

Acesso das Crianças a Cuidados de Saúde

CÁTEDRA BPI | FUNDAÇÃO "LA CAIXA" EM ECONOMIA DA SAÚDE



Índice

Introdução	4
1. Procura por cuidados de saúde	13
2. Necessidades não satisfeitas	16
2.1. Barreiras financeiras	17
2.1.1. Não adquiriu todos os medicamentos que devia	18
2.1.2. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico	22
2.1.3. Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro	24
2.1.4. Despesas em idas a urgências e a cuidados de saúde primários	28
2.2. Barreiras não financeiras	35
2.2.1. Receio de contágio	35
2.2.2. Cancelamento de consultas	37
2.2.3. Não ter médico de família atribuído	39
3. Prestação de cuidados	44
4. Inquiridos com menos de 50 anos	54
Referências	61
Anexo	63

ACESSO DAS CRIANÇAS A CUIDADOS DE SAÚDE

RELATÓRIO 2023

Este relatório faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na **Iniciativa para a Equidade Social**, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos **aqui**.

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitamos. Mencionamos todos os pressupostos que considerámos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos manifestamos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora



Introdução



O acesso adequado da população a cuidados de saúde é um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde. Este é, aliás, um direito plasmado na Constituição da República Portuguesa, que atribui ao Estado o papel de assegurar o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde, independentemente das condições financeiras de cada um (Artigo 64.º). Por conseguinte, analisar as decisões tomadas pela população em situações de doença é fulcral para aferir em que medida a população consegue, efetivamente, aceder a cuidados de saúde.

Anualmente, o Ministério da Saúde elabora um relatório sobre o “Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas”. Este relatório tem o mérito de reportar as barreiras no acesso a cuidados de saúde experienciadas pelos cidadãos após estes terem um primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). No entanto, nem todos os cidadãos que sofrem um episódio de doença recorrem ao SNS, ou porque enfrentam barreiras financeiras, ou porque optam por procurar cuidados de saúde no setor privado. Neste sentido, uma real aferição das barreiras no acesso a cuidados de saúde em Portugal exige que se avaliem as decisões tomadas pelos cidadãos desde o momento em que têm um episódio de doença. Uma avaliação desta natureza só pode ser feita por via de um inquérito à população residente em Portugal.

Precisamente com o intuito de conhecer as escolhas feitas pelos cidadãos desde o momento de doença, a Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na Iniciativa para a Equidade Social – uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE – elabora anualmente um relatório sobre o acesso a cuidados de saúde em Portugal Continental. Estes relatórios anuais focam-se nas experiências da população com 15 e mais anos de idade. O presente trabalho debruça-se sobre uma outra população – as crianças. Avaliar a existência de barreiras no acesso a cuidados de saúde na infância é particularmente relevante, uma vez que as condições de saúde na infância influenciam os níveis de saúde ao longo da vida, bem como a situação socioeconómica na vida adulta (Case et al., 2005; Currie et al., 2010; Jeon et al., 2023).

O Artigo 24.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece que a criança tem “o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reabilitação”. A 21 de setembro de 1990, Portugal ratificou esta Convenção, comprometendo-se assim a respeitar, proteger e garantir os direitos plasmados na CDC – nomeadamente em termos de acesso a cuidados de saúde – a todas as crianças sob jurisdição portuguesa.

A melhoria, ao longo das últimas décadas, dos indicadores de saúde de crianças residentes em Portugal em muito se deveu ao desenvolvimento de orientações para a vigilância da saúde, como as estipuladas no Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, e que, em 2013, foi substituído pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Bandeira et al., 2016).

Recentemente, o compromisso de Portugal para com as crianças e os jovens foi reforçado, com a aprovação da Estratégia Nacional para os Direitos das Crianças 2021-2024 (ENDC 2021-2024), que se ancora em orientações internacionais e que visa combater a pobreza e as desigualdades neste grupo populacional. Em matéria de saúde, a ENDC 2021-2024 visa, entre outras medidas, alargar a cobertura dos cuidados de saúde mental disponibilizados a crianças e jovens.

Em Portugal, a gratuidade no acesso a cuidados de saúde primários e urgências era, até 2015, assegurada, entre outros grupos populacionais, a crianças até aos 12 anos. Porém, a partir de abril de 2015, a isenção das taxas moderadoras passou a abranger todos os menores, a fim de eliminar barreiras financeiras no acesso das crianças a cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril). Apesar do continuado desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para crianças, continuam a registar-se desigualdades em saúde neste grupo populacional em Portugal (Campos-Matos et al., 2016; Ribeiro et al., 2020). Existem desigualdades em saúde quando se verificam diferenças sistemáticas na saúde de pessoas que ocupam posições distintas na sociedade (Graham, 2009). Entre os menores de idade, o gradiente socioeconómico em saúde em Portugal é particularmente acentuado na obesidade e nas doenças cardiovasculares, com crianças de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos a terem um maior risco de sofrer destas doenças (Ribeiro et al., 2020).

Ainda que existam diferentes teorias para explicar o surgimento de desigualdades em saúde, duas das teorias mais proeminentes são a hipótese da seleção em saúde e hipótese da causalidade social (Kröger et al., 2015). A primeira preconiza que são diferenças no estado de saúde que originam diferenças na posição social. Por outro lado, a hipótese da causalidade social defende que as circunstâncias de quem se encontra em estratos socioeconómicos mais avantajados são conducentes a melhores níveis de saúde. Apesar de existir evidência em linha com ambas as teorias, estudos que utilizam o rendimento do agregado familiar como medida do estatuto socioeconómico tendem a suportar a hipótese da causalidade social (Kröger et al., 2015).

Uma via pela qual o estatuto socioeconómico pode afetar o estado de saúde é a capacidade de aceder aos cuidados de saúde necessários. Os cidadãos residentes em Portugal têm direito à proteção da sua saúde, sendo o Estado responsável por garantir esse direito através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que tem carácter universal, compreensivo e tendencialmente gratuito. Não obstante a gratuidade das consultas para menores de idade, crianças de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos podem enfrentar maiores barreiras no acesso a cuidados de saúde por não terem recursos para, por exemplo, assegurar a medicação prescrita ou o transporte até ao local de prestação de cuidados.

Perante os esforços desenvolvidos no sentido de mitigar constrangimentos financeiros no acesso de crianças aos serviços de saúde, o presente trabalho pretende determinar se as barreiras no acesso a cuidados de saúde por parte de agregados familiares com crianças e jovens diferem das barreiras experienciadas pelos restantes agregados. O acesso e as barreiras de acesso a cuidados de saúde podem ser avaliados mediante diferentes estratégias e indicadores complementares. Algumas destas estratégias avaliam as barreiras de acesso em situações concretas, como por geografia ou por patologia, ao passo que outras estratégias estudam o acesso a cuidados de saúde em contextos mais latos e genéricos. Aferir a existência de barreiras de acesso implica, em geral, realizar inquéritos à população, que permitem determinar se os inquiridos tiveram alguma necessidade de cuidados de saúde que não foi satisfeita.

Como as crianças não respondem a inquéritos de acesso a cuidados de saúde, foi necessário recorrer a uma abordagem de avaliação indireta. Admitindo-se que as dificuldades de acesso a cuidados de saúde são partilhadas dentro dos agregados familiares, a existência de barreiras de acesso elevadas em agregados familiares com crianças será sinal indireto de as crianças terem também dificuldades de acesso. Assim, procedeu-se a uma análise comparativa, em que se avaliou o acesso a cuidados de saúde dos agregados familiares com crianças por comparação com o acesso experienciado pelos restantes elementos da sociedade. A análise das barreiras de acesso nos agregados com crianças deve ter em conta dois elementos distintos. Por um lado, deve-se avaliar o valor absoluto das barreiras de acesso experienciadas por estes agregados. Por outro lado, deve-se proceder a uma análise comparativa, em que se avalia o acesso a cuidados de saúde dos agregados familiares com crianças por comparação com o acesso experienciado pelos restantes elementos da sociedade.

Recorreu-se a dados do relatório de acesso desenvolvido pela Nova School of Business and Economics. O relatório de acesso a cuidados de saúde, realizado desde 2013, é feito a uma amostra representativa da população residente em Portugal Continental com 15 e mais anos de idade. Este é um conjunto de dados de corte transversal repetidos, uma vez que a amostra de indivíduos inquiridos varia ao longo do tempo.

Para cada inquirido sabe-se a composição do agregado familiar, em termos do número total de pessoas e do número de crianças e jovens com menos de 15 anos que integram o agregado. Ainda que as perguntas do inquérito relativas ao estado de saúde e ao acesso a cuidados se debrucem sobre a experiência pessoal do inquirido, diferenças reportadas entre pessoas que vivem em agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos e pessoas cujo agregado familiar é composto apenas por adultos ou pessoas em idade ativa permitem aferir em que medida os agregados com crianças menores de 15 anos estão sujeitos a dificuldades acrescidas no acesso a cuidados de saúde. Apesar de indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos ainda serem menores, já se encontram em idade ativa, pelo que as barreiras no acesso a cuidados de saúde reportadas por agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos são um bom proxy para as dificuldades de acesso a serviços de saúde experienciadas por crianças. Com efeito, entre os agregados compostos apenas por pessoas adultas ou em idade ativa, apenas 4,91% dos inquiridos tinham idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos.

No total, foram inquiridos 8.829 indivíduos, 71,64% pertencentes a agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos e 28,36% pertencentes a agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos (Tabela 1). A idade média dos inquiridos de agregados sem menores de 15 anos tende a ser superior à idade média dos inquiridos de agregados com menores de 15 anos (Tabela 2). Adicionalmente, os agregados com menores de 15 anos apresentam uma melhor situação socioeconómica, já que uma maior percentagem destes agregados pertence aos escalões A/B. No entanto, a percentagem de agregados com menores de 15 anos e sem menores de 15 anos em situação de elevada carência económica (escalação E) é semelhante (Tabela 2).

Ano	Agregado sem crianças/jovens com menos de 15 anos	Agregado com crianças/jovens com menos de 15 anos	Total
2013	843 (67,22%)	411 (32,78%)	1.254 (100%)
2015	873 (69,29%)	387 (30,71%)	1.260 (100%)
2017	874 (69,20%)	389 (30,80%)	1.263 (100%)
2019	917 (73,07%)	338 (26,93%)	1.255 (100%)
2020	959 (75,45%)	312 (24,55%)	1.271 (100%)
2021	930 (73,29%)	339 (26,71%)	1.269 (100%)
2022	929 (73,91%)	328 (26,09%)	1.257 (100%)
Total	6.325 (71,64%)	2.504 (28,36%)	8.829 (100%)

Tabela 1. População inquirida.

	Agregado sem crianças/jovens com menos de 15 anos	Agregado com crianças/jovens com menos de 15 anos	Testes de diferenças (diferença diferente de 0; p-value)
Idade (anos)	49,73	37,36	0,0000
Escalão A/B (%)	13,06	15,65	0,0014
Escalão C (%)	32,44	32,99	0,6227
Escalão D (%)	40,46	37,22	0,0050
Escalão E (%)	14,04	14,14	0,9051

Tabela 2. Estatísticas descritivas por tipo de agregado

Os resultados do presente estudo revelam que agregados familiares com crianças e jovens com menos de 15 anos não enfrentam barreiras de acesso a cuidados de saúde diferentes das reportadas por agregados compostos unicamente por adultos ou indivíduos em idade ativa, quando se controla por outras características dos inquiridos, como o escalão socioeconómico ou nível de escolaridade. Contudo, esta evidência não significa que o sistema de saúde português e, em particular, o SNS estão a conseguir responder de forma adequada às necessidades de saúde das crianças. Com efeito, a análise evidencia a existência de um marcado gradiente socioeconómico no acesso a cuidados de saúde, tanto em agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos como em agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa.

Agregados de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos têm uma maior probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários e de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro. A título de exemplo, entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, um inquirido do escalão socioeconómico E tem uma probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia quase três vezes superior à de um inquirido do escalão D (50,47% vs. 17,11%) e aproximadamente treze vezes superior à de um inquirido dos escalões A/B (50,47% vs. 3,85%). Importa notar que estas barreiras no acesso a cuidados de saúde são observáveis mesmo num contexto em que já existem algumas medidas de apoio a agregados em situação de carência económica, como a isenção de taxas moderadoras.

O gradiente socioeconómico detetado nas barreiras financeiras de acesso a serviços de saúde é exacerbado pelo facto de os agregados mais desfavorecidos também estarem sujeitos a maiores barreiras não financeiras. Efetivamente, agregados com maiores dificuldades financeiras tendem a ser mais severamente afetados pelo cancelamento de consultas e a ter maior receio de contágio em deslocações a unidades de saúde, o que pode dissuadir as pessoas de escalões socioeconómicos mais baixos de procurar a ajuda necessária no sistema de saúde. Adicionalmente, foi detetado um gradiente socioeconómico na atribuição de médicos de família, sobretudo entre agregados compostos apenas por adultos e pessoas em idade ativa. Com efeito, neste tipo de agregados, enquanto uma pessoa dos escalões A/B tem 89,18% de probabilidade de ter médico de família, essa probabilidade diminui para 81,91%, 81,40% e 70,59% para indivíduos dos escalões C, D e E, respetivamente.

Uma vez que se toma a resposta do inquirido como representativa da realidade de todos os elementos do agregado, e dada a idade média superior dos inquiridos de agregados sem crianças, procedeu-se a uma análise complementar em que apenas se consideram as respostas de inquiridos com menos de 50 anos. Ao focar a análise em inquiridos com idades mais homogéneas e, por conseguinte, situações de doença mais semelhantes, torna-se possível isolar e avaliar com maior precisão o impacto que a presença de menores de 15 anos no agregado tem na procura e no acesso a cuidados de saúde. As conclusões extraídas nesta análise de robustez são análogas às obtidas com a totalidade da amostra: a existência de menores de 15 anos no agregado não está associada a uma diferente procura por cuidados de saúde, nem a barreiras acrescidas no acesso a cuidados de saúde. Contudo, a condição socioeconómica do agregado continua a influenciar em larga medida o acesso a cuidados de saúde.

A conclusão que se extrai é clara: cidadãos de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos, nomeadamente crianças, experienciam maiores barreiras no acesso a cuidados de saúde. Por conseguinte, o preceito constitucional de “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa) não está a ser cumprido.

O fenómeno de desigualdade no acesso a cuidados de saúde, com base nas condições socioeconómicas dos indivíduos, é uma situação considerada injusta pelos residentes em Portugal. Com efeito, num inquérito desenvolvido pelo International Social Survey Programme em 2011, numa amostra de 1.022 residentes em Portugal Continental, 50,49% e 22,99% dos inquiridos consideraram ser injusto e muito injusto, respetivamente, que pessoas de maiores rendimentos tenham acesso a melhores cuidados de saúde que pessoas de menores rendimentos (Figura 1). Mesmo numa comparação internacional, a população residente em Portugal é das que mais fortemente se opõe a desigualdades de índole financeira no acesso a cuidados de saúde (Figura 2).

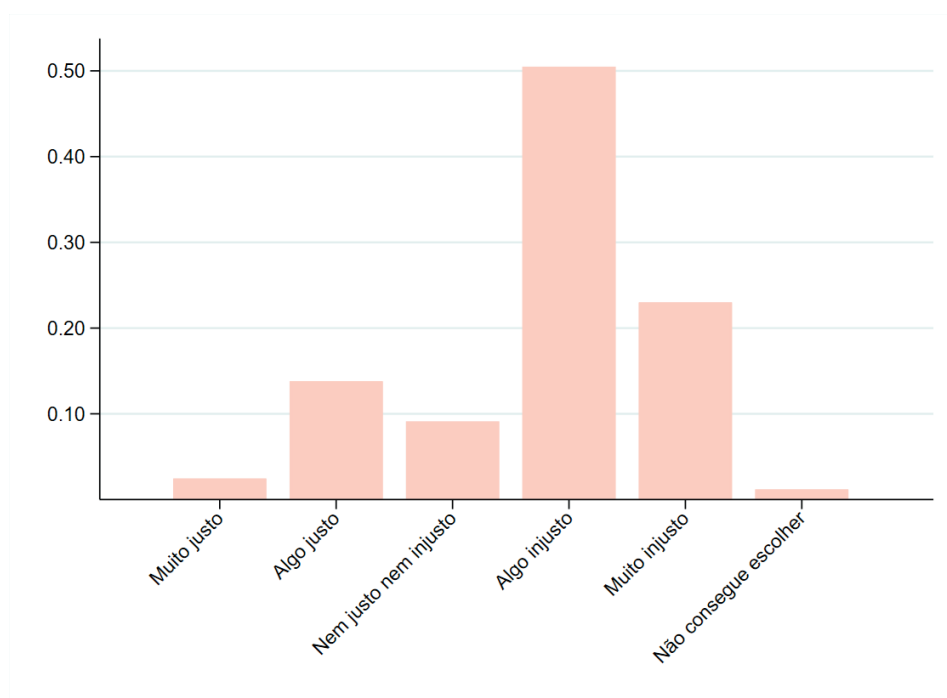


Figura 1. Proporção de inquiridos por resposta à pergunta “Considera justo ou injusto que pessoas de maiores rendimentos consigam aceder a melhores cuidados de saúde que pessoas de menores rendimentos?” (Portugal Continental, ano 2011).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do *International Social Survey Programme*.
Nota: População inquirida - residentes em Portugal Continental.

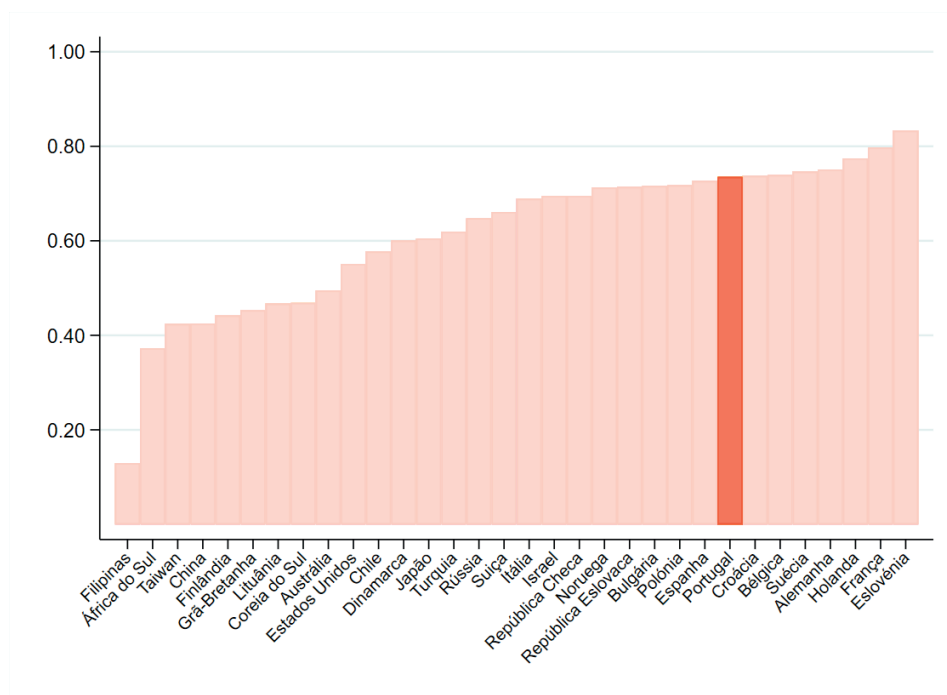


Figura 2. Proporção de inquiridos por país que considera injusto ou muito injusto que pessoas de maiores rendimentos tenham acesso a melhores cuidados de saúde (ano 2011).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do *International Social Survey Programme*.

Mitigar as barreiras no acesso das crianças (e da população em geral) a cuidados de saúde passa, pois, por combater a pobreza. Tal significa que o objetivo de assegurar cuidados de saúde adequados à população não poderá ser alcançado unicamente por via de políticas de saúde, *stricto sensu*. É necessário (re)avaliar a implementação de políticas de proteção social abrangentes, uma vez que estas complementam as políticas de saúde (Israel, 2016), em linha com o princípio da “Saúde em Todas as Políticas”. Sendo os agregados familiares com crianças dos mais afetados em situação de crise económica (Rodrigues *et al.*, 2016), a melhoria do acesso das crianças a cuidados de saúde só será assegurada mediante um claro compromisso político e social de reforço das condições de vida em Portugal.

1. Procura por cuidados de saúde



1. Procura por cuidados de saúde

Perante a ocorrência de um episódio de doença, nem todos os indivíduos procuram ajuda profissional no sistema de saúde, desde logo porque nem todos os episódios de doença têm a mesma gravidade. A Figura 3 reporta, para os agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos e para os agregados compostos apenas por indivíduos com pelo menos 15 anos, a probabilidade de o inquirido não ter procurado auxílio no sistema de saúde na última vez que se sentiu doente. Em todos os anos analisados, esta proporção é superior no grupo de inquiridos que vive num agregado familiar com crianças, o que indicia que estes agregados familiares podem estar sujeitos a maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde ou ter, em geral, problemas de saúde menos graves por serem em média mais novos. Com efeito, a prevalência de doenças crónicas é mais alta em agregados sem menores de 15 anos (33,34% em agregados sem menores de 15 anos vs. 17,16% em agregados com menores de 15 anos).

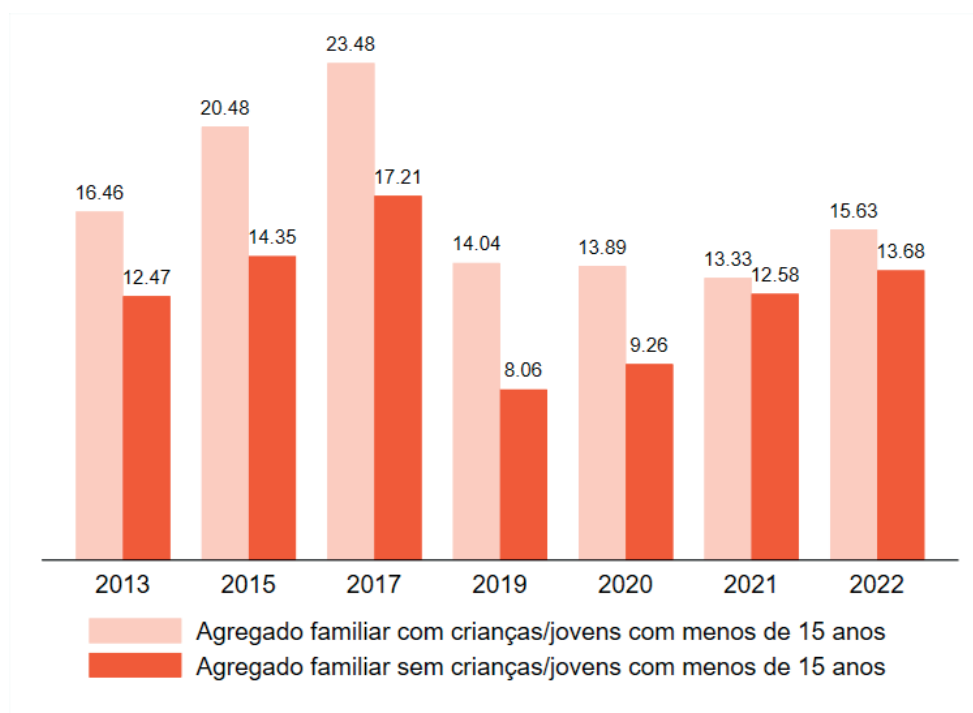


Figura 3. Percentagem que não procurou auxílio no sistema de saúde, por ano e por tipo de agregado familiar.

Contudo, quando se controla pelo escalão socioeconómico do agregado familiar, pelas tendências temporais, pela idade e pelo nível de educação do inquirido, observa-se que, perante um episódio de doença, a probabilidade de recorrer a ajuda formal no sistema de saúde é semelhante nos dois tipos de agregados familiares (Figura 4). De facto, em cada ano, a amplitude do intervalo de confiança (95%) correspondente a agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos abrange a estimativa central dos agregados familiares que não contêm crianças/jovens com menos de 15 anos.

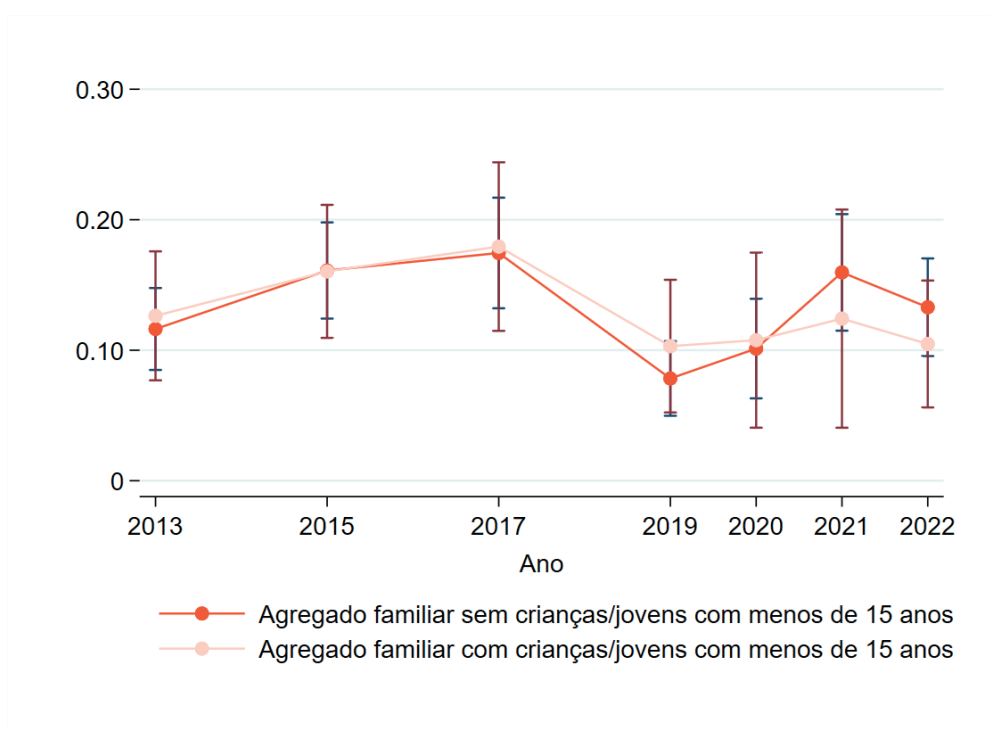


Figura 4. Probabilidade de não procurar auxílio no sistema de saúde.

1. Procura por cuidados de saúde

Em ambos os tipos de agregados familiares em análise, a maioria dos inquiridos que optou por não procurar ajuda no sistema de saúde no último episódio de doença optou por esperar que o problema de saúde passasse e uma percentagem menor optou por se automedicar (Tabela 3). Em qualquer dos casos, a decisão de não procurar ajuda deveu-se à reduzida gravidade do episódio de doença.

	Agregado com jovens com menos de 15 anos		Agregado sem jovens com menos de 15 anos	
	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar
Não era grave	81,19	100	82,53	84,62
Não quis esperar para ser atendido	18,81	-	8,73	-
Não valia a pena pagar a taxa moderadora	-	-	-	-
Não tinha capacidade de pagar a taxa moderadora	-	-	-	-
Não tinha capacidade de pagar o transporte	-	-	-	-
Tinha receio de apanhar a COVID-19	-	-	8,74	15,38
Outro motivo	-	-	-	-
Proporção de cada escolha	37,71	62,29	43,3	56,7

Tabela 3. Motivos para não ir ao sistema de saúde em 2022 (%)



2. Necessidades não satisfeitas



2.1. BARREIRAS FINANCEIRAS

Como discutido na secção anterior, a decisão de não procurar cuidados de saúde perante um episódio de doença pode dever-se, em parte, à reduzida gravidade do problema de saúde. Contudo, diferenças no acesso a cuidados de saúde podem também ser despoletadas por barreiras de índole financeira. Neste sentido, explora-se de seguida se estas barreiras são mais prementes nos agregados familiares que integram crianças/jovens com menos de 15 anos.



2.1.1. Não adquiriu todos os medicamentos que devia

Um dos indicadores que permite aferir de que forma as restrições financeiras condicionam o acesso a cuidados de saúde é a não aquisição de todos os medicamentos necessários ao tratamento do episódio de doença. A Figura 5 indica, para inquiridos pertencentes a agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 e para inquiridos em agregados familiares compostos unicamente por pessoas com pelo menos 15 anos, a probabilidade de não adquirir a totalidade dos medicamentos devidos, controlando pelas características do inquirido. Com exceção dos anos de 2013 e 2019, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de agregados familiares. Por conseguinte, face a agregados compostos apenas por indivíduos com pelo menos 15 anos, os inquiridos pertencentes a agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos tendem a não enfrentar barreiras financeiras acrescidas no que toca à aquisição de medicamentos.

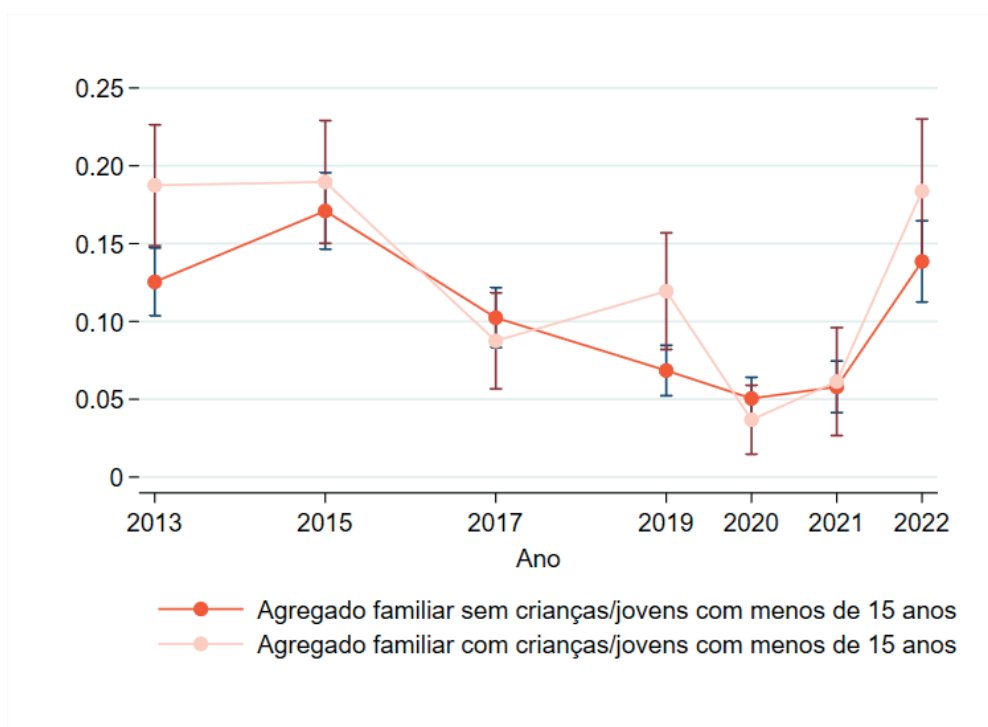


Figura 5. Não adquiriu todos os medicamentos que devia

2. Necessidades não satisfeitas

Apesar de não se terem detetado diferenças na probabilidade de não aquisição de todos os medicamentos, entre os dois tipos de agregados familiares, tal pode dever-se ao facto de se terem analisado todos os escalões socioeconómicos em simultâneo. Uma análise mais granular, com a decomposição dos agregados familiares por escalão socioeconómico, poderá evidenciar diferentes barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde para agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos e para agregados familiares compostos apenas por pessoas com pelo menos 15 anos de idade.

A Figura 6 apresenta os resultados desta análise por escalão socioeconómico. O escalão socioeconómico de cada agregado familiar é determinado com base no nível de escolaridade e na ocupação do Principal Contribuinte para o Agregado (PCA), que é a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado. O escalão A é o mais favorecido, ao passo que o escalão E é aquele em que os PCA têm menores níveis de educação e rendimento.

Verifica-se que, em cada escalão socioeconómico, não há diferenças significativas na probabilidade de não aquisição de todos os medicamentos entre agregados familiares em que há crianças/jovens com menos de 15 anos e agregados familiares em que todos os membros têm pelo menos 15 anos de idade. Adicionalmente, a evolução da probabilidade de não aquisição de todos os medicamentos é comum a todos os escalões. Após uma redução deste indicador entre 2015 e 2019/2020, a probabilidade de não aquisição de todos os fármacos aumentou desde então, sobretudo nos escalões socioeconómicos mais desfavorecidos (D e E). Tal evidencia que a conjuntura económica dos últimos anos, com inflação elevada, tem acentuado as barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde.

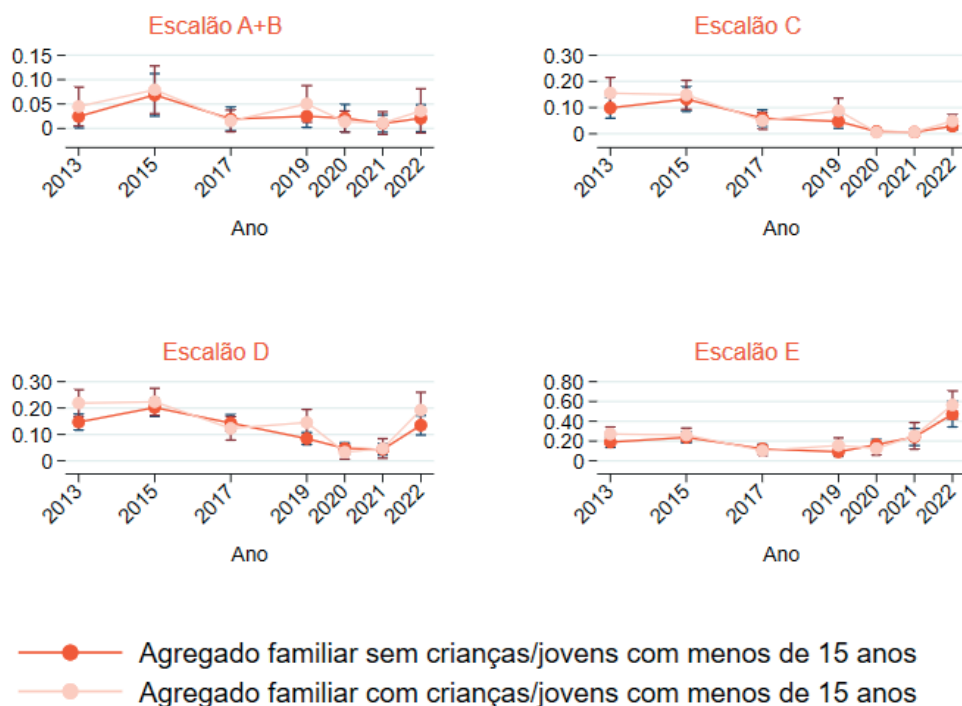


Figura 6. Não adquiriu todos os medicamentos que devia, por escalão socioeconómico

2. Necessidades não satisfeitas

As análises anteriores revelam que as dificuldades sentidas na aquisição de medicamentos não dependem de o agregado ter ou não crianças/jovens com menos de 15 anos de idade. Existe, sim, um marcado gradiente socioeconómico, tal como ilustrado na Figura 7. A título de exemplo, restringindo-nos a agregados familiares com jovens/crianças com menos de 15 anos, um inquirido do escalão socioeconómico E tem uma probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia quase três vezes superior à de um inquirido do escalão D (50,70% vs. 17,11%) e aproximadamente doze vezes superior à de um inquirido dos escalões A/B (50,70% vs. 4,22%).

Uma vez que existe evidência de que famílias monoparentais enfrentam maiores barreiras no acesso a cuidados de saúde (Heck e Parker, 2002), avaliou-se se, para agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos, o acesso a cuidados de saúde depende do número de pessoas em idade ativa ou adultas no agregado. Em particular, agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos e apenas um elemento adulto ou em idade ativa podem ser vistos como um proxy para famílias monoparentais.

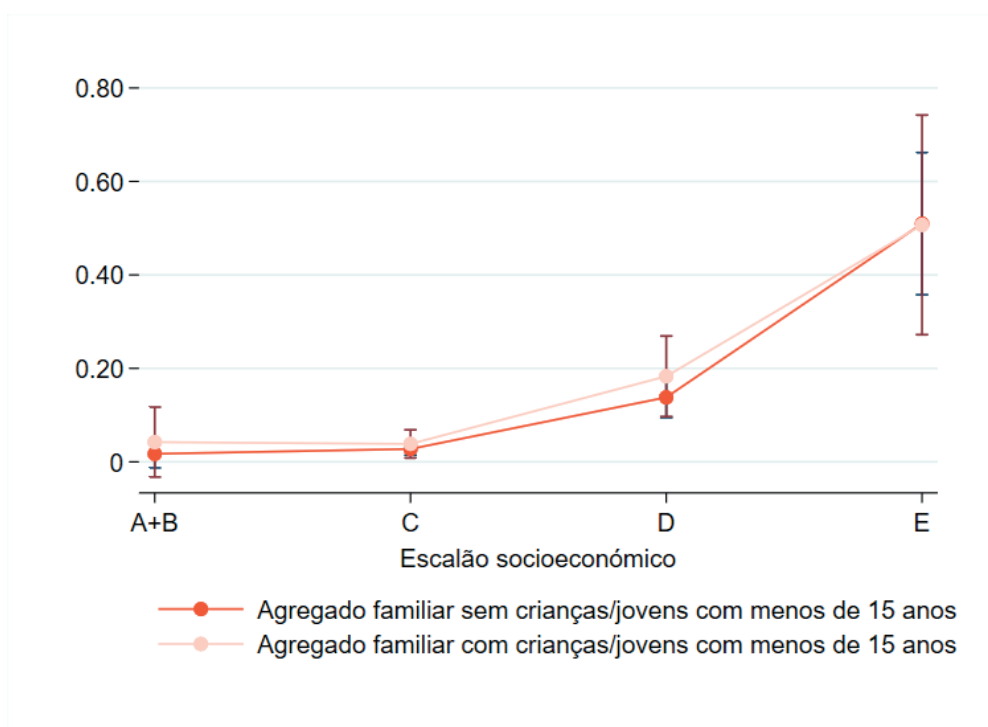


Figura 7. Não adquiriu todos os medicamentos que devia, por escalão socioeconómico em 2022

2. Necessidades não satisfeitas

A Figura 8 revela, contudo, que para agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos não existe diferença no acesso a medicamentos entre agregados com apenas um adulto/ elemento em idade ativa e agregados em que existem pelo menos dois indivíduos com 15 ou mais anos. Ou seja, em Portugal, de acordo com os dados do inquérito analisado, não existe evidência de que famílias monoparentais estão sujeitas a maiores barreiras financeiras na aquisição de medicação.

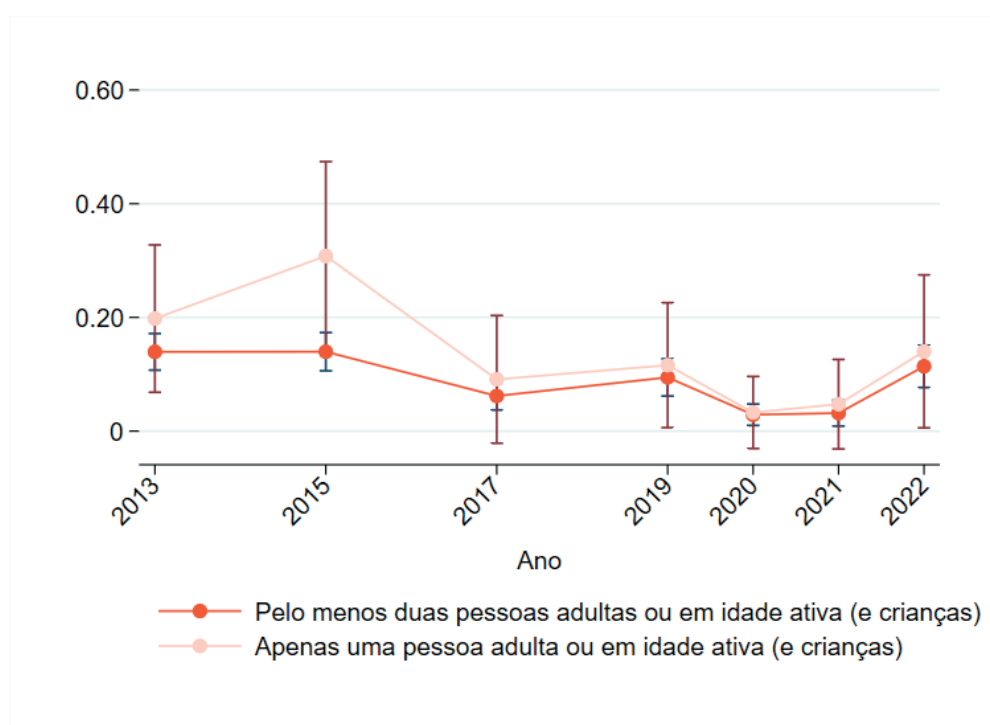


Figura 8. Não adquiriu todos os medicamentos que devia, por número de pessoas adultas ou em idade ativa em agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos.

2.1.2. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico

Para além da não aquisição de todos os medicamentos necessários ao tratamento do problema de saúde, o pedido de substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos, por estes serem mais baratos, também confere informação sobre potenciais barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde. À semelhança do que se verifica no indicador anteriormente discutido, não se observam diferenças significativas entre inquiridos pertencentes a agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos e inquiridos de agregados constituídos unicamente por pessoas em idade ativa, no que toca à probabilidade pedir substituição do medicamento de marca por um medicamento genérico.

Entre 2015 e 2020 verificou-se uma redução na probabilidade de os inquiridos optarem por medicamentos genéricos em vez de medicamentos de marca. Contudo, nos últimos anos registou-se um favorecimento por medicamentos genéricos, no momento de aquisição dos fármacos. Com efeito, em 2022 a probabilidade de um inquirido pertencente a um agregado familiar com crianças/jovens com menos de 15 optar por um medicamento genérico é 36,05% superior à probabilidade registada em 2020 (32,31% vs. 23,26%).

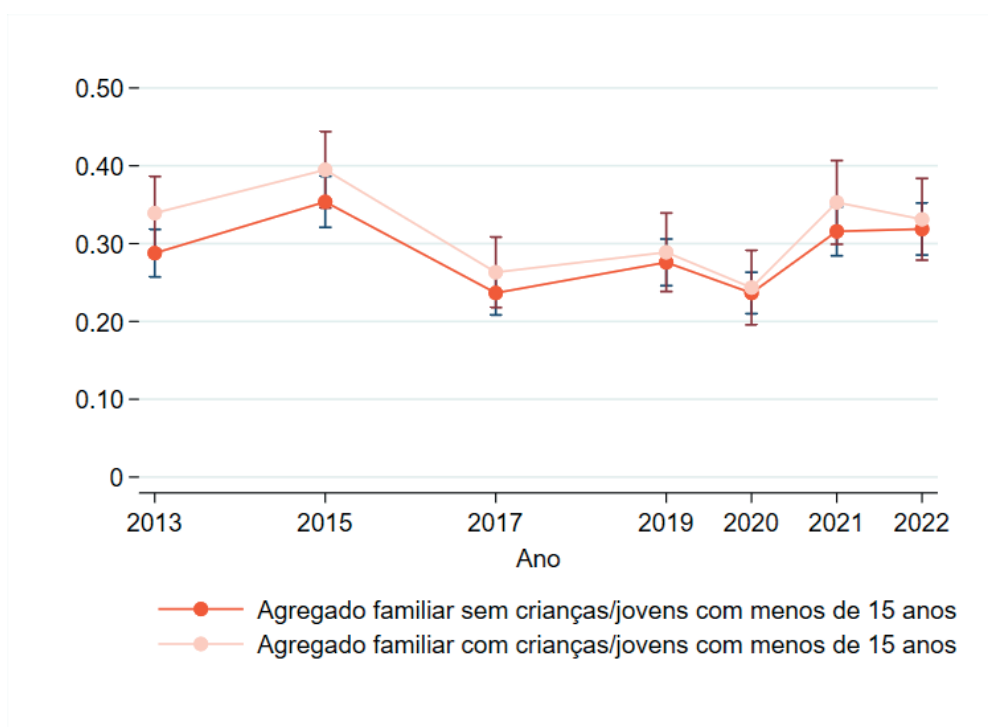


Figura 9. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico

2. Necessidades não satisfeitas

Numa análise por escalão socioeconómico, também não se registam diferenças entre os dois tipos de agregados em análise: com e sem crianças/jovens com menos de 15 anos (Figura 10). No entanto, observa-se um gradiente socioeconómico semelhante ao registado no indicador de não aquisição de todos os medicamentos necessários. Efetivamente, inquiridos de agregados familiares mais desfavorecidos têm uma maior probabilidade de adquirir um medicamento genérico em vez de um medicamento de marca (Figura 11) e este gradiente é mais acentuado nos agregados com menores de 15 anos. De facto, nos inquiridos de agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos de idade, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico E optar por um medicamento genérico é aproximadamente 9 vezes superior à de uma pessoa dos escalões A/B (66,60% vs. 7,40%). Por outro lado, entre inquiridos de agregados sem menores de 15 anos, uma pessoa do escalão E tem, em média, uma probabilidade cerca de 6 vezes superior de solicitar a substituição do medicamento de marca por um genérico, comparativamente com uma pessoa dos escalões A/B (52,01% vs. 8,65%).

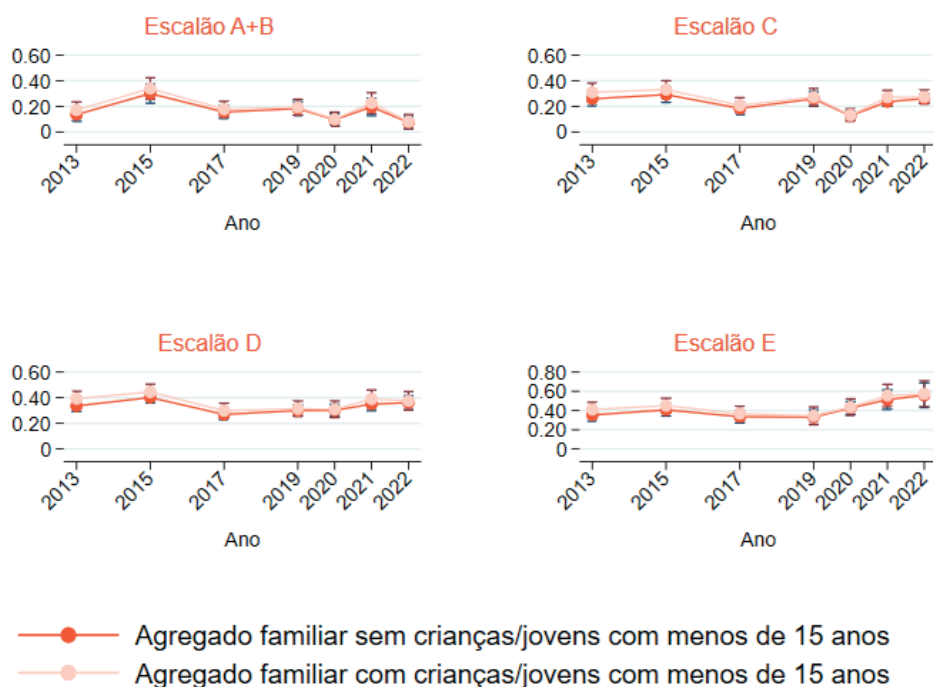


Figura 10. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico, por escalão socioeconómico

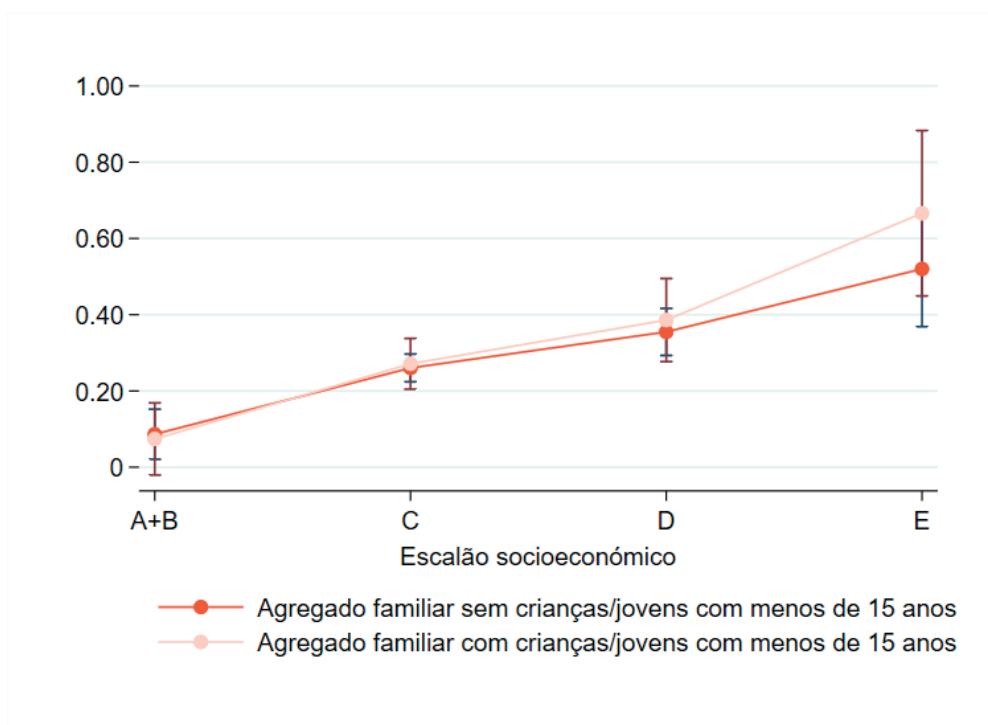


Figura 11. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico, por escalão socioeconômico em 2022

2.1.3. Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro

As barreiras financeiras no acesso aos cuidados de saúde necessários podem influenciar não apenas a decisão de aquisição de medicamentos, como analisado anteriormente, mas também a própria decisão de o cidadão ir a uma urgência ou consulta. Conforme ilustrado na Figura 12, com exceção do ano de 2013, os inquiridos de agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos de idade têm a mesma probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência, por falta de dinheiro, que inquiridos pertencentes a agregados constituídos apenas por pessoas com idades iguais ou superiores a 15 anos.

2. Necessidades não satisfeitas

Em 2013, último ano da crise económica e financeira que afetou Portugal entre 2010 e 2013, a probabilidade de um inquirido de um agregado familiar com crianças/jovens com menos de 15 anos de idade não ir a uma urgência ou consulta devido a restrições financeiras era 61,08% superior à registada por um inquirido de um agregado familiar composto apenas por pessoas em idade ativa (11,07% vs. 6,87%). Tal sugere que, em períodos de recessão, os agregados familiares com crianças e jovens com menos de 15 anos podem ser mais severamente afetados, registando por isso um maior nível de necessidades em saúde não satisfeitas.

Em linha com o observado nos indicadores já discutidos, em 2022 registou-se um aumento na probabilidade de não ir a uma urgência ou consulta por falta de dinheiro. De facto, restringindo-nos a agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos, entre 2021 e 2022 a probabilidade de um inquirido não ir a uma consulta por questões de índole financeira aumentou 243,38% (probabilidade de 2,14% e 7,35%, em 2021 e 2022, respetivamente).

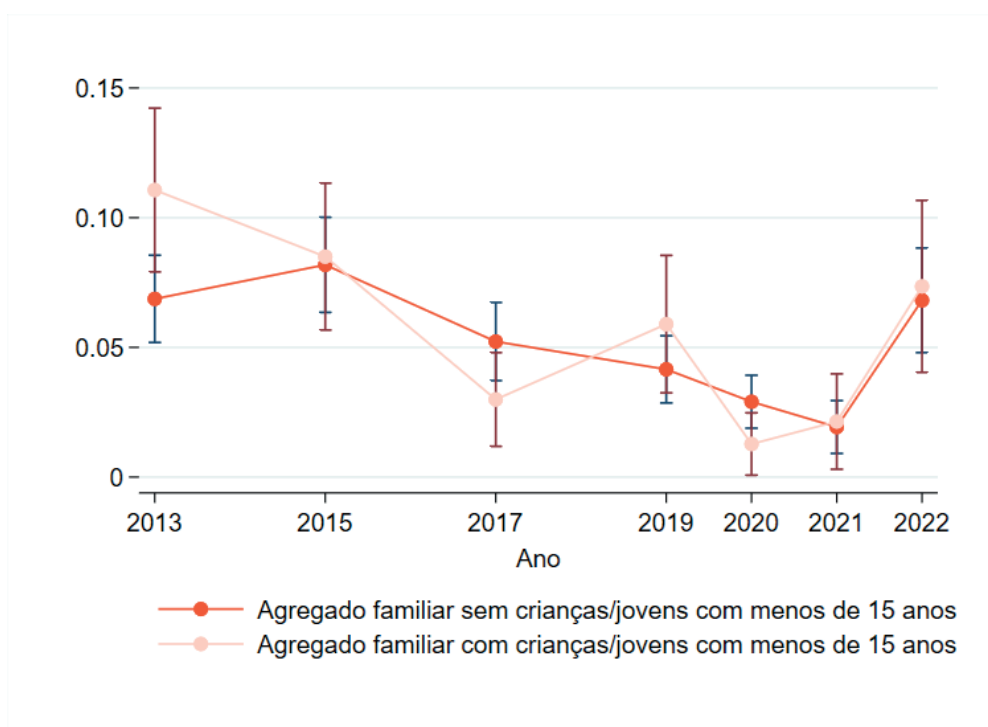


Figura 12. Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro

2. Necessidades não satisfeitas

A análise por escalões socioeconómicos (Figura 13) revela que, também para a decisão de ir a uma consulta ou urgência, não há diferenças entre os agregados com e sem crianças/jovens com menos de 15 anos, por escalão socioeconómico. No entanto, escalões socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam uma maior probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por motivos financeiros (Figura 14). Ressalve-se que, devido ao reduzido número de observações, os intervalos de confiança apresentam uma grande amplitude, sobretudo nos escalões D e E. Por esta mesma razão, não é possível ter estimativas para agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos nos escalões A e B.

Apesar da reduzida precisão das estimativas, é possível concluir que, entre agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos, a probabilidade de uma pessoa do escalão E não ir a uma consulta ou urgência por motivos financeiros é cerca de 22 vezes superior à de uma pessoa do escalão C (20,67% vs. 0,94%) e sensivelmente o dobro da de uma pessoa do escalão D (20,67% vs. 10,72%).

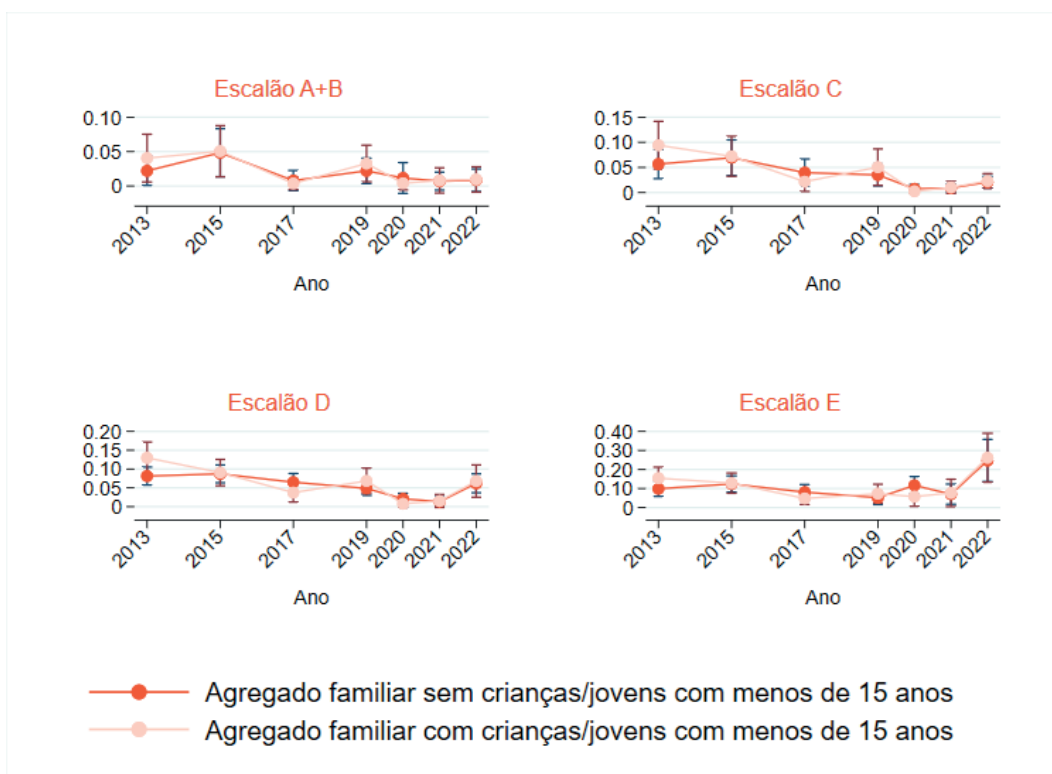


Figura 12. Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro

2. Necessidades não satisfeitas

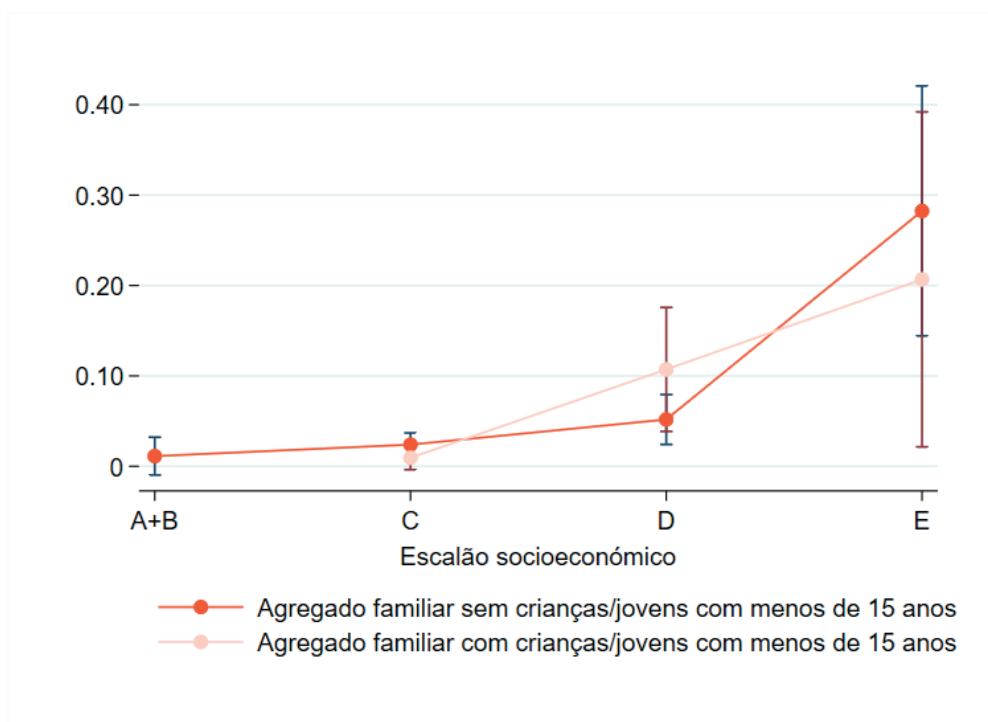


Figura 14. Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro, por escalão socioeconómico em 2022



2.1.4. Despesas em idas a urgências e a cuidados de saúde primários

As barreiras financeiras no acesso a consultas e urgências acabam por ser surpreendentes, tendo em conta as isenções de taxas moderadoras existentes para um conjunto alargado de situações e grupos populacionais. De facto, os utentes estão isentos de taxas moderadoras nas urgências se tiverem sido referenciados pelo SNS ou se a urgência resultar em admissão a internamento (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio). Adicionalmente, determinados grupos de utentes, como menores de idade ou membros de agregados familiares em situação de insuficiência económica, estão isentos de taxas moderadoras (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro).

A Tabela 4 reporta, para cada tipo de agregado, a percentagem de inquiridos que indicaram estar isentos de taxas moderadoras. Como esperado, verifica-se que quanto mais desfavorecido o escalão socioeconómico do agregado, maior a probabilidade de o agregado estar abrangido pela política de isenção de taxas moderadoras.

	Agregado sem crianças/jovens com menos de 15 anos	Agregado com crianças/jovens com menos de 15 anos
Escalão A/B	42,12%	32,18%
Escalão C	59,39%	44,36%
Escalão D	69,59%	56,45%
Escalão E	87,49%	67,77%

Tabela 4. Percentagem de inquiridos (com pelo menos 15 anos) com isenção de taxas moderadoras.

Uma vez que a maioria dos utentes inquiridos beneficiam de isenções de taxas moderadoras (Tabela 4), as barreiras económicas reportadas no acesso a consultas e urgências extravasam a questão das taxas moderadoras e podem dever-se a custos de transporte ou aos custos associados à aquisição de medicamentos prescritos. Assim, avalia-se a relevância que estes diferentes motivos têm na decisão de consultar um profissional de saúde numa urgência.

2. Necessidades não satisfeitas

A Figura 15 representa o valor médio gasto, por categoria (taxas moderadoras, transportes, medicamentos e outras despesas), em deslocações a urgência, para todos os anos sob análise. Ressalte-se, contudo, que ao longo dos anos analisados (2013-2022) houve reduções nas taxas moderadoras, atualizações nos preços dos medicamentos sob patente (de acordo com o sistema de referência externa) e sem proteção de patente (de acordo com o sistema de referência interna) e os custos de transporte tiveram atualizações anuais próprias. Na maioria das rubricas analisadas, os inquiridos de agregados familiares com crianças/jovens com menos de 15 anos apresentam despesas superiores aos inquiridos de agregados sem crianças/jovens com menos de 15 anos de idade. Adicionalmente, após uma tendência de redução nas despesas em idas a urgências, entre 2013 e 2020, as despesas com transporte, medicamentos e outras rubricas aumentaram em 2021 e 2022 (Figura 16).

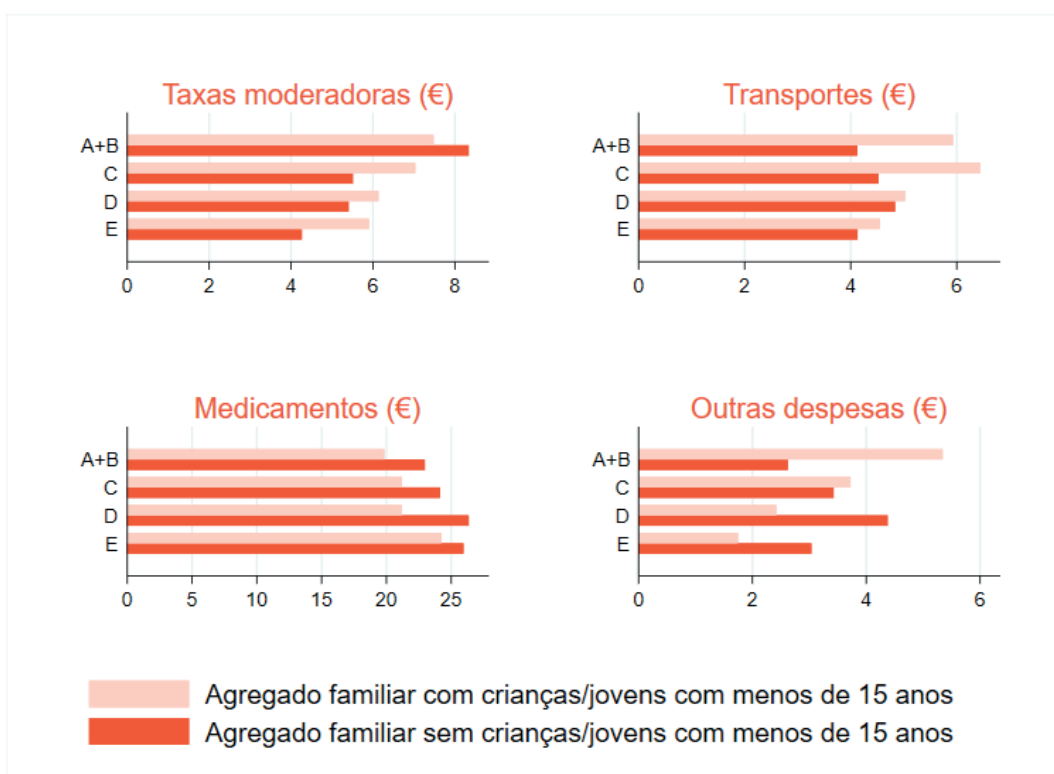


Figura 15. Despesas em ida a urgência hospitalar, por escalão socioeconómico (todos os anos).

2. Necessidades não satisfeitas

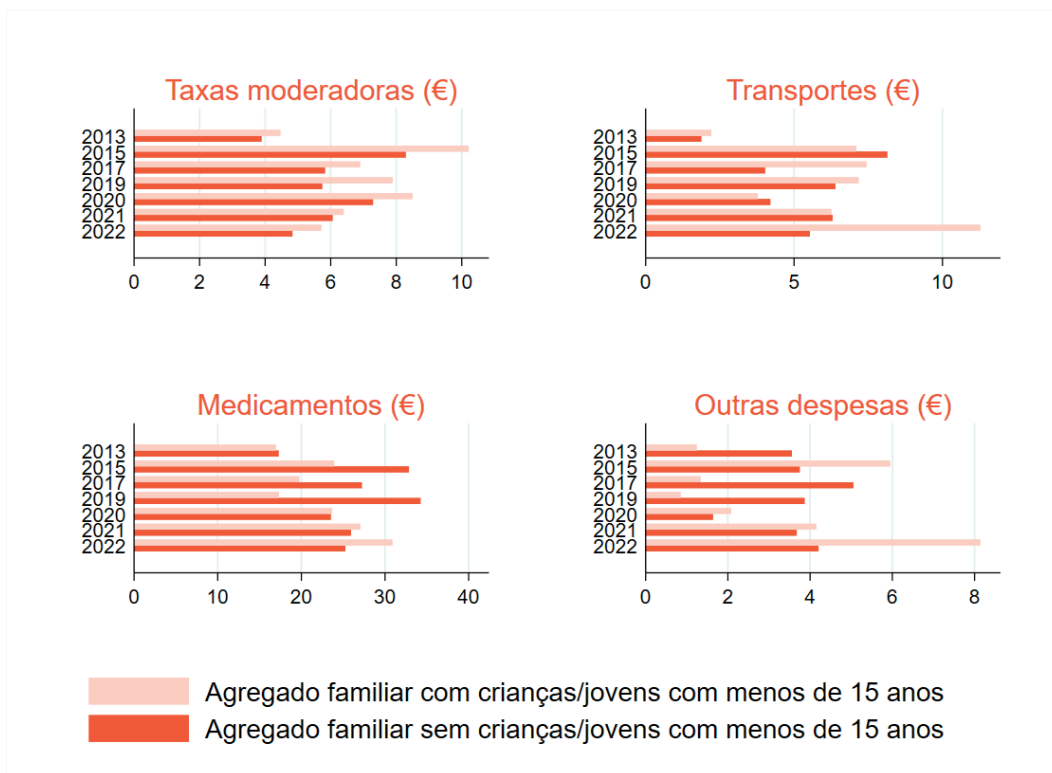


Figura 16. Despesas em ida a urgência hospitalar, por ano.

As análises disponibilizadas na Figura 15 e na Figura 16 são, contudo, meramente descritivas. Por conseguinte, estimaram-se modelos de duas partes, com base nos dados de inquiridos que foram pelo menos uma vez à urgência nos 12 meses anteriores à data de realização do inquérito. Estes modelos permitem avaliar, por um lado, a probabilidade de ter despesas positivas e, por outro, o nível de despesa, condicionado a despesas estritamente positivas. Na primeira parte do modelo, a variável dependente é uma variável binária, que é igual a 1 para inquiridos que tiveram despesas estritamente positivas e 0 para inquiridos que não tiveram quaisquer despesas. A probabilidade de ter despesas estritamente positivas foi estimada com base num modelo probit. Na segunda parte do modelo, o nível de despesa é estimado com recurso a um modelo de regressão linear.

2. Necessidades não satisfeitas

Como variáveis explicativas considerou-se se o agregado familiar tem crianças/jovens com menos de 15 anos, o grupo etário (o grupo de referência é 15-29 anos) e o sexo do inquirido (a categoria de referência é o sexo masculino), o escalão socioeconómico do agregado (o escalão de referência é o A/B) e o ano (o ano de referência é 2013). As estimativas do modelo de duas partes encontram-se disponíveis na Tabela 11 do anexo. As estimativas dos efeitos marginais médios das variáveis explicativas nas despesas em idas a urgências estão reportadas na Tabela 5.

Com base nas estimativas, em idas à urgência, agregados familiares com crianças e jovens com menos de 15 anos apenas enfrentam maiores despesas do que agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos na rubrica de transportes. Contudo, estima-se que, em média, essa despesa seja superior em cerca de 1 euro. Nas restantes rubricas de despesa avaliadas (taxas moderadoras, medicamentos e outros itens) não existem diferenças entre os dois tipos de agregados.

Verifica-se que grupos etários com idades mais avançadas têm menores despesas com taxas moderadoras do que o grupo com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos. Adicionalmente, as despesas com medicamentos aumentam com a idade. Tal era expectável, uma vez que, em média, o estado de saúde dos indivíduos se deteriora com a idade. De acordo com os resultados, inquiridos com oitenta ou mais anos têm, em média, uma despesa com medicamentos prescritos na urgência 15,19 euros superior à de inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos. Em média, em 2022, as despesas com transporte e medicamentos associadas a uma ida às urgências foram, respetivamente, 5,03 euros e 9,28 euros superiores às registadas em 2013.



2. Necessidades não satisfeitas

O escalão socioeconómico do agregado familiar apenas está associado com as despesas com taxas moderadoras. Quanto mais desfavorecido o escalão socioeconómico do agregado, menor a despesa com taxas moderadoras, uma vez que, como discutido anteriormente, agregados familiares com insuficiência económica estão isentos de taxas moderadoras (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro). Uma vez que a pobreza pode ter impactos distintos nas despesas em idas à urgência, dependendo da presença de menores de 15 anos no agregado, obtiveram-se estimativas dos efeitos marginais médios de se pertencer ao escalão socioeconómico E, por tipo de agregado familiar (Tabela 6). Mesmo procedendo a esta distinção, a pobreza do agregado apenas tem influência sobre as despesas com taxas moderadoras numa ida às urgências e os efeitos são semelhantes em agregados com menores de 15 anos e em agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa. Com efeito, inquiridos de agregados com elevada carência económica (escalão E) têm, em média, despesas com taxas moderadoras nas urgências cerca de 3 euros inferiores às reportadas por inquiridos dos escalões A/B.

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,1156 (0,4627)	0,9589* (0,4858)	-0,5617 (1,6573)	-0,1511 (0,8329)
Grupo etário				
30-44 anos	0,5374 (0,6654)	1,5403** (0,5642)	3,7155* (1,7069)	-0,1760 (1,2110)
45-64 anos	-0,3099 (0,6118)	0,2924 (0,3934)	7,7303*** (1,9183)	-0,0904 (1,0699)
65-79 anos	-2,2995*** (0,6828)	1,8144** (0,6033)	10,9813*** (2,4800)	1,6760 (2,1851)
80+ anos	-3,5564*** (0,8928)	1,3138 (0,8799)	15,1943*** (3,7068)	1,0208 (2,2701)
Sexo feminino	0,1026 (0,3930)	-0,2031 (0,3645)	1,9686 (1,3483)	-1,5898 (1,1633)
Escalão socioeconómico				
C	-2,0909* (0,8573)	-0,3152 (0,7694)	0,0865 (2,1979)	-0,8245 (1,3383)
D	-2,2570** (0,8273)	0,1420 (0,6982)	0,4217 (2,0761)	-0,1490 (1,3283)
E	-3,5428*** (0,8674)	-0,3469 (0,7334)	3,0321 (2,8061)	-0,8297 (1,6270)
Ano				
2015	5,2289*** (0,7246)	5,8127*** (0,6819)	12,1593*** (2,9208)	1,5309 (1,7703)
2017	2,2655*** (0,6854)	2,9657*** (0,7614)	7,3800** (2,5356)	1,2715 (1,5974)
2019	2,2773** (0,7009)	4,5526*** (0,6498)	11,5848*** (2,1966)	0,0407 (1,5016)
2020	3,7377*** (0,8885)	2,0886*** (0,5307)	5,7575** (2,1476)	-0,7787 (1,4625)
2021	1,8232* (0,8150)	4,4229*** (0,7438)	9,8589*** (2,3756)	0,6849 (1,8555)
2022	0,8592 (0,6043)	5,0251*** (0,7312)	9,2770*** (2,2375)	2,5804 (1,4264)
Observações	2.311	1.847	1.824	1.626

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 5. Estimativas dos efeitos marginais médios nas despesas associadas a uma ida às urgências.

2. Necessidades não satisfeitas

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar do escalão E e sem jovens(<15 anos)	-3,0549*** (0,6119)	-0,3468 (0,7217)	3,0308 (2,8367)	-0,7530 (1,3733)
Agregado familiar do escalão E e com jovens(<15 anos)	-3,0280*** (0,6138)	-0,3698 (0,7869)	2,9950 (2,8471)	-0,7023 (1,2636)
Observações	2.311	1.847	1.824	1.626

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 6. Estimativas dos efeitos marginais médios de pobreza (escalão socioeconómico E) nas despesas associadas a uma ida às urgências, consoante a presença de menores de 15 anos no agregado

Uma análise semelhante foi realizada para despesas associadas a uma consulta num centro de saúde. As estimativas do modelo de duas partes encontram-se disponíveis na Tabela 12 do anexo. As estimativas dos efeitos marginais médios das variáveis explicativas nas despesas em idas a cuidados de saúde primários estão reportadas na Tabela 7.

No que toca a despesas associadas a consultas em centros de saúde, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos e agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa.

À semelhança do que se regista em despesas em idas à urgência, verifica-se que numa consulta num centro de saúde os inquiridos com idades mais avançadas têm menores despesas com taxas moderadoras, bem como despesas superiores com medicamentos.

As despesas com taxas moderadoras nos centros de saúde também diminuem com o grau de insuficiência económica, em virtude da isenção de taxas moderadoras aplicada a indivíduos com dificuldades financeiras. Para inquiridos que foram a consultas em centros de saúde, observa-se que, em 2022, as despesas com taxas moderadoras foram, em média, cerca de 2,11 euros inferiores às despesas registadas em 2015. Esta redução resulta da abolição das taxas moderadoras em cuidados de saúde primários no ano de 2022 (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio).

A decomposição dos efeitos marginais médios da situação de pobreza (escalão E), entre agregados com menores de 15 anos e agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, nas despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários, revela que estes efeitos são muito próximos entre os dois tipos de agregados (Tabela 8). Em particular, independentemente da presença de menores de 15 anos no agregado, inquiridos de agregados do escalão socioeconómico E têm em média, comparativamente com inquiridos dos escalões A/B, despesas com taxas moderadoras cerca de 80 cêntimos inferiores, despesas com transporte superiores em aproximadamente 1 euro e despesas com medicamentos cerca de 4,6 euros superiores. Por conseguinte, o impacto da pobreza infantil nas despesas em idas a cuidados de saúde primários não difere do impacto da pobreza em agregados sem menores de 15 anos.

2. Necessidades não satisfeitas

O facto de inquiridos de agregados do escalão socioeconómico E terem, em média, maiores despesas de transporte e com medicamentos aquando de uma ida aos cuidados de saúde primários sugere que uma melhoria do acesso destes agregados aos cuidados de saúde primários pode requerer apoios mais amplos, que complementem a isenção de taxas moderadoras neste tipo de cuidados.

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,0081 (0,1857)	0,4916 (0,2523)	-1,1052 (0,9284)	-0,4250 (0,5644)
Grupo etário				
30-44 anos	0,5799* (0,2537)	0,4214 (0,3603)	4,1295*** (1,0611)	1,1402 (0,9838)
45-64 anos	0,1013 (0,2132)	-0,1106 (0,2605)	9,2482*** (1,0435)	0,0497 (1,0037)
65-79 anos	-0,5517* (0,2422)	-0,1515 (0,2975)	16,1696*** (1,3799)	-1,5738* (0,7725)
80+ anos	-0,8331* (0,3829)	0,4100 (0,4868)	19,0936*** (2,3445)	-1,0224 (0,9287)
Sexo feminino	-0,2613 (0,1458)	-0,2029 (0,1940)	1,9094* (0,9179)	-0,2510 (0,5493)
Escalão socioeconómico				
C	-0,1861 (0,2326)	0,3078 (0,2685)	0,1764 (1,4113)	-1,9416 (1,1060)
D	-0,5641** (0,2078)	0,8805*** (0,2361)	2,0564 (1,3484)	-0,6000 (1,2130)
E	-0,7838** (0,2394)	1,0650*** (0,2999)	4,6229** (1,6701)	-0,6794 (1,1221)
Ano				
2017	-0,3117 (0,2545)	-0,3824 (0,2593)	-6,3274*** (1,5376)	-0,8752 (1,0055)
2019	-0,2810 (0,2247)	-0,2930 (0,2460)	-4,0664** (1,4675)	-0,9142 (1,0952)
2020	-0,7350** (0,2272)	-0,4300 (0,2455)	-2,6623 (1,8332)	-0,4382 (1,0045)
2021	-0,1749 (0,4127)	0,4245 (0,3183)	1,9425 (1,8294)	0,9434 (1,8767)
2022	-2,1108*** (0,1962)	0,5471 (0,4035)	-2,1397 (1,5904)	0,2941 (1,1096)
Observações	3.532	2.632	2.829	2.345

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Para as despesas inerentes a uma ida aos cuidados de saúde primários, o ano de referência é 2015.
*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 7. Estimativas dos efeitos marginais médios nas despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários.

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar do escalão E e sem jovens(<15 anos)	-0,8240*** (0,2019)	1,2052** (0,3838)	4,2898* (1,7152)	-0,9102 (1,2197)
Agregado familiar do escalão E e com jovens(<15 anos)	-0,8246*** (0,2068)	1,3628** (0,4478)	4,4094* (1,7155)	-0,8275 (1,0261)
Observações	3.532	2.632	2.829	2.345

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis.
*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 8. Estimativas dos efeitos marginais médios de pobreza (escalão socioeconómico E) nas despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários, consoante a presença de menores de 15 anos no agregado.

2.2. BARREIRAS NÃO FINANCEIRAS

2.2.1. Receio de contágio

As necessidades de saúde não satisfeitas são, tipicamente, despoletadas por barreiras financeiras. Contudo, existem outros fatores com potencial de influenciar o acesso a cuidados de saúde. Em particular nos anos de pandemia da COVID-19, o receio de contágio pode ter dissuadido parte das pessoas de se deslocarem a unidades hospitalares ou de cuidados de saúde primários, contribuindo para o aumento das necessidades não satisfeitas.

A Figura 17 e a Figura 18 permitem concluir que o receio de contágio em idas a unidades de saúde é semelhante entre agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos e agregados compostos apenas por adultos ou indivíduos em idade ativa. Em ambos os tipos de agregados, o receio de contágio em idas aos serviços de saúde diminuiu progressivamente entre 2020 e 2022. Entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, 14,71% manifestavam receio de contágio em 2020, ao passo que em 2022 a proporção de agregados a reportar receio de contágio foi de 7,22%.

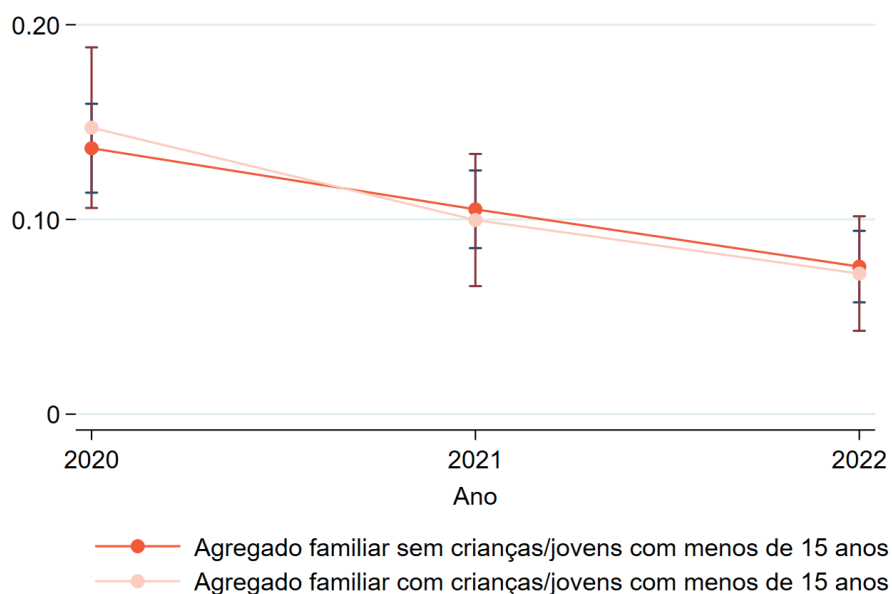


Figura 17. Receio de contágio da COVID-19 na ida a serviços de saúde.

2. Necessidades não satisfeitas

Contrariamente ao padrão observado nas barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, no ano de 2022 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos socioeconómicos no receio de contágio em idas a hospitais ou centros de saúde. Focando-nos em agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, a estimativa da proporção de indivíduos com receio de contágio em deslocações a unidades de saúde é bastante elevada (23,23%). No entanto, o intervalo de confiança da estimativa para o escalão E é muito amplo e abrange os pontos centrais dos restantes escalões socioeconómicos. Por conseguinte, entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, não existem diferenças no risco de contágio por grupos socioeconómicos. Também entre agregados constituídos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, não se observa nenhum gradiente socioeconómico no receio de contágio em idas a consultas ou urgências.

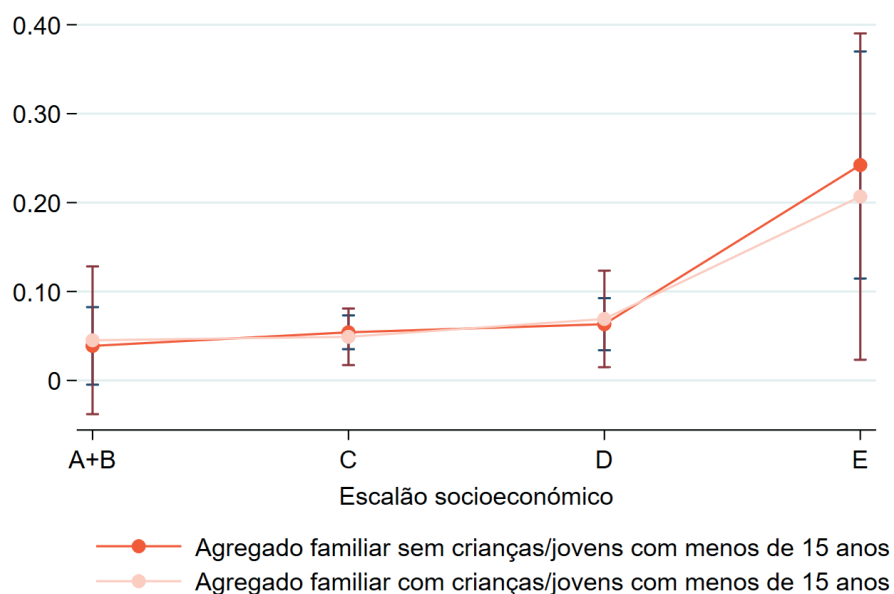


Figura 18. Receio de contágio da COVID-19 na ida a serviços de saúde, por escalão socioeconómico em 2022.

2.2.2. Cancelamento de consultas

Enquanto a decisão de não ir a uma consulta ou exame de saúde por receio de contágio à COVID-19 constitui uma barreira de acesso do lado da procura, a pandemia da COVID-19 também gerou barreiras de acesso do lado da oferta. Com efeito, durante a pandemia da COVID-19 as unidades de saúde viram-se forçadas a cancelar parte da atividade programada, como consultas e exames, a fim de dar resposta a necessidades mais prementes que surgiram no contexto da pandemia.

A Figura 19 ilustra, ao longo do tempo, a proporção de inquiridos de agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, bem como de agregados compostos integralmente por adultos ou pessoas em idade ativa, que sofreram o cancelamento de uma consulta ou exame programado.

Como expectável, no primeiro ano da pandemia da COVID-19 em Portugal, os cancelamentos de consultas e exames foram mais frequentes do que em anos posteriores. Contudo, os cancelamentos não afetaram de forma diferenciada os agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos.

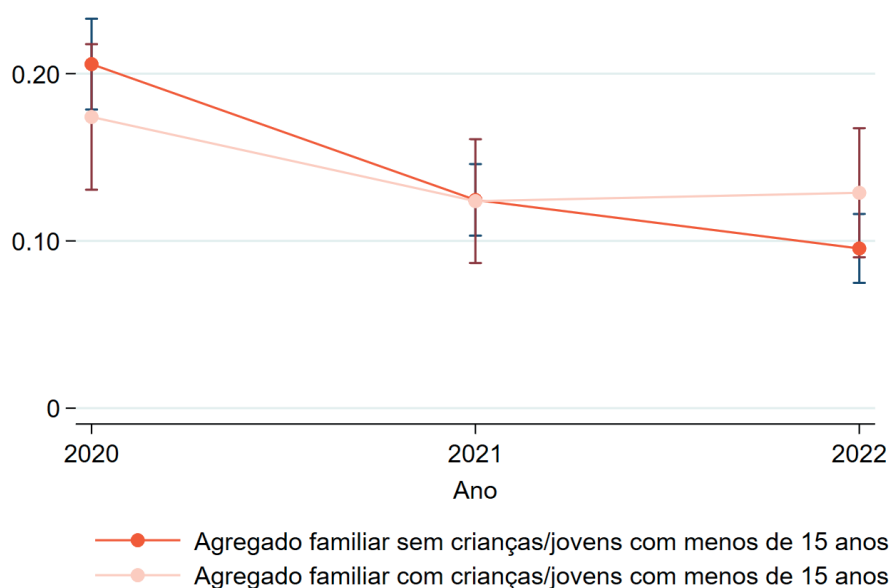


Figura 19. Cancelamento de consulta ou exame.

2. Necessidades não satisfeitas

A Figura 20 representa, para o ano de 2022, por escalão socioeconómico, a proporção de inquiridos dos dois tipos de agregados em análise (com e sem crianças/jovens com menos de 15 anos) que reportaram experienciar cancelamentos de consultas ou exames. Os resultados corroboram as conclusões extraídas da Figura 19, já que mesmo fazendo a análise ao nível do escalão socioeconómico não se detetam diferenças estatisticamente significativas entre agregados com e sem crianças/jovens com menos de 15 anos.

No entanto, verifica-se um gradiente socioeconómico no cancelamento de consultas e exames, com agregados de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos a serem mais afetados por esta barreira no acesso a cuidados de saúde. Para agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, apesar de a estimativa central para o escalão socioeconómico E ser superior à dos restantes grupos socioeconómicos, não existem diferenças entre os escalões analisados, já que o intervalo de confiança do escalão E abrange as estimativas centrais dos outros escalões.

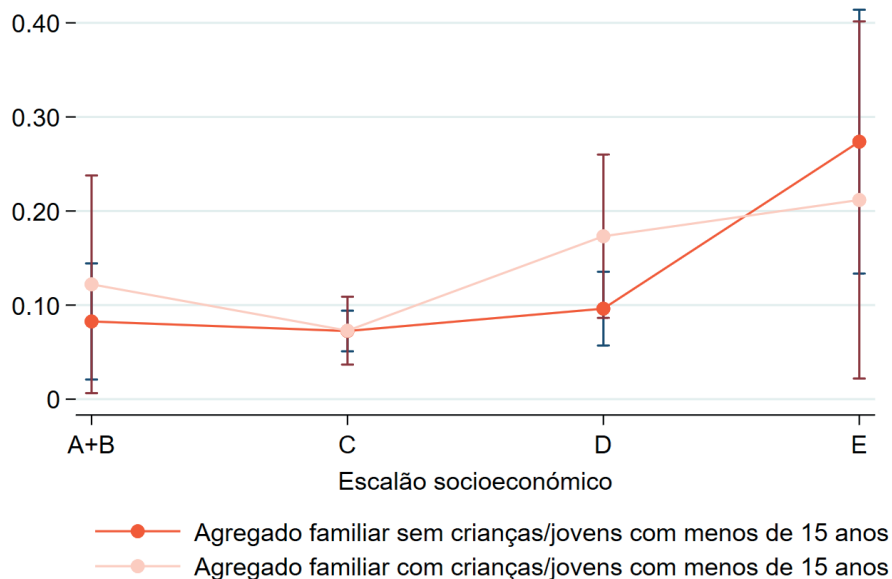


Figura 20. Cancelamento de consulta ou exame, por escalão socioeconómico em 2022.

Porém, para agregados constituídos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, verifica-se que o escalão E foi mais severamente afetado pelo cancelamento de consultas e exames. De facto, 27,37% dos inquiridos do escalão E reportaram ter tido uma consulta ou exame cancelada em 2022, ao passo que apenas 8,26% dos inquiridos dos escalões A e B estiveram nessa situação. Este é um padrão preocupante, uma vez que acentua o gradiente socioeconómico observado nas barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde.

O gradiente socioeconómico observado no cancelamento de consultas e exames pode dever-se ao facto de os escalões socioeconómicos mais desfavorecidos tenderem a recorrer a serviços de saúde públicos e de nestes os cancelamentos terem sido mais frequentes. De facto, com base nos dados referentes ao ano de 2022, 100% dos inquiridos do escalão E que procuraram auxílio no sistema de saúde da última vez que se sentiram doentes foram ao setor público. Essa percentagem é de apenas 76,86% nos escalões A e B e de cerca de 93% nos escalões C e D.

2.2.3. Não ter médico de família atribuído

Os médicos de família e, mais genericamente, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a porta de entrada privilegiada no SNS. Com efeito, os CSP são um dos mais importantes pilares do SNS, uma vez que asseguram o acompanhamento regular da população, permitindo que se detetem doenças numa fase precoce, fomentam o seguimento de doentes crónicos e encaminham os doentes para outras especialidades do SNS, se necessário. No entanto, o número de utentes sem médico de família atribuído tem aumentado nos últimos anos. De acordo com dados do Portal da Transparência, o total de utentes sem médico de família aumentou 149,57% entre setembro de 2019 e agosto de 2023, passando de 641.228 para 1.600.340.

A inscrição de utentes em lista de médico de família processa-se, preferencialmente, ao nível familiar, para que todos os membros da mesma família sejam seguidos pelo mesmo médico. Assim, têm prioridade na atribuição de médico de família as famílias em que existam utentes grávidas, ou utentes com multimorbilidade, com doença crónica, ou com crianças até aos dois anos (Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro).

Dados os critérios de prioridade definidos para a atribuição de médico de família, não é claro se agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos terão menos barreiras no acesso a médicos de família do que agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa. De facto, o primeiro tipo de agregados inclui crianças até aos dois anos e é mais provável que inclua utentes grávidas. Por outro lado, em agregados constituídos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, a idade média dos membros do agregado tenderá a ser superior, pelo que é expectável que os membros destes agregados sofram de mais doenças crónicas. Tal é observado nos dados do inquérito: 17,16% dos inquiridos de agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos têm pelo menos uma doença crónica, ao passo que em agregados compostos apenas por adultos e pessoas em idade ativa essa percentagem é de 33,34%.

2. Necessidades não satisfeitas

A Figura 21 representa as estimativas da probabilidade de um indivíduo de cada tipo de agregado ter médico de família atribuído, controlando também pelo escalão etário do inquirido, pelo nível de escolaridade, pelo escalão socioeconómico e pela situação de doente crónico do inquirido. Com exceção do ano 2019, em que inquiridos de agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos tinham uma maior probabilidade de ter médico de família do que agregados sem crianças/jovens com menos de 15 anos (94,82% vs. 90,67%), nos restantes anos não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Ambos os agregados foram negativamente afetados pela falta de médicos de família. Em 2022, a probabilidade de um inquirido de um agregado com crianças/jovens com menos de 15 anos ter médico de família era 8,98 pontos percentuais inferior à registada em 2019 (85,84% vs. 94,82%). Já em agregados constituídos na totalidade por adultos ou pessoas em idade ativa, a probabilidade de ter médico de família diminuiu 8,29 pontos percentuais no mesmo horizonte temporal (82,38% em 2022 vs. 90,67% em 2019).

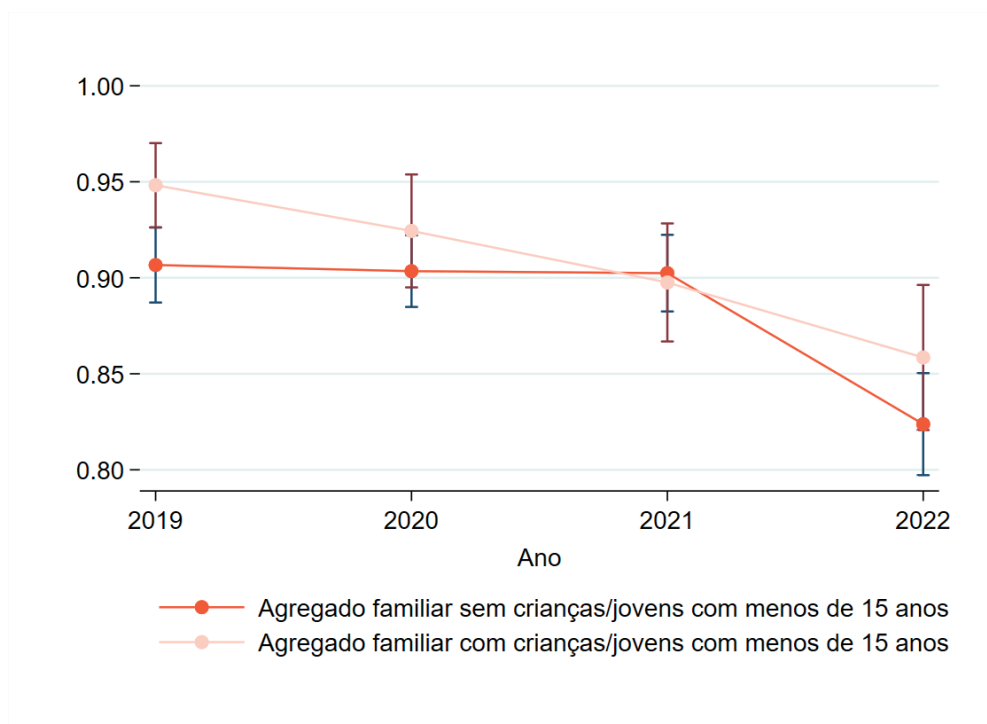


Figura 21. Médico de família atribuído, por tipo de agregado.

2. Necessidades não satisfeitas

Uma análise regional revela que há uma grande disparidade no acesso a médicos de família em Portugal Continental. A situação é particularmente crítica na Grande Lisboa, onde apenas 65,27% dos inquiridos de agregados sem menores de 15 anos e 79,09% dos inquiridos de agregados com crianças menores de 15 anos reportam ter médico de família atribuído. A par da Grande Lisboa, no Centro Litoral e no Algarve a população inquirida também reporta dificuldades no acesso a médico de família.

Com exceção da Grande Lisboa, não existem diferenças estatisticamente significativas entre agregados com e sem menores de 15 anos no acesso a médico de família. No Algarve, apesar de a diferença entre agregados não ter poder estatístico, inquiridos de agregados com menores de 15 anos parecem ter uma maior probabilidade de ter médico de família atribuído, comparativamente com agregados sem menores de 15 anos.

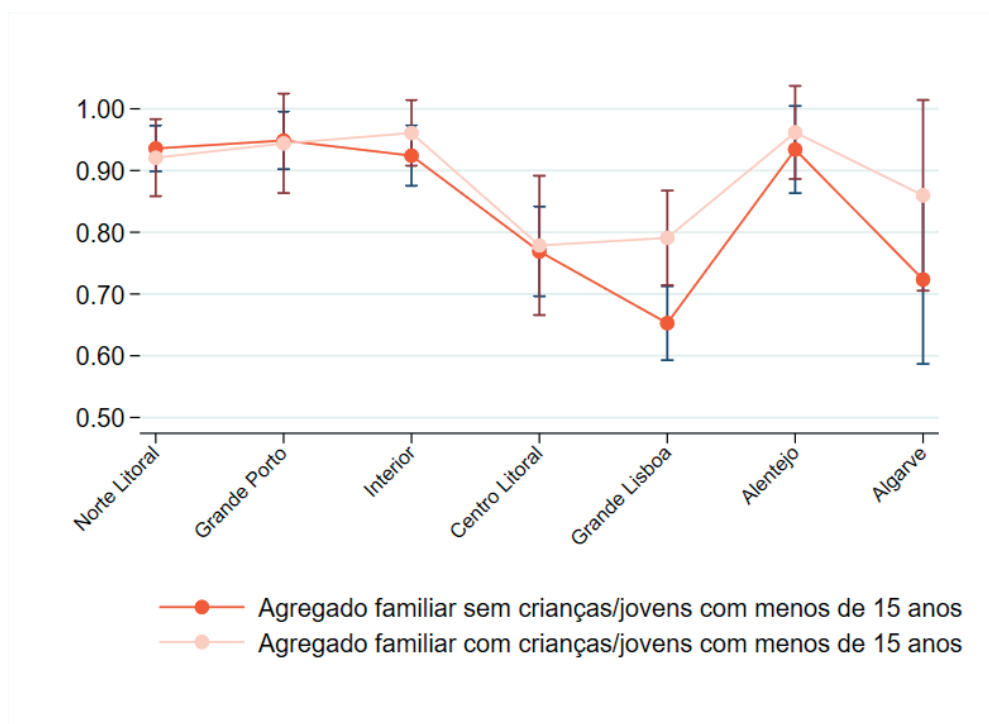


Figura 22. Médico de família atribuído, por tipo de agregado e região (ano 2022)

2. Necessidades não satisfeitas

Uma vez que os critérios de atribuição de médico de família também dão prioridade a doentes crónicos, avaliou-se se o grupo de doentes crónicos enfrenta, efetivamente, menos barreiras no acesso a médicos de família. Os resultados indicam que, com exceção de 2019, a probabilidade de um inquirido com doença crónica ter médico de família é superior à reportada por inquiridos que não sofrem de nenhuma doença crónica. A título de exemplo, em 2022, um doente crónico tinha uma probabilidade de 87,48% de ter médico de família, enquanto entre inquiridos sem doença crónica essa probabilidade era de 81,93%. Tanto doentes crónicos como doentes não crónicos, contudo, enfrentam maiores barreiras no acesso a médicos de família em 2022 do que em 2019.

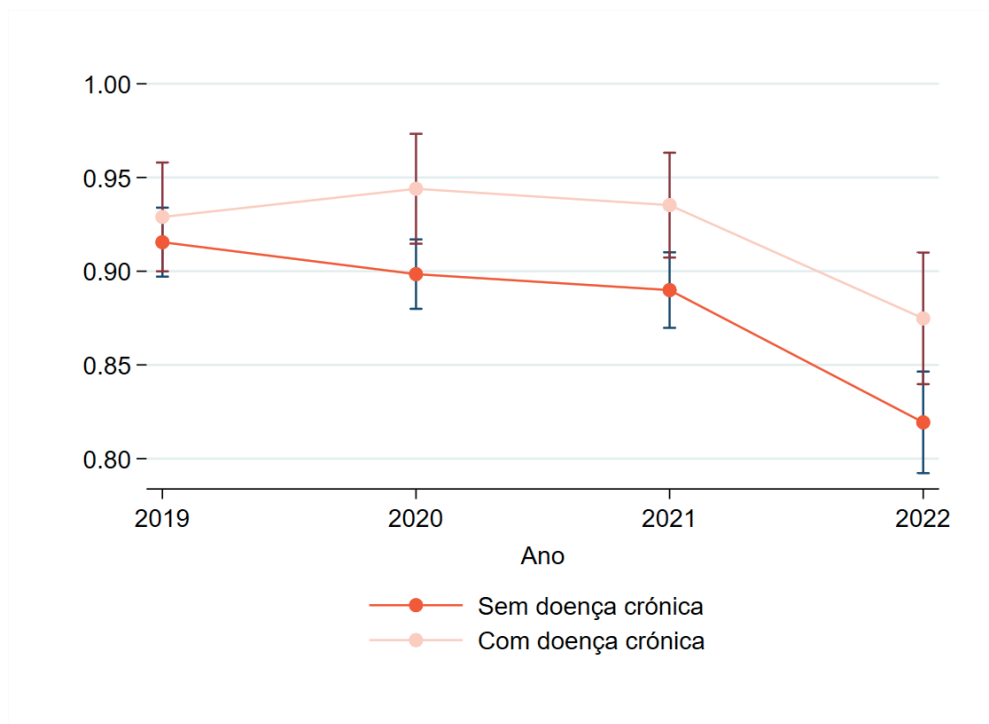


Figura 23. Médico de família atribuído, doentes crónicos e não crónicos.

2. Necessidades não satisfeitas

Os dados do inquérito de acesso revelam que, também no que toca à atribuição de médicos de família, existe um gradiente socioeconómico: indivíduos de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos têm uma menor probabilidade de ter médico de família (Figura 24). Este gradiente é mais vincado em agregados constituídos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa. Com efeito, neste tipo de agregados, enquanto uma pessoa dos escalões A/B tem 89,18% de probabilidade de ter médico de família, essa probabilidade diminui para 81,91%, 81,40% e 70,59% para indivíduos dos escalões C, D e E, respetivamente.

Para agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, apenas existem diferenças significativas entre os escalões socioeconómicos C e D. Indivíduos do escalão C têm 89,30% de probabilidade de ter médico de família, ao passo que entre inquiridos do escalão D essa probabilidade é de 80,70%. O gradiente socioeconómico detetado na atribuição de médicos de família acentua, assim, as barreiras de índole financeira enfrentadas por pessoas de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos.

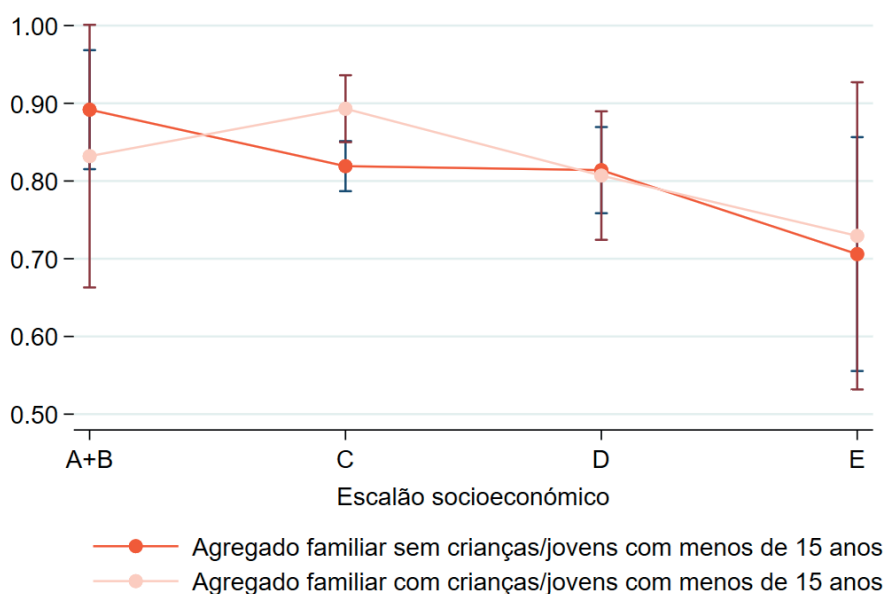


Figura 24. Médico de família atribuído, por escalão socioeconómico (2022).

3. Prestação de cuidados



3. Prestação de cuidados

As secções anteriores debruçaram-se sobre o impacto que as barreiras financeiras e não financeiras têm no acesso da população a cuidados de saúde. Como foi possível observar, uma porção substancial da população, sobretudo em estratos socioeconómicos mais desfavorecidos, reporta não conseguir adquirir toda a medicação necessária, nem ir a consultas ou urgências, devido a restrições financeiras.

Para os indivíduos que optam por (e conseguem) recorrer ao sistema de saúde perante um episódio de doença, importa analisar o tipo de auxílio profissional procurado. Com efeito, perante uma situação de doença as pessoas podem procurar aconselhamento profissional mediante diferentes canais. Por um lado, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibiliza cuidados de saúde primários, que podem ser prestados através de uma consulta planeada com o médico de família, ou por via de uma consulta sem marcação, no caso de situações agudas. Adicionalmente, existem urgências hospitalares, que são o ponto de contacto adequado em situações de risco de vida ou de emergência. O SNS dispõe ainda de uma linha telefónica disponível 24 horas por dia (SNS24), que disponibiliza diferentes tipos de serviços. Através desta linha é possível, por exemplo, aceder a serviços de triagem e encaminhamento dentro do SNS, bem como obter informações clínicas e aconselhamento psicológico.

No setor privado é possível aceder a cuidados de saúde não só através de consultas, mas também em urgências de hospitais privados. Algum tipo de aconselhamento pode ainda ser obtido junto de farmacêuticos ou enfermeiros.



3. Prestação de cuidados

A Figura 25 ilustra, por tipo de agregado e para inquiridos que recorreram a ajuda profissional no último episódio de doença, a proporção de inquiridos que optou por procurar apoio no SNS. Verifica-se que, entre agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos, 75,65% recorreram a uma única entidade do SNS e que 14,87% tiveram mais do que um contacto com o SNS. No conjunto de agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, 71,90% contactaram uma única vez com o SNS no último episódio de doença, ao passo que 16,68% dos indivíduos contactaram mais do que uma entidade do SNS (ex: podem ter contactado a linha SNS24 e ter ido a uma consulta com o seu médico de família). Ou seja, entre agregados familiares com crianças e jovens com menos de 15 anos, é mais comum recorrer a mais do que um tipo de aconselhamento dentro do SNS.

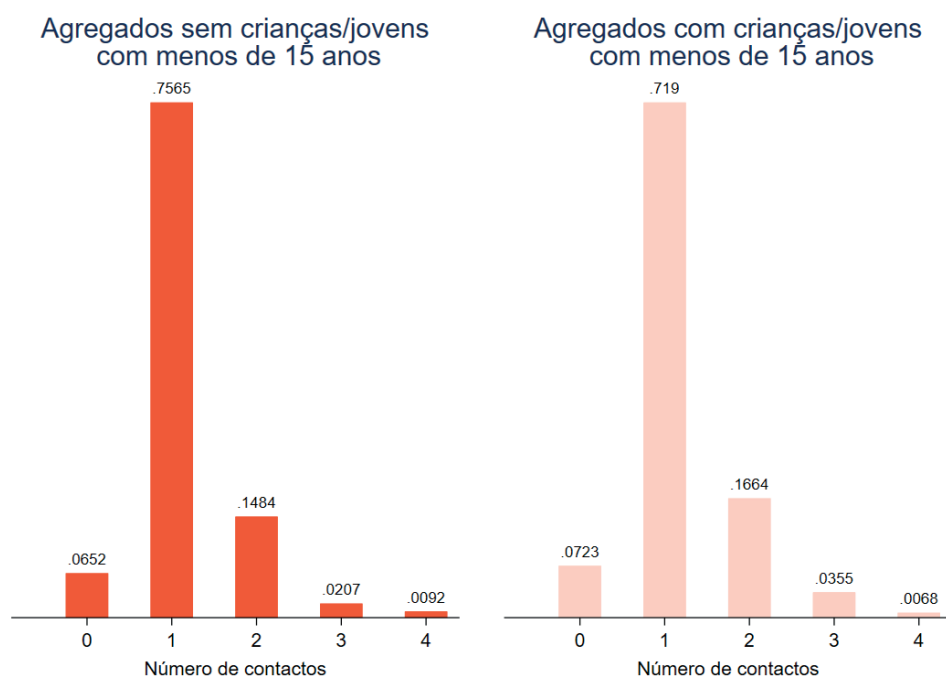


Figura 25. Pontos de contacto com o setor público (2022).

3. Prestação de cuidados

Em termos de procura por cuidados de saúde no setor privado, 10,15% dos agregados sem crianças/jovens com menos de 15 anos reportam ter recorrido a pelo menos um tipo de ajuda profissional no setor privado. Esta proporção é ligeiramente inferior em agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos, sendo de 8,73% (Figura 26). Estas análises demonstram que, perante um episódio de doença, a população procura maioritariamente ajuda no setor público.

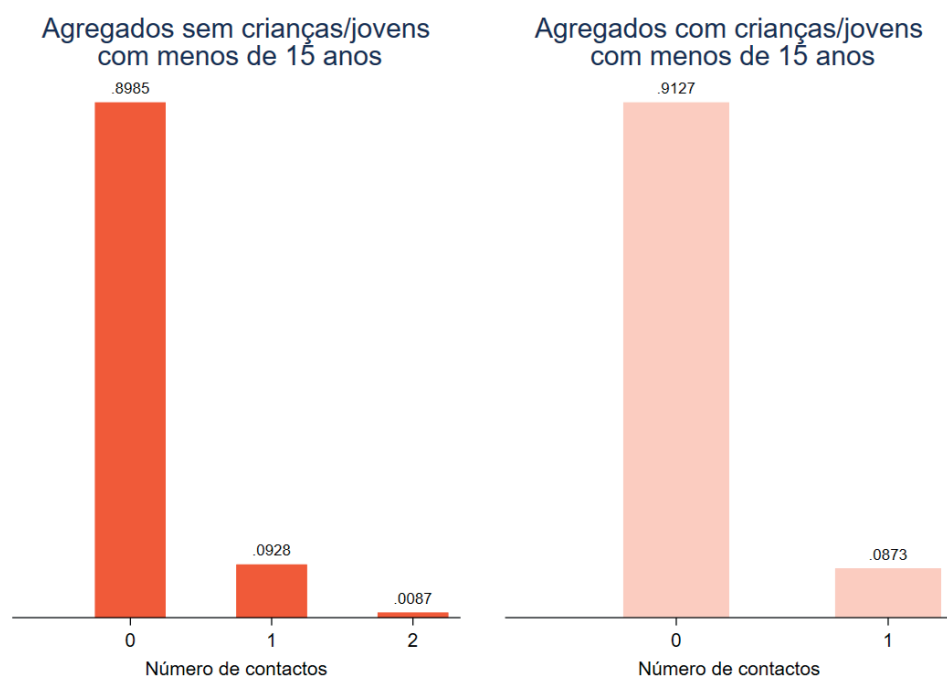


Figura 26. Pontos de contacto com o setor privado (2022).

3. Prestação de cuidados

A Tabela 9 indica os pontos de contacto escolhidos no sistema de saúde, por tipo de agregado familiar. Note-se que um indivíduo pode recorrer a mais do que uma entidade prestadora de cuidados, pelo que o somatório das percentagens excede os 100%. Em termos agregados, observa-se que os dois tipos de agregados familiares têm procuras semelhantes pelos setores público e privado, bem como por outro tipo de cuidados. Efetivamente, 92,38% dos agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos contactaram pelo menos uma entidade do SNS, sendo esta proporção de 91,78% entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 ano.

Apesar da percentagem de indivíduos que recorre a ajuda no SNS ser semelhante entre os dois tipos de agregados, observam-se diferenças no tipo de cuidados escolhido. Com efeito, indivíduos de agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos utilizam menos os cuidados de saúde primários e recorrem praticamente o dobro das vezes à linha SNS 24, face a agregados compostos unicamente por adultos ou pessoas em idade ativa. O facto de, entre agregados com jovens com menos de 15 anos, a linha SNS24 ser a via privilegiada para obter aconselhamento médico sugere que estes agregados estão a fazer uma gestão eficiente do seu tempo e da sua condição de saúde. Com efeito, através da linha de SNS24 é possível obter de forma rápida algum aconselhamento clínico e efetuar triagem prévia antes de uma deslocação à urgência, por exemplo.



3. Prestação de cuidados

No que toca a cuidados de saúde privados, verifica-se que de entre os inquiridos que procuraram auxílio, 10,01% dos agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos que recorreram a pelo menos um contacto no setor privado. Entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, esta percentagem foi ligeiramente inferior (8,79%). A procura por cuidados de saúde no SNS é, por conseguinte, cerca de 9 vezes superior à procura por cuidados de saúde no setor privado, entre agregados sem crianças/jovens com menos de 15 anos. Já entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, a procura por cuidados de saúde no setor público é 10 vezes mais comum do que no setor privado.

	Agregados sem crianças/ jovens com menos de 15 anos	Agregados com crianças/ jovens com menos de 15 anos
Ida aos Cuidados de Saúde Primários	52,93	40,22
Consulta marcada com médico de família	30,99	20,50
Consulta sem marcação	23,94	22,24
Urgência de hospital público	36,64	31,95
Telefonou para o serviço SNS24	22,47	42,65
Setor Público	92,38	91,78
Foi a um consultório privado	5,35	4,96
Foi à urgência de hospital privado	5,49	3,83
Setor Privado	10,01	8,79
Consultou um farmacêutico	2,98	2,55
Consultou um enfermeiro	0,00	0,00
Outra	2,98	2,55

Tabela 9. Pontos de contacto no sistema de saúde (2022, %).

3. Prestação de cuidados

Um elemento de grande tensão pública e política, no sistema de saúde português, é o recurso ao sector privado versus ida ao SNS (sector público). Como acabou de se observar, em 2022 o recurso ao setor público prevalecia sobre o recurso a cuidados de saúde no setor privado. Com o objetivo de analisar a procura por serviços de saúde ao longo do tempo, a Figura 27, a Figura 28 e a Figura 29 ilustram, respetivamente, a evolução da procura por cuidados de saúde nos setores público, privado ou ambos.

Em 2013, praticamente todos os inquiridos que recorreram a cuidados de saúde perante um episódio de doença fizeram-no unicamente no setor público. Com efeito, 95,38% dos inquiridos de agregados sem crianças/jovens com menos de 15 anos e 96,45% dos inquiridos de agregados com crianças/jovens com menos de 15 anos de idade procuraram ajuda de profissionais de saúde unicamente no setor público. Contudo, em nenhum dos anos se observa uma diferença estatisticamente significativa na probabilidade de utilização exclusiva de serviços públicos de saúde, entre os dois tipos de agregados em análise.

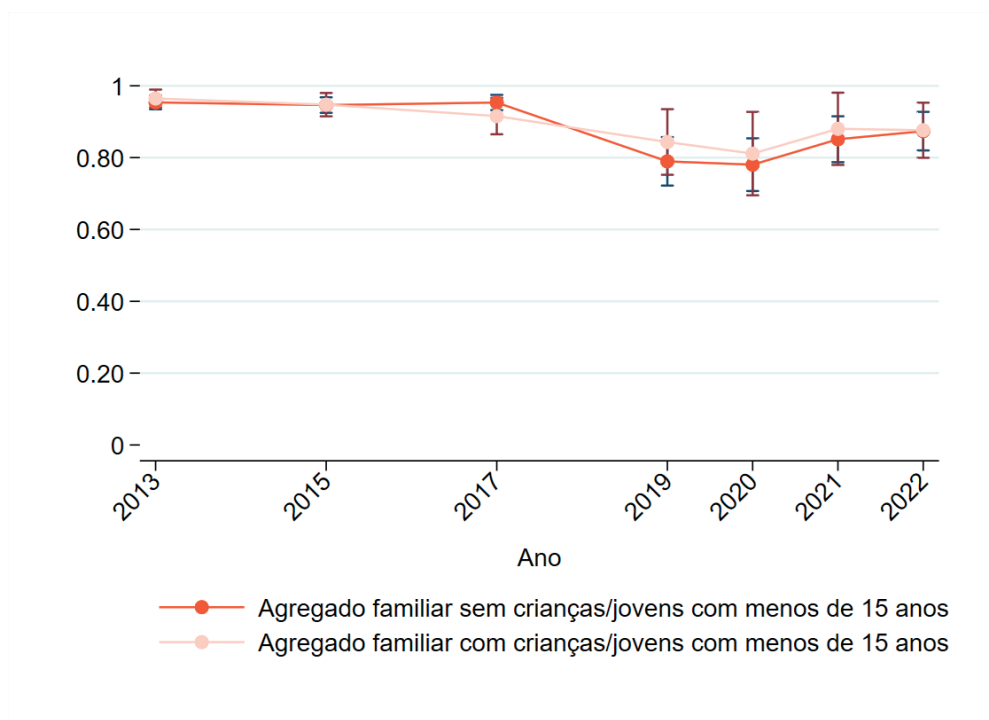


Figura 27. Efeitos temporais na proporção de inquiridos com contactos apenas com o setor público.

3. Prestação de cuidados

Entre 2013 e 2020 registou-se uma diminuição na proporção de inquiridos a recorrer unicamente a auxílio profissional no setor público. Entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, a probabilidade de um inquirido consultar profissionais de saúde apenas no setor público em 2020 era 15,34 pontos percentuais inferior à probabilidade registada em 2013. Note-se que esta tendência não se deverá unicamente à COVID-19, uma vez que mesmo antes da COVID-19 ser detetada em Portugal já se observava uma tendência de quebra na utilização exclusiva de serviços públicos de saúde. Nos últimos anos inverteu-se a tendência, observando-se um aumento na probabilidade de os inquiridos procurarem cuidados de saúde apenas no SNS. Note-se que este aumento ocorreu mesmo perante uma maior escassez de médicos de família nos últimos anos, como discutido na secção anterior. Porém, as probabilidades estimadas para 2022 permanecem inferiores às estimadas para 2013.

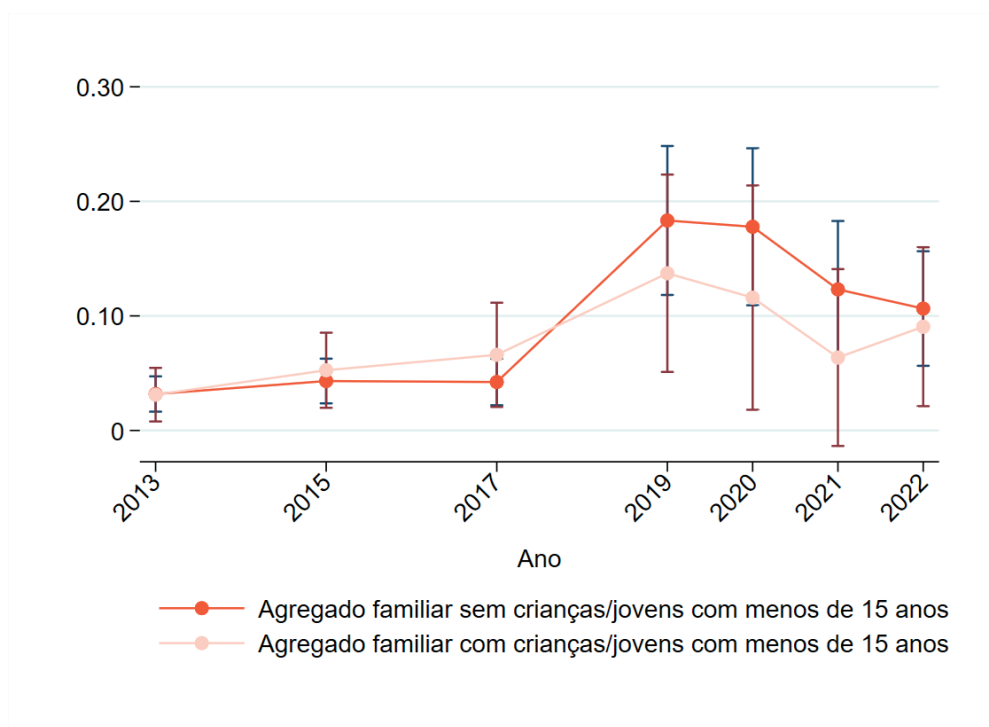


Figura 28. Efeitos temporais na proporção de inquiridos com contactos apenas com o setor privado.

3. Prestação de cuidados

A quebra na procura de cuidados de saúde exclusivamente no setor público deveu-se maioritariamente a uma substituição por cuidados de saúde no privado (Figura 28) e, também em parte, a uma maior complementaridade entre os cuidados de saúde prestados nos setores público e privado (Figura 29). Em termos do efeito de substituição, verifica-se que a proporção de inquiridos que recorreu ajuda profissional exclusivamente no setor privado aumentou entre 2013 e 2019. A título de exemplo, em agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, a proporção de inquiridos que recorreu a cuidados de saúde apenas no setor privado foi de 13,72% em 2019, o que contrasta com os 3,18% registados em 2013.

No que toca ao efeito de complementaridade dos prestadores de cuidados de saúde, apesar das estimativas centrais da proporção de inquiridos que reporta recorrer aos setores público e privado serem superiores em 2020, os intervalos de confiança são muito largos e incorporam as estimativas centrais dos restantes anos. Por conseguinte, as diferenças entre anos não são estatisticamente significativas.

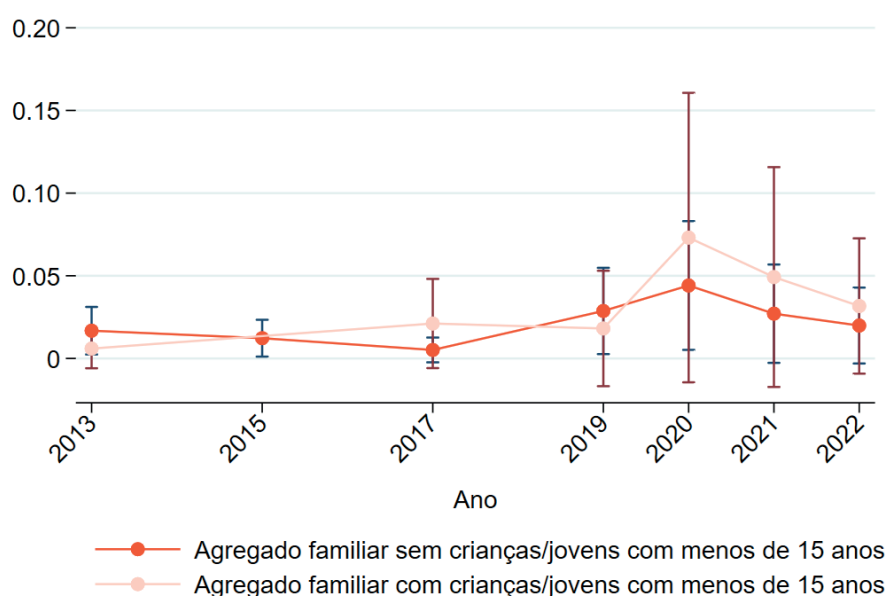


Figura 29. Efeitos temporais na proporção de inquiridos com contactos com ambos os setores (público e privado).

3. Prestação de cuidados

Como esperado, a procura por cuidados de saúde exclusivamente no setor público é feita maioritariamente por pessoas em situação de carência financeira. Entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos de idade, 92,35% dos indivíduos do escalão E recorre a cuidados de saúde apenas no SNS. Essa proporção diminui para 85,60% em pessoas do escalão A. De modo oposto, a população que procura cuidados de saúde exclusivamente no setor privado é preponderantemente de escalões socioeconómicos mais elevados. Por escalão socioeconómico, não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de agregados (com e sem crianças/jovens com menos de 15 anos), na probabilidade de recorrer exclusivamente a cuidados de saúde no setor público, no setor privado ou em ambos os setores.

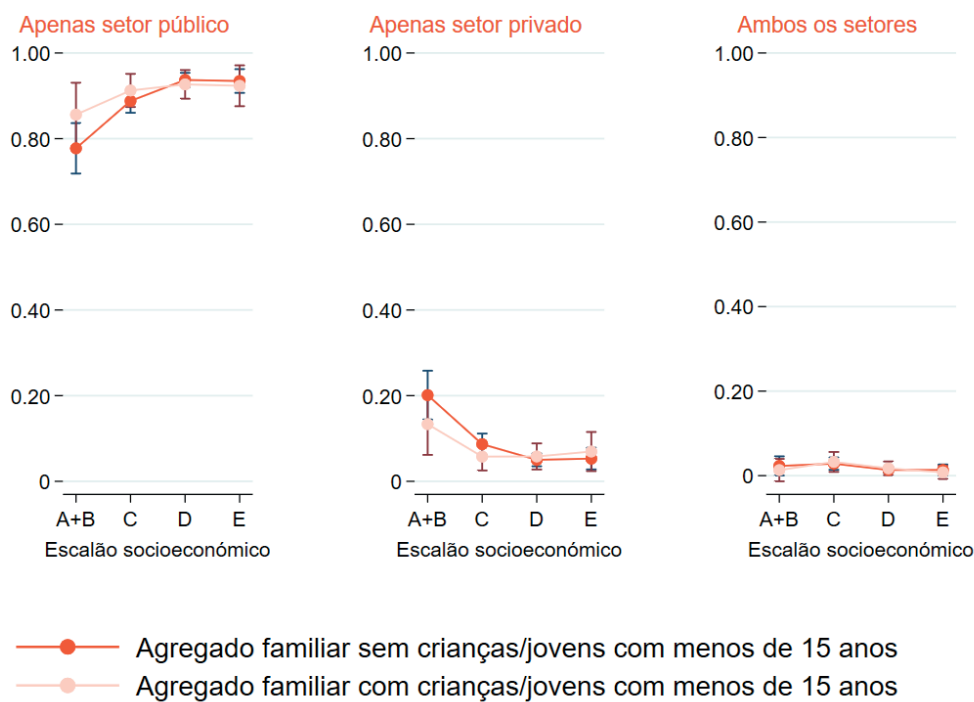


Figura 30. Proporção de inquiridos com contactos com os setores público, privado ou ambos, por escalão socioeconómico (todos os anos).

4. Inquiridos com menos de 50 anos



4. Inquiridos com menos de 50 anos

As análises anteriores avaliaram as barreiras no acesso a cuidados de saúde em dois tipos de agregados familiares: agregados sem menores de 15 anos e agregados com menores de 15 anos. Contudo, os inquiridos de agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos têm idades superiores à dos inquiridos de agregados com menores de 15 anos (Figura 31). Em média, um inquirido de um agregado sem menores de 15 anos tem 50 anos de idade, ao passo que um inquirido de agregados com crianças com menos de 15 anos tem, em média, 37 anos. Adicionalmente, a prevalência de doenças crónicas é maior em inquiridos de agregados sem crianças e jovens com menos de 15 anos, comparativamente com agregados com crianças com menos de 15 anos (33,34% vs. 17,16%).

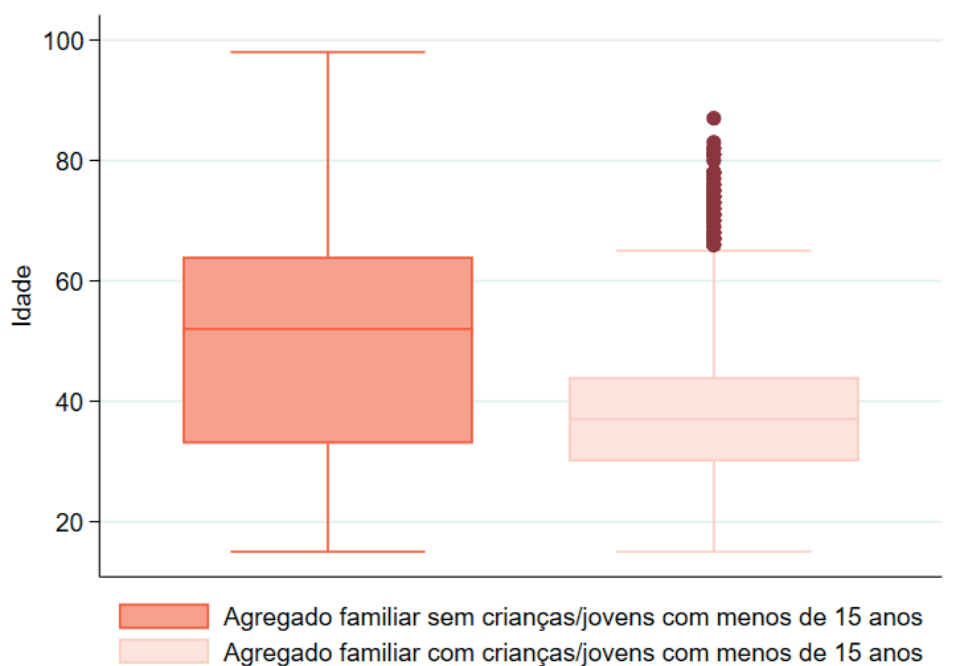
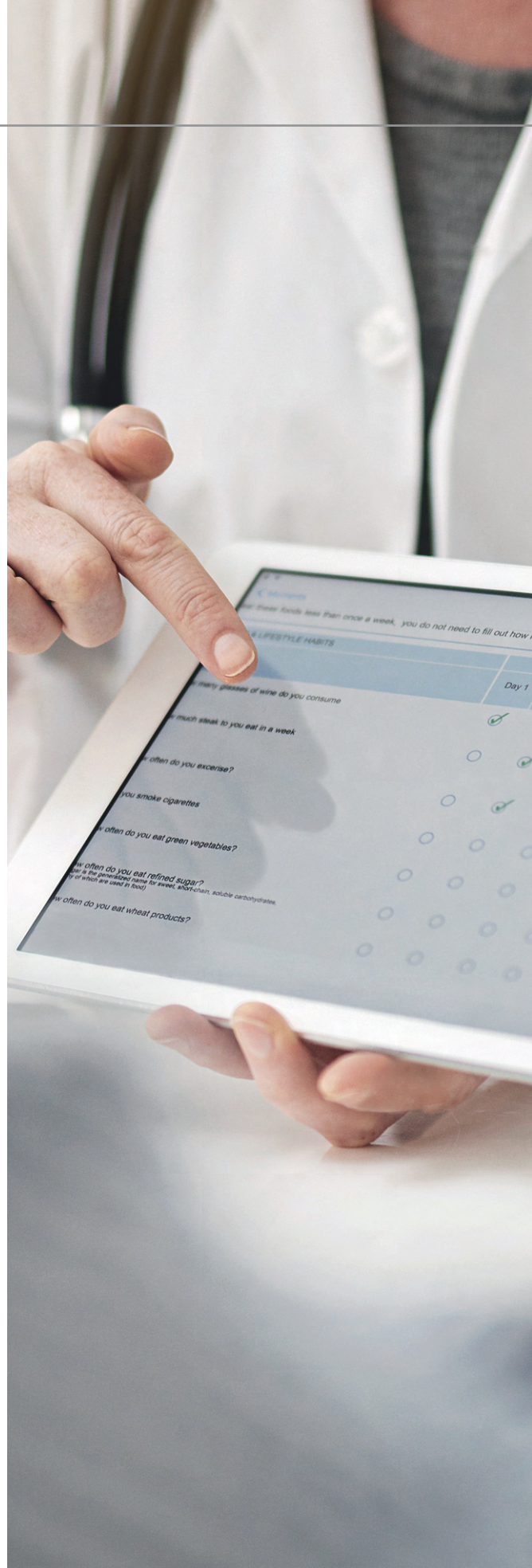


Figura 31. Distribuição das idades dos inquiridos, por tipo de agregado familiar.

4. Inquiridos com menos de 50 anos

Face a estas diferentes características entre os inquiridos dos dois tipos de agregados sob análise, e uma vez que se está a tomar a resposta dos inquiridos como representativa da realidade de todos os elementos do agregado, procedeu-se a uma análise complementar em que apenas se consideraram as respostas de inquiridos com menos de 50 anos. Ao focar a análise em inquiridos com idades mais homogéneas, torna-se possível isolar e avaliar com maior precisão o impacto que a presença de menores de 15 anos no agregado tem na procura e no acesso a cuidados de saúde.

Limitando a análise a inquiridos com menos de 50 anos, continuam a não ser observadas diferenças entre os agregados com menores de 15 anos e os agregados sem crianças ou jovens com menos de 15 anos no que toca à probabilidade de procurar auxílio profissional no sistema de saúde, perante um episódio de doença. Também o padrão de barreiras financeiras continua a ser semelhante ao detetado quando se procede à análise com a totalidade da população. Especificamente, a probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento do episódio de doença é semelhante entre os dois tipos de agregados, com exceção do ano 2019, em que a probabilidade de os agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos não comprarem todos os medicamentos era aproximadamente 66,23% superior à probabilidade reportada por inquiridos de agregados familiares sem crianças e jovens com menos de 15 anos (9,35% vs. 5,62%).



4. Inquiridos com menos de 50 anos

Continua a registar-se um marcado gradiente socioeconómico no acesso a cuidados de saúde. A título de exemplo, entre agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos, um inquirido do escalão socioeconómico E tem uma probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários quase 3 vezes superior à de um inquirido do escalão D (38,16% vs. 13,93%) e aproximadamente 9 vezes superior à reportada por um inquirido dos escalões A/B (38,16% vs. 4,05%).

Os dados sugerem, contudo, que em anos de maior instabilidade económica (especificamente nos anos 2013 e 2022), os agregados familiares com crianças e jovens com menos de 15 anos têm maior probabilidade de pedir substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos, por estes últimos serem mais baratos (Figura 32). Também neste indicador se continua a observar um gradiente socioeconómico, em ambos os tipos de agregados, já que inquiridos de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos solicitam mais frequentemente a substituição de medicamento marca por genérico.

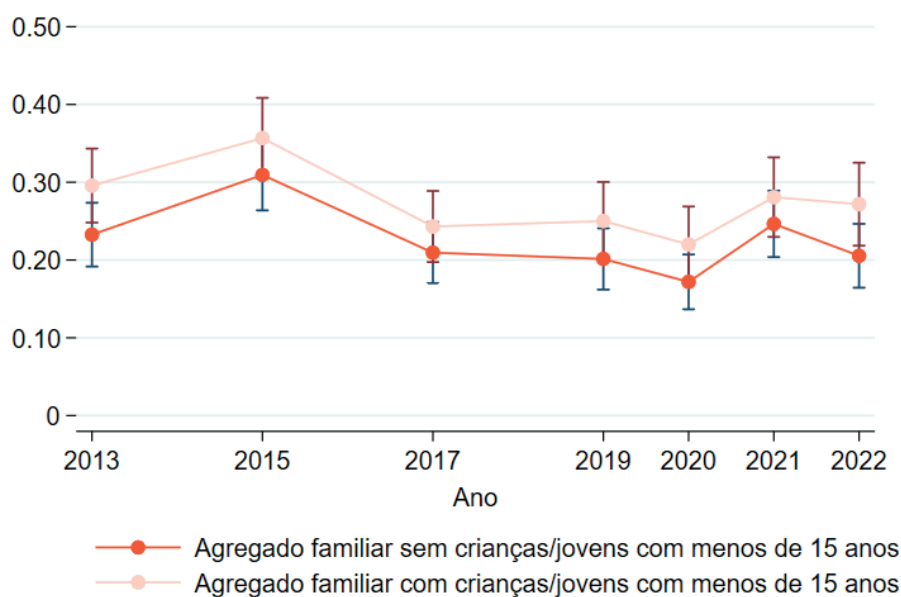


Figura 32. Pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico (subpopulação de inquiridos com menos de 50 anos)

O padrão observado na probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro é semelhante ao registado nos restantes indicadores de barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde. Ou seja, os agregados familiares com menores de 15 anos não apresentam barreiras acrescidas no acesso a urgências ou consultas.

Apesar de não se registarem diferenças entre agregados com e sem menores de 15 anos nos indicadores analisados relativos a barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde (não adquirir todos os medicamentos; pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico; não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro), importa avaliar se as despesas incorridas por quem efetivamente recorre a cuidados de saúde difere entre agregados com crianças menores de 15 anos e agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa. Caso se detetem maiores despesas nos agregados com crianças, então para um mesmo nível de acesso a cuidados, os agregados com crianças estarão relativamente sobrecarregados em termos financeiros. As estimativas dos modelos de duas partes e dos efeitos marginais médios em deslocações às urgências e aos cuidados de saúde primários encontram-se em anexo (Tabela 13 a Tabela 18).

À semelhança dos resultados obtidos na análise com os dados de todos os inquiridos (e não apenas daqueles com menos de 50 anos) não existem diferenças entre agregados com menores de 15 anos e agregados sem menores de 15 anos relativamente a despesas incorridas em idas a urgências ou aos cuidados de saúde primários. A exceção são os custos de transporte em idas a urgências, em que agregados com crianças menores de 15 anos reportam despesas 1 euro superiores, em média, às indicadas por agregados sem menores de 15 anos.

Escalões socioeconómicos mais desfavorecidos encontram-se mais protegidos relativamente a taxas moderadoras nas urgências. Em particular, para agregados em situação de elevada carência económica (escalação E), a redução na despesa com taxas moderadoras nas urgências, relativamente às incorridas por indivíduos dos escalões A/B, é semelhante entre agregados com e sem menores de 15 anos (Tabela 15). Em linha com o observado na totalidade da amostra, grupos etários mais avançados tendem a incorrer em maiores despesas com medicamentos. Em idas a cuidados de saúde primários, continua a detetar-se que inquiridos do escalão socioeconómico E reportam despesas com medicamentos superiores às incorridas pelo escalão A/B. Assim, apesar dos apoios financeiros existentes para pessoas em situação de carência económica, estes resultados revelam que agregados mais desfavorecidos apresentam uma maior sobrecarga com despesas com medicamentos.

No que toca a barreiras de índole não financeira, continuam a não ser observados diferentes receios de contágio – nomeadamente à COVID-19 – em idas a unidades de saúde, entre agregados com crianças com menos de 15 anos e agregados compostos apenas por adultos e pessoas em idade ativa. Adicionalmente, à semelhança do observado na análise efetuada com a amostra completa, na subpopulação de inquiridos com menos de 50 anos de idade não se deteta nenhum gradiente socioeconómico no receio de contágio, no último ano em análise (2022).

4. Inquiridos com menos de 50 anos

Apesar de no início da pandemia de COVID-19 ambos os tipos de agregados familiares sob análise terem sido igualmente afetados pelo cancelamento de consultas e exames, em 2022 os agregados com menores de 15 anos reportaram sofrer cancelamentos de consultas e exames com maior frequência (12,75% vs. 8,16%), mesmo controlando pelas características socioeconómicas do agregado e do inquirido (Figura 33). No entanto, contrariamente ao que se regista na maioria dos indicadores analisados, não se deteta nenhum gradiente socioeconómico na probabilidade de sofrer cancelamentos de consultas ou exames, para a subpopulação de inquiridos com menos de 50 anos.

À semelhança do registado na análise efetuada com a totalidade da amostra, a probabilidade de ter médico de família atribuído diminuiu substancialmente entre 2019 e 2022. Em 2022, a probabilidade de um inquirido de um agregado com menores de 15 anos ter médico de família era 12,30 pontos percentuais inferior à registada em 2019 (80,85% em 2022 vs. 93,15% em 2019). Já em agregados constituídos na totalidade por adultos ou pessoas em idade ativa, a probabilidade de ter médico de família diminuiu 10,72 pontos percentuais no mesmo horizonte temporal (77,91% em 2022 vs. 88,63% em 2019). Adicionalmente, se em 2019 e 2020 os agregados com crianças e jovens com menos de 15 anos tinham maior probabilidade de ter médico de família atribuído, essa maior probabilidade face a agregados compostos apenas por adultos e pessoas em idade ativa deixou de se registar em 2021 e 2022.

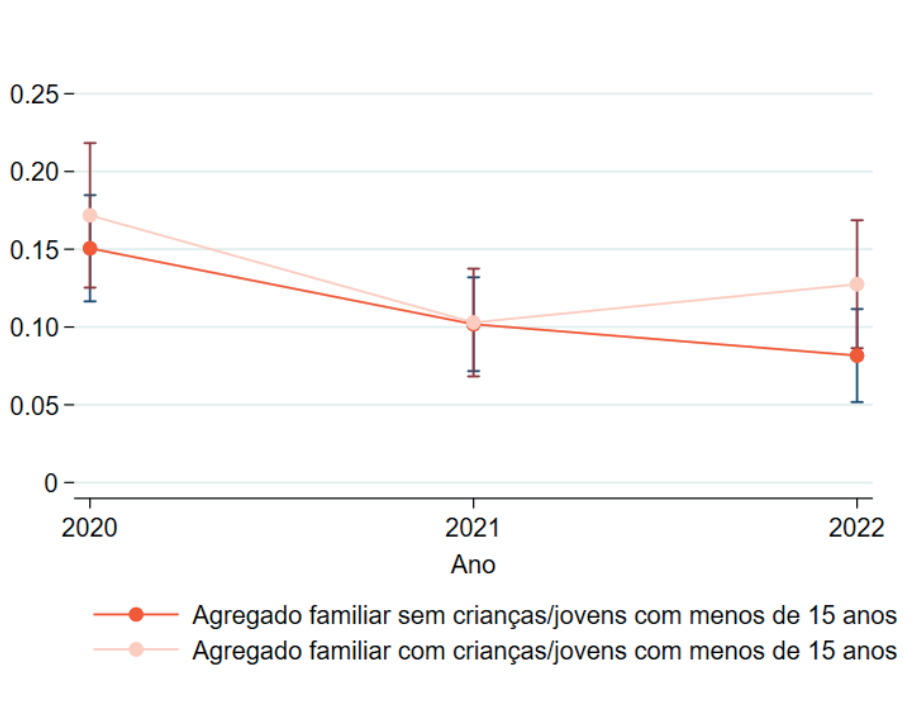


Figura 33. Cancelamento de consulta ou exame (subpopulação de inquiridos com menos de 50 anos)

4. Inquiridos com menos de 50 anos

Na subpopulação de inquiridos com menos de 50 anos, e em linha com o observado na análise com a totalidade da população inquirida, os indivíduos que conseguem aceder a cuidados de saúde fazem-no sobretudo no setor público (Tabela 10). Com efeito, entre agregados compostos apenas por adultos ou pessoas em idade ativa, a procura por cuidados de saúde no SNS é cerca de 8 vezes superior à procura por cuidados de saúde no setor privado, ao passo que em agregados com menores de 15 anos, o recurso a cuidados no SNS é aproximadamente 9 vezes superior à utilização de cuidados de saúde no setor privado. Ainda que ambos os tipos de agregados recorram maioritariamente a cuidados no setor público, dentro do SNS procuram tipos de ajuda profissional distinta. Efetivamente, agregados com menores de 15 anos recorrem menos aos cuidados de saúde primários e às urgências do que agregados sem menores de 15 anos. No entanto, agregados com crianças com menos de 15 anos utilizam substancialmente mais a linha SNS24 do que agregados sem menores de 15 anos (45,51% vs. 32,96%). Este padrão é semelhante ao observado na análise realizada com todos os inquiridos.

	Agregados sem crianças/ jovens com menos de 15 anos	Agregados com crianças/ jovens com menos de 15 anos
Ida aos Cuidados de Saúde Primários	39,19	33,89
Consulta marcada com médico de família	20,33	17,52
Consulta sem marcação	18,86	17,46
Urgência de hospital público	36,26	31,05
Telefonou para o serviço SNS24	32,96	45,51
Setor Público	90,43	90,78
Foi a um consultório privado	5,30	5,06
Foi à urgência de hospital privado	5,64	4,89
Setor Privado	10,94	9,95
Consultou um farmacêutico	4,60	2,33
Consultou um enfermeiro	0,00	0,00
Outra	4,60	2,33

Tabela 10. Pontos de contacto no sistema de saúde (2022, %; inquiridos com menos de 50 anos)

Referências

Bandeira, T., Ferreira, R., Azevedo, I. (2016). Child health in Portugal. *The Journal of Pediatrics*, 177, S142-S147.

Campos-Matos, I., Russo, G., Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities—a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15, 1-10.

Case, A., Fertig, A., Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24(2), 365-389.

Currie, J., Stabile, M., Manivong, P., Roos, L. L. (2010). Child health and young adult outcomes. *Journal of Human Resources*, 45(3), 517-548.

Graham H. (2009). The challenge of health inequalities. In: Graham H, editor. Understanding health inequalities. Maidenhead: Open University Press.

Heck, K. E., Parker, J. D. (2002). Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Services Research*, 37(1), 171.

Israel, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-14.

Jeon, S. H., Park, J., Kohen, D. (2023). Childhood-onset disabilities and lifetime earnings growth: A longitudinal analysis. *Health Economics*.

Kröger, H., Pakpahan, E., Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 951-960.

Ribeiro, A. I., Fraga, S., Correia-Costa, L., McCrory, C., Barros, H. (2020). Socioeconomic disadvantage and health in early childhood: a population-based birth cohort study from Portugal. *Pediatric Research*, 88(3), 503-511.

Rodrigues, C. F., Figueiras, R., Junqueira, V. (2016). Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: As consequências sociais do programa de ajustamento. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*, 92.

Anexo

	Taxas moderadoras		Transporte		Medicamentos		Outras despesas	
	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)								
	-0,0748 (0,0726)	0,2627 (0,7547)	0,1188 (0,0815)	1,3836 (0,8399)	0,0344 (0,0948)	-1,0503 (1,6661)	-0,0989 (0,1063)	4,2721 (4,6789)
Grupo etário								
30-44 anos	0,1932* (0,0843)	-1,1250 (0,9337)	0,2281* (0,0938)	1,5557 (0,8273)	0,1512 (0,1087)	3,4868 (1,9396)	0,2541* (0,1247)	-10,8790 (8,2488)
45-64 anos	0,0785 (0,0797)	-1,6364 (0,8867)	0,0659 (0,0880)	0,2125 (0,6291)	0,1866 (0,1043)	8,0692*** (2,1724)	0,3262** (0,1194)	-12,1543 (7,4018)
65-79 anos	-0,4229*** (0,0986)	-0,1099 (1,2586)	0,0452 (0,1064)	3,3496*** (0,9099)	0,2445* (0,1241)	11,4491*** (2,7343)	0,1962 (0,1467)	3,2349 (13,5024)
80+ anos	-0,5902*** (0,1575)	-2,0964 (2,0532)	-0,1028 (0,1693)	3,5818** (1,2915)	0,3186 (0,1942)	15,7339*** (4,0092)	0,3642 (0,2081)	-6,9708 (10,3974)
Sexo feminino	-0,0084 (0,0558)	0,3546 (0,5753)	-0,0232 (0,0621)	-0,2379 (0,5749)	0,2499*** (0,0721)	0,2524 (1,6049)	-0,1099 (0,0790)	-6,0446 (5,9546)
Escala socioeconómico								
C	-0,1502 (0,1006)	-2,5786* (1,2242)	0,0266 (0,1114)	-0,7479 (1,2713)	0,0934 (0,1264)	-0,6776 (2,3550)	-0,2448 (0,1354)	2,7874 (5,7391)
D	-0,3344*** (0,0935)	-0,7814 (1,1378)	0,0255 (0,1063)	0,1258 (1,1689)	0,0303 (0,1186)	0,2519 (2,2835)	-0,1945 (0,1294)	5,5405 (6,4165)
E	-0,5447*** (0,1194)	-2,0641 (1,3535)	0,0448 (0,1328)	-0,3864 (1,2125)	0,1286 (0,1539)	2,4353 (3,3197)	-0,0699 (0,1614)	0,4399 (7,7774)
Ano								
2015	-0,1009 (0,0853)	11,9300*** (0,9551)	0,7285*** (0,0955)	6,6457*** (0,8529)	0,7229*** (0,1237)	8,6652** (3,1691)	0,7109*** (0,1246)	-16,6173 (12,8515)
2017	-0,2706** (0,1010)	7,7245*** (0,9538)	0,3463** (0,1179)	4,5009*** (1,2844)	0,3582** (0,1321)	5,8942* (2,9506)	0,6252*** (0,1423)	-15,8572 (12,7447)
2019	-0,2310* (0,0904)	7,2059*** (1,1157)	0,7376*** (0,1029)	4,6534*** (0,8690)	0,8315*** (0,1289)	7,4395** (2,3886)	0,4490*** (0,1335)	-17,1039 (13,0853)
2020	-0,2350* (0,1106)	10,8286*** (1,0719)	0,4209** (0,1309)	2,2548** (0,7385)	0,6490*** (0,1630)	1,9545 (2,2940)	0,2078 (0,1859)	-18,0979 (12,7513)
2021	-0,4322*** (0,1061)	9,1727*** (1,6314)	0,4337*** (0,1128)	6,5010*** (1,0110)	0,2627* (0,1277)	9,9321*** (2,6852)	0,4933** (0,1507)	-15,1666 (13,9248)
2022	-0,7001*** (0,0964)	11,3281*** (1,0249)	0,7698*** (0,1009)	5,1696*** (0,9673)	0,3865*** (0,1148)	7,9222** (2,5498)	0,6417*** (0,1196)	-10,4786 (11,3809)
Agregado familiar com jovens(<15 anos) do escalão E								
	0,1924 (0,1570)	-0,4150 (1,4816)	-0,0967 (0,1709)	-1,1483 (1,3195)	-0,0042 (0,2157)	0,5013 (5,3982)	-0,0247 (0,2292)	-9,3125 (8,2600)
Constante	0,3615** (0,1125)	10,0698*** (1,4884)	-0,4518*** (0,1215)	3,9501*** (1,1459)	0,2055 (0,1390)	17,1597*** (2,9663)	-1,3495*** (0,1632)	40,3877** (14,3986)
Observações	2,311	1,008	1,847	971	1,824	1,492	1626	261

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalão socioeconómico A/B; ano 2013.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 11. Modelo de duas partes para despesas inerentes a uma ida às urgências

	Taxas moderadoras		Transporte		Medicamentos		Outras despesas	
	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,0206 (0,0620)	-0,0255 (0,3622)	0,1648* (0,0706)	0,8952 (0,6233)	-0,0724 (0,0754)	-0,5314 (1,1104)	-0,0739 (0,1002)	-1,0130 (5,0746)
Grupo etário								
30-44 anos	0,2138** (0,0792)	0,2977 (0,3757)	0,1019 (0,0900)	0,4951 (0,7604)	0,4918*** (0,0904)	1,6472 (1,2937)	0,1180 (0,1231)	4,6781 (6,0237)
45-64 anos	-0,0270 (0,0729)	0,3638 (0,3441)	-0,0194 (0,0836)	-0,2254 (0,5331)	0,6700*** (0,0865)	6,7617*** (1,2999)	-0,0275 (0,1160)	1,1871 (6,9861)
65-79 anos	-0,4084*** (0,0834)	0,7589 (0,4897)	-0,1489 (0,0953)	0,4646 (0,6287)	0,8981*** (0,1026)	13,2798*** (1,6052)	-0,3151* (0,1381)	-9,1241 (5,0841)
80+ anos	-0,4935*** (0,1239)	0,3367 (1,0111)	-0,1107 (0,1331)	2,0047 (1,0708)	0,9162*** (0,1544)	16,4687*** (2,5280)	-0,0686 (0,1811)	-7,1135 (6,0527)
Sexo feminino	-0,1199** (0,0465)	-0,0357 (0,2858)	-0,1836*** (0,0530)	0,5379 (0,4435)	0,1521** (0,0581)	1,2777 (1,0661)	-0,1011 (0,0714)	0,6183 (4,1430)
Escalaço socioeconómico								
C	-0,2404** (0,0801)	0,6310 (0,3636)	0,0691 (0,0949)	0,6673 (0,6685)	0,0865 (0,0951)	-0,4967 (1,6232)	-0,2692* (0,1295)	-11,0779 (8,0882)
D	-0,4193*** (0,0761)	0,6172* (0,3086)	0,2311* (0,0916)	1,3905** (0,5005)	0,2894** (0,0917)	0,3466 (1,5157)	0,0427 (0,1206)	-6,1547 (8,3012)
E	-0,5367*** (0,0976)	0,4671 (0,4909)	0,4288*** (0,1139)	1,4909* (0,6583)	0,5186*** (0,1285)	2,4987 (2,0812)	0,2660 (0,1451)	-10,8689 (6,9395)
Ano								
2017	-0,0819 (0,0756)	-0,2759 (0,4214)	-0,0106 (0,0894)	-1,0141 (0,5723)	-0,1701 (0,0994)	-6,6161*** (1,6960)	0,1039 (0,1170)	-9,3357 (8,0987)
2019	-0,0386 (0,0708)	-0,3958 (0,3361)	0,0076 (0,0846)	-0,8837 (0,5168)	-0,1715 (0,0940)	-3,7650* (1,6856)	-0,2663* (0,1273)	-1,6362 (10,4005)
2020	-0,2500*** (0,0757)	-0,4457 (0,3543)	-0,0048 (0,0942)	-1,2521* (0,5235)	-0,0496 (0,1100)	-2,8744 (2,0545)	-0,0556 (0,1304)	-2,5829 (7,8839)
2021	-0,4607*** (0,0822)	2,4431** (0,9247)	0,0732 (0,0935)	0,6706 (0,6752)	-0,0138 (0,1063)	2,3895 (2,0721)	0,1476 (0,1277)	2,6133 (12,7800)
2022	-1,0596*** (0,0817)	-0,5978 (0,4168)	0,0246 (0,0849)	1,3801 (0,9463)	-0,3343*** (0,0934)	0,0295 (1,8489)	0,0815 (0,1163)	-0,1670 (8,4878)
Agregado familiar com jovens(<15 anos) do escalaço E	0,0953 (0,1493)	0,2451 (0,9431)	-0,5882*** (0,1744)	-0,3750 (1,3898)	-0,2366 (0,1978)	-0,9085 (2,7941)	-0,1060 (0,2232)	-2,3409 (8,2206)
Constante	0,5374*** (0,1040)	4,9091*** (0,4291)	-0,4722*** (0,1200)	3,9027*** (0,9250)	0,1513 (0,1239)	18,1500*** (1,8797)	-1,0526*** (0,1601)	26,4958** (9,1316)
Observações	3,532	1,459	2,632	937	2,829	2,281	2,345	275

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalaço socioeconómico A/B; ano 2013.
*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 12. Modelo de duas partes para despesas inerentes a uma consulta num centro de saúde

	Taxas moderadoras		Transporte		Medicamentos		Outras despesas	
	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,1013 (0,0866)	-0,1602 (0,9169)	0,1553 (0,0987)	1,3153 (0,9406)	0,1039 (0,1085)	0,0558 (1,7583)	-0,2008 (0,1247)	3,6471 (6,3065)
Grupo etário								
20-24 anos	0,1929 (0,1720)	-1,1863 (2,3139)	0,6011** (0,1926)	-1,1291 (2,1982)	0,2504 (0,2087)	2,5573 (2,6407)	0,2938 (0,2684)	11,8163 (18,3338)
25-29 anos	0,1998 (0,1650)	-0,0457 (2,3839)	0,7798*** (0,1922)	-2,8728 (2,1580)	0,4526* (0,2054)	8,5070** (3,2020)	0,2593 (0,2616)	9,4565 (17,2898)
30-34 anos	0,3886* (0,1641)	-1,8599 (2,1063)	0,6354*** (0,1891)	-0,3957 (2,3702)	0,2100 (0,1977)	9,0191** (2,8265)	0,3655 (0,2621)	17,0923 (18,4345)
35-39 anos	0,3855* (0,1631)	-1,3511 (2,1804)	0,7526*** (0,1876)	0,5888 (2,3999)	0,5801** (0,2063)	11,2813*** (3,2523)	0,5096* (0,2558)	1,3298 (15,1948)
40-44 anos	0,2922 (0,1572)	-1,2267 (2,2055)	0,8261*** (0,1815)	-0,7408 (2,2449)	0,4097* (0,1937)	5,5541* (2,2195)	0,5259* (0,2462)	-7,9366 (15,3698)
45-49 anos	0,2720 (0,1635)	-1,9724 (2,2039)	0,8241*** (0,1893)	-1,7716 (2,1709)	0,3030 (0,2000)	11,3820** (3,7642)	0,5814* (0,2508)	-1,0346 (15,0367)
Sexo feminino	-0,0089 (0,0767)	0,2904 (0,7643)	-0,0801 (0,0866)	-1,2692 (0,8454)	0,2246* (0,0960)	1,0584 (1,7870)	-0,1349 (0,1132)	-0,0692 (4,8591)
Escala socioeconómico								
C	-0,0812 (0,1237)	-3,6882* (1,6796)	-0,0997 (0,1359)	-1,9761 (1,6106)	0,1071 (0,1552)	-3,0554 (2,7205)	-0,2152 (0,1737)	1,9252 (7,0258)
D	-0,1920 (0,1151)	-1,9260 (1,5545)	-0,0250 (0,1330)	-0,5786 (1,4981)	0,0514 (0,1481)	-3,1404 (2,5851)	-0,1276 (0,1679)	-4,9661 (7,6281)
E	-0,4544** (0,1569)	-4,3332* (1,8346)	-0,2463 (0,1774)	-1,2837 (1,5120)	0,0572 (0,2006)	5,5524 (4,9438)	-0,3494 (0,2468)	13,9752 (16,1684)
Ano								
2015	-0,2184 (0,1187)	11,3792*** (1,2431)	0,6759*** (0,1320)	6,0711*** (1,0017)	0,9175*** (0,1703)	2,1049 (2,7225)	0,6156*** (0,1766)	5,8445 (9,3384)
2017	-0,2584 (0,1403)	6,9288*** (1,3408)	0,6814*** (0,1735)	4,4442* (1,8068)	0,5572** (0,1916)	5,4519 (4,2727)	0,5156* (0,2110)	4,5878 (9,7335)
2019	-0,2457* (0,1216)	5,8713*** (1,5761)	0,8094*** (0,1482)	3,5501** (1,1723)	0,6081*** (0,1618)	4,7641 (3,3089)	0,3650 (0,1900)	-7,7967 (7,9638)
2020	-0,1413 (0,1471)	9,1138*** (0,8887)	0,3089 (0,1801)	0,2619 (0,6248)	0,7076*** (0,2143)	0,7890 (2,6368)	-0,2206 (0,2944)	-12,7294 (15,3861)
2021	-0,3159* (0,1485)	10,1477*** (2,2671)	0,4387** (0,1613)	7,2510*** (1,6066)	0,5407** (0,1825)	10,5244** (3,3760)	0,4842* (0,2125)	-2,0859 (6,9539)
2022	-0,7184*** (0,1357)	9,5833*** (1,3595)	0,8204*** (0,1454)	6,5764*** (1,5481)	0,6108*** (0,1641)	6,6298* (3,3518)	0,7301*** (0,1661)	13,1886 (7,5047)
Agregado familiar com jovens(<15 anos) do escalão E	0,1251 (0,1933)	1,0672 (1,7590)	0,0194 (0,2152)	-1,0072 (1,5428)	0,1040 (0,2643)	-2,7832 (7,1980)	0,2239 (0,3019)	-27,8903 (17,0804)
Constante	0,1348 (0,1718)	12,1698*** (2,7649)	-0,8819*** (0,1940)	7,2920** (2,5295)	-0,1401 (0,2051)	14,6613*** (3,0025)	-1,4766*** (0,2466)	15,6363 (17,4643)
Observações	1.176	581	960	525	950	754	865	122

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalão socioeconómico A/B; ano 2013.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 13. Modelo de duas partes para despesas inerentes a uma ida às urgências (inquiridos com menos de 50 anos)

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,4161 (0,5767)	1,0940* (0,5501)	0,4250 (1,7837)	-0,8286 (1,0785)
Grupo etário				
20-24 anos	0,5674 (1,3890)	1,3925 (0,9521)	3,2848 (2,3284)	1,9998 (2,0237)
25-29 anos	1,1496 (1,3984)	0,8949 (0,8915)	9,1886** (3,0218)	1,7443 (1,8709)
30-34 anos	1,2453 (1,2576)	1,9028 (1,0772)	8,0053** (2,4506)	3,3840 (2,2987)
35-39 anos	1,5112 (1,2666)	2,8272* (1,1155)	12,2857*** (2,8803)	1,4724 (1,6256)
40-44 anos	1,0690 (1,2733)	2,2710* (0,9762)	6,5339** (2,0687)	0,5107 (1,5509)
45-49 anos	0,6045 (1,2863)	1,6431 (0,9197)	10,4673** (3,3816)	1,7921 (1,6926)
Sexo feminino	0,0921 (0,6009)	-0,9399 (0,5339)	2,2533 (1,5906)	-0,6566 (0,9586)
Escalão socioeconómico				
C	-2,2113* (1,0157)	-1,3399 (0,9334)	-1,7649 (2,3780)	-0,7631 (1,4016)
D	-1,9486* (0,9768)	-0,3810 (0,8905)	-2,1493 (2,2858)	-1,2393 (1,4776)
E	-3,6396*** (0,9055)	-1,5595 (0,8417)	4,0974 (3,5962)	-0,9667 (1,7320)
Ano				
2015	4,8188*** (1,0057)	5,2900*** (0,8060)	6,9562** (2,3553)	3,8247 (2,3004)
2017	2,3822* (1,0667)	4,1956** (1,3345)	8,1166* (3,6977)	2,9137 (2,2544)
2019	1,9574 (0,9996)	4,0322*** (0,8873)	7,8308** (2,9168)	0,0151 (1,3461)
2020	4,2485*** (1,1173)	0,7303 (0,5107)	4,8691* (2,4793)	-1,1078 (1,0497)
2021	3,4863* (1,4482)	4,9808*** (1,1505)	12,2452*** (3,2054)	1,4545 (1,6471)
2022	0,5450 (0,9278)	6,1993*** (1,2275)	9,4426** (3,0006)	6,5376** (2,3692)
Observações	1.176	960	950	865

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalão socioeconómico A/B; ano 2013.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 14. Estimativas dos efeitos marginais médios nas despesas associadas a uma ida às urgências (inquiridos com menos de 50 anos)

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar do escalão E e sem jovens(<15 anos)	-3,7042*** (0,9396)	-1,4746 (0,7893)	4,0710 (3,5613)	-1,0511 (1,9080)
Agregado familiar do escalão E e com jovens(<15 anos)	-3,5659*** (0,8787)	-1,6590 (0,9070)	4,1310 (3,6423)	-0,8755 (1,5679)
Observações	1.176	960	950	865

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 15. Estimativas dos efeitos marginais médios de pobreza (escalão socioeconómico E) nas despesas associadas a uma ida às urgências, consoante a presença de menores de 15 anos no agregado (inquiridos com menos de 50 anos)

	Taxas moderadoras		Transporte		Medicamentos		Outras despesas	
	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)	Pr(Despesa)>0	Despesa (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	0,0092 (0,0753)	-0,1724 (0,3950)	0,1515 (0,0863)	1,1232 (0,8471)	-0,0120 (0,0866)	-1,0026 (1,3622)	-0,2033 (0,1147)	-1,5057 (5,9801)
Grupo etário								
20-24 anos	0,5609** (0,1750)	0,4747 (0,4693)	0,2586 (0,1927)	-0,0570 (1,3708)	0,3895* (0,1932)	-1,8703 (2,8142)	0,0220 (0,2831)	8,7654 (8,4424)
25-29 anos	0,5164** (0,1627)	0,7857 (0,5952)	0,2873 (0,1822)	-1,8595 (1,3587)	0,4452* (0,1789)	0,5559 (2,6437)	0,0802 (0,2717)	17,5816* (8,9399)
30-34 anos	0,6756*** (0,1612)	1,1403* (0,5672)	0,3872* (0,1795)	-1,2471 (1,2858)	0,8611*** (0,1796)	-0,4962 (2,5447)	0,0764 (0,2709)	29,3801* (13,1253)
35-39 anos	0,6212*** (0,1599)	1,2747 (0,6561)	0,2958 (0,1800)	-0,3579 (1,4176)	0,5514** (0,1769)	1,1890 (2,6292)	0,3025 (0,2675)	11,4399 (7,8564)
40-44 anos	0,5671*** (0,1533)	0,4909 (0,4353)	0,2643 (0,1697)	-0,2718 (1,7442)	0,9511*** (0,1719)	2,7458 (2,8224)	0,1620 (0,2618)	11,7512 (10,0305)
45-49 anos	0,3602* (0,1557)	0,6298 (0,5540)	0,0582 (0,1746)	-1,4752 (1,2220)	0,6720*** (0,1754)	6,4143* (3,0933)	-0,0327 (0,2663)	9,3795 (8,8414)
Sexo feminino	-0,1236 (0,0697)	0,1381 (0,3240)	-0,1292 (0,0801)	0,9772 (0,9720)	0,1810* (0,0809)	2,7733* (1,3694)	-0,0154 (0,1047)	-6,6029 (5,1772)
Escala socioeconómica								
C	-0,2304* (0,1070)	0,4411 (0,4406)	0,0588 (0,1230)	0,3569 (0,9832)	0,0965 (0,1234)	1,0661 (1,5528)	-0,1230 (0,1779)	-13,8108 (9,7955)
D	-0,3517*** (0,1036)	0,1955 (0,3318)	0,1792 (0,1200)	0,9128 (0,8378)	0,2236 (0,1201)	0,7184 (1,3799)	0,2199 (0,1649)	-18,6001 (9,8090)
E	-0,3667* (0,1511)	0,8830 (0,9201)	0,4002* (0,1750)	1,6933 (0,9462)	0,4934** (0,1850)	1,8912 (2,8802)	0,0531 (0,2361)	-9,8879 (12,8705)
Ano								
2017	-0,2104* (0,1065)	-0,1308 (0,4893)	0,0223 (0,1256)	-0,8853 (0,8657)	-0,2845* (0,1297)	-2,5188 (1,5400)	0,2556 (0,1557)	0,2152 (4,9724)
2019	-0,0301 (0,1039)	-0,3446 (0,3913)	0,1576 (0,1237)	-0,8133 (0,7073)	-0,2620* (0,1234)	-1,7007 (1,5287)	-0,4521* (0,1934)	20,6728 (18,6430)
2020	-0,0260 (0,1095)	-0,1830 (0,4584)	0,1799 (0,1357)	-1,2443 (0,7387)	-0,0683 (0,1489)	-0,3564 (2,0728)	0,0448 (0,1782)	8,3843 (9,0774)
2021	-0,3180* (0,1250)	2,1012 (1,1474)	0,0865 (0,1422)	0,4504 (1,0688)	0,0155 (0,1479)	4,5285* (2,0991)	0,1704 (0,1900)	-3,1985 (6,7221)
2022	-1,0244*** (0,1182)	-0,0531 (0,6706)	0,1081 (0,1239)	3,1404 (1,7957)	-0,3560** (0,1253)	5,3171* (2,6643)	0,2844 (0,1677)	14,1942 (7,2827)
Agregado familiar com jovens(<15 anos) do escalão E	-0,1327 (0,1932)	-0,4678 (1,3448)	-0,6043** (0,2299)	-1,4740 (1,2511)	-0,1780 (0,2468)	2,0323 (3,7457)	0,1475 (0,3071)	-18,5326 (14,7263)
Constante	0,0426 (0,1725)	4,3792*** (0,7273)	-0,7562*** (0,1894)	4,4876** (1,6934)	-0,1575 (0,1923)	14,4444*** (2,7493)	-1,2677*** (0,2926)	18,1828 (12,8271)
Observações	1.528	749	1.137	424	1.231	887	1.042	135

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalão socioeconómico A/B; ano 2015,013.
*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 16. Modelo de duas partes para despesas inerentes a uma ida aos cuidados de saúde primários (inquiridos com menos de 50 anos)

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar com jovens(<15 anos)	-0,1334 (0,2438)	0,4971 (0,3301)	-0,7067 (0,9929)	-1,2064 (0,8478)
Grupo etário				
20-24 anos	1,2188*** (0,3491)	0,6424 (0,6178)	1,4449 (1,8809)	0,9387 (1,1471)
25-29 anos	1,2683** (0,3861)	-0,0142 (0,5728)	3,3275 (1,8097)	2,1736 (1,2731)
30-34 anos	1,8028*** (0,3889)	0,4198 (0,5744)	4,9893** (1,8138)	3,5685 (1,8465)
35-39 anos	1,7499*** (0,4142)	0,6013 (0,6228)	4,4562* (1,8268)	2,2243 (1,2189)
40-44 anos	1,2461*** (0,3011)	0,5959 (0,7465)	8,0035*** (2,0041)	1,6889 (1,3700)
45-49 anos	0,8860** (0,3432)	-0,2698 (0,5183)	9,0195*** (2,2690)	0,8788 (1,0632)
Sexo feminino	-0,1918 (0,2105)	0,0685 (0,4039)	3,0585** (1,0728)	-1,0505 (0,8513)
Escalão socioeconómico				
C	-0,2649 (0,3070)	0,2673 (0,4638)	1,3416 (1,3722)	-2,1302 (1,4394)
D	-0,6246* (0,2697)	0,7302 (0,4271)	1,8730 (1,2441)	-1,7582 (1,5666)
E	-0,5949 (0,3806)	0,7995 (0,5073)	4,5140* (1,9247)	-2,1095 (2,0001)
Ano				
2017	-0,5142 (0,3518)	-0,2964 (0,3642)	-3,3421** (1,2540)	0,8698 (0,8691)
2019	-0,2575 (0,3041)	-0,0048 (0,3480)	-2,6732* (1,3222)	0,1119 (1,2177)
2020	-0,1713 (0,3466)	-0,1789 (0,3613)	-0,6363 (1,7441)	1,0796 (1,3133)
2021	0,2876 (0,6559)	0,3200 (0,4839)	3,6039 (1,9529)	-0,1894 (1,0479)
2022	-2,0334*** (0,3176)	1,3782 (0,7527)	1,3664 (1,9796)	3,4055* (1,4863)
Observações	1.528	1.137	1.231	1.042

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis. Categorias base/de comparação: agregados sem menores de 15 anos; grupo etário 15-19 anos; sexo masculino; escalão socioeconómico A/B; ano 2015.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 17. Estimativas dos efeitos marginais médios nas despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários (inquiridos com menos de 50 anos)

	Despesa com taxas moderadoras (€)	Despesa com transporte (€)	Despesa com medicamentos (€)	Outras despesas (€)
Agregado familiar do escalão E e sem jovens(<15 anos)	-0,6122 (0,3901)	0,7553 (0,4752)	4,5431* (1,9406)	-2,3763 (2,3333)
Agregado familiar do escalão E e com jovens(<15 anos)	-0,5775 (0,3742)	0,8448 (0,5437)	4,4809* (1,9117)	-1,8458 (1,7208)
Observações	1.528	1.137	1.231	1.042

Erros padrão *bootstrap* entre parêntesis.

*, **, *** Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 18. Estimativas dos efeitos marginais médios de pobreza (escalão socioeconómico E) nas despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários, consoante a presença de menores de 15 anos no agregado (inquiridos com menos de 50 anos)

**Nova School
of Business
& Economics**

Campus de Carcavelos
Rua da Holanda, 1
2775-408, Carcavelos
Portugal

T: (+351) 213 801 673
F: (+351) 213 871 105

