *Moral hazard and consumer incentives in health care.* Volume 1A of Handbook of Health Economics. Elsevier Science. Section I6. 409-459.