

Acesso a Cuidados de Saúde, 2020

As escolhas dos cidadãos

PEDRO PITA BARROS

Professor da Cátedra BPI | Fundação “la Caixa” de Economia da Saúde
Nova School of Business & Economics, Universidade NOVA de Lisboa





Conteúdo

1. INTRODUÇÃO	07
2. ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE E POPULAÇÕES DE INTERESSE	15
3. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A PRIMEIRA DECISÃO DO CIDADÃO	19
3.1 O ponto de partida	21
3.2 A decisão de procurar auxílio no sistema de saúde	30
3.3 O que faz quem não procura auxílio no sistema de saúde?	36
3.4 Porque não se procura auxílio?	38
4. A PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM TEMPO DE COVID-19	43
5. NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS – UMA VISÃO MAIS TRADICIONAL	49
6. TAXAS MODERADORAS COMO BARREIRA DE ACESSO	59
6.1 Taxas moderadoras como fator de dissuasão de uso de serviços de saúde	60
6.2 Taxas moderadoras na despesa dos doentes em episódios de contacto com o SNS	61
7. CUIDADOS DE SAÚDE CENTRADOS NA PESSOA	65
8. O QUE ESCOLHE FAZER QUANDO SE CONTACTA O SISTEMA DE SAÚDE	71
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
10. ANEXO TÉCNICO	87
10.1 Os dados	88
10.2 Opções metodológicas	90
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93



Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à Fundação “la Caixa”, pelo apoio dado, como entidade parceira da Nova SBE em diversas iniciativas. Neste caso, um melhor conhecimento da sociedade portuguesa e do seu relacionamento com o sistema de saúde.

Este primeiro relatório “Acesso a cuidados de saúde, 2020” enquadra-se no objetivo de promoção do conhecimento e discussão pública de assuntos centrais para a sociedade portuguesa. A saúde e o acesso a cuidados de saúde é, tem sido, será, uma das preocupações centrais em Portugal.

Neste relatório é tomada a visão do cidadão, da pessoa comum que se sente doente, e que tem de decidir o que fazer, se e onde ir no sistema de saúde. É por esse motivo um olhar complementar às estatísticas oficiais do Serviço Nacional de Saúde e das atividades do setor privado.

A pandemia da COVID-19 trouxe novas exigências ao Serviço Nacional de Saúde e ao sistema de saúde. Mas também trouxe receios e constrangimentos que alteram a relação das pessoas com o sistema de saúde.

Deixo também um agradecimento à equipa da Nova SBE da Iniciativa para Equidade Social, liderada pela Joana Castro e Costa, e um agradecimento à GfK, sempre disponível para as necessidades de recolha dos dados. E, por fim, um agradecimento ao grupo de investigação do Nova SBE Health Economics & Management Knowledge Center, que força sempre a fazer mais e melhor.



1.
Introdução

1. Introdução

O acesso adequado a cuidados de saúde, em tempo útil, por parte da população que deles tem necessidade é um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde. Também em Portugal este é um objetivo e um assunto frequente nas preocupações das pessoas e presente na discussão política.

O direito à Saúde, estabelecido na Constituição da República Portuguesa, tem de ser traduzido num direito de acesso a cuidados de saúde, quando necessário e independentemente das condições financeiras de cada um. Este princípio está solidamente instalado como um valor da sociedade portuguesa.

Assim, compreender como as pessoas decidem o que fazer quando se sentem doentes é essencial para avaliar em que medida o acesso efetivo a cuidados de saúde em Portugal dá, ou não, expressão prática aos preceitos constitucionais.

Esta preocupação com o acesso a cuidados de saúde, e com as limitações (barreiras) que possam existir a esse acesso, está presente em muitos textos e discussões.

Tomando como referência decisões recentes da Assembleia da República, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), aprovada em 2019, estabelece na Base 1 que “O direito à proteção da Saúde constitui uma responsabilidade conjunta das

pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”. Na Base 4 determina que “São fundamentos da política de Saúde: (...) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade.” Na Base 20, adiciona, a propósito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), “O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios (...) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis”.

A preocupação com desigualdades (não justificadas) no acesso a cuidados e a identificação de grupos vulneráveis que possam ser afetados negativamente por essas desigualdades estão bem presentes na visão política para o sistema de saúde português.

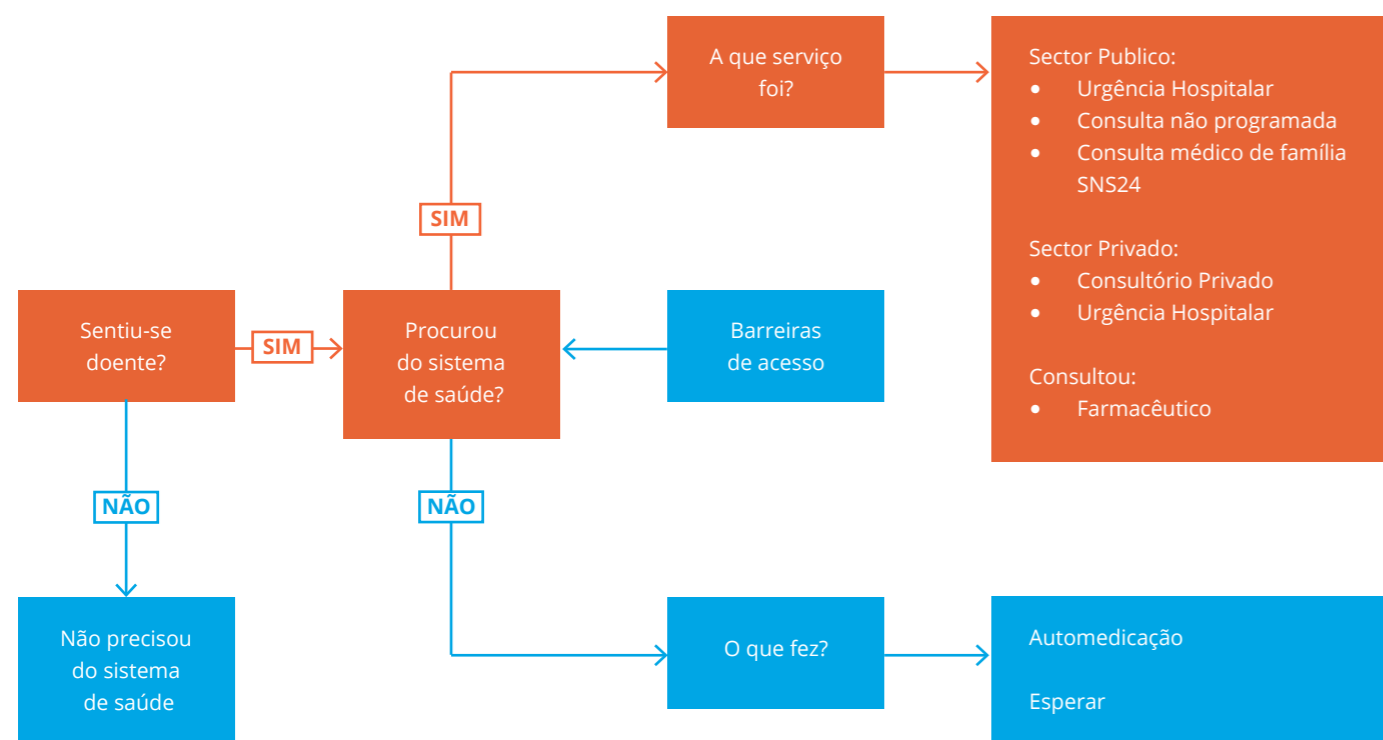
Em termos internacionais, um exemplo da importância do tema encontra-se em Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2019), afirma-se que “as barreiras de natureza financeira são o principal motivo para a existência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde na União Europeia”, expressando uma preocupação com a falta de acesso necessário.

A importância do tema de acesso a cuidados de saúde no sistema de saúde português resulta na produção, anual, de um relatório sobre “Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas”, que constitui obrigação legal do Governo. Este relatório baseia-se em informação referente à utilização de cuidados de saúde que é responsabilidade do SNS. Consegue, em detalhe, fornecer informação sobre barreiras e dificuldades no acesso a cuidados de saúde depois do cidadão contactar o SNS, sendo exemplos os tempos de espera para consultas, o movimento assistencial, etc. Implicitamente, este relatório oficial tem a preocupação de demonstrar que existe acesso a cuidados de saúde através da enumeração sucessiva das múltiplas atividades desenvolvidas e contratadas pelo SNS. É, porém, silencioso quanto ao que sucede fora do contexto do SNS. Se não houve contacto do cidadão com o SNS, não se sabe o que sucedeu com um episódio de doença ou de necessidade de cuidados de saúde que o tenha envolvido.

A totalidade das decisões sobre acesso, ou não, a cuidados de saúde por parte da população não é conhecida através desse relatório oficial dado parte destas decisões que não gera um contacto com o SNS (e logo não se encontra registo no SNS).

São estas decisões que se pretende dar a conhecer melhor, completando a informação e a visão que emerge do relatório oficial de acesso a cuidados de saúde. O foco, aqui, é nas escolhas que são feitas a partir do primeiro momento em que uma pessoa se sente doente. Tem então que decidir se contata, ou não, alguma entidade do sistema de saúde, que pode ser o SNS ou não. A Figura 1.1 ilustra o conjunto de decisões e elementos que serão analisados.

Figura 1.1 - As decisões de acesso a cuidados de saúde



Compreender as regularidades e as características das pessoas que estejam associadas a estas decisões permite conhecer e avaliar potenciais e efetivas barreiras de acesso a cuidados de saúde. Destas regularidades retiram-se conclusões quanto à existência de diferenças de acesso a cuidados de saúde que são motivadas por elementos de natureza socioeconómica, levando a desigualdades não justificadas, e não desejadas, do ponto de vista dos valores da sociedade portuguesa, no acesso a cuidados de saúde.

O conhecimento sobre a utilização necessária e sobre a utilização efetiva de um sistema de saúde é importante para se avaliar as dimensões de eficiência e de equidade associadas à promoção e proteção da saúde.

A dimensão da eficiência corresponde, no contexto de acesso a cuidados de saúde, a dois aspetos distintos. Em ambos, coloca-se a questão de conhecer, e eventualmente influenciar, o recurso a cuidados de saúde por parte da população, conhecer que motivações e barreiras se encontram subjacentes às decisões que são tomadas.

Num primeiro aspeto, é possível ter ineficiência no sistema de saúde por falta de acesso quando é necessário, devido a barreiras à utilização de cuidados de saúde que são de diversa natureza (financeira, de distância física e distância tempo, de conhecimento sobre o sistema de saúde, cultural, etc.). Este tipo de ineficiência na utilização de cuidados de saúde surge frequentemente com a designação de necessidades não satisfeitas. As implicações para a intervenção pública neste campo são, usualmente, no sentido de identificar e desmontar, ou pelo menos atenuar, barreiras de acesso a cuidados de saúde.

Num segundo aspeto, é possível ter ineficiência na utilização de cuidados de saúde por via do recurso excessivo aos serviços de saúde, havendo pouco ou nenhum benefício de o fazer, mas ainda assim ocorrendo essa utilização.

Este recurso excessivo a cuidados de saúde pode surgir quando quem toma a decisão desse uso não considera, no seu processo de escolha sobre o caminho a tomar, todos os custos e benefícios relevantes. Dois exemplos que ilustram este tipo de ineficiência são o recurso desnecessário às urgências hospitalares por parte população quando tem uma preocupação de saúde de pouco relevo, e o pedido de exames complementares de diagnóstico, por vezes repetidos, por parte do decisor clínico. Nos casos de uso desnecessário de cuidados de saúde, a implicação para a intervenção pública será a de criar barreiras de acesso que evitem esse uso sem que sejam barreiras a utilização necessária.

Assim, os dois tipos de ineficiência no acesso a cuidados de saúde têm implicações opostas, contraditórias no sentido em que procurar resolver um dos tipos de ineficiência poderá facilmente resultar num aumento do outro tipo de ineficiência.

Para uma correta definição de políticas públicas é então crucial haver um conhecimento tão preciso quanto possível sobre a importância real de cada uma destas fontes de ineficiência no sistema de saúde. A produção desse conhecimento tem, porém, que ser realizada de forma diferente em cada destes dois aspetos.

A ineficiência trazida pelo uso desnecessário de cuidados de saúde é passível de ser analisada com a informação sobre a utilização real, observada, do sistema de saúde. Havendo uso desnecessário de cuidados de saúde, há nalgum ponto do sistema de saúde registo desse consumo.

Situação diferente é a avaliação de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde. Pela sua própria natureza, não há registo dos cuidados de saúde que deveriam ter lugar mas que não ocorreram, sobretudo nas situações em que a decisão de uso de cuidados de saúde depende do cidadão. Para ganhar conhecimento sobre esta dimensão da ineficiência no acesso a cuidados de saúde, é necessário inquirir a população para saber que decisões foram tomadas que não levaram ao contacto com o sistema de saúde quando tal deveria ter tido lugar, atendendo à necessidade e ao conhecimento do cidadão sobre a sua situação no momento dessa decisão.

Além das preocupações com a maior eficiência, ou não, no acesso a cuidados de saúde, há uma preocupação geral com a equidade nesse acesso, representada por um princípio geralmente aceite de que deverá garantir-se acesso igual para necessidade igual de cuidados de saúde. Em Portugal, este princípio está expresso na Constituição da República Portuguesa, Artigo 64º:¹ "Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) **Garantir o acesso de todos os cidadãos,**

independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação."

A importância dada aos princípios de equidade no sistema de saúde leva a intervenções diversas de políticas públicas, que os procuram assegurar, mesmo que a custo de alguma ineficiência no funcionamento do sistema de saúde. Avaliar a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde é, por isso, um elemento central quando se discute o funcionamento de um sistema de saúde.

Este relatório vem preencher uma lacuna no conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde português ao focar-se nos elementos de acesso a cuidados de saúde que estão associados a necessidades não satisfeitas. Para o fazer, é necessário recorrer a um inquérito à população. Uma vez que se trata de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde (o que não aconteceu mas devia ter acontecido) não há, obviamente registo em qualquer ponto do sistema de saúde, seja no SNS (sector público) seja no sector privado (com ou sem fins lucrativos). A realização de um inquérito próprio permite tratar de forma integrada o uso que os cidadãos fazem do sector público e do sector privado.

Às preocupações gerais com as (in)eficiências e a equidade no acesso a cuidados de saúde, juntou-se em 2020 o efeito da pandemia da COVID-19. De acordo com vários indicadores oficiais de utilização do SNS, ocorreu uma quebra substancial do recurso aos SNS por parte dos cidadãos. Usando o inquérito de acesso a cuidados de saúde realizado em junho de 2020, toma-se aqui a perspectiva das decisões dos cidadãos sobre os tempos (iniciais) da pandemia, abarcando um momento de maior incerteza sobre a pandemia mas menor pressão sobre o sistema de saúde (junho de 2020).

A pergunta central é saber se existem barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde, e havendo que regularidades existem na sua caracterização que possam dar origem a intervenções públicas que levem a um melhor acesso a cuidados de saúde.

A resposta é globalmente positiva: existem barreiras de acesso, mas diminuíram de 2013 a 2020. Existem desigualdades socioeconómicas na ocorrência de doença, mas que não surgem como significativas no acesso a cuidados de saúde.

¹ "Artigo 64.º - (Saúde) 1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxic dependência. 4. O SNS tem gestão descentralizada e participada."



2.
**Acesso a cuidados
de saúde e
populações de
interesse**

2. Acesso a cuidados de saúde e populações de interesse

A eficiência no acesso a cuidados de saúde não é independente da organização e do papel que uma sociedade pretende que o sistema de saúde tenha. É bem conhecido que os sistemas de saúde devem assegurar proteção financeira da população quanto a despesas em cuidados de saúde. Há países que baseiam essa proteção na existência de um SNS de natureza pública. Outros países optam por estabelecer mandatos para aquisição de seguro de saúde privado, normalmente em fortes condições de regulação do mercado.

Para a discussão do acesso a cuidados de saúde, é relevante assinalar que a existência desta proteção financeira reduz as barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde, sendo que estabelece, por vezes, outras barreiras (por exemplo, num modelo de sistema de saúde baseado num SNS, a obrigatoriedade de uma referência do médico de família para acesso a uma consulta de especialidade hospitalar, ou a necessidade de recurso a uma rede específica de prestadores, no caso de seguros de saúde privados).

O modelo de proteção financeira, ao criar o valor inerente a essa proteção, influencia a maior ou menor eficiência na utilização de cuidados de saúde. Basta referir que um sistema de proteção financeira, público ou privado, que dê proteção financeira total, na definição do cidadão não pagar qualquer valor quando recorre por sua iniciativa a cuidados de saúde, resulta facilmente em uso desnecessário. O termo “uso desnecessário” mantém aqui o sentido dado anteriormente, de benefícios resultantes muito baixos ou até inexistentes embora sejam utilizados recursos para atender a essa procura.

Contudo, não dar qualquer proteção financeira implicaria a ocorrência de necessidades de saúde por parte da população que não seriam satisfeitas por falta de condições financeiras, gerando consequências negativas seja de eficiência seja de equidade.

É, por isso, necessário encontrar um equilíbrio entre os diferentes objetivos existentes, sendo que não será fácil, ou sequer possível por vezes, alcançar a máxima eficiência em todas as dimensões simultaneamente.

A identificação de grupos mais afetados por barreiras de acesso a cuidados de saúde é central para a boa definição de políticas públicas nesta área e para a promoção de coesão social. De particular interesse são as diferenças, analisadas em diferentes pontos deste documento, associadas com fatores não controláveis pela pessoa, como a idade, e com fatores de algum modo controláveis por intervenção pública, como o nível de rendimento (nível socioeconómico) e educação, sendo que poderá existir correlação elevada entre vários destes fatores.

Serão, por isso, aqui analisadas três dimensões centrais: a) a dimensão idade – há diferenças associadas com grupos etários?; b) a dimensão socioeconómica – há diferenças associadas com a capacidade financeira das famílias?; e c) a dimensão nível de escolaridade – há diferenças associadas com a educação formal completada?. Nem todas estas três dimensões serão relevantes em todas as decisões analisadas, mas estarão frequentemente presentes ao longo deste relatório. Por facilidade de referência a relação entre cada uma destas dimensões e uma decisão particular

será designada de gradiente (de idade, socioeconómico, de nível de escolaridade, conforme os casos). As classes socioeconómicas consideradas vão da classe (A+B), rendimento e estatuto socioeconómico mais elevado, à classe E, estatuto mais baixo. São contempladas 5 faixas etárias e 4 níveis de escolaridade alcançados.



3.
O acesso a
cuidados de saúde
– a primeira
decisão do cidadão

3. O acesso a cuidados de saúde – a primeira decisão do cidadão

A análise foca no acesso a cuidados de saúde por parte do cidadão, na decisão que este faz, quando se sente doente, de realizar, ou não, um contato como sistema de saúde. Não serão tratados, por opção, os aspetos de acesso a diferentes pontos do sistema de saúde, depois de iniciado um percurso de acompanhamento do problema de saúde (esse percurso, relacionado com referenciação e com tempos de espera, encontra-se tratado, para o SNS, no relatório oficial de acesso a cuidados de saúde no SNS).

3.1 O PONTO DE PARTIDA

A primeira decisão de uma pessoa, ao sentir que tem um problema com a sua saúde, é se recorre, ou não, a algum serviço do sistema de saúde. Esta primeira decisão define, desde logo, a possibilidade de ocorrerem necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, aspeto que será explorado posteriormente. É também um primeiro ponto onde se começa a documentar as diferenças que possam existir entre grupos da população.

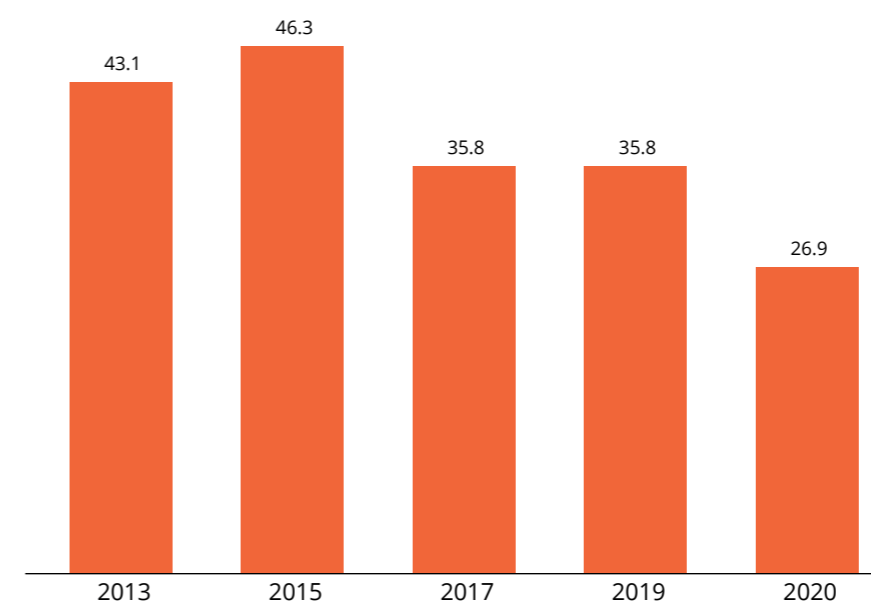
A ocorrência de uma necessidade de recurso a cuidados de saúde poderá ter uma relação sistemática com esses elementos, no que tecnicamente se designa por gradiente (de idade, de educação, socioeconómico).

Se o aparecimento de uma situação de doença for totalmente devido a sorte ou azar, sem qualquer ligação às condições de vida da pessoa, a proporção de pessoas que se sentiram doentes deveria ser essencialmente a

mesma entre os vários grupos da população (esteja a população dividida por grupos etários, por grupos de nível de escolaridade alcançado, ou por grupos de igual capacidade financeira).

A Figura 3.1 apresenta a proporção de inquiridos, em cada ano, que indicou ter-se sentido doente. Apesar da proporção relativamente baixa de pessoas inquiridas que em junho de 2020 referiu ter-se sentido doente pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores, cerca de 27%, representam cerca de 2,5 milhões de residentes em Portugal Continental com idade superior a 15 anos. Este é um valor substancialmente mais baixo do que o verificado em anos anteriores, embora numa tendência nesse sentido desde 2013.

Figura 3.1 - Indicaram ter-se sentido doentes, por ano (%)

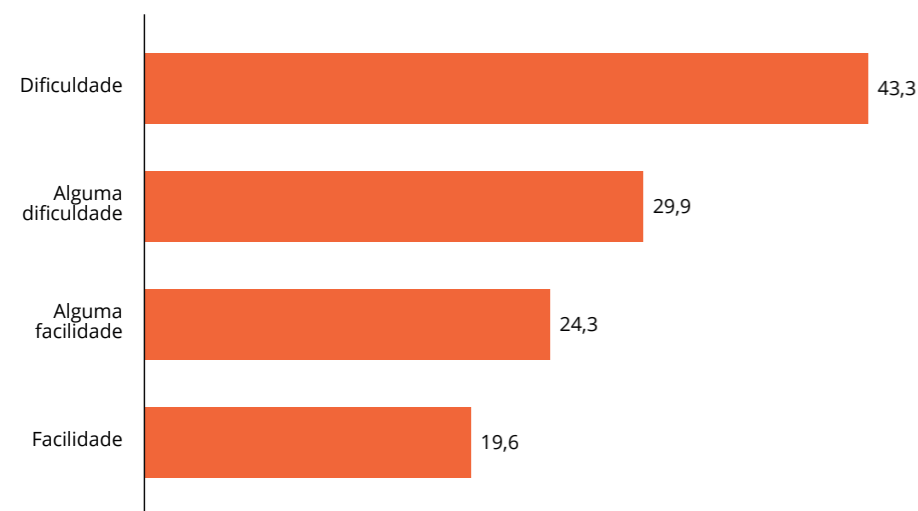


As Figuras 3.2 a 3.4 apresentam a percentagem de pessoas que se sentiram doentes, nos 12 meses de julho de 2019 a junho de 2020, segundo os três fatores de interesse (classe socioeconómica, idade e nível de escolaridade).

Nos dados de base, sem considerar efeitos simultâneos de vários fatores, são detetáveis, em 2020, os habituais gradientes socioeconómicos, de idade e de nível de escolaridade (educação) alcançado. Rendimento mais baixo, idade mais avançada e menor nível de escolaridade encontram-se associados com maior probabilidade de doença (aproximada aqui pelo sentimento de a pessoa se ter sentido doente pelo menos uma vez nos doze meses anteriores à entrevista).

A informação por cada fator relevante dá uma primeira impressão sobre em que grupos da população ocorreram mais episódios de doença. É útil considerar simultaneamente as diferentes características, de modo a conhecer com maior precisão o contributo de cada fator.

Figura 3.2 - Episódio de doença, por condição económica, em 2020



Questão: Tendo em conta o rendimento total do agregado, como é que o seu agregado consegue pagar todas as despesas habituais?

Figura 3.3 - Episódio de doença (%), por idade, em 2020

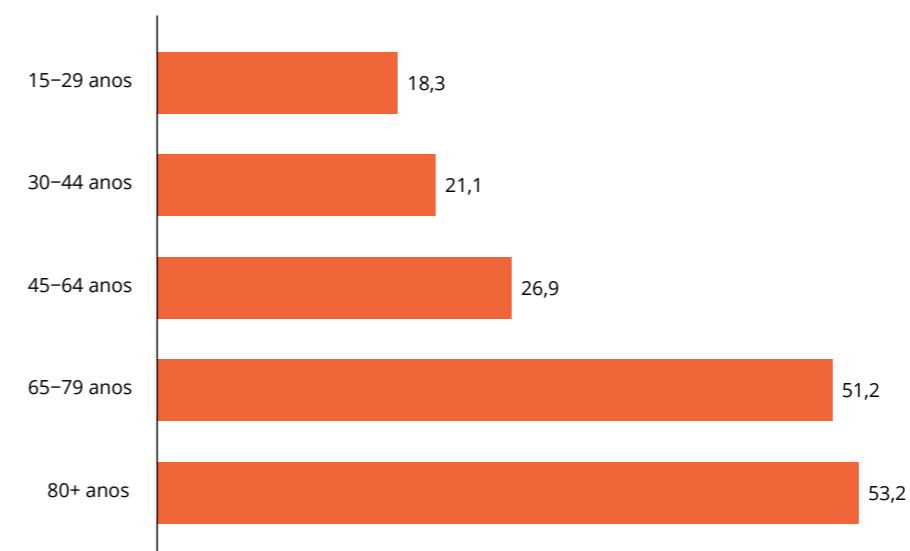
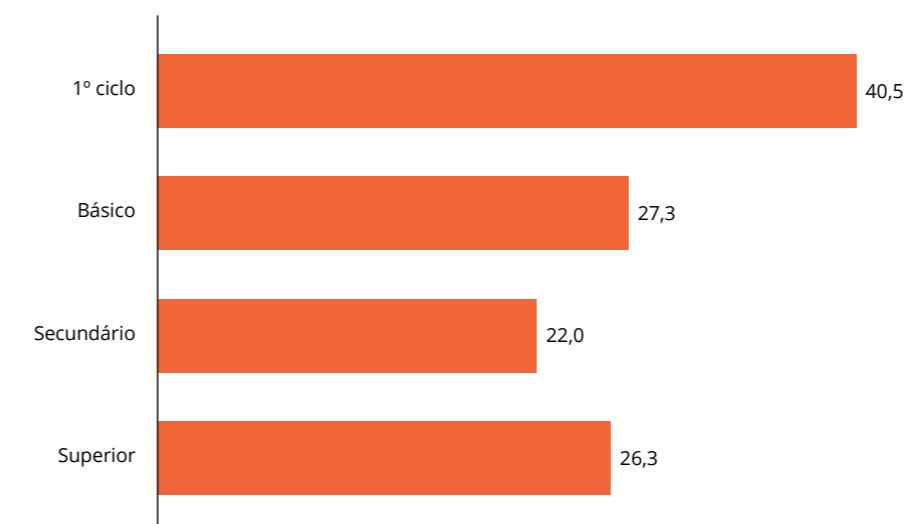


Figura 3.4 - Episódio de doença (%), por nível de escolaridade, em 2020



A Figura 3.5 apresenta o valor médio e um intervalo de variação do valor tal que com 95% de probabilidade o verdadeiro valor médio está contido neste intervalo, para cada fator de interesse. Este intervalo é representado pela barra vertical. Quando estes intervalos, denominados intervalos de confiança, estão sobrepostos entre categorias de modo que os respetivos pontos médios estejam incluídos, os efeitos serão similares entre essas variáveis. Por exemplo, se o ponto médio do contributo de um grupo etário está dentro do intervalo de confiança para outro grupo etário, podemos considerar que não se rejeita a proposta de que os contributos, em média, destes dois grupos da população são idênticos².

Na Figura 3.5, para os dois escalões etários mais elevados, a amplitude de cada um dos intervalos contém o ponto central do outro escalão etário, pelo que estes dois grupos etários são essencialmente similares na probabilidade de uma pessoa em qualquer deles se sentir doente.

A comparação entre anos das situações em que uma pessoa se sentiu doente tem que considerar as diferenças, naturais, na composição da amostra recolhida referente a cada ano, necessitando por isso, de considerar de modo simultâneo os diferentes fatores.

A comparação seguinte é baseada na probabilidade de uma pessoa em cada ano, escolhida aleatoriamente, ter-se sentido doente durante os doze meses anteriores à entrevista, tendo em conta a sua idade, classe socioeconómica, nível de escolaridade alcançado e segundo o género. Na Figura 3.6 apresenta-se uma desagregação por género da informação presente na Figura 3.5 quanto ao papel das diferenças de classe socioeconómica segundo o género³. A diferença entre homens e mulheres reproduz a caracterização habitual destas últimas terem maior carga de doença, sendo a diferença entre géneros mais acentuada na classe socioeconómica mais baixa no ano de 2020.

No restante, da Figura 3.5 é visível que a probabilidade de apresentar um episódio de doença aumenta conforme se passa para escalões socioeconómicos mais baixos, conforme há aumento da idade (em particular, quando se passa para a faixa etária dos 65 ou mais anos) e para grupos populacionais com menor nível de escolaridade.

Figura 3.5 - Probabilidade de episódio de doença (2020)

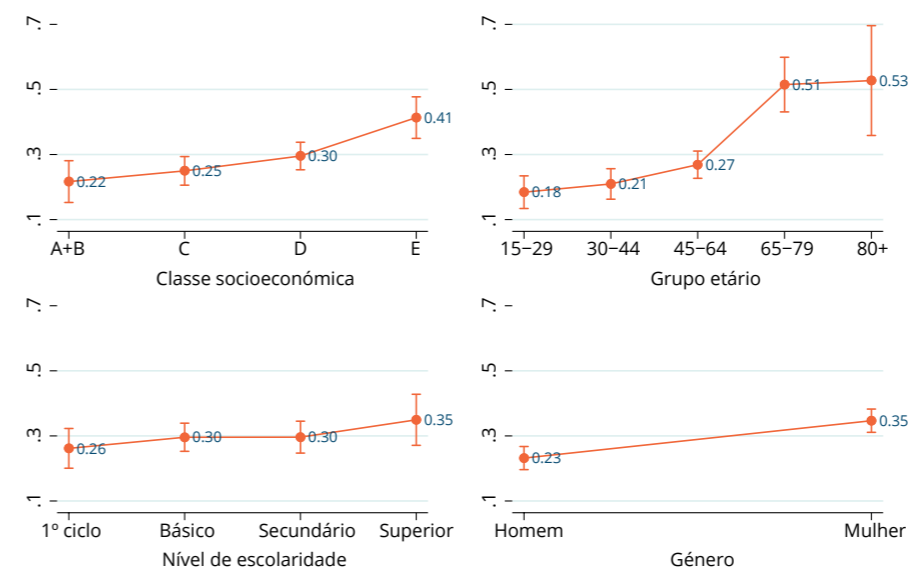
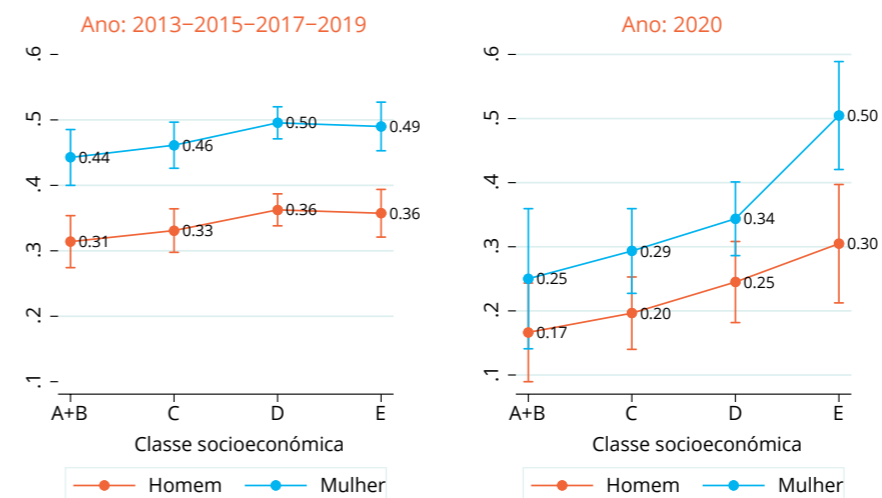


Figura 3.6 - Probabilidade de episódio de doença



² O cálculo destas médias pode ser facilmente feito recorrendo a um modelo de regressão linear em que a variável dependente é o elemento de interesse e as variáveis sobre as quais se calculam as médias correspondem à identificação das categorias de interesse.

³ Foram usados dois modelos de regressão probit, um contendo apenas os dados de 2020, o outro incluindo os dados dos restantes anos (2013, 2015, 2017 e 2019). Neste último modelo probit foi também introduzido um efeito fixo por ano, para capturar outras diferenças entre anos não especificadas.

A comparação entre o ano de 2020 e os anos anteriores, na Figura 3.6, revela que o gradiente socioeconómico foi mais acentuado em 2020 do que no conjunto dos anos anteriores, refletindo provavelmente o que anteriormente se documentou de menor proporção de pessoas inquiridas a reportar que tiveram o que consideraram um episódio de doença em 2020.

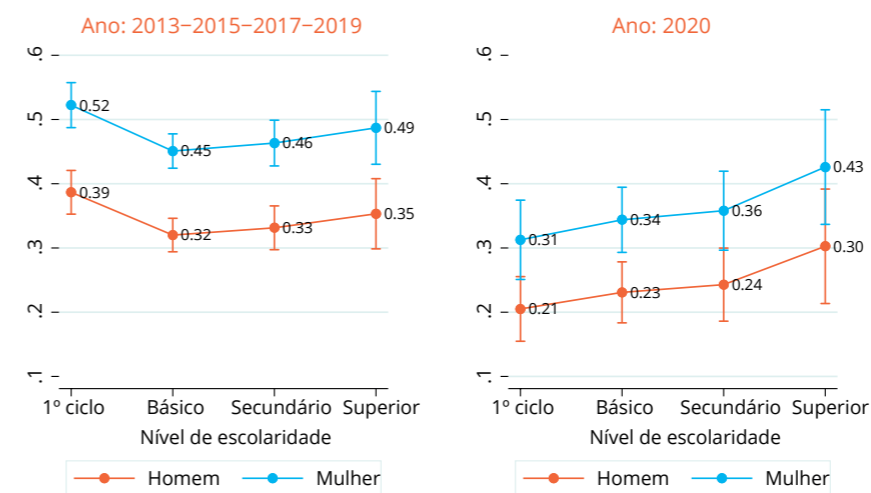
As diferenças de género são ligeiramente menos acentuadas em 2020, com exceção das mulheres na classe socioeconómica mais baixa. Este efeito de diferenças de género está filtrado do efeito de idade, que se encontra controlado através da estimação do modelo de regressão (essa correção acautela o facto da proporção de mulheres na sociedade, e na amostra, ser maior em idades mais avançadas).

O acentuar do gradiente económico resultou de evolução das diferentes classes socioeconómicas em sentidos distintos. As pessoas das classes socioeconómicas mais elevadas, em média, reportaram menos ter-se sentido doentes face ao que sucedeu em anos anteriores. Em contrapartida, essa probabilidade de reportar ter-se sentido doente subiu para a classe socioeconómica mais baixa, ainda que de uma forma pouca expressiva em termos quantitativos.

Não deixa de constituir uma surpresa ocorrer um efeito tão marcado no sentido de se reportar menor ocorrência de episódios de doença num ano caracterizado pela pandemia da COVID-19. No momento das entrevistas (junho de 2020) tinha já decorrido a primeira vaga de infeções em Portugal. Enviesamentos nas respostas poderão estar presentes na medida em que a COVID-19, ao ocupar as preocupações da população, tenha originado um desvalorizar, ou mesmo esquecimento, de situações de doença ocorridas nos meses anteriores.

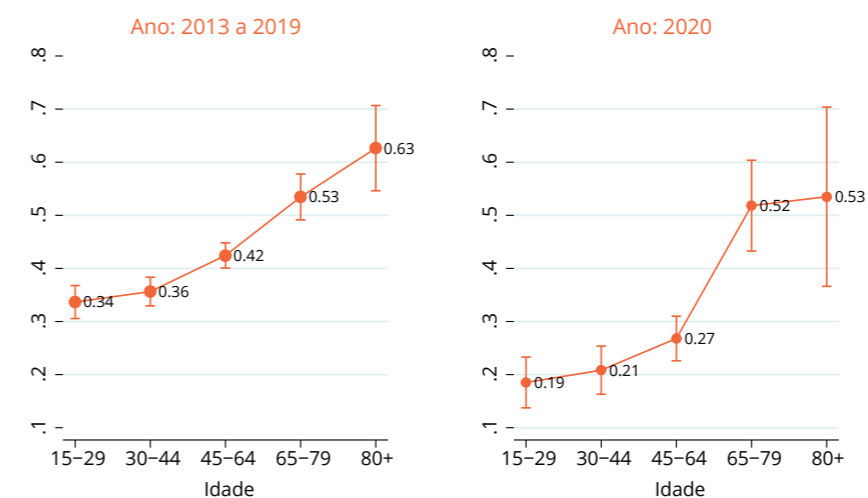
A Figura 3.7 apresenta a mesma decomposição, agora com base no nível de escolaridade alcançado. Em 2020, é claro um efeito de maior probabilidade de episódio de doença para níveis de escolaridade alcançada mais elevados – mantendo a classe socioeconómica constante na comparação (isto é, comparam-se pessoas na mesma classe socioeconómica mas diferentes níveis de escolaridade alcançados). Este efeito é de algum modo inesperado, embora não seja específico ao ano de 2020, estando presente nos anos anteriores.

Figura 3.7 - Probabilidade de episódio de doença



O efeito associado com os grupos etários é bastante mais pronunciado em 2020, onde a indicação de se ter sentido um episódio de doença não está distante do encontrado nos anos anteriores. A diferença importante está na população mais jovem, onde há uma menor perceção de ocorrência de doença.

Figura 3.8 - Probabilidade de episódio de doença



Em suma, é visível, em 2020, um forte gradiente positivo associado com a idade, um razoável gradiente negativo associado com a condição socioeconómica, aproximada em 2020 pela capacidade financeira do agregado familiar em satisfazer das despesas habituais, e um gradiente positivo embora não muito forte, de maior nível de educação estar associado com maior possibilidade de a pessoa inquirida ter indicado ter-se sentido doente pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores.

Desta exploração preliminar retira-se que “sentir-se doente” não é distribuído de forma aleatória na população. Estando de acordo com a percepção comum, é mais frequente uma pessoa sentir-se doente se tiver mais idade, menor educação e/ou viver num agregado familiar com maiores dificuldades em pagar todas as despesas habituais.

O efeito associado com a idade faz-se sentir a partir do grupo etário dos 45 aos 64 anos, torna-se mais acentuado a partir dos 65 anos. Quanto à educação, em termos médios, pessoas com maior nível de educação tendem a estar menos doentes. Contudo, a população com maior idade tem, em média, menor grau de educação alcançado, fazendo com que os dois efeitos se confundam e misturem.

Numa análise simultânea de ambos os elementos, fica claro que o efeito dominante está associado à idade, alterando-se de forma substantiva o efeito atribuído ao nível de educação alcançado: para a mesma idade (grupo etário) é o grupo com maior nível de educação que refere sentir-se doente com mais frequência.

A componente de rendimento mantém as suas características qualitativas: quem vive em agregados familiares com maior facilidade em fazer face a

despesas habituais apresenta com menor frequência “sentir-se doente”.

A principal conclusão é que as desigualdades socioeconómicas e as diferenças entre grupos da população se refletem na própria necessidade potencial de cuidados de saúde, à semelhança do que é regularmente encontrado em estudos, nacionais e internacionais, nas últimas décadas.

A existência destas desigualdades coloca o desafio de as condições de acesso a cuidados de saúde as compensarem de algum modo, garantindo que não são reforçadas por dificuldades de acesso distintas consoante estes mesmos fatores.

A análise irá, a partir deste ponto, dividir-se em dois caminhos distintos. Por um lado, irá procurar conhecer-se melhor o que motiva e o que sucede quando as pessoas optam por não recorrer ao sistema de saúde. Por outro lado, é igualmente importante seguir o que é a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde, e a que pontos do sistema de saúde as pessoas se dirigem. Cada um destes caminhos será explorado em secções separadas.



3.2 A DECISÃO DE PROCURAR AUXÍLIO NO SISTEMA DE SAÚDE

O passo seguinte, no processo de decisão, de uma pessoa que se sentiu doente é procurar, ou não, auxílio no sistema de saúde. Este é o primeiro momento em que poderão surgir barreiras de acesso a cuidados de saúde.

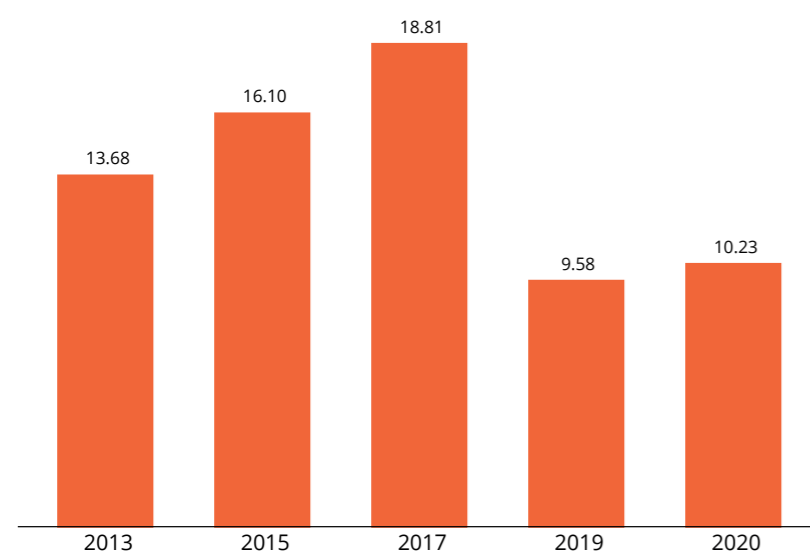
Sentindo-se uma pessoa doente, poderão existir diversos motivos para não procurar auxílio no sistema de saúde. Quando a situação é pouco grave, no sentido de haver pouco ou nenhum benefício, de ir ao sistema de saúde, é adequado que essa procura potencial não se materialize. Há, por isso, situações em que é adequado que, sentindo-se uma pessoa doente, não se dirija a um serviço de saúde. É o que se designa por evitar procura desnecessária.

Em oposição a essa circunstância, existem as situações em que é adequado e necessário recorrer aos serviços de saúde mas tal não sucede. São situações de necessidade de cuidados de saúde que não estão satisfeitas, havendo então barreiras indevidas (ou excessivas) no acesso a cuidados de saúde.

Assim, é agora analisada a decisão individual de recurso ao sistema de saúde. Procura-se desvendar a eventual existência de efeitos sistemáticos associados à idade, ao nível de escolaridade e à capacidade financeira de satisfazer as despesas habituais do agregado familiar (como aproximação à classe socioeconómica).

A Figura 3.9 apresenta a proporção das pessoas que tomaram a decisão, em cada ano, de não procurar auxílio no sistema de saúde, dado que uma pessoa se sentiu doente. A principal característica a assinalar é a percentagem de pessoas que não procurou auxílio no sistema de saúde se ter reduzido nos últimos dois anos, e em 2020 não foi uma situação muito diferente de 2019. Esta constatação não deixa de ser surpreendente na medida em que as respostas em 2020 foram obtidas num contexto de pandemia, mas as de 2019 não.

Figura 3.9 - Proporção que não procurou o sistema de saúde



Tal como anteriormente, volta a ser relevante na análise considerar de forma simultânea diversos fatores de determinem a decisão de procurar, ou não, auxílio no sistema de saúde. Adicionalmente aos aspetos anteriormente focados de idade (grupos etários), nível de escolaridade e capacidade financeira, há fatores adicionais que importa contemplar. É antecipável que doentes crónicos tenham mais frequentemente situações em se sentem doentes, pelo que se individualiza essa situação através de uma variável identificadora, consoante a pessoa inquirida tenha reportado que é doente crónico, ou não.

O custo para o cidadão de aceder a cuidados de saúde é potencialmente um elemento que também influenciará a sua decisão de procurar auxílio no sistema de saúde. A este respeito, a isenção de pagamento de taxa moderadora no SNS e a ter cobertura adicional de seguro de saúde, via subsistemas ou via seguro de saúde voluntário privado, são também fatores potencialmente determinantes desta decisão. São introduzidos na análise através de variáveis identificadoras dessas situações. Por fim, a própria

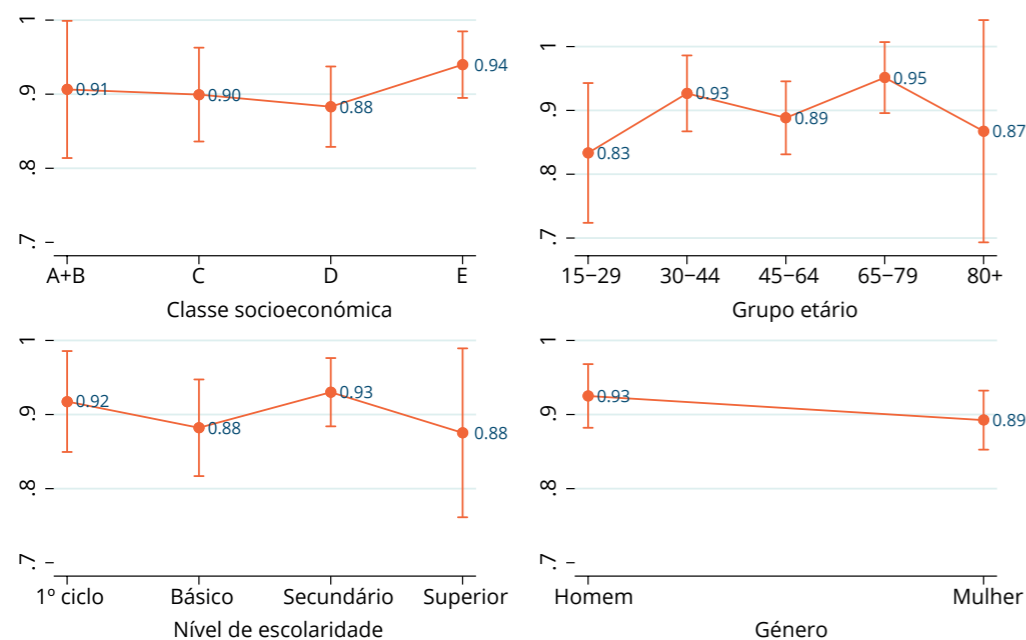
distância (tempo ou física) aos principais equipamentos de saúde afeta também essa decisão de procura de ajuda no sistema de saúde. Devido à maior presença geográfica das unidades de saúde do SNS, incluiu-se na análise multivariável a distância tempo reportada pela pessoa inquirida à unidade de cuidados de saúde primários e ao hospital público que considera normalmente utilizar. Considerou-se igualmente o tempo de espera para atendimento e avaliação de confiança que a pessoa inquirida revela sobre as unidades de saúde⁴.

A decisão de procurar auxílio no sistema de saúde, ao contrário da possibilidade de ocorrer um evento de doença, não apresenta qualquer relação sistemática com o estatuto socioeconómico ou com o nível de escolaridade. No ano de 2020, os únicos efeitos sistemáticos estão associados com a presença de (pelo menos) uma doença crónica (aumenta em 7,5 pontos percentuais a probabilidade de recorrer ao sistema de saúde) e de pertencer ao grupo etário dos 65 anos ou mais⁵.

⁴ Todos estes fatores foram incluídos numa análise de regressão probit, que está na origem das figuras que se seguem.

⁵ Como detalhe técnico, refira-se que os inquiridos com 80 ou mais anos não apresentam este efeito de idade como sendo estatisticamente significativo, mas as observações são em número muito reduzido na amostra, o que se traduz numa variância na estimativa do seu efeito que o torna compatível com a possibilidade de ser um efeito igual ao de qualquer outro grupo etário, incluindo o grupo etário dos 65 aos 79 anos.

Figura 3.10 - Probabilidade de ir ao sistema de saúde (2020)



Em 2020 existem duas outras características que têm uma associação sistemática com a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde. O quadro 3.1 apresenta essas relações. Primeiro, ter deixado de se encontrar com amigos como medida de precaução para prevenir o contágio da COVID-19 está associado com uma decisão de não procurar auxílio no sistema de saúde, dando espaço à interpretação de o receio de contágio estar subjacente às duas decisões. É uma interpretação em consonância com o observado decréscimo de recurso a cuidados de saúde que se observou no SNS e que terá igualmente ocorrido no sector privado de prestação de cuidados de saúde.

Segundo, quem atribui grande importância, nesta decisão de recorrer ao sistema de saúde, à despesa que poderá vir a ter, apresenta menor probabilidade de realmente recorrer ao sistema de saúde quando sente um problema.

A importância da COVID-19 na alteração, ou não,

da decisão de procurar auxílio no sistema de saúde é vista cruzando, por um lado, o comportamento adotado para prevenir o contágio, e, por outro lado, com a percepção de risco de ser infetado com o novo coronavírus.

O quadro 3.1 apresenta o impacto na probabilidade de estimada de cada tipo de comportamento estar ligado à decisão de ir procurar ajuda no sistema de saúde⁶. A leitura de cada valor é simples: as pessoas que afirmam que deixaram de se encontrar com amigos têm uma probabilidade 8,5 pontos percentuais mais elevada de procurarem ajuda no sistema de saúde se sentirem que estão doentes.

⁶ É estimado um modelo de probabilidade linear, tendo como variáveis explicativas o inquirido ter (pelo menos) uma condição crónica, o respetivo grupo etário, o género, a classe socio-económica, o nível de escolaridade alcançado, o ter (ou não) isenção de pagamento de taxa moderadora, e fatores de importância atribuída, numa escala de 1-pouco importante a 10-muito importante, a tempo de espera para ser atendido, a tempo que demora até ao local onde normalmente procura cuidados de saúde, a despesa que espera ter em transportes, a despesa que espera ter em taxas moderadoras, análises, etc. Cada fator de comportamento ligado à COVID-19 é adicionado separadamente, sendo o modelo estimado novamente de cada que se introduz um fator de comportamento distinto, como processo de seleção dos efeitos mais relevantes.

Quadro 3.1 - Efeito na probabilidade de procurar ajuda no sistema de saúde

Lavar as mãos com frequência	2,4
Usar máscara fora de casa	3,5
Não dar aperto de mãos	-0,3
Tentar manter uma distância segura entre pessoas	-2,6
Evitar entrar em lugares com muita gente	6,5
Ir o menos possível a supermercados	-2,0
Deixar de encontrar amigos	8,5 *
Não se encontrar com familiares que vivem noutra agregado	9,2 *
Não sair de casa (exceto em caso de emergência)	7,7 *

Nota:

* significa que o efeito em termos estatísticos é diferente zero.

Ausência de símbolo * significa que a estimativa pontual não é distinta de zero em sentido estatístico.

Fonte:

Cálculos próprios.

A regularidade encontrada é de associação positiva entre o comportamento de cuidado adotado e ter indicado que teve um episódio de doença, quando o efeito é diferente de zero. As pessoas que mais frequentemente reportaram ter comportamento de isolamento físico têm maior propensão a procurar cuidados de saúde quando se sentirem doentes, todos os outros fatores constantes (idade, classe socioeconómica, nível de escolaridade, género).

Estes três tipos de comportamento de precaução apresentam uma correlação positiva entre si, como seria de esperar. Quem adota um deles também tende a adotar os outros.

Não há, pois, um sinal inequívoco de quem tem uma maior preocupação com a COVID-19 tenha sido influenciado de forma negativa na decisão de procurar auxílio no sistema de saúde quando a pessoa se sente doente. Ou seja, os receios com possível contágio de COVID-19 nos serviços de saúde levam a uma diminuição menor nesse contato por parte

das pessoas que adotam mais comportamentos de precaução na sua vida privada. Dito de outro modo, quem toma precauções mais fortes tem igualmente menos receio de contrair a COVID-19 se tiver que se deslocar a unidade de saúde.

Realizando uma análise em tudo similar para as percepções de risco de contrair infeção e de ter consequências dessa infeção, na tentativa de encontrar relações sistemáticas, não surgiu qualquer associação com a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde.

Daqui resulta que **o gradiente socioeconómico encontrado na ocorrência de uma pessoa se sentir doente não se transmite à decisão de procurar auxílio no sistema de saúde**. Essa decisão é independente da condição económica, ou do nível de escolaridade alcançado, seja em 2020 (com três meses de situação pandémica anteriores ao momento das entrevistas) seja nos anos anteriores.



Não há, com base nesta amostra representativa da população portuguesa, um efeito sistemático e quantitativamente significativo de grupos da população não irem procurar auxílio no sistema de saúde. Ou seja, não há informação que permita concluir pela existência de um acesso diferenciado de acordo com a idade, dado que a pessoa se sentiu doente.

Este é um sinal positivo sobre o funcionamento do sistema de saúde português, em geral, no cumprimento do objetivo de garantir acesso a cuidados de saúde sem fatores sistemáticos de discriminação negativa, ainda que fossem implícitos.

Há, provavelmente, limitações no acesso de algumas faixas da população mais vulneráveis e que tipicamente não surgem entre os inquiridos destas recolhas de informação por inquérito (ou porque não são facilmente contactáveis ou porque optam por não colaborar). É importante e necessário o conhecimento sobre esses grupos que poderão ter, ou não, uma situação similar à descrita aqui como caracterização geral.

De uma forma esquemática, a análise realizada permitiu concluir que apesar da utilização de cuidados de saúde, em geral no sistema de saúde ou em particular no SNS, poder apresentar um gradiente socioeconómico ou de idade, a origem desse efeito estará associado à ocorrência de situações de doença. Não está, no presente, na decisão de procurar auxílio no sistema de acesso. As condições de acesso ao sistema de saúde não são geradoras de desigualdades não justificadas significativas. Embora certamente existam problemas de acesso a cuidados de saúde em Portugal, as desigualdades que levam à ocorrência de doença (necessidade de cuidados de saúde) são claramente mais relevantes para explicar desigualdades na utilização.

O acesso ao sistema de saúde não acentua essas desigualdades, de acordo com os resultados obtidos.

3.3 O QUE FAZ QUEM NÃO PROCURA AUXÍLIO NO SISTEMA DE SAÚDE?

Após a pessoa sentir-se doente, colocam-se duas opções: procurar auxílio no sistema de saúde ou não fazer. E se uma pessoa não procurar o sistema de saúde para resolver o problema sentido, importa conhecer o que fez (relativamente à evolução da sua situação).

As duas grandes alternativas a procurar auxílio no sistema de saúde são esperar que o problema passe e automedicação. Intuitivamente, seria de antecipar que a escolha de “esperar que passe” se coloque nas situações em que pessoa presume ter um problema de saúde que não é grave, enquanto a alternativa por automedicação será favorecida por experiências anteriores similares. É natural que o conhecimento de situações passadas similares leve a que a automedicação seja mais comum nas pessoas com doenças crónicas, em particular se identificam a necessidade de cuidados de saúde com algum problema relacionado com a sua condição crónica.

Esta intuição simples pode ser confrontada com os dados do inquérito, considerando também o papel dos fatores individuais que têm acompanhado a discussão das decisões de recorrer a cuidados de saúde.

Nem todas as situações em que uma pessoa se sente doente geram um contacto com o sistema de saúde. De acordo com os resultados do inquérito realizado, em 2020, cerca de 340 mil residentes em Portugal Continental optaram por não procurar auxílio no sistema de saúde quando se sentiu doente.

É relevante conhecer o que decidem nesses casos, e porquê. Cerca de 63% destas pessoas escolheu automedicação, enquanto os restantes preferiram esperar que o problema que sentiam passasse, como se encontra ilustrado na Figura 3.11).

As poucas respostas da amostra neste caminho das escolhas feitas pelas pessoas não permitem uma análise estatística de grande precisão e detalhe. Vai-se, por isso, tratar em conjunto os anos disponíveis. Consideram-se diversos fatores de caracterização que possam estar associados, eventualmente, com a opção de automedicação versus não fazer nada, esperando que passe.

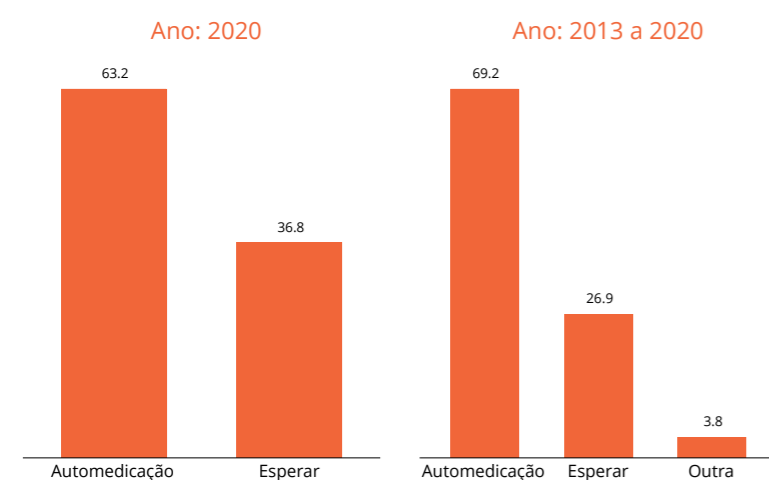
Independentemente dos anos considerados, em conjunto com 2020 ou não, não se encontrou qualquer associação sistemática relacionada com idade, com a presença de (pelo menos) uma doença crónica, com a condição socioeconómica ou com o nível de escolaridade.

Seria fácil conjecturar, à partida, que doentes crónicos, habituados à sua situação clínica e respetiva gestão da doença, tivessem maior propensão para a automedicação. Não se observa esse efeito nos dados.

Seria fácil conjecturar que a população mais jovem, eventualmente mais confiante em ter uma situação de doença pouco grave, optaria por esperar que o tempo tratasse do problema. Não se observa esse efeito nos dados.

Seria fácil conjecturar que uma população defrontando maiores dificuldades económicas optasse por não se automedicação como forma de evitar despesa, ou alternativamente, preferisse automedicação-se como forma de evitar recorrer ao sistema de saúde, onde poderia vir a ter mais despesa. Estas duas possibilidades apontam para relações de sinal oposto entre a condição económica e a decisão de não procurar ajuda no sistema de saúde. Não se observa nos dados qualquer relação sistemática.

Figura 3.11 - Opção tomada, dado que não procura o sistema de saúde



3.4 PORQUE NÃO SE PROCURA AUXÍLIO?

Não se encontrando características da população que se estejam associadas com a decisão de ir ou não ir ao sistema de saúde, conforme se detalhou na secção 3.2, torna-se essencial descrever os motivos subjacentes à escolha desta opção, tal como explicitado pelas pessoas inquiridas.

Distinguem-se aqui vários motivos para não ter havido procura do sistema de saúde quando a pessoa se sentiu doente: considerar que a situação não era grave, não ter capacidade de pagamento da taxa moderadora ou do custo de transporte, considerar que não valia a pena pagar a taxa moderadora, não querer esperar para ser atendido, e, em 2020, ter receio de contágio COVID-19 se fosse a um serviço de saúde.

A distinção entre capacidade financeira para pagar a taxa moderadora ou não valer a pena pagar a taxa moderadora faz a separação entre benefício pequeno face ao custo envolvido e barreira financeira. Indiretamente, também a resposta referente a não querer esperar para ser atendido, e por esse motivo não ir a nenhum serviço de saúde, permite considerar situações de baixa gravidade, em que as barreiras de acesso de natureza financeira não são impeditivas de satisfazer necessidades sentidas como importantes mas que dissuadem a utilização desnecessária.

Sendo o SNS universal (nenhum residente em Portugal é excluído) as questões sobre as potenciais barreiras de acesso focam-se na capacidade de aceder ao SNS, como é notório pela referência à taxa moderadora como representativa do pagamento a realizar pelo cidadão se for a uma unidade de cuidados de saúde do SNS.

As respostas possíveis à questão de porque a pessoa

tomou a opção de não procurar o sistema de saúde não são mutuamente exclusivas. Houve a possibilidade das pessoas inquiridas expressarem mais do que um motivo, pelo que a soma da percentagem de inquiridos que indicaram cada um desses motivos pode exceder os 100%. Os motivos expressos foram codificados de acordo com as respostas dadas, não tendo sido sugerida qualquer razão à partida que pudesse estar na base da decisão (com o objetivo de não levar as pessoas a assinalar uma escolha apenas porque foi sugerida pelo entrevistador).

O Quadro 3.2 apresenta a codificação das respostas obtidas em 2020 e no conjunto dos restantes anos, segundo a opção de automedicação versus esperar (outras opções são residuais em número, num total de 12 respostas para os anos 2013, 2015, 2017 e 2019).

Quadro 3.2 - Motivos para não ir ao sistema de saúde

	2020		2013-2019	
	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar
Não era grave	86,9%	86,1%	91,8%	91,4%
Não quis esperar para ser atendido	12,6%	10,1%	4,6%	5,2%
Não valia a pena pagar a taxa moderadora	-	-	2,7%	1,7%
Não tinha capacidade de pagar a taxa moderadora	-	-	-	3,4%
Não tinha capacidade de pagar o transporte	-	-	-	-
Tinha receio de apanhar a COVID-19	22,0%	24,0%	-	-
Outro motivo	-	-	6,1%	2,3%
Proporção de cada escolha (no ano)	63,2%	36,8%	69,2%	26,9%

Nota:
Outras opções foram tomadas por 3,8% das pessoas nos anos anteriores a 2020.

Fonte:
Elaboração própria.

Como esperado, o ano de 2020 tem diferenças importantes face aos anos anteriores, resultantes da pandemia da COVID-19. Mais de uma em cada cinco pessoas que optou por não ir ao sistema de saúde indicou o receio de contágio como uma das razões para a sua decisão. Ainda assim, o motivo largamente dominante para não se procurar auxílio no sistema de saúde é as pessoas considerarem que não tinham um problema grave (esta razão tem um peso mais acentuado nos outros anos face a 2020).

A outra grande diferença em 2020 é a ausência de qualquer referência ao papel das taxas moderadoras na decisão de recorrer, ou não, ao sistema de saúde. Nos outros anos, havia uma pequena percentagem das pessoas (dos que optaram por não ir ao sistema de saúde) a referir que a sua escolha se devia a não terem capacidade para pagar a taxa moderadora (cerca de 3,4% dos que optaram por esperar que o problema passasse).

No total dos cinco anos para os quais há informação comparável, corresponde a menos de 1% do total de pessoas que não procurou ajuda no sistema de saúde, não tendo sido um motivo mencionado em 2019 e 2020.

De forma espontânea, o não valer a pena pagar a taxa moderadora foi referido por cerca 2% das pessoas (que não foram ao sistema de saúde), distribuídos entre os que optaram pela automedicação e os que optaram por esperar que o problema passasse. A (falta de) capacidade de pagar o custo de transporte para ir ao sistema de saúde não foi referida, em qualquer dos anos, de modo espontâneo como sendo uma barreira no acesso a cuidados de saúde.

Com a forte ressalva de se ter um número reduzido de respostas, a indicação que se retira é a da pouca relevância, atualmente, das taxas moderadoras como fator impeditivo da decisão de ir ao sistema de saúde, sobretudo nos anos de 2019 e 2020.

Mesmo em 2013 e 2015, anos em vigoraram taxas moderadoras mais elevadas e a abranger uma proporção maior da população, o seu significado global nas razões para as pessoas não irem ao sistema de saúde foi máximo em 2015, com 2% das pessoas que não recorreram a serviços de saúde a expressar esse motivo para a sua decisão.

Esta evolução ilustra dois aspetos. Primeiro, com os valores que têm sido fixados para as taxas moderadoras ao longo da última década, estas não foram uma barreira ao acesso a cuidados de saúde muito significativa, levada a próximo de zero de acordo com a amostra recolhida. O segundo aspeto é as taxas moderadoras funcionarem tanto como dissuasoras de recurso ao sistema de saúde quanto é necessário (avaliado pela codificação baseada na capacidade de pagamento da taxa moderadora) como de dissuasão de utilização não necessária (avaliada pela codificação de não valer a pena pagar a taxa moderadora). Aliás, este segundo aspeto é, para os níveis de taxas moderadoras que prevaleceram de 2013 a 2015, quantitativamente mais importante.

Para os anos mais recentes, 2017 em diante, as taxas moderadoras não aparentam ter qualquer papel sistemático e quantitativamente relevante em termos agregados nas decisões de utilização do sistema de saúde. Esta situação tem a vantagem de não evitar utilização necessária. Tem, por outro lado, a desvantagem de não evitar utilização desnecessária. Com a informação presentemente disponível, não é possível realizar cálculos sobre a importância relativa de vantagens versus desvantagens.

No inquérito realizado, foi perguntado se a situação de doença sentida teve como origem uma situação anterior em que não se procurou auxílio no sistema de saúde, tendo-se agravado por esse motivo, foi resultado de um problema inesperado, se resultou do agravamento de uma condição crónica ou se resultou de um tratamento incompleto anterior, ou de outro motivo que a pessoa inquirida indicasse. As respostas obtidas revelam que há uma pequena proporção de situações em que a necessidade sentida, e concretizada, de recurso ao sistema de saúde resultou de uma situação anterior em que houve uma necessidade de saúde não satisfeita. No contexto global da dimensão deste inquérito, são poucos os casos em que tal sucedeu, tornando inviável uma avaliação robusta dos (eventuais) efeitos de idade, de nível de educação e de capacidade financeira.



4. A procura de cuidados de saúde em tempo de COVID-19

4. A procura de cuidados de saúde em tempo de COVID-19

O ano de 2020 foi, como é conhecido, um ano completamente distinto dos anteriores devido à pandemia da COVID-19. Esta pandemia alterou profundamente a atividade do sistema de saúde, tendo afetado quer o lado da oferta de cuidados de saúde quer o lado da procura desses mesmos cuidados de saúde.

Do lado da procura de cuidados de saúde, dois grandes grupos de impacto são identificáveis: a) houve uma procura, grande e com picos nalguns momentos, de serviços de saúde por parte de doentes com COVID-19; e, b) houve uma retração da procura de serviços de saúde por parte de doentes com receio de contraírem a COVID-19.

Como forma de conhecer a dimensão deste efeito “medo” na diminuição da procura de cuidados de saúde, foi perguntado se o receio quanto à COVID-19 constituiu um motivo para se escolher não procurar auxílio no sistema de saúde.

Um outro elemento visível, consequência deste receio, será o aumento de situações em que o recurso aos serviços de saúde resulta de uma situação anterior que se agravou por não se ter procurado em tempo adequado o sistema de saúde.

As respostas, obtidas em junho de 2020, são registadas num período de progressão mais lenta da COVID-19 em Portugal. Ainda que se encontre um efeito de receio associado com um potencial contágio pela COVID-19 nas unidades de saúde, este efeito não é avassalador quando comparado com os motivos tradicionalmente indicados como justificação para não recorrer a cuidados de saúde.

Estes valores não estão em sintonia com a informação agregada de utilização do SNS durante os primeiros meses da pandemia da COVID-19, que indica uma quebra acentuada na atividade do SNS.

Duas explicações possíveis para esta diferença são, de um lado, a eventual falta de representatividade da amostra face à generalidade da população residente em Portugal, apesar da constituição de uma amostra representativa. De outro lado, as respostas produzidas poderão não corresponder ao que foram realmente as decisões dos inquiridos.

Uma terceira possibilidade é a quebra de procura se ter registado apenas no SNS, tendo as pessoas decidido dirigir-se, em alternativa, aos prestadores privados de cuidados de saúde. Teria, nessas condições, ocorrido um efeito de desvio da procura, e não um efeito de

contenção global da procura de cuidados de saúde que não tinha por base a COVID-19.

Esta explicação não se apresenta como muito plausível por várias razões. Em primeiro lugar, não há qualquer relato ou fonte estatística que forneça evidência de um forte aumento da procura dos serviços de saúde privados. Em segundo lugar, no inquérito realizado, não se encontrou, na descrição das decisões dos inquiridos, um desvio ou um aumento significativo da procura de prestadores privados, em comparação com anos anteriores.

Fica por resolver um puzzle quanto à reconciliação da informação obtida pelo inquérito realizado com a informação decorrente da utilização do SNS que se encontra publicamente disponível.

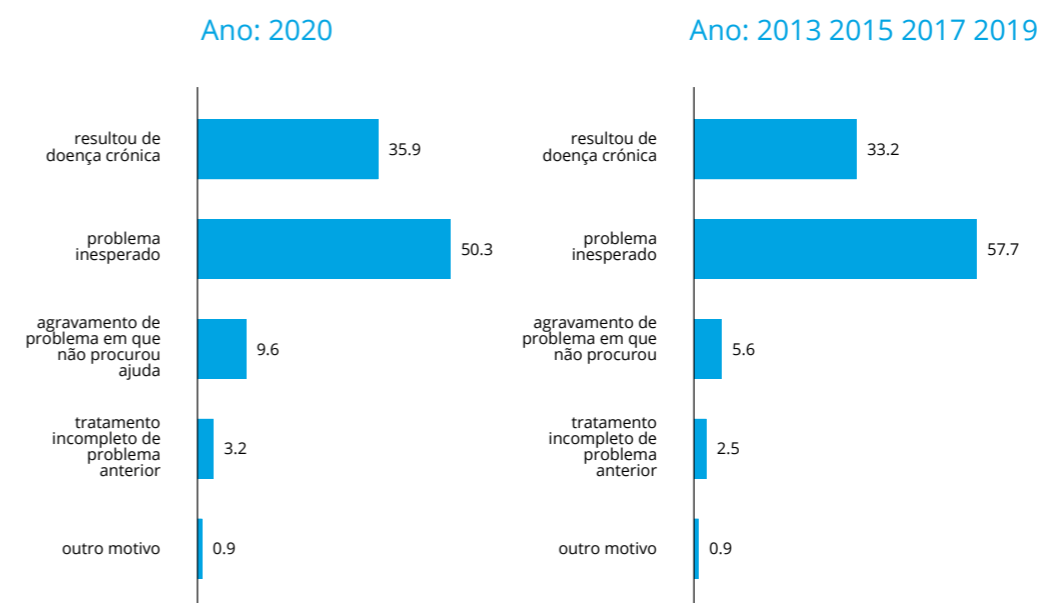
A informação sobre a origem da última situação em que a pessoa se sentiu doente é útil para perceber melhor a ocorrência de necessidades não satisfeitas, ou existência de barreiras de acesso a cuidados necessários. Na ausência de barreiras de acesso a

cuidados de saúde, será a ocorrência, fortuita, aleatória, de episódios de doença não previstos que determinará em grande medida a procura do sistema de saúde.

Existirão situações programadas de ida ao sistema de saúde, na sequência tratamentos em curso que não serão ocasiões em que a pessoa se sentiu doente, e por isso não se espera que estejam incluídas na origem do contato que se explora. Há, por outro lado, duas origens de necessidade de cuidados de saúde que é interessante considerar explicitamente: casos de agravamento de uma situação anterior em que a pessoa não foi procurar cuidados de saúde e casos que decorrem de tratamentos anteriores incompletos.

Basear a identificação destas situações em reporte dos inquiridos não fornece uma medida perfeita sobre estes casos, sendo, porém, a forma possível de a fazer aqui.

Figura 4.1 - Motivo de ida ao sistema de saúde



No caso de agravamento de situação anterior em que não se procurou auxílio no sistema de saúde, admitindo estabilidade ao longo do tempo das decisões dos cidadãos e da forma como estão associadas com características individuais, calcula-se uma estimativa do significado quantitativo destas situações. A proporção relevante toma como referência o número de pessoas que anteriormente, tendo-se sentido doentes, não procuraram auxílio no sistema de saúde e não o número total de pessoas que se sentiu doente no momento em que esta necessidade ocorreu.

O baixo número de inquiridos que aponta esta origem para o seu último episódio de recurso ao sistema de saúde não permite uma análise estatística profunda. No entanto, a diferença entre o ano de 2020 e os anos anteriores na proporção de casos em que a ida ao sistema de saúde resultou de agravamento de problema em que não se procurou ajuda inicialmente, conjugado com o receio de ir ao sistema de saúde por causa da COVID-19, sugere que a decisão de adiar o contato com o sistema de saúde tem consequências negativas e não evita o contato com algum prestador de cuidados de saúde. Este poderá ser um efeito conjuntural associado à pandemia da COVID-19, sendo que deverá ser seguido com atenção no futuro.

Como esperado, a ocorrência de situações inesperadas é dominante como origem do episódio de doença. Considerando uma divisão simples entre situações aleatórias e as outras origens de episódio de doença,

analisou-se a possibilidade de relações sistemáticas. Em particular, admitiu-se a possibilidade de haver um gradiente socioeconómico, um gradiente de idade e/ou um gradiente do nível de escolaridade alcançado, bem como existir um papel potencial no seguimento da população por um médico de família atribuído ou a presença de uma condição crónica (pelo menos uma) como fatores eventualmente associados com a ocorrência das situações com menor peso da incerteza (o médico de família poderá detetar antecipadamente alguns desses problemas de saúde, por exemplo, na sua atividade, nomeadamente o que possa emergir por agravamento de doença crónica ou decorrente de situações anteriores).

Ao longo dos últimos anos, como antecipado, as situações inesperadas são o principal motivo de recurso ao sistema de saúde, logo seguidas de problemas com doenças crónicas. Contudo, não deixa de se assinalar o aumento, em 2019 e em 2020, das situações que são identificadas como resultantes de não se ter procurado anteriormente ajuda no sistema de saúde.

A análise efetuada revelou que não há gradiente socioeconómico ou de nível de escolaridade alcançado. Não há também qualquer diferença associada com o género. Em termos de diferenças de ano para ano, o ano de 2017 é distinto dos restantes, que são idênticos entre no balanço entre motivo de incerteza e outros motivos para a procura do sistema de saúde, dadas as características da população inquirida em cada ano.

O acompanhamento por um médico de família não tem qualquer efeito sistemático, sendo a expectativa inicial a de esse acompanhamento levar à redução do agravamento das condições crónicas e/ou detetar cedo outros motivos de complicação no estado de saúde. No entanto, a isenção de pagamento de taxa moderadora encontra-se associada com um maior recurso ao sistema de saúde por outros motivos que não o evento inesperado de doença, o que sucede igualmente com o efeito da idade. Estas dois efeitos são naturais, dado que para idades mais avançadas será mais comum o agravamento das condições crónicas, por exemplo. O efeito da isenção de pagamento da taxa moderadora, por seu lado, é interpretado como significando que a realização de pagamento reduz menos o recurso a serviços de saúde quando é um problema inesperado de saúde, e não agravamento decorrente de outra situação.



5.
Necessidades
não satisfeitas
– uma visão mais
tradicional

5. Necessidades não satisfeitas – uma visão mais tradicional

A avaliação de barreiras de acesso a cuidados de saúde tem sido frequentemente tomada como sendo equivalente a necessidades não satisfeitas. Como se referiu anteriormente, barreiras de acesso que resultem em evitar contatos com o sistema de saúde que são necessários constituem um custo de saúde para os cidadãos e um diferimento de custo (despesa) para o sistema de saúde (que poderá ser mesmo maior do que o associado com um contato mais cedo se o agravamento do estado de saúde por adiamento de tratamento resultar num problema mais sério e mais oneroso para o sistema de saúde). O relatório EXPH (2018) discute em detalhe a situação de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde na União Europeia. Uma das dificuldades em avaliar o acesso a cuidados de saúde, ou a sua falta, é a definição do que constitui uma necessidade de acesso ao sistema de saúde. Uma visão muito lata é considerar que existe uma necessidade de acesso a cuidados de saúde quando existe capacidade para beneficiar dos cuidados de saúde disponíveis, o que requer que a pessoa tenha uma condição que prejudique a sua saúde e que possa ser melhorada por algum tipo de tratamento.

Numa perspetiva de adequada utilização dos serviços de saúde, deve-se ainda considerar que não basta o benefício existir, deverá ser suficientemente relevante. O uso de recursos de saúde para atender a situações

de muito baixo benefício, e eventualmente suscetíveis de serem resolvidos de outro modo, tem um custo de oportunidade para o sistema de saúde e para a sociedade. Contudo, definir a linha de fronteira de uma forma universal é impossível, numa perspetiva prática.

Situações de aparente necessidade de cuidados de saúde podem não o ser, por um lado, e situações de necessidade podem não ser identificadas pela pessoa.

Num sistema de saúde tanto podem existir situações de uso desapropriado (em que o benefício resultante não justifica os recursos usados) como podem existir situações de necessidades não satisfeitas. Uma variedade de situações tem mais possibilidades de ocorrer quando se trata de situações de saúde que não são urgentes ou de emergência.

O conhecimento quantitativo destas situações tem que ser obtido a partir de inquéritos à população, uma vez que a utilização registada de cuidados de saúde no SNS nada informa sobre necessidades não satisfeitas ou necessidades satisfeitas fora do SNS.

A avaliação de necessidades não satisfeitas é tradicionalmente feita recorrendo a perguntas que inquiram sobre situações em que sentiram necessidade de recorrer a cuidados de saúde e não o fizeram.

O melhor exemplo é dado, a nível europeu, pelas perguntas do questionário EU-SILC, cujos resultados são disponibilizados pelo Eurostat.

Esta forma de aferir a existência de necessidades não satisfeitas determina apenas a proporção de pessoas que sentiram pelo menos uma vez essa situação, sem gerar uma medida da profundidade dessa situação, quantas vezes ocorreu durante o período de referência.

Um exemplo simples ilustra o que é de realmente medido com esta abordagem. Suponhamos que duas pessoas durante o ano sentiram ambas necessidade de recorrer ao sistema de saúde por três vezes (cada uma). Uma das pessoas conseguiu satisfazer sempre essa necessidade. A outra pessoa, pelo contrário, não recorreu ao sistema de saúde em qualquer das ocasiões em que sentiu necessidade. Inquiridas sobre a ocorrência de situações em que não recorreram ao sistema de saúde em caso de necessidade sentida, ter-se-ia que 50% delas reportaria necessidades não satisfeitas. Num cenário alternativo, cada uma destas pessoas não teria recorrido ao sistema de saúde numa das três vezes em que sentiu necessidade, mas fez um contacto com o sistema de saúde nas duas outras situações. Em resposta à pergunta colocada, 100% das pessoas teria tido pelo menos um episódio de necessidades não satisfeitas. Contudo, em termos globais, no primeiro cenário tinham existido 3 situações em 6 que não receberam resposta, enquanto no segundo cenário foram 2 situações em 6. O sistema de saúde deu melhor resposta no segundo cenário embora a medida de necessidades não satisfeitas indica a ordenação contrária. A diferença entre os dois cenários encontra-se na “profundidade” das necessidades não satisfeitas, maior no primeiro caso. Sem um seguimento (inquirição) mais regular da população, para medir a frequência (profundidade) de necessidades não satisfeitas de cada pessoa inquirida não é possível a construção de um indicador mais preciso.

A utilização de perguntas ligeiramente modificadas, sobre o que sucedeu na última situação em que sentiram necessidade de cuidados de saúde, ajuda a mitigar potenciais efeitos de diferentes necessidades, apesar de não ser uma solução isenta de problemas. Por exemplo, no primeiro cenário descrito haveria sempre 50% das pessoas a reportarem necessidades não satisfeitas, qualquer que fosse o momento de inquirição. No segundo cenário, consoante o momento em que as pessoas fossem inquiridas face à ocorrência, o valor do indicador seria 10%, 50% ou 0%. Se cada ocorrência de necessidade de cuidados de saúde tiver igual probabilidade de ser a última verificada antes da inquirição, então em valor esperado o indicador de necessidades não satisfeitas é de 1/3, que corresponde à proporção de casos de necessidades não satisfeitas tomadas na totalidade (2 casos em 6 possíveis). Esta abordagem de inquirir apenas a última situação ocorrida remete para as perguntas iniciais do inquérito realizado, sobre o motivo de recorrer, ou não, ao sistema de saúde quando se sente doente. Ainda assim, olhar para a proporção de pessoas que sentiu, pelo menos uma vez, uma necessidade não satisfeita permite uma comparação com outras fontes quanto ao número de pessoas que terão sido afetadas por algum tipo de dificuldade de acesso a cuidados de saúde.

Contemplaram-se, desde 2013, cinco tipos de barreiras de acesso a cuidados de saúde, sendo que em 2020 se adicionou a preocupação com o potencial contágio de COVID-19 como barreira de acesso.

A associação com idade (grupo etário), educação e capacidade financeira é analisada de modo análogo ao das restantes secções. Mantém-se a diferença do ano de 2020 face aos anteriores na medida de situação socioeconómica, em que é usada a capacidade financeira do agregado familiar em fazer face a despesas habituais enquanto nos anos 2013 a 2019 foi usado um indicador que agregava informação de ocupação profissional e nível de escolaridade.

As questões colocadas para avaliação de barreiras de acesso seguiram as preocupações habituais, ligadas à aquisição de medicamentos (através de duas perguntas) e inibição de ida a consultas por motivos financeiros. Para o ano de 2020, foram ainda colocadas duas perguntas adicionais, relacionadas com o período de pandemia de COVID-19 – decisão de não ir a uma consulta ou exame por receio de contágio com a COVID-19 (barreira de acesso do lado da procura) e cancelamento de uma consulta ou exame desde o início da pandemia (barreira do lado da oferta).

O quadro 5.1 apresenta, para cada ano, a proporção da população que disse ter-lhe acontecido essa situação no último ano.

Quadro 5.1 - Barreiras de acesso apercebidas

(valores em percentagem)	2013	2015	2017	2019	2020
Pediu para trocar para genérico	31,0	38,4	25,3	27,8	24,6
Não adquiriu todos os medicamentos	15,1	19,6	10,7	8,06	5,4
Não foi a uma urgência ou consulta por falta de dinheiro	8,7	8,9	4,9	4,6	3,0
Deixou de ir a uma urgência ou consulta por causa do preço do transporte	5,1	6,4	2,6	3,1	1,8
Escolheu não ir por receio	-	-	-	-	14,8
Cancelaram-lhe uma consulta ou exame (março a maio)	-	-	-	-	20,8

Fonte:
Elaboração própria.

A situação mais comum, em qualquer um dos anos em causa, é o pedido de substituição na farmácia de medicamentos de marca por genérico, por ser mais barato, que tem um forte gradiente socioeconómico. Os inquiridos pertencentes à classe socioeconómica mais baixa solicitam mais frequentemente essa substituição, sinal de ser relativamente mais importante a poupança de despesa em medicamentos que se encontra associada a essa substituição.

A proporção de pessoas que indica ter pedido a substituição de medicamento de marca por genérico tem diminuído ao longo dos anos. Não se conhecendo que medicamentos estão envolvidos, e os respetivos preços, não é possível afirmar-se se corresponde a um menor ganho para a pessoa de fazer esta substituição (por os preços dos medicamentos de marca e dos genéricos convergirem para valores próximos, por exemplo) ou se é uma menor atenção a esta possibilidade por melhoria das condições económicas.

A segunda situação mais comum ocorre também na área da do medicamento e corresponde a deixar de adquirir todos os medicamentos que devia por falta de dinheiro. Esta barreira financeira, apesar de ter aumentado de 2013 para 2015, tem vindo posteriormente a baixar sistematicamente, passando de 15% dos inquiridos que referiam ter passado por esta situação pelo menos uma vez no ano para 5,4% em 2020. Foi uma evolução muito positiva em 5 anos. Igualmente nesta situação existe um claro gradiente socioeconómico e um gradiente associado ao grupo etário: população com menor rendimento e com idade mais avançada reporta ter deixado de adquirir medicamentos por falta de dinheiro com mais frequência, durante os anos em análise.

Figura 5.1 - Pediu substituição do medicamento de marca por medicamento genérico

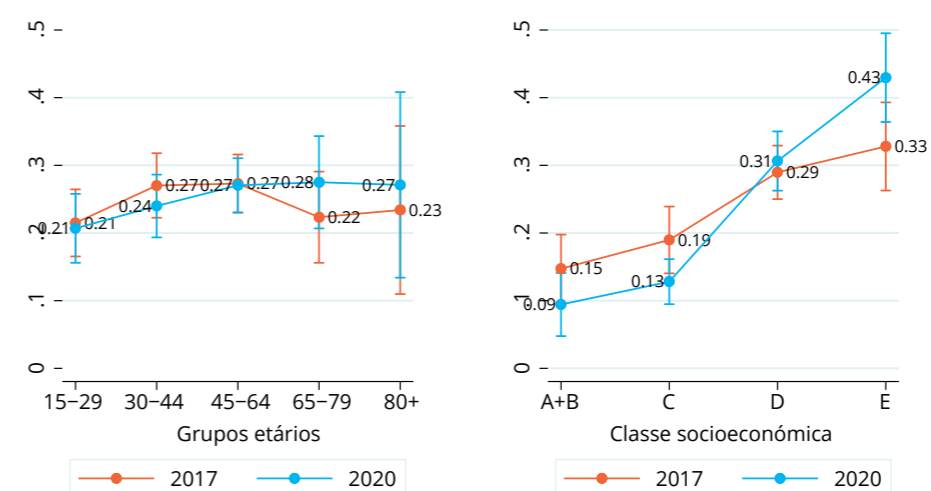


Figura 5.2 - Não adquiriu todos os medicamentos que devia

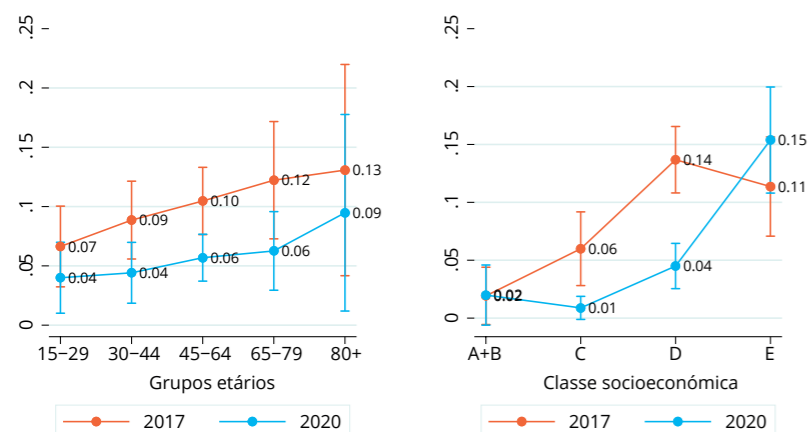
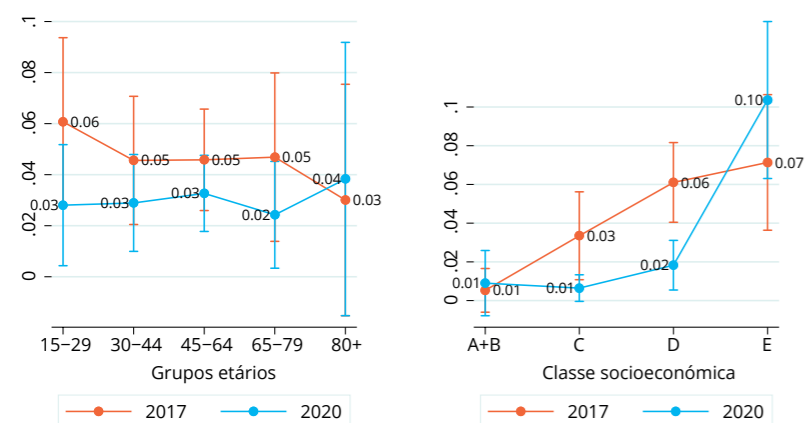


Figura 5.3 - Não foi a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro



Em 2020, o gradiente da idade é pronunciado embora significativamente menos do que sucedia em 2017, o ano em que esta barreira de acesso teve mais expressão negativa (maior valor). Os ganhos obtidos foram maiores para as idades mais avançadas. A probabilidade de uma pessoa não adquirir todos os medicamentos que devia baixou de 15,7% para 9,1% no escalão etário dos 80 anos e acima, e mesmo no escalão etário mais novo (dos 15 aos 29 anos), esta probabilidade caiu de 6,8% para 3,4%.

Igualmente no gradiente socioeconómico se observa uma evolução favorável e mais acentuada nas classes socioeconómicas mais baixas, passando a probabilidade de deixar de adquirir medicamentos que devia de 18,1% para 10,4%.

A terceira situação, das quatro consideradas, em termos de importância quantitativa, é não ter isso a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro. O gradiente de idade é, neste caso, bastante suave, havendo apenas uma situação mais desfavorável no grupo etário mais novo. À semelhança das outras situações anteriores, a evolução para 2020 foi favorável, de forma uniforme.

O gradiente associado com o nível socioeconómico nesta situação é forte, com uma diferença de probabilidade estimada de não se ir a uma urgência ou a uma consulta por motivos financeiros de 7,2% na classe socioeconómico mais baixa para 0,5% na classe económica mais elevada (junção das classes A+B). A evolução de 2017 para 2020 foi favorável, e com mais expressão nas classes socioeconómicas mais baixas.

Por fim, a evolução da última situação, ter deixado de ir a uma consulta ou exame por causa do preço do transporte, é essencialmente similar a que se encontra para a falta de dinheiro.

O ano de 2020, sendo marcado pela COVID-19, originou duas novas barreiras de acesso a cuidados de saúde: o receio das pessoas irem a uma consulta ou exame, por um lado, e cancelamento de uma consulta ou exame, por outro lado, por iniciativa do prestador de cuidados de saúde.

Destas, a segunda situação foi apontada como tendo sido mais frequente (cerca de 20% dos inquiridos referiram a sua ocorrência) do que a primeira (referida por 15% dos inquiridos).

Em ambas as situações há um efeito idade e um efeito socioeconómico. Pessoas de mais idade e de condição socioeconómica mais baixa surgem mais associadas à escolha de cancelar uma consulta ou exame. Em particular, a classe socioeconómica mais baixa, em 2020, está associada a uma situação inferior à de 2017, o que não sucede com as restantes classes socioeconómicas.

Figura 5.4 - Receio de contágio na ida a serviços de saúde

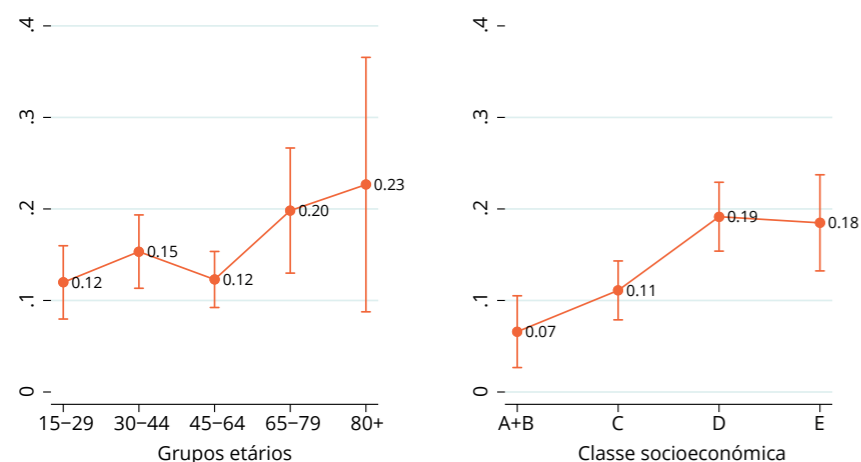
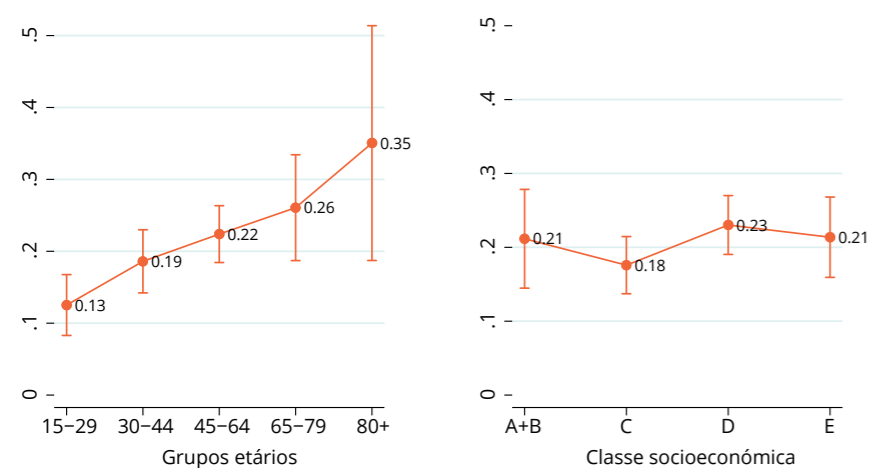


Figura 5.5 - Cancelamento de consulta ou exame (março a maio 2020)



De modo diverso, nos cancelamentos por iniciativa dos serviços de saúde, não se encontra qualquer gradiente socioeconómico, embora esteja presente um efeito idade (tendo sido mais afetadas as pessoas de maior idade).

Quadro 5.2 - Cancelamentos por iniciativa do prestador, segundo o sector

	A+B	C	D	E
Sector público	78,17%	85,96%	91,08%	96,25%
Sector privado	17,94%	12,58%	8,91%	1,89%
Ambos os sectores	3,89%	1,46%	0,00%	1,86%

Fonte:
Elaboração própria.

Em termos de cancelamentos, o padrão observado resulta de as classes socioeconómicas terem maior recurso ao sector privado do sistema de saúde, sendo então normal que haja uma maior proporção de cancelamentos reportada. Não se conhecendo quantos agendamentos de consulta ou exame cada pessoa inquirida tinha no sector público ou no sector privado, não se pode inferir qual o sector que originou maior frequência de cancelamentos devido à COVID-19. Utilizando como referência de magnitude o sector ao qual as pessoas se dirigiram quando se sentiram doentes, por classe socioeconómica, observa-se que os valores de cancelamento no sector público não são muito diferentes. Tal sugere que não terá havido um enviesamento sistemático de cancelamentos associado com a classe socioeconómico⁷.

Por fim, dois outros efeitos foram encontrados. As pessoas com condições crónicas defrontam em geral barreiras de acesso mais elevadas. Quem beneficia de isenção de pagamento de taxa moderadora não indica maiores barreiras de acesso financeiras no acesso a consultas ou exames. Ambos os efeitos são plausíveis. A presença de condições crónicas origina maior necessidade de cuidados de saúde, e torna-se mais fácil a existência de barreiras de acesso afetarem relativamente mais quem procura cuidados de saúde com maior frequência. No caso das taxas moderadoras, uma das razões para atribuição de isenção de pagamento é a condição socioeconómica de dificuldade, como forma de evitar barreiras indevidas de acesso. A ausência de relação estatística é consistente com não se enfrentar barreiras de acesso que a isenção pretende evitar.

⁷ Todos os inquiridos responderam à questão sobre cancelamento de consultas ou exames. À pergunta sobre o sector (público ou privado) do sistema de saúde a que se dirigiu apenas responderam as pessoas que indicaram ter-se sentido doentes e ido procurar auxílio no sistema de saúde. Note-se que uma pessoa pode ter uma consulta ou exame agendados sem ser necessariamente na sequência de um episódio de doença.



6. Taxas moderadoras como barreira de acesso

6. Taxas moderadoras como barreira de acesso

O valor das taxas moderadoras tem sido visto, ao longo dos anos, como uma barreira de acesso a cuidados de saúde prestados pelo SNS, sobretudo no discurso político. Como foi anteriormente descrito, o seu papel como barreira de acesso a cuidados de saúde necessários não é substancial, funcionando com um (pequeno) papel dissuasor de utilização desnecessária, de casos em que o benefício antecipado pelo cidadão não é suficientemente elevado para que se justifique o pagamento da taxa moderadora.

6.1 TAXAS MODERADORAS COMO FATOR DE DISSUAÇÃO DE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Um dos problemas centrais na identificação das taxas moderadoras como barreira que impede a utilização necessária de cuidados de saúde ou como barreira que evita uso desnecessário está na capacidade dos dados de utilização do sistema de saúde conseguirem distinguir as duas situações. Em particular, identificar utilização necessária do sistema de saúde que não ocorreu é, provavelmente, difícil de quantificar com dados de utilização do sistema de saúde.

O inquérito realizado permite uma abordagem alternativa à questão, comum em inquéritos sobre acesso a cuidados de saúde, de saber se houve episódios em que não se recorreu a cuidados de saúde por motivos financeiros. Em concreto, as pessoas foram inquiridas sobre o motivo da necessidade de recurso a cuidados de saúde. Entre esses motivos encontra-se o agravamento de um quadro clínico, na sequência de uma necessidade sentida que deu origem a uma decisão de não procurar auxílio no sistema de saúde. A indicação de que esse foi um motivo para recorrer ao sistema de saúde seria sinal de barreira de acesso excessiva, por provocar agravamento de estado de saúde. Os valores espontaneamente reportados pelos inquiridos situam este efeito abaixo dos 5% de casos, sugerindo que não terá sido um efeito muito relevante (não se podendo excluir que os valores das taxas moderadoras e as respetivas isenções estejam a contribuir para esta situação positiva).

6.2 TAXAS MODERADORAS NA DESPESA DOS DOENTES EM EPISÓDIOS DE CONTACTO COM O SNS

O valor dos pagamentos de taxa moderadora deve ainda ser colocado em perspetiva face aos custos totais suportados pelo cidadão. Estes custos suportados pelo cidadão num contacto com o SNS são separados em custos de pagamento de taxa moderadora, custos de transporte, custos com medicamentos (prescritos no contacto tido) e outros custos monetários. Os valores usados no quadro 6.2 são reportados pelo cidadão.

Constata-se que a principal despesa com um episódio de doença que implique o recurso ao sector público se traduz em medicamentos prescrito. Os valores pagos das taxas moderadoras são, em média, baixos (embora com assimetria, uma vez que as isenções levam a que um número substancial de pessoas não pague).

Havendo preocupação com barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde, nomeadamente no SNS, a despesa com medicamentos surge como mais onerosa para os orçamentos familiares, por episódio de doença.

Quadro 6.2 - Custos com episódio de doença, indo ao SNS

Urgência hospitalar	2015	2019	2020
Taxas moderadoras	€8,83	€6,63	€7,58
Custos de transporte	€7,84	€6,60	€4,09
Medicamentos	€30,00	€29,93	€23,54
Outras	€4,43	€3,11	€2,73
Total	€47,12	€39,75	€36,14

Cuidados de saúde primários	2015	2019	2020
Taxas moderadoras	€2,92	€2,61	€2,17
Custos de transporte	€2,10	€1,71	€1,60
Medicamentos	€21,93	€18,88	€20,96
Outras	€2,66	€1,22	€1,69
Total	€26,63	€21,26	25,43

Nota:

O total médio não é a soma dos valores médios, uma vez que nem todas as pessoas terão todas as despesas.

Figura 6.1 - Despesas em ida a urgência hospitalar

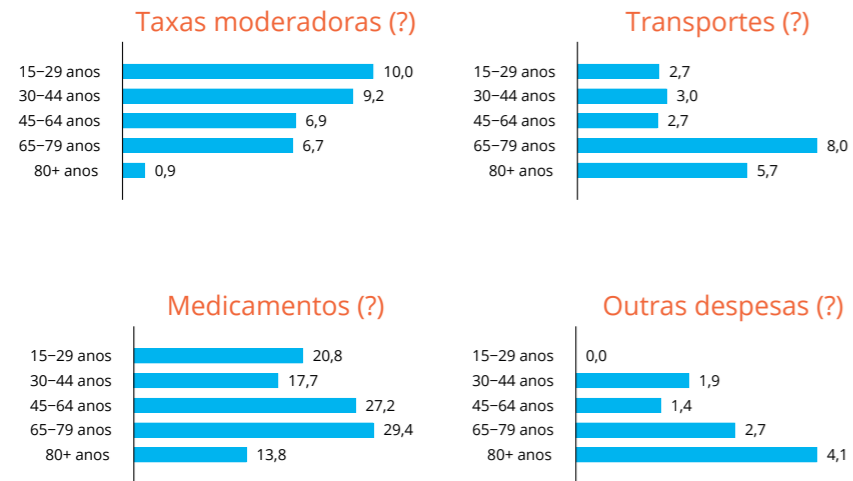


Figura 6.2 - Despesas em ida aos cuidados de saúde primários

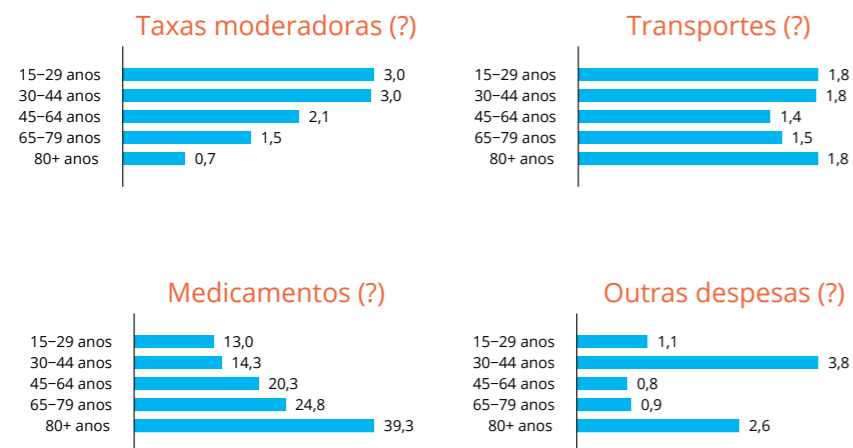


Figura 6.3 - Despesas em ida a urgência hospitalar

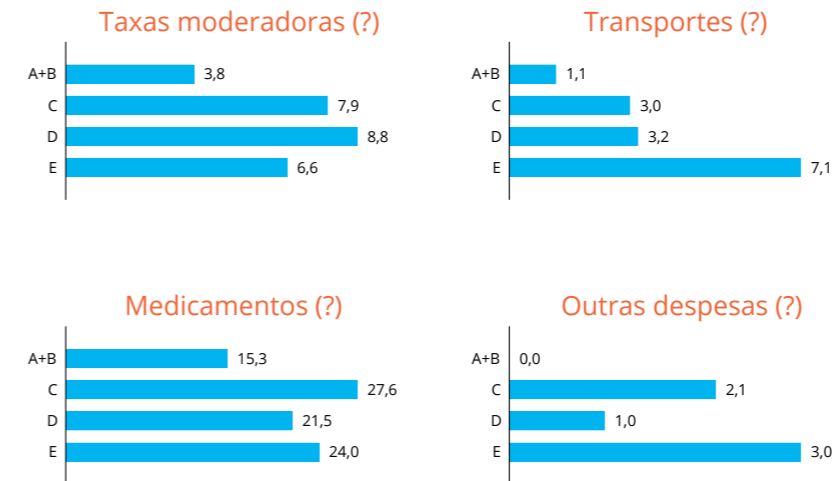
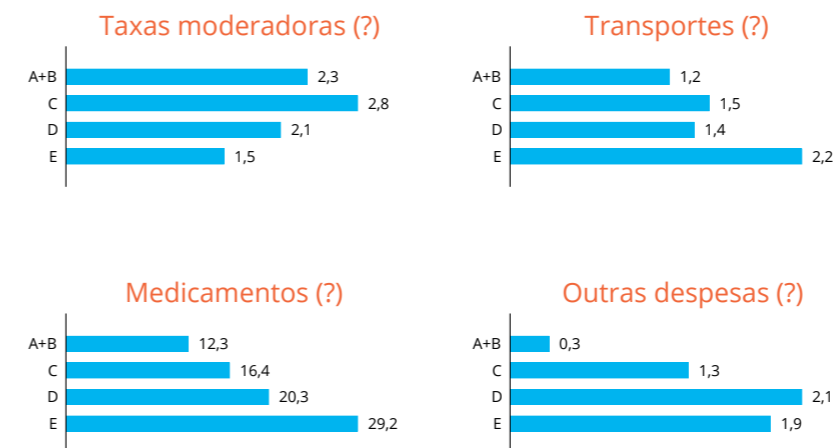


Figura 6.4 - Despesas em ida aos cuidados de saúde primários





7.
Cuidados de saúde
centrados na
pessoa

7. Cuidados de saúde centrados na pessoa

Desde há algum tempo que se assiste a uma crescente defesa da ideia de o “cidadão/ o doente” dever estar no centro do sistema de saúde. É uma afirmação que envolve uma grande base de interpretações possíveis. Este princípio leva a que uma dimensão relevante na avaliação do acesso a cuidados de saúde seja se os serviços de saúde prestam cuidados “centrados no cidadão”.

A noção de cuidados de saúde centrados no cidadão tem sido avançada como uma característica desejável do funcionamento do sistema de saúde. De acordo com a definição proposta pela *The Health Foundation*, do Reino Unido, cuidados de saúde centrados na pessoa significa, entre outros aspetos, que a pessoa é tratada com dignidade, compaixão e respeito⁸.

A discussão, aqui, irá centrar-se neste aspeto específico, o sentimento da pessoa que foi procurar auxílio no sistema de saúde quanto a ter sido tratada como dignidade, compaixão e respeito. Quando questionadas sobre se sentiram que foram tratadas com dignidade no seu último contacto com o sistema de saúde, as respostas indicaram, de acordo com o grupo etário, nível de educação, e capacidade financeira do agregado familiar, valores elevados mas não muito elevados, e grande variabilidade. A evolução, nos últimos anos, desta perceção dos utilizadores do sistema de saúde sugere estabilidade de valores médios de avaliação deste tratamento com dignidade, compaixão e respeito.

No entanto, essa estabilidade global esconde variações potencialmente importantes. Em 2017, a classe socioeconómica mais elevada apresentava a maior satisfação com esta dimensão do sistema de saúde. Em 2020, tal alterou-se, sendo as classes socioeconómicas extremas mais concordantes entre do que as intermédias, e concordantes no sentido de darem uma apreciação mais baixa do sistema de saúde quanto ao que concerne uma pessoa ter-se sentido tratada com dignidade, compaixão e respeito.

Em termos de grupos da população, olha-se separadamente para 2017-2019 e para 2020. Em qualquer uma das datas, é visível um efeito associado com o nível de escolaridade, em que quanto mais elevado este é, menor é a apreciação positiva realizada.

Uma explicação provável é ocorrer um maior grau de exigência das pessoas nos grupos com maior escolaridade. Quanto ao papel da classe socioeconómica, não há diferença entre as quatro classes consideradas, para os anos 2017-2019, sendo que em 2020 as duas classes intermédias reportam uma melhor classificação dos serviços de saúde.

No que respeita a diferenças associadas com a idade, nos anos 2017-2019, as pessoas com 65 ou mais anos indicam um menor valor agregado de respostas afirmativas, face aos grupos etários mais novos, enquanto em 2020 não existem diferenças entre grupos etários.

Figura 7.1 - Foi tratado com dignidade, compaixão e respeito

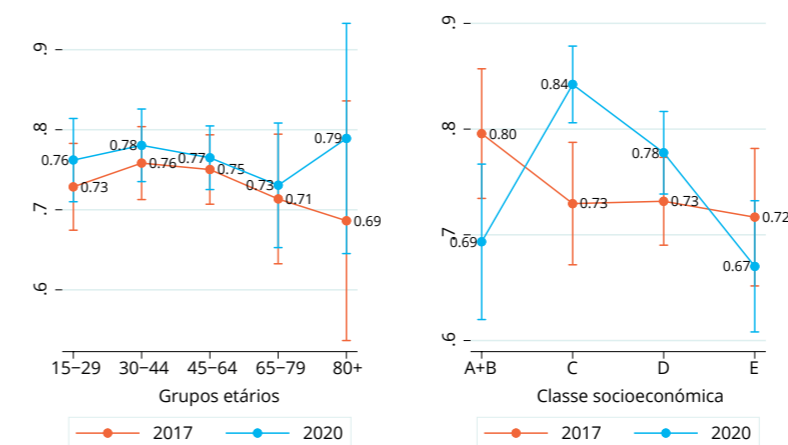
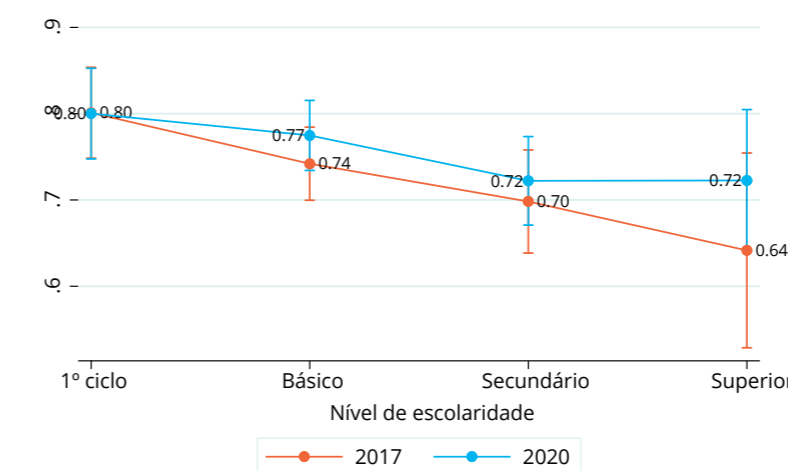


Figura 7.2 - Foi tratado com dignidade, compaixão e respeito (II)



⁸ A definição também inclui a prestação de cuidados coordenados e personalizados, o apoio e a capacitação das pessoas para serem parceiros ativos na gestão da sua saúde e dos cuidados de saúde que usam. (The Health Foundation, 2016, Person-centred care made simple.)

Por outro lado, no caso dos grupos populacionais separados por nível de escolaridade da população, surge, em ambos os anos um efeito negativo – quanto maior o grau de escolaridade conseguido, menor é a avaliação desta dimensão dos cuidados “centrados na pessoa”.

O acesso a cuidados de saúde é reconhecido generalizadamente como um desafio multidimensional. A ideia de cuidados centrados no cidadão como elemento orientador para a organização e para a avaliação de desempenho de um sistema de saúde envolve a capacidade do cidadão tomar decisões informadas quanto à sua saúde, incluindo a procura de cuidados de saúde, em parceria com os serviços de saúde. Essa parceria procura garantir que os cuidados de saúde prestados re-speitam os objectivos de vida do cidadão. Existem atualmente numerosas propostas para medir como e quanto um sistema de saúde está centrado no cidadão (Silva, 2014).

Apesar disso, não há ainda uma medida universalmente aceite do que é um sistema de saúde centrada no cidadão (na pessoa). Por facilidade de recolha, usa-se aqui uma medida baseada na experiência tida na interação da pessoa com o sistema de saúde, e que se inclui facilmente num inquérito à população. Em particular, optou-se por perguntar se a pessoa se sentiu tratada com re-speito, compaixão e dignidade, três aspectos tidos como centrais na prestação de cuidados centrados no doente.

Não se analisa em detalhe o que possa estar subjacente a essa experiência por parte do cidadão (ou seja, não se aprofunda se essa experiência resulta de processos explícitos para esse fim, ou de envolvimento deliberado da cidadão nas decisões referentes à sua saúde).

Num contexto de evolução dos sistemas de saúde em que atender à natural heterogeneidade das pessoas e dos seus objectivos de vida é crescentemente importante, este poderá ser um primeiro indicador da actual situação.

Sendo amplamente reconhecida a tendência para uma população de idade avançada, com múltiplas condições crónicas, e com preferências que variam de pessoa para pessoa, a capacidade do sistema de saúde em acomodar essas diferentes preferências é um elemento importante da sua avaliação. E também revelador da importância crescente deste conceito, é a sua inclusão como um dos factores centrais do que são cuidados de saúde de elevada qualidade pelo US Institute of Medicine.

Esta é uma primeira exploração do tema, procurando perceber se há alguma associação sistemática com características individuais das pessoas. Tal como nas secções anteriores, é de especial interesse saber se estão presentes gradientes associados à idade, à capacidade financeira ou ao nível de escolaridade.

Como forma de ter um ponto de referência para os valores reportados pelos inquiridos em Portugal Continental, considera-se a situação inglesa, em que inquéritos de base nacional perguntam aos utentes do SNS inglês se sentiram que foram tratados com dignidade e re-speito. Os valores reportados para "sim, sempre" encontram-se acima dos 70%, chegando a mais de 80% em três situações ("Maternity services survey 2019": 89%, "Children and young People is Survey 2018": 86% e "Cancer Patient Experience Survey 2019: 89%.

Estes resultados sugerem que os valores encontrados para Portugal, apesar de elevados, indicam que há ainda um caminho importante a percorrer.

Para Inglaterra, numa visão temporal, de adultos admitidos para internamento, a proporção que indicou ter sido sempre tratada com respeito e dignidade aumentou, de 2009 a 2019, de cerca de 78% para 81%. Nos Serviços de saúde mental ingleses, este efeito é consideravelmente menor, e até decresceu de 74% em 2014 para 73% em 2020⁹.

No inquérito realizado, a pergunta colocada foi se a pessoa “sentiu que foi tratada com dignidade, compaixão e respeito na última vez que foi atendido por um profissional de saúde”, podendo a resposta ser apenas “sim” ou “não”, e a informação foi recolhida nos anos 2017, 2019 e 2020.

A análise de padrões sistemáticos mostra que as respostas nos três anos são essencialmente similares em termos de magnitude e de padrão, com valores médios de 74,3% (2017), 75% (2019) e 76,6% (2020) de pessoas a responderem afirmativamente à pergunta.

Apesar das regularidades detetadas, a conclusão que se retira é a de uma situação estável neste aspeto de tratamento centrado na pessoa, apercebido pelos cidadãos, com uma maior exigência associada sobretudo ao nível de escolaridade, refletindo, eventualmente, mais as expectativas dos cidadãos do que efetivas diferenças de tratamento que sejam proporcionadas pelo sistema de saúde. Em comparação com o SNS inglês, há ainda uma margem de progressão no sistema de saúde português. Não foi, na pergunta realizada, feita diferenciação entre a experiência no sector público e no sector privado, por opção de investigação.

⁹ Fonte: Quality watch-respect and dignity- Nuffield trust.



8.
O que escolhe
fazer quando
se contacta o
sistema de saúde

8. O que escolhe fazer quando se contacta o sistema de saúde

Dado que a opção foi recorrer ao sistema de saúde, interessa saber mais sobre que escolhas são feitas e como evoluíram recentemente. Uma vez que uma pessoa pode recorrer a mãos do que um ponto do sistema de saúde para (tentar) resolver o seu problema de saúde, a questão colocada sobre quem contactou permite que a pessoa inquirida indique mais do que uma opção.

Um elemento de grande discussão, ou sensibilidade, pública e política, no sistema de saúde português, é o recurso ao sector privado versus ida ao SNS (sector público). A este respeito, o quadro seguinte informa sobre os pontos de primeiro contacto por iniciativa do cidadão quando se sente doente. Mostram uma evolução que difere da imagem que frequentemente se refere em termos políticos e/ou mediáticos.

Tomando como primeira variável de interesse o número de pontos de contacto escolhidos (mais precisamente, assinalados como tendo sido contactos realizados na sequência do último episódio em que a pessoa inquirida se sentiu doente), é intuitivo prever que haverá uma associação positiva com ter uma maior capacidade financeira.

É razoável ter como hipótese de partida a ser testada que o recurso ao sector privado terá também associado um gradiente socioeconómico positivo, enquanto a escolha de recorrer ao SNS terá um gradiente socioeconómico de sentido contrário¹⁰.

¹⁰ A análise destes dois aspetos utiliza modelos de regressão probit para a decisão de recorrer, ou não, a cada um dos sectores (público vs. privado).

Quadro 8.1 - Os pontos de contato no sistema de saúde

	2020	2019	2017	2015	2013
Consulta sem marcação nos CSP	34,59	26,17	33,15	38,51	46,15
Urgência de hospital público	32,17	41,07	35,85	36,79	40,29
Consulta marcada com médico de família	33,85	32,12	32,90	29,24	15,48
Telefonou para o serviço SNS24	5,29	2,82	0,85	0,18	-
Sector Público	105,9	102,18	102,75	104,72	101,92
Foi a um consultório privado	8,37	6,49	5,65	3,76	5,52
Foi à urgência de hospital privado	2,09	5,02	4,50	6,67	6,48
Sector privado	10,46	11,51	10,15	76,76	12
Consultou um farmacêutico	3,80	3,92	1,27	4,89	0,39
Consultou um enfermeiro	0,79	0,41	n.d.	n.d.	n.d.
Outra	0,61	0,70	0,23	1,07	1,29

Fonte:
Elaboração própria.

A escolha do ponto de contato no sistema de saúde apresenta ao longo deste período uma certa estabilidade no que é a separação entre prestadores públicos (o SNS) e prestadores privados. As flutuações do tipo de prestador dentro de cada grande categoria, sector público ou privado, existem e são em vários casos bem mais pronunciadas do que as flutuações entre sector público e sector privado.

Nos anos de 2013 a 2015, período muito associado ao programa de apoio internacional a Portugal, onde houve dificuldades das contas públicas que obrigaram a forte contenção de despesa e logo de contenção nas verbas disponíveis para o SNS, a evolução registada foi na direção de um pequeno aumento no recurso ao

sector público e uma pequena diminuição na utilização do sector privado. A alteração mais visível no padrão de uso do sistema de uso foi o maior recurso, no âmbito do sector público, das situações programadas, a consulta marcada com o médico de família, com diminuição do recurso aos prestadores públicos de acesso imediato (quer nos cuidados de saúde primários, quer nas urgências hospitalares).

Do lado do sector privado, a principal marca de mudança de 2013 para 2015 é o menor recurso aos consultórios privados.

8. O que escolhe fazer quando se contacta o sistema de saúde

De 2015 em diante, há uma relativa estabilidade da posição de cada um dos sectores como ponto de escolha de contato por parte do cidadão. O elemento de maior destaque é a afirmação crescente do serviço SNS24, que começou a ser mais escolhido. É uma alteração resultante da política de desenvolvimento do SNS24 que foi adotada pelo Ministério da Saúde.

Em 2020, contudo, voltam a ocorrer alterações importantes, que não podem ser desligadas do contexto da pandemia da COVID-19. Neste período, há uma quebra acentuada no uso das urgências hospitalares como ponto de contato quando o cidadão que se sente doente decide ir ao sistema de saúde. Ocorre quer no sector público quer no sector privado.

A resposta do sistema de saúde tem lugar, então, dentro de cada um destes sectores. No sector privado, a perda de contato que ocorre nas urgências dos hospitais privados tem contraponto no aumento das idas a consultórios privados. Ainda assim, em termos líquidos, há um menor recurso ao sector privado na sua globalidade.

No sector público (SNS), a grande alteração é a fuga às urgências hospitalares, que é compensada por consultas não programadas nos cuidados de saúde primários. O receio da falta de capacidade de resposta ou o receio do contágio com a COVID-19 levaram muitos dos que decidiram contactar o SNS a fazê-lo através sobretudo dos cuidados de saúde primários. Também de assinalar a subida do recurso ao serviço de atendimento telefónico do SNS. Globalmente, no sector público, houve um aumento do número de pontos de contato, em que o SNS24 terá sido uma forma adicional dos cidadãos procurarem auxílio num contexto de receio de contágio em ida a instalações físicas.

O Quadro 8.2 apresenta as decisões de contato (em 2020) de uma forma sumária, de modo a ilustrar as combinações de escolhas realizadas.

Quadro 8.2 - Pontos de contacto quando se procura o sistema de saúde

		Sector privado			
		0 contatos	1 contato	2 contatos	
Sector público	0 contatos	1,54%	7,14%	0,13%	8,27%
	1 contato	78,78%	1,34%	0,10%	
	2 contatos	8,99%	0,60%	0,09%	
	3 contatos	1,01%	0,07%	0,10%	
	4 contatos	0,10%			
		88,8%			

Fonte:
Elaboração própria.



Desde logo, 78,78% das pessoas contactaram uma única entidade do SNS, enquanto 7,14% dirigiram-se unicamente a um prestador do sector privado. Um total de 84,65% das pessoas procuraram apenas o sector público. A procura de uma solução para o problema de saúde em ambos os sectores é feito por 4,73% dos que procuraram o sistema de saúde. Os 1,28% que não vão nem ao sector público nem ao sector privado correspondem a outras situações, como a procura de aconselhamento junto de um farmacêutico ou de um enfermeiro.

Figura 8.1 - Pontos de contato (2020)

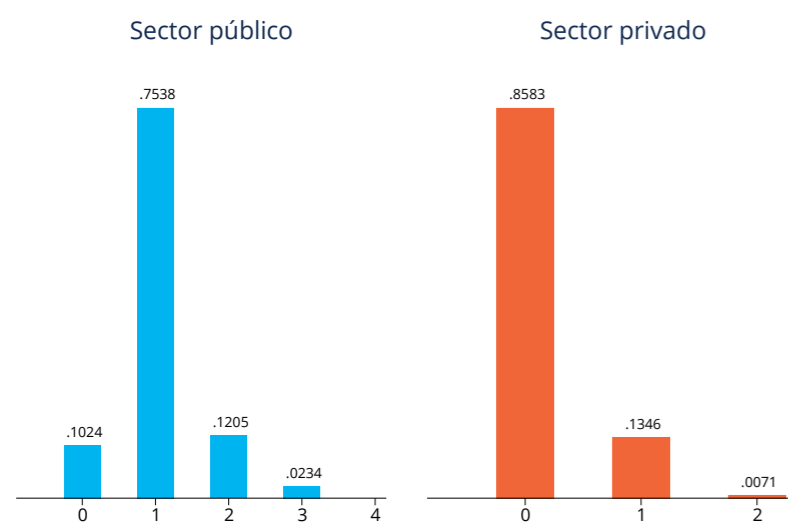
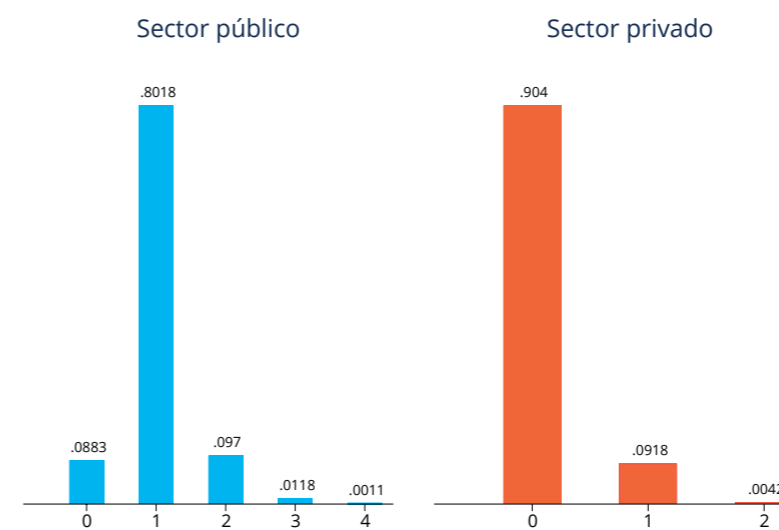


Figura 8.2 - Pontos de contato (2013-2019)



Em 2020, houve uma maior proporção de pessoas que procurou unicamente o sector privado. E houve igualmente um maior número de pessoas a passar por mais do que uma entidade do SNS como primeiro ponto de contato, devendo-se nesta apreciação ter em conta que o serviço telefónico reencaminha para uma entidade que preste cuidados de saúde se for necessário.

Este cruzamento de informação permite criar três grupos de cidadãos: os que só procuraram apoio no sector público, os que só se dirigiram apenas ao sector privado e os que tiveram contato com ambos os sectores. Usando esta divisão, utiliza-se uma análise de regressão multinomial para identificar associações sistemáticas de caracterização dos cidadãos com a pertença a cada um dos grupos (não serão

consideradas as situações em que o cidadão não se dirigiu nem ao sector público nem ao sector privado, devido ao reduzido número de observações envolvidas). São realizadas estimativas contendo as observações correspondentes a todos os anos e contendo apenas o ano de 2020, para avaliar as diferenças que existam.

Os gráficos seguintes sumariam os resultados obtidos. A idade e o género não se encontram associados de forma sistemática com a escolha do sector de contato, pelo que não serão objeto de mais discussão neste contexto.

Um elemento de interesse é saber se existe um efeito socioeconómico. A hipótese natural neste quadro é o recurso apenas ao sector privado ser mais provável em cidadãos com melhor condição socioeconómica. Os resultados não contrariam esta hipótese, sugerindo, contudo, que as duas classes socioeconómicas mais elevadas (A+B) se distinguem das restantes, que são similares entre si. Em termos quantitativos, e para o ano de 2020, um cidadão pertencente ao grupo socioeconómico (A+B) tem um diferencial de probabilidade superior a 10 pontos percentuais de optar unicamente pelo sector privado face às outras classes socioeconómicas. A mesma situação qualitativa ocorre quando se consideram todos os anos de dados disponíveis, embora com um efeito quantitativamente menos forte.

Estes resultados sugerem que embora a decisão de recorrer ao sistema de saúde não tenha um gradiente socioeconómico, as diferenças existentes nesta dimensão traduzem-se em haver uma maior probabilidade de um cidadão da classe socioeconómica mais elevada optar por contactar unicamente o sector privado.

Apesar deste efeito, a maioria dos cidadãos nesta classe socioeconómica opta por contactar o SNS. Tomaram esta opção cerca de 8 em cada 10 pessoas pertencentes a esta classe socioeconómica. Nas restantes classes socioeconómicas, a opção pelo sector privado apenas ocorre em menos de uma pessoa em cada dez.

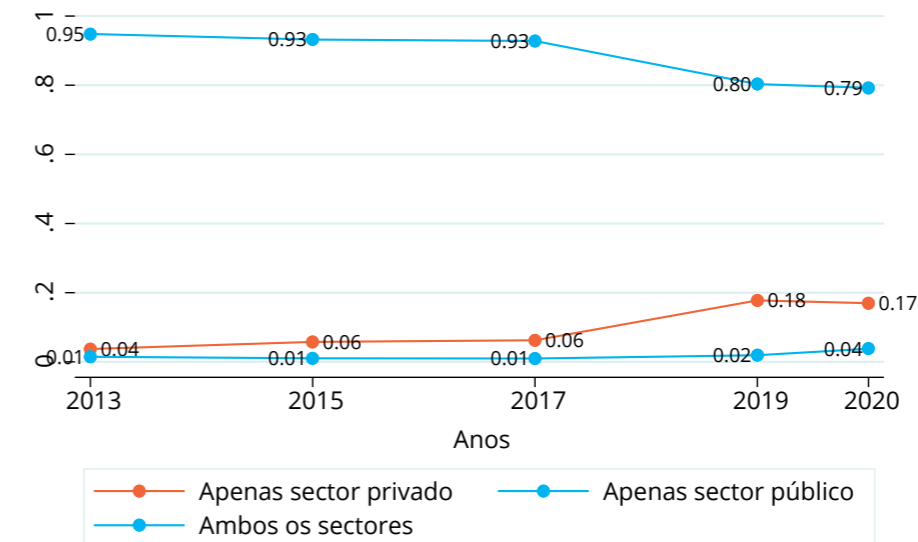
Nos restantes efeitos com expressão estatística significativa encontram-se situações que são intuitivamente esperadas: cidadãos que têm médico de família atribuído (no âmbito do SNS) e que estão isentos do pagamento da taxa moderadora apresentam uma maior escolha por contactarem o SNS.

Em termos de magnitudes dos efeitos, expressas em pontos percentuais, um cidadão com médico de família atribuído tem, em 2020, 38 pontos percentuais adicionais de probabilidade de escolher apenas o sector público. De forma análoga, um cidadão isento de pagamento de taxa moderadora tem um diferencial de 13,7 pontos percentuais de probabilidade de escolher contactar apenas o sector público. O impacto de atribuição de médico de família na escolha do SNS como ponto de contacto é bastante superior ao resultante da isenção de pagamento de taxa moderadora.

No contexto do ano de 2020, em que este efeito surge como particularmente forte, a falta de um médico de família atribuído é uma barreira de acesso ao sector público com muito maior significado do que uma isenção de pagamento de taxa moderadora. Naturalmente, os custos de cada uma destas intervenções são diferentes e terão de ser envolvidos numa comparação entre elas, como opções de política.

O cálculo do modelo estatístico envolvendo todos os anos permite ainda traçar a evolução ao longo do tempo da escolha de sector público versus sector privado como ponto de contacto no sistema de saúde. O principal momento de alteração face ao passado tem lugar em 2019, sendo 2020 um ano essencialmente similar ao de 2019 nesta preferência por sectores.

Figura 8.3 - Efeitos temporais



De um modo sumário, a análise desenvolvida identificou em 2020 alterações importantes nas escolhas da população quando procura acesso ao sistema de saúde para resolver um problema que sinta. Houve um afastamento das urgências hospitalares, públicas e privadas, como ponto de contacto do cidadão com o sistema de saúde. Presumivelmente, o contexto da pandemia da COVID-19 estará na origem desta mudança, que se encontra em consonância com uma perceção geral decorrente de dados de utilização do SNS publicamente disponíveis. O que não se encontra descrito nos dados do SNS é para onde se dirigiu esta necessidade de contato com o sistema de saúde. Em grande medida, esta procura de acesso transferiu-se para outras entidades do mesmo sector – cuidados de saúde primários, no caso do sector público, e consultórios privados, no caso do sector privado.

Figura 8.4 - Efeito da classe socioeconómica (todos os anos)

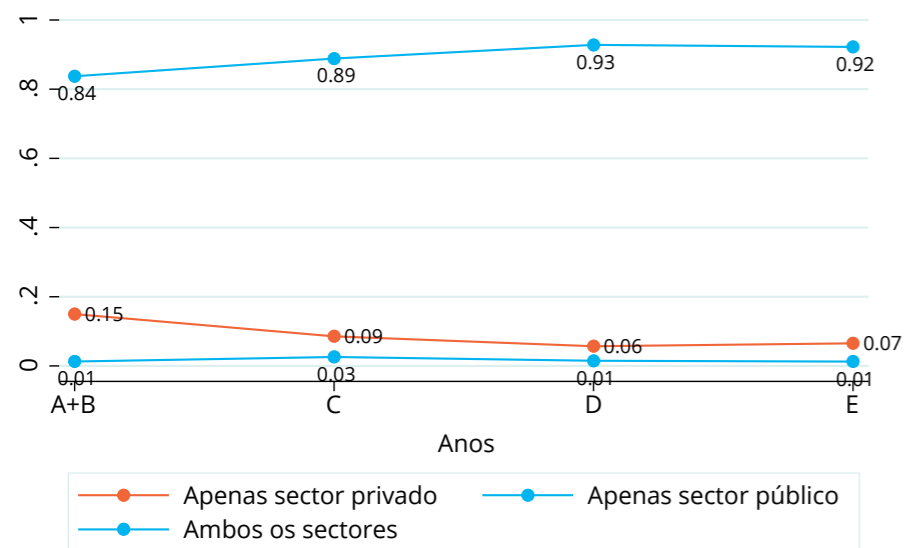
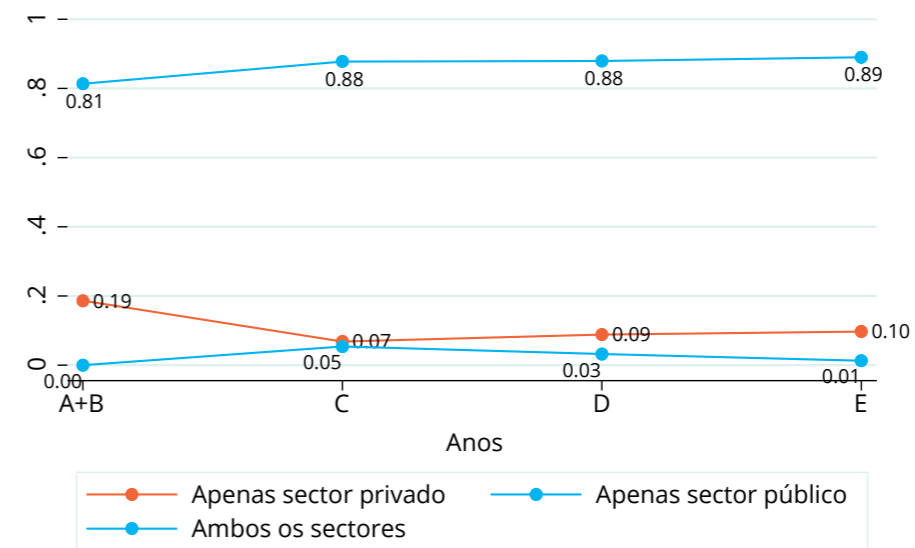


Figura 8.5 - Efeito da classe socioeconómica (2020)



À pressão sobre os cuidados de saúde primários do acompanhamento dos doentes com COVID-19 que não necessitam de cuidados hospitalares (ou seja, mais de 90% dos casos), acresceu esta procura, nomeadamente em termos de consultas não programadas, dado que houve a transferência de procura de apoio para outro ponto do mesmo sector do sistema de saúde, em lugar de uma saída maciça para a opção de não procurar cuidados de saúde.

Não houve, de acordo com as respostas dos inquiridos em junho de 2020, uma passagem quantitativamente expressiva para a opção de não contactar o SNS.

O ajustamento à situação pandémica ditou um aumento do número de médio de entidades contactadas no SNS por parte dos cidadãos, mas também um aumento da proporção de pessoas que procuraram a solução para as suas necessidades de cuidados de saúde apenas no sector privado. Parte desta mudança para um maior uso do sector privado teve lugar ainda em 2019, antes da pandemia da COVID-19, e concentra-se no grupo socioeconómico de maior rendimento.

Apesar destas mudanças, a opção por contactar o SNS é ainda largamente dominante em todas as classes socioeconómicas. Sendo certo que a pandemia da COVID-19 trouxe desafios e mudanças, alguma da dinâmica vinha do passado recente.

O SNS (sector público), dadas as circunstâncias de 2020, revelou uma capacidade de atração dos cidadãos bastante elevada. No sector privado, o interesse dos cidadãos deslocou-se das urgências hospitalares para os mais tradicionais consultórios (sendo que parte deles se encontram atualmente, nos grandes centros urbanos, localizados em parte nas instalações dos hospitais privados).

Em termos de futuro, a relevância da atribuição de um médico de família a cada residente em Portugal sai reforçada, uma vez que quem tem médico de família atribuído apresenta uma preferência marcadamente mais elevada por procurar auxílio no SNS.



9. Considerações finais

9. Considerações finais

As barreiras de acesso a cuidados de saúde são um aspeto central do funcionamento dos sistemas de saúde, e a sua compreensão é essencial para melhorar a saúde da população. A avaliação, no presente relatório, das barreiras de acesso a cuidados de saúde fez uso de informação recolhida diretamente junto dos cidadãos que completa a informação resultante do uso dos serviços de saúde. Permite, por isso, uma compreensão mais detalhada das decisões de recorrer, ou não, ao sistema de saúde e do papel que diferentes tipos de barreiras de acesso possam ter. Resultaram da análise realizada várias conclusões.

Globalmente, existem sinais de conforto, no sentido de grandes objetivos ligados ao acesso a cuidados de saúde por parte dos cidadãos estarem a ser alcançados, nos últimos anos e em razoável medida, no que diz respeito ao primeiro contato com o sistema de saúde quando uma pessoa se sente doente.

Havendo relatórios e estatísticas sobre a atividade do SNS que permitem construir uma visão do percurso do doente e dos problemas de acesso que, eventualmente, existam ao longo desse percurso, é relevante completar essa visão com o conhecimento da primeira etapa, a etapa das decisões sobre o primeiro contato que é realizado por quem se sente doente. Dadas as preocupações de equidade que constam do quadro normativo do sistema de saúde, seja na Constituição seja na Lei de Bases da Saúde, deu-se atenção especial aos elementos de desigualdade que estejam ligados a idade, classe socioeconómica e nível de escolaridade.

A primeira regularidade documentada, e que se encontra de acordo com a percepção geral vinda de trabalhos anteriores, é a existência de desigualdades na ocorrência de episódios de doença. Embora um episódio de doença não seja, em geral, planeado, o contexto social de cada pessoa faz com que a ocorrência desses episódios não seja distribuída totalmente ao acaso.

No caso da idade, é conhecido e natural que os episódios de doença aumentem ao longo, acentuando-se a partir dos 65 anos (mais de metade das pessoas inquiridas nessa faixa etária teve pelo menos um episódio de doença no ano anterior a ser entrevistada). Também a condição económica do agregado familiar se encontra fortemente associada com a existência de doença. Os agregados familiares que têm dificuldade ou muita dificuldade em pagar as despesas habituais têm duas vezes mais frequência de episódios de doença do que os agregados familiares que indicaram ter facilidade em pagar as despesas habituais (43% nos primeiros, 19% nos segundos, respetivamente). Há, ainda antes do contato com o sistema de saúde, desigualdades socioeconómicas importantes.

A partir do momento em que a pessoa se sente doente, a decisão seguinte é recorrer, ou não, ao sistema de saúde. A regularidade encontrada nesta decisão de procurar auxílio no sistema de saúde é a ausência de desigualdades sociais sistemáticas, uma vez reconhecidas as diferenças existentes na ocorrência do evento de doença. A baixa proporção de pessoas

que opta por não se dirigir ao sistema de saúde sinaliza que o nível das barreiras de acesso, nesse ponto de decisão, não será elevado. Se houvesse barreiras de acesso sistemáticas e a afetar um grupo populacional particular, dentro da amostra recolhida, a respetiva probabilidade de ir ao sistema de saúde deveria ser significativamente mais baixa. Grupos vulneráveis que não estejam representados, ou insuficientemente representados, poderão defrontar barreiras de acesso a cuidados de saúde significativas, que não são aqui passíveis de serem identificadas.

A ausência de efeitos sistemáticos associados com os fatores sociais não significa que a decisão de (não) ir ao sistema de saúde seja completamente aleatória do ponto de vista de cada pessoa (que terá as suas razões para a decisão tomada), apenas significa que do ponto de vista do observador externo não se identificam grupos particulares.

Uma preocupação em tempo de pandemia é o afastamento do sistema de saúde por parte de pessoas que se sentem doentes mas receiam o contágio de COVID-19 se forem a uma entidade que preste cuidados de saúde. A este respeito, cerca de uma em cada cinco pessoas que não procurou auxílio no sistema de saúde expressou esta preocupação como motivo para a sua decisão. Por outro lado, há também sinais de que mesmo havendo preocupação geral com a COVID-19 se manteve a procura de cuidados de saúde quando necessário (pessoas que deixaram de se encontrar com amigos e com família surgem como também

tendo maior probabilidade de procurar o sistema de saúde em caso de doença). A regularidade adicional encontrada está relacionada com a ida ao sistema de saúde e uma mudança, expectável, do ponto de contato no sistema de saúde. Houve uma clara mudança da ida a urgências hospitalares, do sector público ou do sector privado, para os cuidados de saúde primários (no SNSO) e para consultórios privados. Esta alteração do ponto de contato procurado ocorre sem passagem do sector privado para o sector público, ou vice-versa. As mudanças, e reconfiguração do primeiro ponto de contato no sistema de saúde, ocorreram sobretudo dentro de cada setor e não entre setores.

Apesar da decisão de ir (não ir) ao sistema de saúde quando uma pessoa se sente doente não depender de fatores sociais de forma sistemática, a escolha de ir ao sector público ou ao sector privado, dado que se tomou a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde, tem regularidades associadas com esses fatores sociais.

Estas regularidades são, em considerável medida, alinhadas com a percepção geral: efeito claro da condição socioeconómica na opção pelo sector privado, concentrada na condição socioeconómica mais elevada: 12 pontos percentuais mais frequente na escolha do sector privado como ponto de contato. Praticamente uma em cada cinco pessoas desta classe socioeconómica recorre ao sector privado como primeiro ponto de contato. Nesta escolha entre sector público e sector privado não há qualquer associação com a idade.

A identificação de barreiras de acesso foi ainda feita de outros modos: a) conhecer os motivos de não ir ao sistema de saúde; b) de uma forma mais aberta, saber se houve necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas; c) ganhar conhecimento sobre onde incide a despesa do doente quanto tem um contato com o sistema público.

Houve quase 10% das situações de ida ao sistema de saúde que resultaram de atrasar essa decisão de procurar ajuda. Este valor em 2020 está bastante acima do valor médio dos anos anteriores (que não chegou a 6% dos casos). É, conjectura-se, o resultado de adiar o contato com o sistema de saúde por receio da COVID-19, que tem aqui uma penalização clara em termos de saúde das pessoas.

Nas necessidades não satisfeitas, registou-se uma evolução muito positiva desde 2015, com uma redução para menos de 1/3 das pessoas que indicaram não adquirir todos os medicamentos que deviam (essa proporção baixou de um máximo de 19,6% em 2015 para 5,4% em 2020). Também o deixar de ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro baixou de 8,9% em 2015 para 3% em 2020. As necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, apesar da melhoria em termos médios, mantiveram uma forte relação com a idade e com a classe socioeconómica. Em particular, em 2020, a classe socioeconómica mais baixa teve uma evolução desfavorável face aos anos anteriores, em sentido contrário do que sucedeu nas outras classes socioeconómicas (que melhoraram o suficiente para que a média de situações de necessidades não satisfeitas baixasse). Esta evolução esteve presente quer na situação de deixar de comprar medicamentos que devia quer na situação de não ir a uma consulta ou exame por falta de dinheiro.

As despesas realizadas depois de um contato com o SNS são mais elevadas no caso de ir a um hospital do que a um centro de saúde, por diferença nas taxas moderadoras, como esperado. Porém, quer o doente vá a um centro de saúde ou a uma urgência hospitalar, a principal componente de custos envolvida está associada com medicamentos prescritos nessa ocasião. A preocupação com a proteção financeira dos cidadãos deverá, por isso, estar mais centrada nos medicamentos do que no papel das taxas moderadoras ou dos custos de transporte, nas atuais condições (em que nos últimos anos houve redução sucessiva dos valores das taxas moderadoras e alargamento das situações de isenção do seu pagamento).

O princípio de cuidados de saúde centrados na pessoa tem vindo a ganhar relevância. Uma forma de simples de olhar uma das suas dimensões é avaliar se as pessoas sentem que foram tratadas com dignidade, compaixão e respeito. Neste aspeto, os valores encontrados em Portugal são inferiores aos que surgem no SNS inglês, usado como referência. Em Portugal, existe uma forte associação entre nível de escolaridade e essa apreciação, sendo que é menor para níveis mais elevados de escolaridade alcançada. Conjetura-se que tal possa refletir sobretudo as expectativas de cada grupo populacional, mais elevadas em populações com maior nível de escolaridade. Não sendo estritamente uma barreira de acesso a cuidados de saúde não deixa de constituir um elemento de interesse para perceber a experiência do cidadão no sistema de saúde português.

Na decisão alternativa de não ir ao sistema de saúde, surgem duas grandes opções que são seguidas: a automedicação ou esperar que “o tempo trate”, sendo a primeira largamente dominante. A opção pela automedicação é resultado da pessoa já ter tido

problema similar no passado ou ter medicamentos em casa. A escolha da automedicação por uma maioria das pessoas, comum a todos os anos de informação disponível, deverá ser aprofundada de futuro (em 2020, praticamente metade dos que optaram por automedicação pediram conselho na farmácia, e a outra metade tinha experiência anterior com o medicamento).

Por fim, duas barreiras de acesso decorrentes da pandemia da COVID-19, receio de ir a um prestador de cuidados de saúde e cancelamentos por parte do prestador, tiveram expressão significativa, embora de maior significado nos cancelamentos (cerca de 20% dos inquiridos reportou ter-lhe sucedido um cancelamento e cerca de 15% disseram não ter ido a uma consulta ou exame por receio da COVID-19).

As barreiras de acesso a cuidados de saúde que existem antes de um doente iniciar o seu percurso no sistema de saúde diminuíram nos últimos anos (desde 2015). Subsistem situações diferentes de utilização do sistema de saúde de acordo com fatores socioeconómicos e de idade. A pandemia COVID-19 trouxe novas barreiras de acesso em 2020, com os cancelamentos de agendamento por parte de prestadores a terem mais importância que o receio dos cidadãos.



Lisboa, 15 de abril de 2021
Pedro Pita Barros

Nota:

Na preparação deste relatório foi utilizada uma perspetiva técnica, procurando que o mesmo seja preciso e completo. São mencionados os pressupostos relevantes usados nas diferentes fases de análise. As opiniões expressas são representativas da minha interpretação sobre os assuntos às quais respeitam e não representam necessariamente a posição ou opinião de qualquer entidade com que esteja relacionado.



10.
Anexo Técnico



10. Anexo Técnico

10.1 OS DADOS

Os dados foram recolhidos pela empresa GfK, com inquérito construído pela equipa de investigação do Nova SBE Health Economics and Management Knowledge Centre. No ano de 2020, a ficha metodológica contém as informações que se seguem (sendo similar na abordagem para os restantes anos, em que a recolha foi igualmente realizada pela empresa GfK). Universo: constituído pelos indivíduos com 15 e mais anos de idade, residentes em Portugal Continental. Amostra: constituída por 1271 entrevistas, distribuídas de forma estratificada pelas regiões de Portugal Continental. Selecção de lares e indivíduos: os inquiridos foram seleccionados através do método de quotas, com base numa matriz que cruza as seguintes variáveis: Região (7 grupos), Habitat (5 grupos), Género (2 grupos), Idade (6 grupos), Instrução (2 grupos) aplicada aos homens e Ocupação (2 grupos) aplicada às mulheres. A partir de uma matriz inicial de Região vs Habitat, foram seleccionados aleatoriamente um número significativo de pontos de amostragem, onde foram realizadas as entrevistas, através da aplicação das quotas acima referidas. Em cada localidade, embora não existindo a aplicação do método de *random route*, existiram instruções que obrigaram o entrevistador

a distribuir as entrevistas por toda a localidade. Recolha da Informação: a informação foi recolhida através de entrevista direta e pessoal na residência dos inquiridos, em total privacidade, com base em questionário elaborado pelo Cliente e revisto pela GfK. Os trabalhos de campo decorreram entre os dias 23 de Maio e 30 de Junho de 2020 e foram realizados por 49 entrevistadores, recrutados e treinados pela GfK, que receberam uma formação adequada às especificidades deste estudo. A recolha incidiu nos fins-de-semana, entre as 10h e as 22h, e nos dias úteis, entre as 17h e as 22h.

O Status Social – classe socioeconómica - é determinado com base no nível de escolaridade e na ocupação do P.C.A. (Principal Contribuinte para o Agregado). O conceito de P.C.A. substitui o conceito de chefe de família (utilizado durante muitos anos pelas empresas de Estudos de Mercado e Institutos de Investigação Científica), sendo o Status de cada agregado calculado com base nas características do P.C.A. Conforme esta designação indica, o P.C.A. é, em cada agregado familiar, a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado. A estrutura do questionário relativamente às perguntas para determinar o Status Social é a seguinte: Em primeiro lugar, pergunta-se ao inquirido se

é ele a pessoa que mais contribui para rendimento global do agregado (ou seja, se é o P.C.A.); Se o inquirido não for o P.C.A., pergunta-se-lhe qual o grau de instrução e qual a ocupação do P.C.A.. Se o P.C.A. for o próprio indivíduo pergunta-se-lhe qual o grau de instrução e qual a ocupação do próprio. Na parte final do questionário, é codificado pela Revisão a ocupação do P.C.A.. Com base na matriz de Status Social (cruzando ocupação com instrução) é calculado o Status Social do indivíduo, de A (mais elevado – por exemplo, quadro superior com formação universitária) a E (mais baixo – por exemplo, trabalhadores manuais e similares por conta própria com instrução primária incompleta).

10.2 OPÇÕES METODOLÓGICAS

A ÚLTIMA DECISÃO VERSUS INTENÇÕES

Metodologicamente, houve a opção de perguntar sobre as últimas decisões tomadas por cada pessoa, em lugar de inquirir sobre situações globais que tenham ocorrido nos 12 meses anteriores ao momento de inquirição (ou em outro período temporal de referência, em semanas, ou meses, como alternativa) ou sobre situações de decisão hipotética, ou de percepções que as pessoas tenham quanto ao que seriam as suas decisões.

Esta opção metodológica justifica-se pelo interesse em conhecer o que as pessoas realmente decidem, evitando ao mesmo tempo maiores imprecisões quanto à memória do que foram essas decisões. Esta abordagem não permite retirar caracterizações gerais da magnitude da procura total de cuidados de saúde por parte da população (por exemplo, quantas consultas de especialidade tiveram, ou quantas vezes utilizaram os cuidados de saúde primários). Em contrapartida, fornece uma visão mais precisa sobre os comportamentos da população residente em Portugal quando sentem necessidade de recorrer a cuidados de saúde. Os elementos de intensidade de uso podem ser obtidos a partir das estatísticas de utilização dos serviços de saúde.

A MEDIDA DE CAPACIDADE FINANCEIRA

No inquérito referente a 2020 foram incluídas duas questões associadas com o nível de rendimento. Uma pergunta, mais objetiva, inquiria sobre o rendimento líquido do agregado familiar (em 10 categorias de rendimento, definidas em intervalos em euros). Esta pergunta registou, em 2020, 646 respostas válidas em 1271 respondentes. Os restantes optaram por “não sabe” ou “prefere não responder”. Sendo conhecida a dificuldade em inquéritos haver o reporte do nível de rendimento, que possivelmente não segue um padrão aleatório, incluiu-se também uma outra questão, utilizada pelo Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, sobre a capacidade financeira do agregado familiar, expressa em termos relativos (“Tendo em conta o rendimento total do agregado, como é que o seu agregado consegue pagar todas as despesas habituais?”; as respostas permitidas foram “com grande dificuldade, com dificuldade, com alguma dificuldade, com alguma facilidade, com facilidade, com grande facilidade”). Esta pergunta foi respondida por todos os 1271 inquiridos. Embora não contenha a mesma informação que o valor do rendimento médio líquido do agregado familiar, considera-se que será um indicador adequado para avaliar o gradiente socio-económico (até por enquadrar o rendimento no contexto da vida normal do agregado familiar).

Uma averiguação rápida constatou que as pessoas com mais facilidade em satisfazer as despesas habituais do agregado familiar e de mais idade apresentam uma menor probabilidade de responder à pergunta sobre o valor do rendimento em euros. Há, por este motivo, um efeito de seleção que inviabiliza a utilização das respostas sobre o rendimento em euros como sendo representativas da população.



11.
**Referências
bibliográficas**

11. Referências bibliográficas

- EXPH – Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. 2019. Benchmarking access to healthcare in the EU.
- EXPH – Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, 2016, Access to health services in the European Union.
- Silva, D., 2014, Helping measure person-centred care, The Health Foundation.
- US Institute of Medicine, 2001, crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, National Academy Press.

* O autor do estudo agradece o apoio financeiro da Fundação "la Caixa".

