

Acesso a cuidados de saúde, 2023

Uma década de evolução

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



ÍNDICE

1. Introdução	4
2. A primeira decisão do doente	8
3. Necessidades não satisfeitas	24
4. Prestação de cuidados de saúde	35
5. Acesso a cuidados de saúde numa ótica de gerações de vida	47
6. Conclusão	54

RELATÓRIO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE, 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



1. 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.

Até 2021, o Ministério da Saúde publicava um relatório anual sobre o “Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas”. Este relatório tinha 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. Por episódio de doença entende-se uma situação em que uma pessoa sente uma alteração sensível da sua saúde, defrontando incerteza quanto à natureza exata do problema e à sua (eventual) resolução. Uma avaliação desta natureza só pode ser feita por via de um inquérito à população residente em Portugal, pois é necessário captar decisões que não se encontram registadas em dados administrativos.

Precisamente com o intuito de conhecer as escolhas feitas pelos cidadãos desde o momento em que sentem a possibilidade de doença, é elaborado regularmente um relatório sobre o acesso a cuidados de saúde, com base em dados recolhidos junto de uma amostra representativa da população com 15 e mais anos residente em Portugal Continental. A Figura 1 esquematiza o conjunto de decisões e elementos que serão alvo de análise no presente relatório.

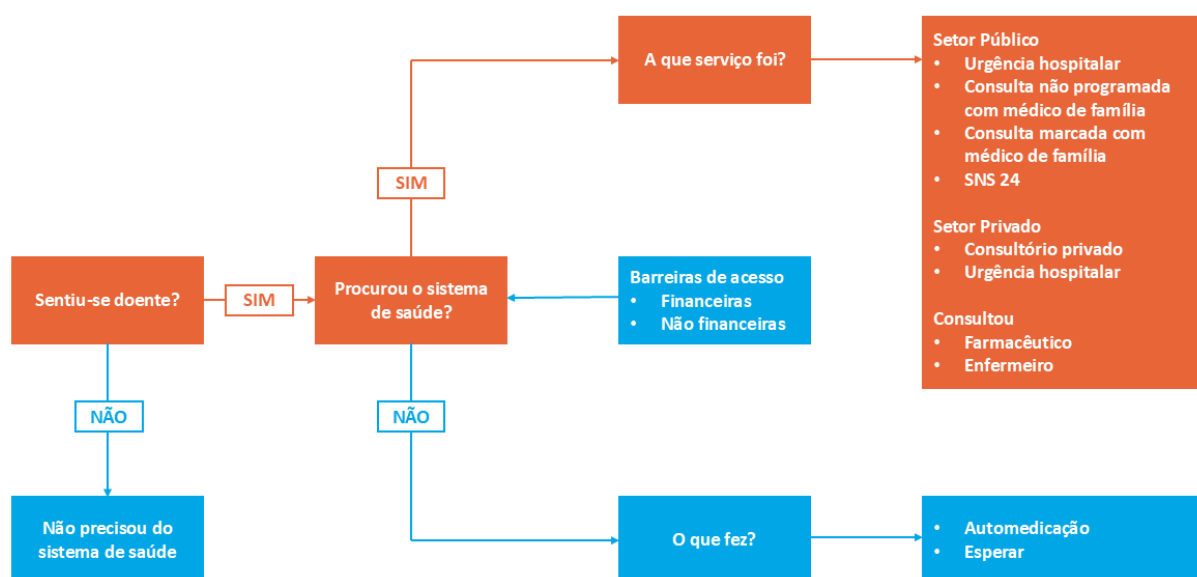


Figura 1. As decisões de acesso a cuidados de saúde

Compreender as regularidades e as características das pessoas que estejam relacionadas com estas decisões permite estudar e avaliar potenciais e efetivas barreiras de acesso a cuidados de saúde. A partir destas regularidades torna-se possível extrair conclusões sobre a existência de diferenças de acesso a cuidados de saúde que são despoletadas por elementos de cariz socioeconómico, levando a desigualdades não justificadas e não desejadas, do ponto de vista da sociedade portuguesa, no acesso a cuidados de saúde.

O conhecimento sobre a utilização necessária e sobre a utilização efetiva de um sistema de saúde é importante para se avaliar as dimensões de eficiência e equidade associadas à promoção da saúde. No âmbito do acesso a cuidados de saúde, a dimensão da eficiência integra dois aspetos distintos. Em primeiro lugar, pode surgir ineficiência no sistema de saúde por falta de acesso quando é necessário, devido a barreiras à utilização de cuidados de saúde. Estas barreiras são de natureza diversa e incluem não apenas barreiras financeiras, que são as mais tradicionalmente estudadas, mas também barreiras geográficas de acesso aos prestadores de serviços de saúde, ou barreiras culturais, por exemplo. Este tipo de ineficiência traduz-se em necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde. A eliminação ou mitigação destas ineficiências tipicamente requer intervenção pública que atue no sentido de identificar e combater essas barreiras. A título de exemplo, com o intuito de eliminar barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde no SNS, tem-se vindo a fazer uma eliminação progressiva de taxas moderadoras. Atualmente, os utentes estão isentos de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e também 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).

Em segundo lugar, é possível ter ineficiência no sistema de saúde por utilização excessiva de cuidados, que ocorre quando há pouco ou nenhum benefício para o doente nesses cuidados, mas ainda assim se verifica a sua utilização. O recurso excessivo a cuidados de saúde pode surgir quando quem toma a decisão dessa utilização não contempla, no seu processo

de escolha do caminho a tomar, todos os custos e benefícios relevantes. Duas situações que ilustram este tipo de ineficiência são o recurso desnecessário às urgências hospitalares quando o utente tem uma preocupação de saúde de pouco relevo, e o pedido de realização duplicada de exames complementares de diagnóstico por parte do decisor clínico. Nas situações de utilização desnecessária de cuidados de saúde, a implicação para a intervenção pública é a de criar barreiras de acesso que evitem esse uso, sem que sejam barreiras à utilização necessária. Retomando o exemplo das taxas moderadoras, é precisamente por este motivo que apesar de se terem eliminado algumas taxas moderadoras no SNS, estas continuam a ser cobradas nas urgências hospitalares se o utente não tiver sido referenciado para a urgência por outros serviços do SNS ou se a urgência não resultar em internamento (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio).

O desafio em termos de desenho de políticas públicas surge porque a correção de cada uma destas ineficiências exige medidas que podem facilmente traduzir-se num aumento do outro tipo de ineficiência. Por conseguinte, uma correta definição de políticas públicas exige um conhecimento tão preciso quanto possível sobre a importância real de cada uma destas fontes de ineficiência no sistema de saúde. A produção desse conhecimento tem, porém, que ser realizada de forma diferente em cada um destes dois aspetos.

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

A avaliação de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde é, porém, substancialmente diferente. Pela sua própria natureza, não há registo dos cuidados de saúde que deveriam ter lugar, mas que não ocorreram, sobretudo nas situações em que a decisão de uso de cuidados de saúde depende do cidadão. Para ganhar conhecimento sobre esta dimensão da ineficiência no acesso a cuidados de saúde é necessário inquirir a população para saber que decisões foram tomadas que não levaram

ao contacto com o sistema de saúde quando tal deveria ter tido lugar, atendendo à necessidade e ao conhecimento do cidadão sobre a sua situação no momento dessa decisão. Os dados do Inquérito de Acesso realizado pela Nova School of Business and Economics permitem estudar esta dimensão de ineficiência.

Para além das preocupações com a maior eficiência, ou não, no acesso a cuidados de saúde, há uma preocupação geral com a equidade nesse acesso, representada por um princípio geralmente aceite de que deverá garantir-se acesso igual para necessidade igual de cuidados de saúde. A importância atribuída aos princípios de equidade no sistema de saúde requer intervenções de políticas públicas que os procuram assegurar, mesmo que a custo de alguma ineficiência no funcionamento do sistema de saúde. Avaliar a dimensão de equidade no acesso a cuidados de saúde é, por isso, um elemento central quando se discute o funcionamento de um sistema de saúde.

O Inquérito de Acesso é realizado desde 2013, tendo sido inquiridos um total de 10.088 indivíduos (Tabela 1). A disponibilidade de dados para a última década permite elaborar um retrato detalhado sobre a evolução do perfil de saúde da população, do tipo de serviços de saúde utilizados perante um episódio de doença, bem como das barreiras financeiras e não financeiras no acesso a cuidados de saúde.

Face aos anteriores Relatórios de Acesso a Cuidados de Saúde, o presente relatório oferece uma análise adicional sobre a saúde e acesso a cuidados de saúde numa ótica de gerações de vida. Esta análise visa aferir se o aumento da longevidade em Portugal nos últimos anos se tem traduzido em mais anos vividos em boa saúde ou, alternativamente, em mais anos vividos com morbilidade. Compreender esta evolução é fulcral para aferir o impacto que o envelhecimento da população terá na despesa em saúde em Portugal e para identificar áreas de intervenção, nomeadamente em termos de redução de barreiras de acesso a cuidados de saúde para a população mais velha.

Ano	Número de Inquiridos
2013	1.254
2015	1.260
2017	1.263
2019	1.255
2020	1.271
2021	1.269
2022	1.257
2023	1.259
Total	10.088

Tabela 1. População inquirida no Inquérito de Acesso realizado pela Nova School of Business and Economics

Fonte: Elaboração própria.



2.

A primeira decisão do doente



2.1 Episódios de doença

Quando um indivíduo sente ter um problema de saúde, a primeira decisão que toma é a de procurar, ou não, ajuda profissional no sistema de saúde. A procura por cuidados de saúde, num dado grupo populacional, estará assim fortemente associada com a ocorrência de episódios de doença nesse grupo populacional, bem como com a severidade desses episódios.

Se o surgimento de uma situação de doença for independente das condições socioeconómicas dos indivíduos, então a proporção de pessoas que reportam ter-se sentido doentes no último ano deverá ser uniforme entre grupos populacionais (ex: grupos etários, escalões socioeconómicos, género, nível de escolaridade). Contudo, tipicamente o que se observa é que a incidência de doenças tende a diferir entre grupos socioeconómicos.

A Figura 2 indica a percentagem de inquiridos que reportou ter-se sentido doente, em cada ano. Em 2023, 42,3% dos indivíduos indicaram ter tido pelo menos um episódio de doença, o que corresponde a um aumento de quase 2 pontos percentuais face a 2022. No que pode parecer uma tendência contraintuitiva, a proporção de inquiridos a reportar ter-se sentido doente tem vindo a aumentar desde os anos mais intensos da pandemia da COVID-19 (2020 e 2021), aproximando-se em 2023 da proporção registada no ano de 2013.

Esta tendência pode dever-se, por um lado, a alterações na perceção dos indivíduos relativamente a episódios de doença. De facto, durante os anos de maior incidência de casos de COVID-19, alguns sintomas menos severos podem não ter sido reportados pelos indivíduos como episódios de doença. Em anos não pandémicos, não havendo o termo de referência de episódios de COVID-19, sintomas menos severos podem ter voltado a ser interpretados pelos indivíduos como correspondendo a episódios de doença. Por outro lado, as medidas de confinamento impostas na sequência da pandemia da COVID-19 poderão ter contribuído para uma menor propagação e incidência de outras doenças (Prasad et al., 2023; van de Berg et al., 2023).

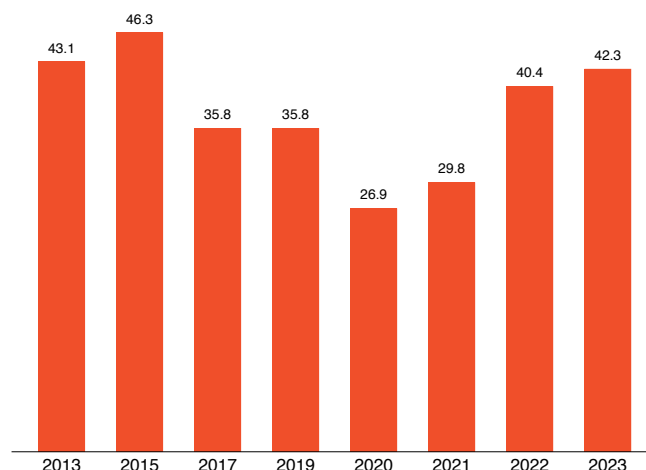


Figura 2. Indicaram ter-se sentido doentes, por ano (%)

Analisando a percentagem de inquiridos que indicou ter-se sentido doente em 2023, por diferentes grupos socioeconómicos, verifica-se que existe um gradiente socioeconómico (Figura 3), etário (Figura 4) e de escolaridade (Figura 5). Com efeito, há uma relação sistemática entre grupos populacionais e a incidência de episódios de doença auto-reportados. As diferenças são expressivas e revelam a maior vulnerabilidade de pessoas com menores condições socioeconómicas, de idades mais avançadas e com menores níveis de escolaridade. A título de exemplo, entre inquiridos pertencentes a agregados familiares com grande dificuldade em fazer face a todas as despesas habituais, a proporção de pessoas a reportar ter-se sentido doente em 2023 é de 72,9%, cerca de 45 pontos percentuais superior ao registado no grupo de pessoas do escalão socioeconómico mais elevado (Figura 3).

Entre grupos etários, verifica-se que são sobretudo os idosos a reportar mais episódios de doença, o que pode dever-se quer ao agravamento de condições crónicas, quer à maior probabilidade de ocorrência de episódios de doença aguda. Considerando o ponto médio do grupo etário 15-29 anos e do grupo etário 65-79 anos, torna-se possível obter uma estimativa do declive do gradiente: por cada ano adicional na idade dos indivíduos, a probabilidade de sofrer um episódio de doença aumenta 0,73 pontos percentuais.

Quando se considera o nível de escolaridade dos indivíduos, o gradiente não é tão nítido. Ainda assim, a população com o apenas o primeiro ciclo de escolaridade concluído é a que regista uma maior proporção de indivíduos a indicar ter sofrido um episódio de doença no ano de 2023.

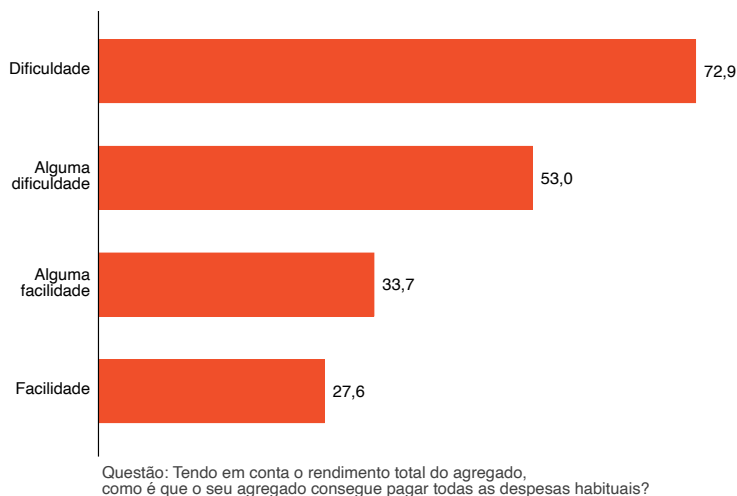


Figura 3. Episódio de doença por condição socioeconómica (%), em 2023

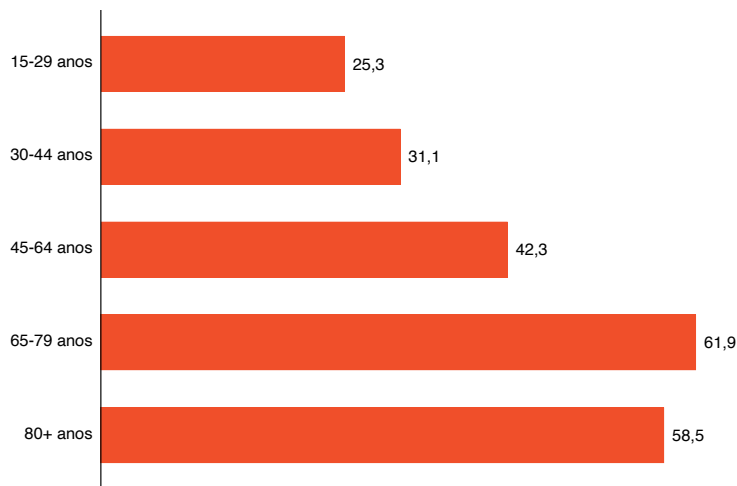


Figura 4. Episódio de doença por grupo etário (%), em 2023

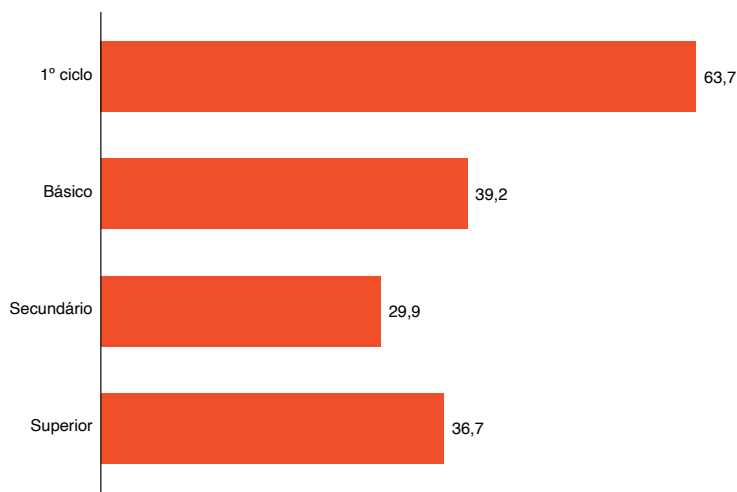


Figura 5. Episódio de doença por nível de escolaridade (%), em 2023

Com o intuito de aferir como o gradiente da probabilidade de episódio de doença por grupo etário evoluiu ao longo do tempo, a Figura 6 normaliza, em cada ano, a probabilidade de episódio de doença de cada grupo etário pela probabilidade de doença do grupo etário 15-29 anos do respetivo ano. Quando se introduz a componente temporal na análise, é possível observar que o gradiente é bastante persistente. Em 2020 e 2021 o gradiente por grupo etário acentuou-se o que reflete, pelo menos em parte, o facto de a pandemia da COVID-19 ter afetado sobretudo a população idosa.

Em 2023 registou-se um agravamento do gradiente face a 2022. Adicionalmente, observa-se que o aumento entre 2022 e 2023 na proporção de indivíduos a reportar ter-se sentido doente deve-se ao aumento de episódios de doença em pessoas com pelo menos 45 anos e, em particular, ao aumento acentuado registado na probabilidade de doença no grupo etário 65-79 anos (Figura 7).

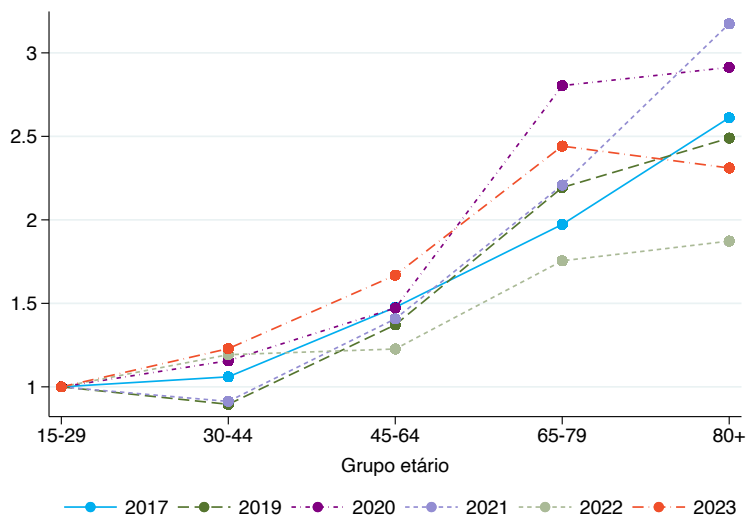


Figura 6. Gradiente de probabilidade de episódio de doença por grupo etário, anos 2017-2023

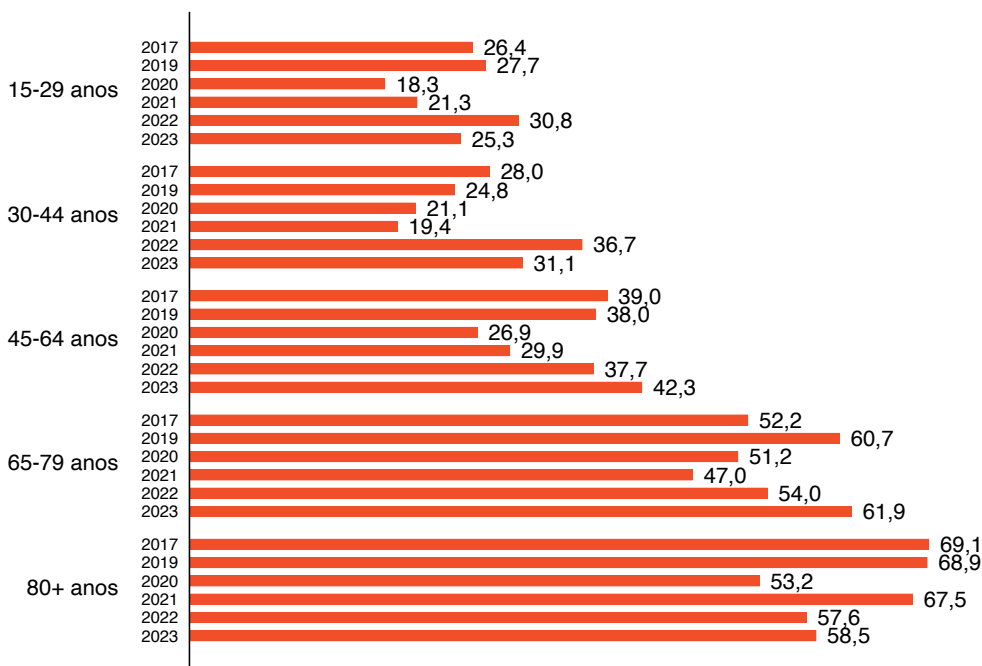


Figura 7. Episódio de doença por grupo etário (%), anos 2017-2023

Uma análise semelhante permite compreender como evoluiu o gradiente de probabilidade de episódio de doença por nível de escolaridade. Ao longo dos anos, o grupo de pessoas com menor nível de escolaridade é sempre o que regista maior probabilidade de doença (Figura 8 e Figura 9). Se entre 2019 e 2022 o gradiente por nível de escolaridade se vinha a esbater, uma vez que a proporção de pessoas a sentir-se doentes estava a diminuir no grupo de pessoas com apenas o primeiro ciclo e a aumentar em pessoas com maiores níveis de escolaridade, em 2023 verificou-se uma inversão nesta tendência. Efetivamente, a probabilidade de uma pessoa se ter sentido doente aumentou sobretudo entre os indivíduos com o menor nível de escolaridade e diminuiu em indivíduos com o ensino secundário ou o início superior. Em 2023, a probabilidade de uma pessoa com o primeiro ciclo ter sofrido um episódio de doença foi de 63,7%, o que é cerca de 16 pontos percentuais superior ao registado em 2022 (Figura 9). Por conseguinte, este gradiente acentuou-se em 2023, aproximando-se do registado em 2019.

Estes resultados sugerem que o aumento da probabilidade de doença verificado em 2023 é explicado sobretudo pela maior incidência de episódios de doença na população mais velha (45 e mais anos) e com menor nível de escolaridade.

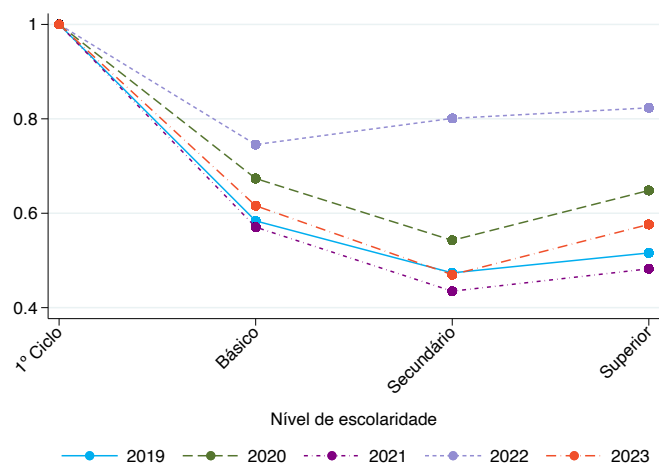


Figura 8. Gradiente de probabilidade de episódio de doença por nível de escolaridade, anos 2019-2023

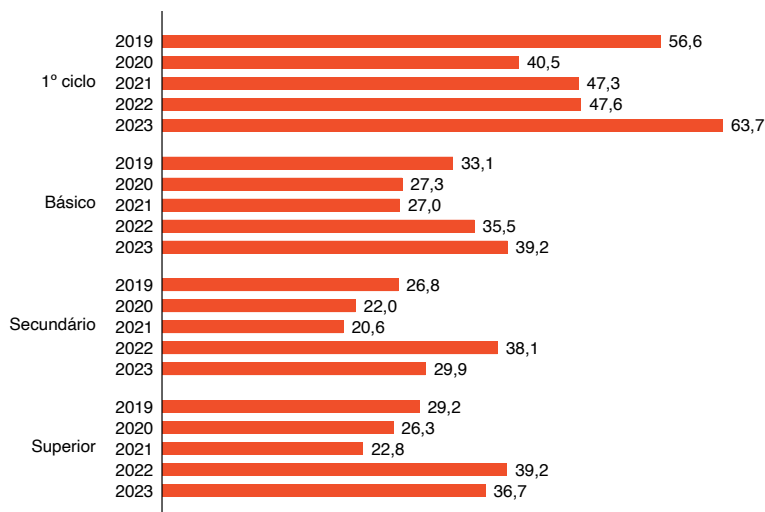


Figura 9. Episódio de doença por nível de escolaridade (%), anos 2019-2023

Ainda que informativas, as análises anteriores são apenas descritivas, uma vez que consideram isoladamente a influência de um determinado fator – como a idade, nível de escolaridade ou escalão socioeconómico – na probabilidade de ter sofrido um episódio de doença. Porém, importa considerar simultaneamente as diversas características dos inquiridos, de modo a aferir com maior precisão o contributo de cada fator (por exemplo, uma pessoa idosa e de baixo rendimento tem mais episódios de doença devido à idade ou devido às condições económicas de vida?).

A Figura 10 apresenta o valor médio e um intervalo de variação do valor tal que com 95% de probabilidade o verdadeiro valor médio está contido neste intervalo, para cada fator de interesse. Este intervalo é representado pela barra vertical. Quando estes intervalos, denominados intervalos de confiança, estão sobrepostos entre categorias de modo que os respetivos pontos médios estejam incluídos, os efeitos serão similares entre essas categorias. Por exemplo, se o ponto médio do contributo de um grupo etário está dentro do intervalo de confiança para outro grupo etário, podemos considerar que não se rejeita a hipótese de que os contributos, destes dois grupos da população são idênticos, em média.¹

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

Considerem-se exemplos concretos: na Figura 10, para os escalões socioeconómicos mais elevados (A+B, C), a amplitude do intervalo de confiança dos escalões A e B contém o ponto central do escalão socioeconómico C, pelo que a probabilidade de indivíduos dos escalões socioeconómicos A e B sofrerem um episódio de doença não difere da probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico C ter-se sentido doente em 2023, quando se considera a margem de erro estatística envolvida no cálculo das estimativas das probabilidades.

As probabilidades ilustradas na Figura 10 foram estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente) e onde se consideram como variáveis explicativas – isto é, com potencial impacto na probabilidade de se sentir doente – o género, o grupo etário, o nível de escolaridade e o escalão socioeconómico. Quando se tem em consideração todos estes elementos em simultâneo, verifica-se que as diferenças na probabilidade de um indivíduo sofrer um episódio de doença se devem sobretudo ao escalão socioeconómico do inquirido. De facto, o gradiente por classe socioeconómica é muito acentuado: um indivíduo do escalão socioeconómico

mais baixo tinha, em 2023, 66% de probabilidade de sofrer um episódio de doença (já tendo em conta o género, a escolaridade e o grupo etário), mais do dobro da probabilidade registada para uma pessoa dos escalões socioeconómicos A ou B.

A análise por grupo etário permite concluir que, em 2023, a probabilidade de indivíduos dos grupos etários 15-29 anos e 30-44 anos terem sofrido um episódio de doença foi inferior à probabilidade estimada para indivíduos mais velhos, com pelo menos 45 anos. Relativamente a diferenças por nível de escolaridade, quando se controla em simultâneo pelas diversas características dos inquiridos, deteta-se um padrão que, à partida, não seria expectável: embora a probabilidade de um indivíduo com o nível de escolaridade mais baixo ter registado um episódio de doença tenha sido superior à de pessoas com o ensino básico ou o ensino secundário, essa probabilidade não difere estatisticamente da probabilidade estimada para indivíduos com o ensino superior. Ou seja, são sobretudo as pessoas com menor e com maior nível de escolaridade que têm maior probabilidade de reportar um episódio de doença. Observa-se ainda que as mulheres têm uma maior probabilidade de se sentirem doentes do que os homens (44% vs. 39%).

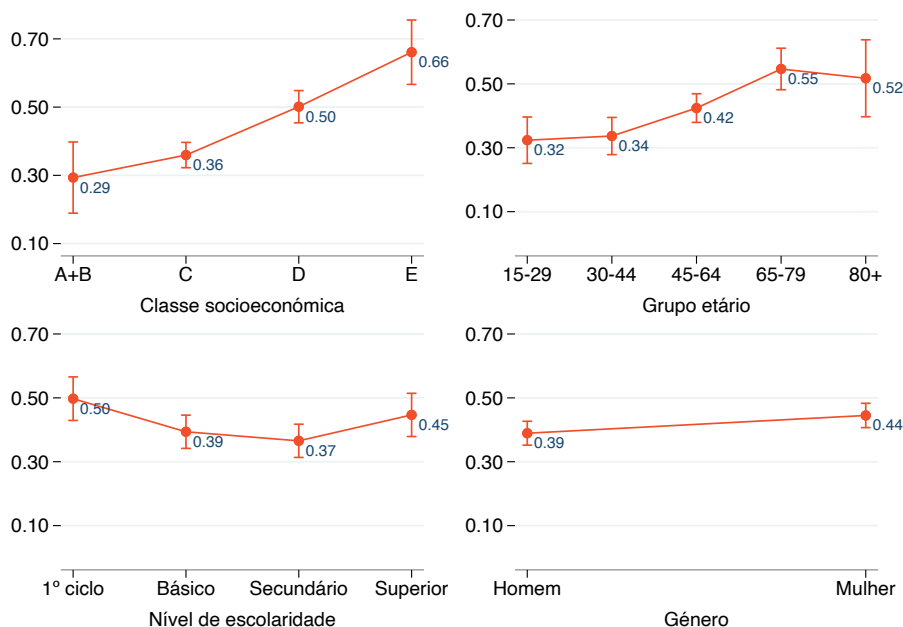


Figura 10. Probabilidade de episódio de doença, em 2023

As probabilidades apresentadas na Figura 10 foram estimadas com base nos dados de 2023, ignorando potenciais tendências temporais. Por conseguinte, a Figura 11 analisa a probabilidade de se ter tido um episódio de doença, comparando os valores de 2022 e 2023 com o registado no período pré-pandemia (2013-2019), bem como nos anos 2020-2021, que abrangem o pico do período pandémico.

A Figura 11 ilustra a probabilidade de se sofrer um episódio de doença com base na classe socioeconómica. A análise para o período pré-pandémico revela que, para os homens, a probabilidade de indivíduos dos escalões socioeconómicos D e E sofrerem um episódio de doença era superior à de homens de escalões socioeconómicos mais elevados (A, B e C). Porém, essas diferenças não eram muito acentuadas. A título de exemplo, um homem do escalão E tinha 36% de probabilidade de sofrer um episódio de doença, ao passo que um homem dos escalões A ou B tinha uma probabilidade de 31%, ou seja, verificava-se uma diferença de 5 pontos percentuais entre estes dois grupos. Nesse mesmo período, para as mulheres verifica-se que a probabilidade de uma mulher do escalão socioeconómico D ter sofrido um episódio de doença é superior à registada em mulheres de escalões socioeconómicos mais altos (A, B e C), mas não difere da probabilidade registada por mulheres do escalão socioeconómico mais baixo E. Porém, as diferenças entre escalões também não são muito expressivas. Importa mencionar que no período pré-pandémico, para indivíduos de uma mesma classe socioeconómica, as mulheres apresentavam maior probabilidade de sofrer um episódio de doença.

No período compreendido entre os anos 2020 e 2021, que abrange o pico do período pandémico, o gradiente socioeconómico acentuou-se. Com efeito, a classe socioeconómica mais desfavorecida (E) passou a registar uma probabilidade de doença substancialmente superior à das restantes classes socioeconómicas. Uma mulher do escalão socioeconómico mais baixo registava no período 2020-2021 uma probabilidade de 50% de ter um episódio de doença, praticamente o dobro da registada para uma mulher dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (26%). Também entre os homens se observou um agudizar do gradiente socioeconómico. Adicionalmente, as mulheres continuaram a registar uma maior probabilidade de se sentir doentes.

Nos anos que se seguiram ao pico da pandemia da COVID-19, o gradiente socioeconómico atingiu a sua expressão máxima. Efetivamente, considerando os anos 2022 e 2023 em conjunto, uma mulher da classe socioeconómica mais desfavorecida (E) tinha uma probabilidade de 72% de sofrer um episódio de doença, ao passo que uma mulher dos escalões socioeconómicos mais elevados (A e B) tinha uma probabilidade de apenas 33%. Ou seja, as mulheres em situação de carência económica enfrentavam uma probabilidade de doença aproximadamente 118% superior à de mulheres das classes socioeconómicas mais favorecidas (A e B). Em 2023, num dado escalão socioeconómico, deixaram de se verificar diferenças entre género no que toca à probabilidade de sofrer um episódio de doença.

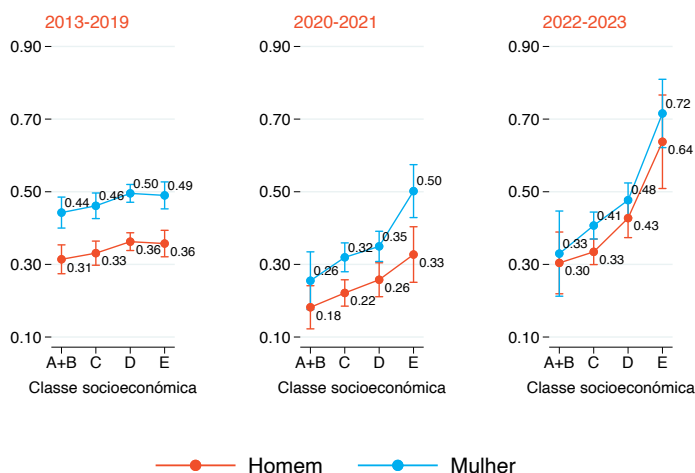


Figura 11. Probabilidade de episódio de doença por condição socioeconómica e género

A Figura 12 e a Figura 13 replicam a análise de tendências temporais, mas considerando o nível de escolaridade e o grupo etário dos inquiridos, respetivamente. Contrariamente ao observado na análise por classe socioeconómica, não se verificaram alterações substanciais nos padrões de probabilidade de sofrer um episódio de doença, por nível de escolaridade ou por grupo etário. Ainda assim, importa salientar que apesar de entre 2020 e 2021 o gradiente por nível de escolaridade se ter esbatido, uma vez que nesses anos a probabilidade de um indivíduo com o nível mais baixo de escolaridade sofrer um episódio de doença não diferia das probabilidades registadas por pessoas com nível de escolaridade superior, em 2022 e 2023 o gradiente começou a acentuar-se novamente, embora as diferenças entre pessoas com diferentes níveis de escolaridade continuem a não ser estatisticamente significativas.

Um aspeto positivo é que as diferenças de género se esbateram. Quando se tem em consideração o nível de escolaridade ou o grupo etário dos inquiridos, não existem diferenças entre homens e mulheres no que toca à probabilidade de sofrer um episódio de doença. Por grupo etário, verifica-se, sem surpresas, que são os idosos que têm maior probabilidade de se sentir doentes.

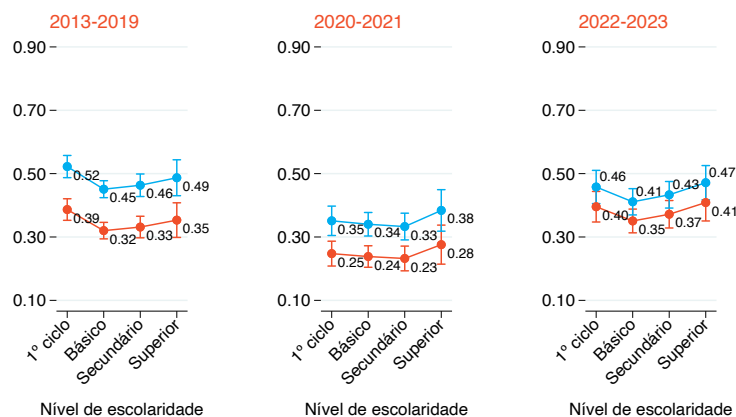


Figura 12. Probabilidade de episódio de doença por nível de escolaridade e género

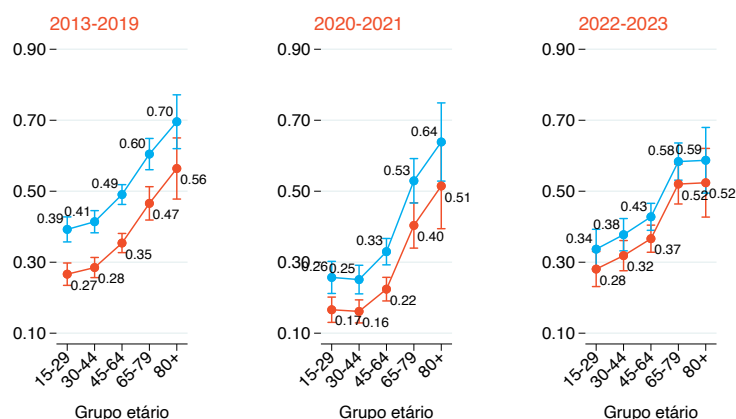


Figura 13. Probabilidade de episódio de doença por grupo etário e género

Em suma, em 2023 observa-se um forte gradiente associado com a classe socioeconómica. Indivíduos do escalão socioeconómico mais desfavorecido têm uma probabilidade substancialmente maior de sofrer um episódio de doença. Adicionalmente, verifica-se que indivíduos com o primeiro ciclo de escolaridade têm maior probabilidade de sofrer um episódio de doença do que pessoas com o ensino básico ou secundário, mas essa probabilidade não difere estatisticamente da registada para os indivíduos com o ensino superior.

No ano de 2023, quando se analisam isoladamente diferenças de género, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer um episódio de doença do que os homens. Porém, estas diferenças anulam-se quando se controla por características adicionais dos indivíduos, como a classe socioeconómica, o nível de escolaridade e o grupo etário. Ou seja, em 2023, o papel do género enquanto preditor da probabilidade de sofrer um episódio de doença é suplantado pelas restantes características socioeconómicas dos indivíduos.

Desta análise preliminar conclui-se que “sentir-se doente” não é independente das características dos indivíduos. Muito pelo contrário, são sobretudo pessoas de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, de mais idade e com menos escolaridade que enfrentam uma maior probabilidade de sofrer um episódio de doença.

Numa análise simultânea dos vários elementos com potencial impacto na probabilidade de uma pessoa se sentir doente, torna-se evidente que o

efeito dominante, em 2023, está associado com a classe socioeconómica do indivíduo. Adicionalmente, indivíduos idosos têm maior probabilidade de sofrer um episódio de doença. Por conseguinte, a principal conclusão é que as desigualdades socioeconómicas e as diferenças entre grupos da população se refletem na própria necessidade potencial de cuidados de saúde.

A existência de desigualdades entre grupos socioeconómicos relativamente à probabilidade de sofrer episódios de doença coloca o desafio de as condições de acesso a cuidados de saúde as compensarem de algum modo, garantindo que essas desigualdades não são agravadas por dificuldades de acesso distintas consoante estes mesmos fatores socioeconómicos.

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



Os episódios de doença em 2023 registaram-se mais frequentemente em pessoas com vulnerabilidades económicas face ao passado recente.

2.2 Os que não procuram o sistema de saúde

Quando uma pessoa se sente doente, a primeira decisão consiste em decidir se procura, ou não, auxílio profissional no sistema de saúde. Este é o primeiro momento em que podem surgir barreiras de acesso a cuidados de saúde.

Perante um episódio de doença, diferentes motivos podem justificar a opção de não se recorrer a auxílio no sistema de saúde. Desde logo, o nível de severidade do episódio de doença influencia a decisão de procurar ajuda profissional. Com efeito, quando a situação é pouco grave e, portanto, o benefício de ir ao sistema de saúde é reduzido, é expectável que a procura por cuidados no sistema de saúde não se materialize. Ou seja, há situações, como as de reduzida gravidade, em que é adequado que os indivíduos, mesmo sentindo-se doentes, não procurem o sistema de saúde. Estas situações evitam a procura desnecessária por cuidados de saúde (a procura é desnecessária no sentido em que o benefício para o doente é menor do que o custo de prestar esse cuidado).

No lado oposto do espectro surgem as situações em que é adequado recorrer ao sistema de saúde,

nomeadamente pela maior severidade do episódio de doença, mas em que tal não sucede, por exemplo devido a barreiras financeiras ou geográficas no acesso a cuidados de saúde. Estas situações despoletam necessidades de cuidados de saúde que não se encontram satisfeitas, surgindo, assim, barreiras indevidas (ou excessivas) no acesso a cuidados de saúde. Por conseguinte, nesta secção procurar-se-á estudar a decisão individual de procurar ajuda profissional no sistema de saúde, avaliando se há efeitos sistemáticos que estejam associados a essa decisão.

A Figura 14 ilustra, por ano, a proporção de inquiridos que, tendo-se sentido doente, optou por não procurar ajuda no sistema de saúde. Em 2023 registou-se uma inversão na tendência dos últimos três anos, em que a proporção de indivíduos que opta por não recorrer ao sistema de saúde estava a aumentar de forma sustentada. Com efeito, em 2023, cerca de 11,26% dos inquiridos que sofreram um episódio de doença optaram por não utilizar o sistema de saúde na sequência desse episódio, o que é quase 3 ponto percentuais inferior ao valor registado em 2022. Este decréscimo pode dever-se, por um lado, à menor severidade dos episódios de doença, ou a uma menor perceção de barreiras de acesso a cuidados de saúde.

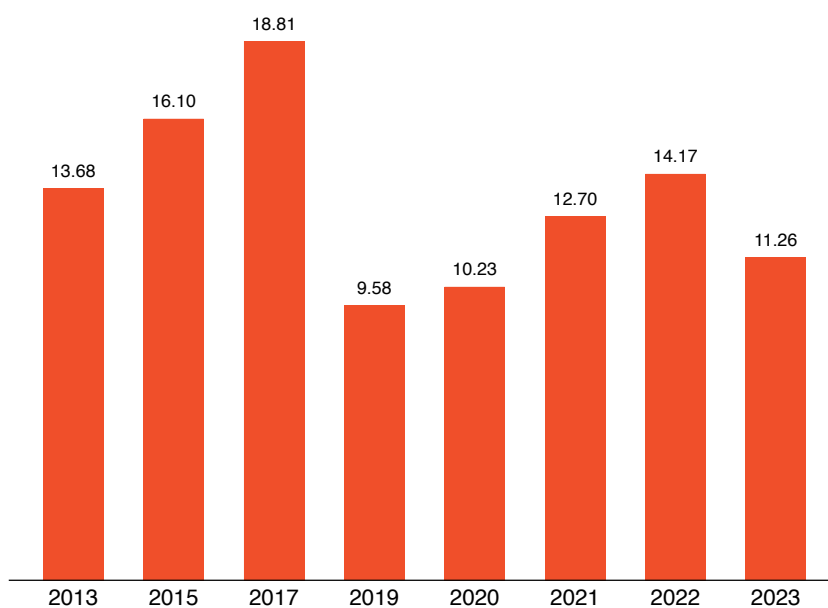


Figura 14. Não procurou auxílio no sistema de saúde (%)

Para as pessoas que optam por não recorrer ao sistema de saúde, a fase seguinte no processo de decisão consiste em definir a abordagem a adotar para solucionar o problema de saúde, dado que não se procurou ajuda profissional. As duas principais alternativas a procurar ajuda profissional consistem em esperar que o problema passe ou em automedicação. A alternativa de esperar que o problema se resolva tenderá a ser mais comum nos casos de doença menos severos e com menor risco para a saúde. Por outro lado, o recurso a automedicação pode dever-se a experiências anteriores com problemas similares. Por exemplo, é expectável que doentes crónicos tenham um maior conhecimento de episódios de doença semelhantes, associados à sua condição crónica, pelo que tenderão a sentir-se relativamente mais confortáveis em automedicar-se do que doentes não crónicos, cujos episódios de doença correspondem, à partida, a situações agudas.

Os dados do inquérito permitem avaliar a expressão de ambas as decisões: esperar que o problema passe e automedicação. Em 2023, 75,6% dos inquiridos que não recorreram ao sistema de saúde perante um episódio de doença optaram por se automedicar, ao passo que os restantes 24,4% optaram por esperar que os sintomas passassem. Comparativamente

com o período pré-pandémico, em 2020 e 2021 registou-se um aumento da proporção de inquiridos a reportar esperar que o problema passe, o que estará relacionado com o risco de contágio à pandemia da COVID-19 numa ida a unidades de saúde. Em 2022, a proporção de inquiridos que não contactam o sistema de saúde perante um episódio de doença e que decidem esperar que o problema passe voltou a aumentar de forma substancial, de 35% em 2021 para 56,7% em 2022. Tal poderá dever-se ao facto de em 2022 os indivíduos que não procuraram o sistema de saúde perante um episódio de doença terem tido uma alteração no seu estado de saúde menos severa do que a registada em 2020 e 2021 por indivíduos que não recorreram ao sistema de saúde perante um episódio de doença, o que faz com que esperar que o problema passe seja uma opção mais adequada do que automedicar-se.

Entre 2020 e 2022 tinha-se registado uma diminuição na proporção de inquiridos que não contactam o sistema de saúde perante um episódio de doença e que decidem automedicar-se, mas a percentagem registada em 2023 inverte essa tendência: em 2023, a percentagem de inquiridos a reportar automedicar-se é 32,3 pontos percentuais superior ao valor registado em 2022 e 11,4 pontos percentuais superior ao valor registado no pico do período pandémico (64,2%).

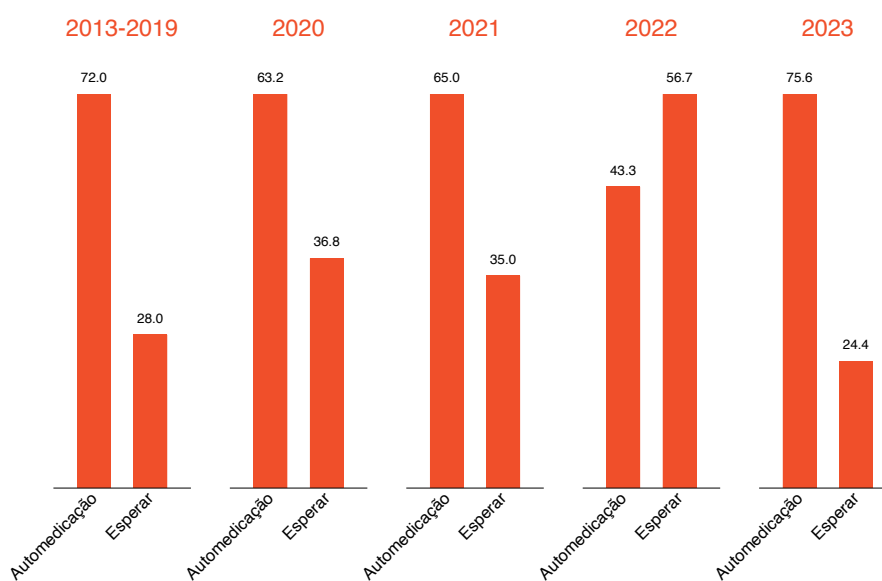


Figura 15. Opção tomada, dado que não procura o sistema de saúde (%)

Na ausência de um diagnóstico claro e de orientações específicas, o recurso à automedicação pode ser nefasto para a saúde dos indivíduos. No entanto, a vivência de problemas de saúde semelhantes no passado ou a perceção de que a situação é pouco grave podem incentivar algumas pessoas a recorrer à automedicação. A Figura 16 apresenta, ao longo dos anos analisados, os principais motivos que despoletaram a escolha pela automedicação.

Em termos agregados, quando se consideram todos os anos analisados, o fator com maior preponderância na escolha por automedicação é a experiência com problemas similares no passado. A vivência recorrente com certos problemas de saúde, especialmente entre indivíduos com doenças crónicas, acaba por capacitá-los a gerir melhor as suas condições de saúde. Por conseguinte, não é surpreendente que uma grande percentagem de inquiridos que opta por automedicar-se o faz por ter tido problemas semelhantes no passado. Porém, nos dois últimos anos do inquérito (2022 e 2023) verifica-se que este motivo perdeu relevância na decisão de

os indivíduos se automedicarem. Com efeito, se em 2021 76,1% dos indivíduos se automedicavam por terem tido problemas similares no passado, em 2023 essa percentagem era de apenas 49,6%.

Por outro lado, face a anos anteriores, em 2022 e 2023 houve um aumento significativo na percentagem de doentes que afirmam ter-se automedicado devido à presença de medicamentos disponíveis em casa. Ainda assim, em 2023 este motivo foi menos expressivo do que em 2022. No último ano sob análise verificou-se ainda um aumento na percentagem de indivíduos a escolher automedicar-se por sugestão de amigos ou familiares. Finalmente, desde 2020 que não há inquiridos a reportar terem optado por se automedicar devido a informação que recolheram na internet, rádio, televisão ou em campanhas publicitárias. Ou seja, a automedicação não surge como sendo induzida por esforço comercial. De acordo com a amostra recolhida, a experiência passada aparenta ser o fator determinante (experiência com a doença ou experiência com o medicamento).

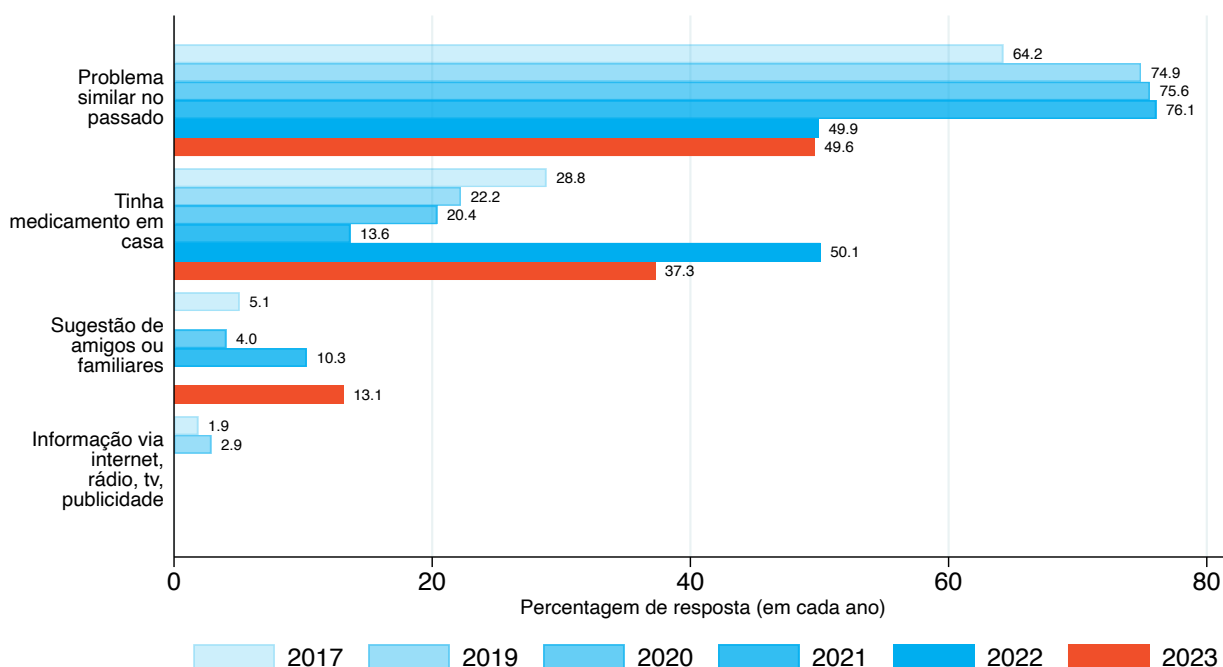


Figura 16. Motivos para escolher automedicação

Com o intuito de compreender melhor os motivos pelos quais os indivíduos optam por não recorrer ao sistema de saúde perante um episódio de doença, a Tabela 2 apresenta os principais motivos, distinguindo entre indivíduos que optaram por se automedicar e indivíduos que decidiram esperar que o problema de saúde passasse. Ao longo dos anos analisados, o principal motivo para os indivíduos não procurarem ajuda profissional no sistema de saúde foi a percepção de que a doença era de pouca gravidade.

No último ano, ganhou expressão a percentagem de indivíduos a reportar não recorrer ao sistema de saúde devido aos tempos de espera. Esta opção pode estar associada com experiências prévias com problemas similares, ou com a disponibilidade de medicamentos no domicílio, o que reduz o custo implícito de não procurar auxílio profissional no sistema de saúde. A percepção, por parte dos inquiridos, de elevados tempos de espera no SNS é corroborada por dados do Portal da Transparência do SNS, que permitem monitorizar como tem evoluído a percentagem de primeiras consultas externas em tempo adequado (Figura 17) e o tempo médio de espera entre a triagem e a primeira observação médica na rede de urgência hospitalar do SNS (Figura 18). Com exceção do período pandémico, as tendências revelam que a percentagem de primeiras consultas em tempo adequado tem vindo a diminuir de forma acentuada desde 2021 e que os tempos médios de resposta nas urgências hospitalares do SNS têm aumentado de forma sustentada desde 2020.

Sem surpresas, tendo-se ultrapassado o período de maior contágio à COVID-19, em 2023 não houve inquiridos a reportar não procurar o sistema de saúde perante um episódio de doença por receio de contágio da COVID-19. Contrariamente ao que vinha sendo reportado em anos anteriores, em 2023 as taxas moderadoras não foram apontadas como um dos motivos que levou os inquiridos a não procurar um contacto formal com o sistema de saúde, resultado provável da política pública de eliminação de parte substancial das taxas moderadoras no SNS.

	2023		2022		2020-2021		2013-2019	
	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar
Não era grave	91,5	78,7	82,2	88,9	86,8	90,1	91,8	91,4
Não quis esperar para ser atendido	16,6	34,6	11,0	-	7,4	4,4	4,6	5,2
Não valia a pena pagar a taxa moderadora	-	-	-	-	1,9	-	2,7	1,7
Não tinha capacidade de pagar a taxa moderadora	-	-	-	-	1,9	-	-	3,4
Não tinha capacidade de pagar o transporte	-	-	-	-	-	-	-	-
Tinha receio de apanhar a COVID-19	-	-	6,8	11,1	20,7	17,9	-	-
Outro motivo	4,3	7,0	-	-	-	-	6,1	2,3
Proporção de cada escolha	75,6	24,4	43,3	56,7	64,2	35,8	72,0	28,0

Nota: Os inquiridos podiam selecionar mais do que uma opção.

Tabela 2. Motivos para não ir ao sistema de saúde (2013-2023; %)

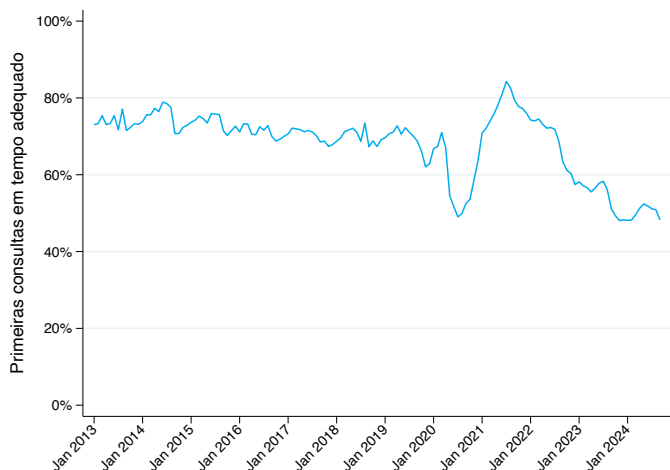


Figura 17. Primeiras consultas em tempo adequado

Fonte: Elaboração própria. Dados da série “Primeiras Consultas em Tempo Adequado” do Portal da Transparência do SNS. Este indicador apresenta a proporção de utentes referenciados para consulta externa no âmbito do Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), com consulta externa prestada no tempo máximo de resposta garantida, no total de primeiras consultas prestadas no período em análise.

Nota: Para períodos superiores a 2022 inclusive, todos os indicadores relativos a pedidos de primeiras consultas de especialidade hospitalar com proveniência dos cuidados de saúde primários são pedidos de referência inscritos no CTH.

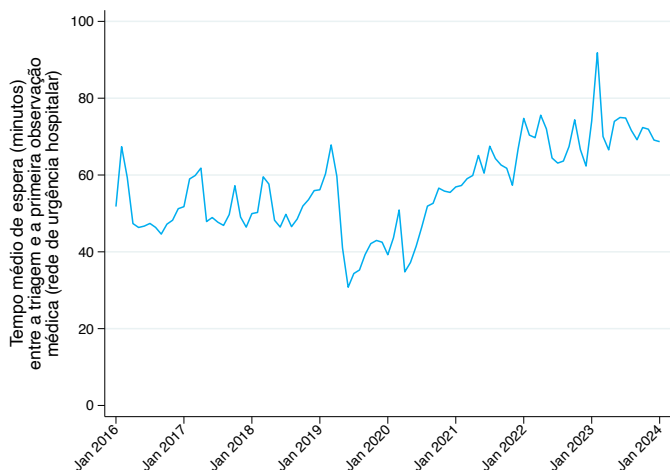


Figura 18. Tempo médio de espera nas urgências hospitalares

Fonte: Elaboração própria. Dados da série “Atividade nos Cuidados Saúde Hospitalares - Monitorização Sazonal” do Portal da Transparência do SNS.

Em 2023, registou-se uma diminuição na percentagem de inquiridos que, ao sentirem-se doentes, não procuraram ajuda profissional no sistema de saúde. Entre os que não recorreram ao sistema, 75,6% optaram pela automedicação, justificando essa escolha, na maioria dos casos, com base na experiência prévia com problemas de saúde semelhantes. Os restantes 24,4% preferiram aguardar pela melhoria dos sintomas.

A maioria das pessoas que não procura assistência profissional justifica a decisão com a perceção de que o problema de saúde é pouco grave. Contudo, em 2023, verificou-se um aumento na percentagem de indivíduos que apontaram os tempos de espera como razão para não recorrerem ao sistema de saúde.



2.3 Os que procuram o sistema de saúde

Para os indivíduos que, perante um episódio de doença, optam por recorrer ao sistema de saúde, essa decisão tenderá a ser determinada por um alargado conjunto de fatores, fatores estes que se poderão influenciar mutuamente. Por conseguinte, procede-se à análise de regressões, que permite isolar a influência de cada um dos fatores considerados. Para além dos aspetos anteriormente contemplados, quando se avaliou a probabilidade de o inquirido sofrer um episódio de doença, como o grupo etário, o nível de escolaridade, a classe socioeconómica e o género, há fatores adicionais que importa contemplar quando se avalia a decisão de os indivíduos procurarem ajuda no sistema de saúde aquando de um episódio de doença.

Em primeiro lugar, é expectável que doentes crónicos reportem mais frequentemente situações de doença, o que poderá, por seu turno, influenciar a procura por cuidados de saúde formais. Por conseguinte, individualizaram-se estas situações através de uma variável identificadora, consoante a pessoa inquirida tenha reportado que é doente crónica, ou não.

Adicionalmente, o custo para o cidadão de aceder a cuidados de saúde também é um elemento com potencial de influenciar a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde. Em particular, a isenção de pagamento de taxa moderadora no SNS poderá ser um fator determinante na decisão, pelo que também se inclui na análise uma variável identificadora desta situação. Para os indivíduos que não têm isenção de

taxa moderadora, o custo expectável do contacto com o sistema de saúde tenderá a pesar na decisão, de modo que se incluiu na análise de regressões uma variável com o custo esperado.

Também o tempo de espera e o tempo de deslocação para a unidade de saúde afetam a decisão de procurar ajuda no sistema de saúde. Assim, incluiu-se nas regressões uma estimativa destes tempos, conforme reportado pelos inquiridos. Finalmente, indivíduos com médico de família podem ter maior facilidade no acesso a cuidados de saúde, pelo que também se isolaram estes indivíduos mediante uma variável identificadora de ser seguido regularmente por um médico de família.

Quando se têm em consideração os vários fatores em simultâneo, verifica-se que a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde perante um episódio de doença não apresenta uma relação sistemática com o grupo etário, o nível de escolaridade ou o género do inquirido. Verifica-se, porém que indivíduos do escalão socioeconómico mais desfavorecido (escalão E) têm uma maior probabilidade de procurar ajuda no sistema de saúde perante um episódio de doença. Uma vez que a análise de regressão já tem em consideração se o indivíduo beneficia ou não de taxas moderadoras, o facto de os indivíduos do escalão socioeconómico mais baixo terem maior probabilidade de ir ao sistema de saúde perante um episódio de doença poderá estar relacionada com a maior severidade (autopercecionada) dos problemas de saúde desse grupo socioeconómico.

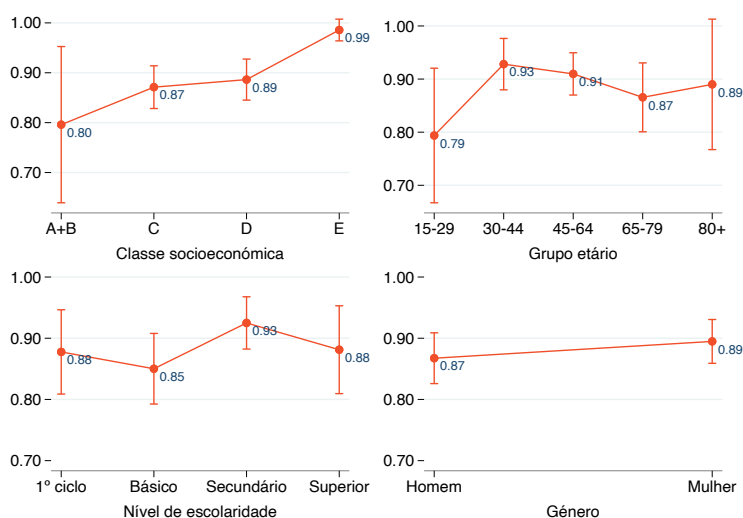


Figura 19. Probabilidade de ir ao sistema de saúde, em 2023

A Figura 20 ilustra os principais motivos para procurar auxílio no sistema de saúde mencionados em 2023 e a sua comparação com anos anteriores. Verifica-se uma grande homogeneidade ao longo dos anos, com o surgimento de um problema inesperado a ser o principal motivo para os cidadãos procurarem cuidados de saúde. Em 2023, este motivo explica cerca de 55,3% das decisões de recorrer ao sistema de saúde, abaixo do valor médio verificado em 2022, mas em linha com o valor reportado durante o período pandémico (2020-2021).

O segundo motivo apresentado está relacionado com doenças crónicas. Em 2023, 36,8% dos inquiridos que optaram por recorrer ao sistema de saúde fizeram-no na sequência de um agravamento ou descompensação da sua doença crónica. Esta percentagem era de 24,9% em 2022, pelo que as deslocações ao sistema de saúde motivadas por doenças crónicas ganharam expressão no último ano.

Em terceiro e quarto lugar, mas com um peso muito residual na amostra, surgem dois motivos adicionais: o agravamento de um problema anterior em que não se procurou ajuda e tratamento incompleto de um problema anterior. Em 2023, estes dois motivos tinham sido apontados por apenas 7,1% das pessoas que, tendo-se sentido doentes, optaram por recorrer ao sistema de saúde.

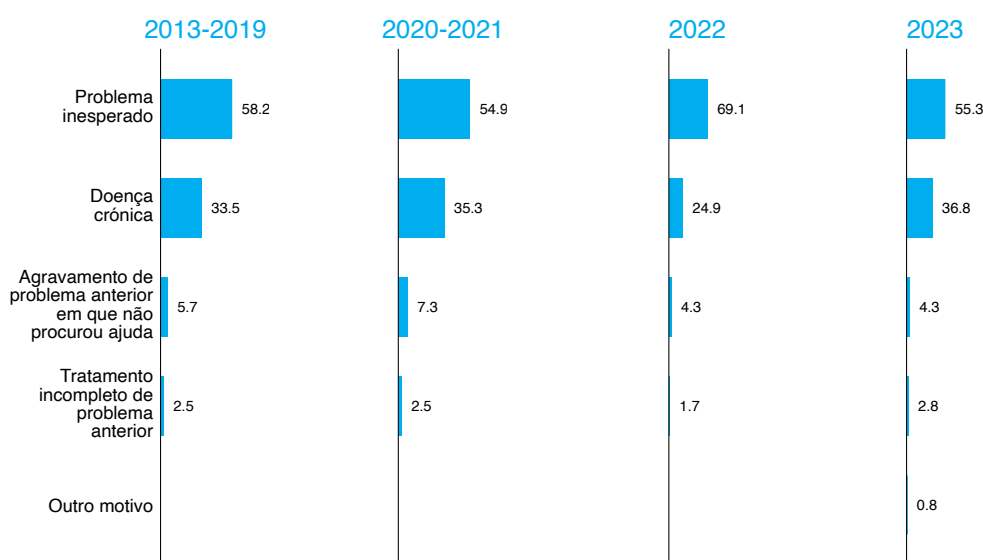


Figura 20. Motivo para procurar auxílio no sistema de saúde (%)

Indivíduos com maiores dificuldades económicas na vida diária têm uma maior probabilidade de procurar ajuda no sistema de saúde perante um episódio de doença. Tal poder-se-á dever à maior severidade (autopercecionada) dos problemas de saúde deste grupo socioeconómico. No que toca aos motivos para procurar auxílio no sistema de saúde, o destaque do ano de 2023 vai para o motivo associado com uma necessidade resultante de uma situação crónica – que aumentou 11,9 pontos percentuais face a 2022 –, o que poderá resultar de um menor seguimento destes doentes por parte do SNS.

3. Necessidades não satisfeitas



A avaliação de barreiras de acesso a cuidados de saúde é frequentemente tomada como correspondendo a necessidades não satisfeitas. Como discutido anteriormente, barreiras de acesso que resultem em privar os cidadãos de contactos com o sistema de saúde que são necessários constituem um custo de saúde para a população e um diferimento de custo (despesa) para o sistema de saúde. Poderá mesmo suceder que esse custo diferido acabe por ser superior ao custo associado com um contacto mais precoce com o sistema de saúde, se o agravamento do estado de saúde por adiamento de tratamento resultar num problema mais sério e mais oneroso para o sistema de saúde.

Uma das principais dificuldades em avaliar o acesso a cuidados de saúde, ou a sua falta, prende-se com a definição do que constitui uma necessidade de acesso ao sistema de saúde. Uma visão muito lata é considerar que existe uma necessidade de acesso a cuidados de saúde quando existe capacidade para beneficiar dos cuidados de saúde disponíveis, o que implica que a pessoa tenha uma condição que prejudique a sua saúde e que possa ser melhorada por algum tipo de tratamento.

Numa perspetiva de adequada utilização dos serviços de saúde, deve-se ainda considerar que não basta o benefício existir, deverá ser suficientemente relevante. O uso de recursos de saúde para atender a situações de muito baixo benefício, e eventualmente suscetíveis de serem resolvidos de outro modo, tem um custo de oportunidade para o sistema de saúde e para a sociedade. Contudo, definir a linha de fronteira de uma forma universal é impossível, numa perspetiva prática.

Situações de aparente necessidade de cuidados de saúde podem não o ser, por um lado, e situações de necessidade podem não ser identificadas pela pessoa. Assim, num sistema de saúde tanto podem existir situações de uso desapropriado (em que o benefício resultante não justifica os recursos usados) como podem existir situações de necessidades não satisfeitas. O conhecimento quantitativo destas situações tem de ser obtido a partir de inquéritos à população, uma vez que a utilização registada de cuidados de saúde no SNS nada informa sobre necessidades não satisfeitas ou necessidades satisfeitas fora do SNS.

Os dados recolhidos no Inquérito de Acesso permitem avaliar as necessidades não satisfeitas despoletadas por barreiras financeiras e não financeiras, mediante perguntas que inquiram sobre situações em que os indivíduos sentiram necessidade de recorrer a cuidados de saúde ou adquirir produtos de saúde e não o fizeram.²

2. Para uma discussão sobre os desafios conceptuais e metodológicos associados à medição de necessidades não satisfeitas em saúde, aconselha-se a consulta de Barros e Costa (2023).

3.1 Barreiras Financeiras

A Figura 21 ilustra como evoluiu, entre 2022 e 2023, a probabilidade de um indivíduo não adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença, por grupo etário e por classe socioeconómica, tendo em conta características adicionais dos indivíduos, como por exemplo o nível de escolaridade. Os dados evidenciam que não há diferenças substanciais entre grupos etários no que toca à probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários. Porém, há um gradiente socioeconómico muito severo na probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença. Com efeito, em 2023, um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido tinha 41% de probabilidade de não obter todos os medicamentos que devia para tratar o episódio de doença, o que contrasta com as probabilidades de 15% e 3% nos escalões socioeconómicos D e C, respetivamente. Ainda assim, o gradiente socioeconómico tornou-se mais ténue, comparativamente com o registado em 2022.

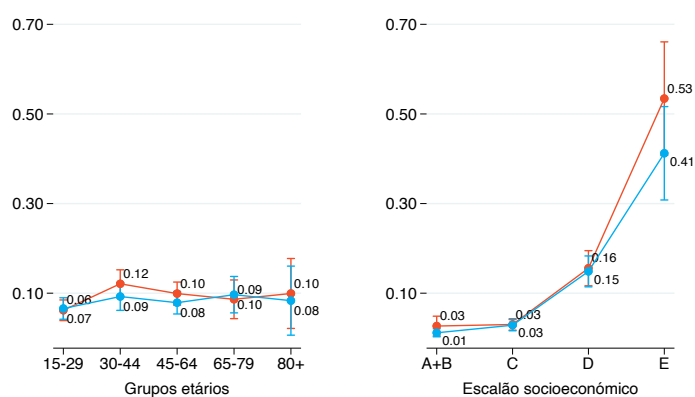


Figura 21. Probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia (2022 e 2023)

Para além de avaliar a situação à data de 2023, importa aferir em que medida as dificuldades no acesso à medicação necessária têm evoluído ao longo do tempo, por grupo etário e por escalão socioeconómico (Figura 22). A análise por grupos etários mostra que face ao período crítico da pandemia da COVID-19 (2020-2021), no período pós-pandémico (2022-2023) registou-se um agravamento na probabilidade de os indivíduos não adquirirem todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença, aproximando essas

probabilidades das registadas no período antecedente à pandemia (2013-2019). O gradiente socioeconómico na probabilidade de não aquisição de toda a medicação necessária, que se tinha esbatido durante a pandemia, acentuou-se drasticamente no pós-pandemia. Com efeito, no período pós-pandémico, a probabilidade de um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido não comprar a totalidade dos medicamentos necessários é cerca de 19 vezes superior à registada por pessoas dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (46,34% no escalão E vs. 2,39% nos escalões A e B). Porém, durante o período pandémico, a probabilidade de pessoas do escalão socioeconómico E não adquirirem toda a medicação necessária ao tratamento do episódio de doença era apenas cerca de 8 vezes superior à de indivíduos das classes socioeconómicas mais favorecidas (19,68% no escalão E vs. 2,44% nos escalões A e B). Tal sugere que, nos anos de 2022 e 2023, a inflação geral poderá ter agudizado as dificuldades financeiras da população, no que toca à sua capacidade de adquirir os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença.

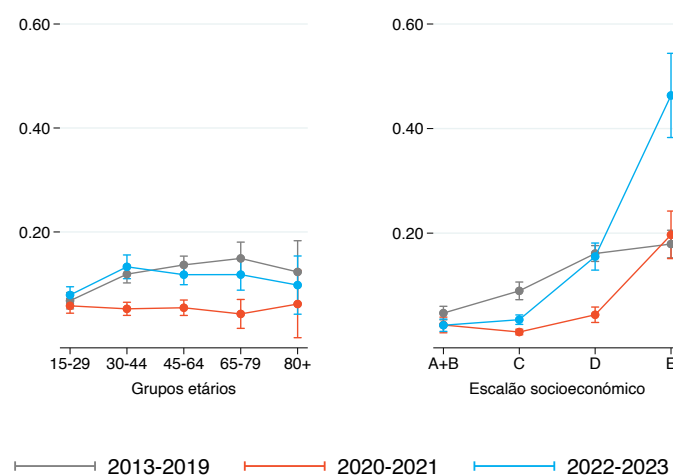


Figura 22. Probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia, no período pré-pandémico (2013-2019), pandémico (2020-2021) e pós-pandémico (2022-2023)

A dificuldade em adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença pode ser vista como um indicador de barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde. Em Portugal, as despesas diretas em saúde realizadas pelas famílias no momento de prestação de cuidados são bastante elevadas face ao restante conjunto

de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). De facto, de acordo com dados da OCDE, Portugal é o terceiro país da OCDE em que o peso da despesa direta em saúde no consumo final das famílias é mais elevado: 5,2%, percentagem esta apenas superada pelas registadas na Suíça e na Coreia (OECD, 2023). Adicionalmente, verifica-se que uma percentagem substancial dessas despesas diretas – cerca de 33% - estão associadas a despesas com medicamentos e dispositivos médicos (OECD, 2023). Neste sentido, a área da despesa com medicamentos é fulcral para se avaliar adequadamente as barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde.

Na área do medicamento, a substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico pode traduzir-se num menor pagamento por parte do cidadão, sem comprometer os resultados em saúde. Assim, perante o aumento nas dificuldades de acesso à medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, sobretudo entre indivíduos dos escalões socioeconómicos mais desfavorecidos (D e E), é esperado que haja uma maior proporção de indivíduos a optar por substituir medicamentos de marca por medicamentos genéricos.

Entre grupos etários, não se verifica uma diferença substancial na probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico (Figura 23). Porém, tanto em 2022 como em 2023, inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos reportaram uma menor probabilidade de solicitar substituição de medicamento de marca por um medicamento genérico, do que indivíduos com idades superiores. Adicionalmente, verifica-se que para os grupos etários 30-44 anos, 45-64 anos e 65-79 anos, a probabilidade de substituir o medicamento de marca por um medicamento genérico aumentou entre 2022 e 2023.

No que toca à classe socioeconómica, regista-se um acentuado gradiente socioeconómico na probabilidade de pedir substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico, com os indivíduos de escalões socioeconómicos mais baixos a reportarem probabilidades superiores (Figura 23). Em 2023, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico mais baixo (E) solicitar substituição

foi de 65%, o que é mais de cinco vezes superior à probabilidade registada por indivíduos dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B). Apenas para o escalão socioeconómico D se verificam diferenças estatisticamente significativas na probabilidade de pedir substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos, entre 2022 e 2023: em 2022 esta probabilidade era de 36%, ao passo que em 2023 era de 49%.

Numa ótica de análise temporal mais lata, observa-se que no período pós-pandémico a probabilidade de optar por medicamentos genéricos em detrimento de medicamentos de marca é maior para a generalidade dos grupos etários e classes socioeconómicas (Fig. 24).

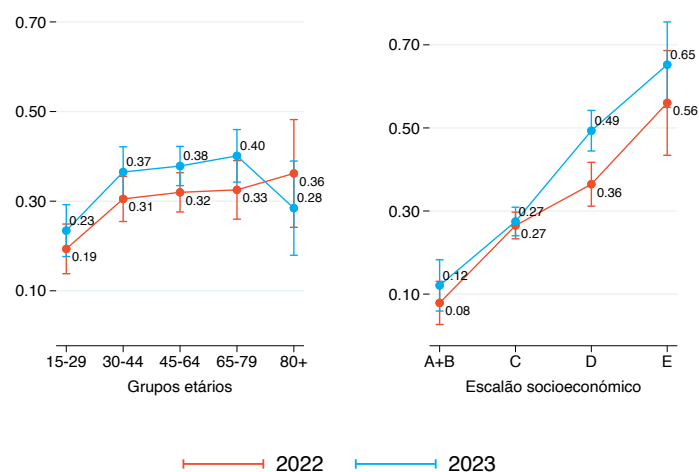


Figura 23. Probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico (2022 e 2023)

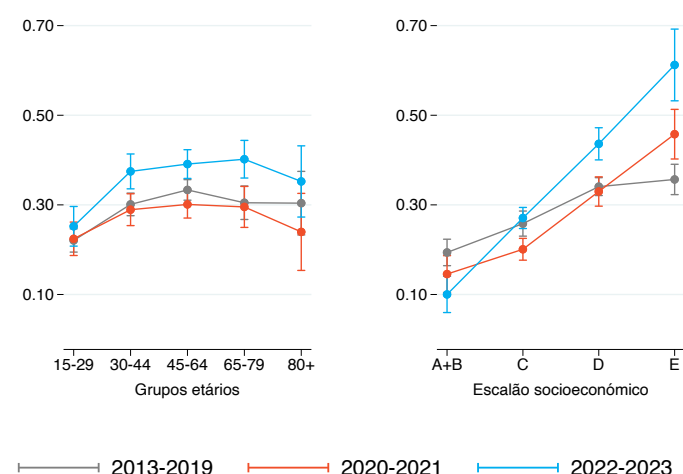


Figura 24. Probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico, no período pré-pandémico (2013-2019), pandémico (2020-2021) e pós-pandémico (2022-2023)

As dificuldades financeiras afetam não apenas o acesso a medicamentos, mas também o acesso a consultas ou urgências. Quando se avalia a probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro, por grupo etário e já tendo em consideração características adicionais dos indivíduos (nível de escolaridade e escalão socioeconómico), verifica-se que a probabilidade é bastante reduzida para todos os grupos etários, situando-se abaixo dos 10% (Figura 25). Porém, uma análise por escalão socioeconómico revela um gradiente socioeconómico muito marcado, com indivíduos de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos a terem uma probabilidade muito superior de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro. De facto, em 2023, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico mais desfavorecido (E) não ir a uma consulta ou urgência por restrições financeiras era 20%, o que é 20 vezes superior à probabilidade de um indivíduo do escalão socioeconómico C. Porém, para cada grupo socioeconómico, não se registou um agravar da situação entre 2022 e 2023.

Em linha com o observado nos outros indicadores de barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde, a probabilidade de os indivíduos não irem a uma consulta ou urgência por restrições financeiras agravou-se no período pós-pandémico, comparativamente com o período pandémico, para todos os grupos etários, com exceção de indivíduos com 80 e mais anos (Figura 26). De igual modo, o gradiente socioeconómico no pós-pandemia é muito mais severo do que os observados nos períodos pré-pandémico e pandémico. Com efeito, se em 2022 e 2023 a probabilidade de um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro era cerca de 29 vezes superior à registada por pessoas dos escalões socioeconómicos mais altos (22,28% no escalão E vs. 0,77% nos escalões A e B), no período pandémico era apenas cerca de 10 vezes superior (9,69% no escalão E vs. 1,02% nos escalões A e B) e no período pré-pandémico era aproximadamente 4 vezes superior (9,65% no escalão E vs. 2,61% nos escalões A e B).

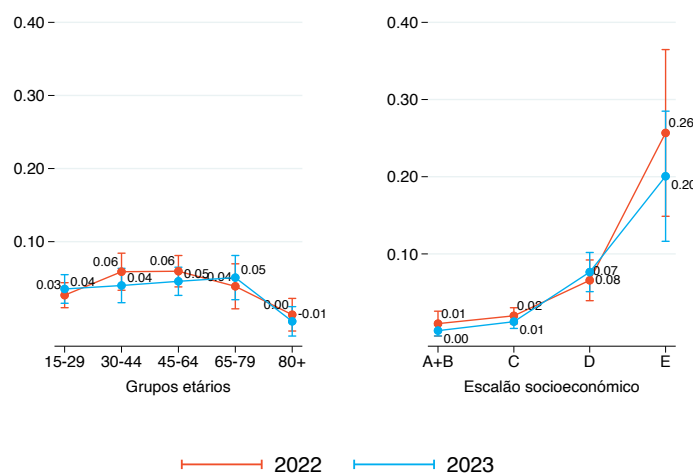


Figura 25. Probabilidade de não ir a uma consulta ou à urgência por falta de dinheiro (2022 e 2023)

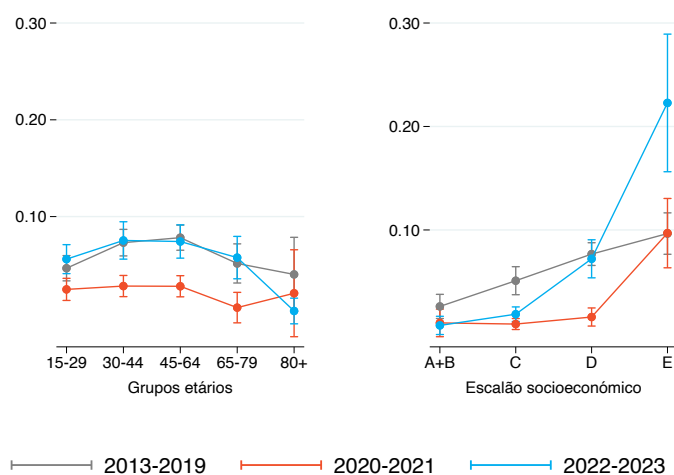


Figura 26. Probabilidade de não ir a uma consulta ou à urgência por falta de dinheiro, no período pré-pandémico (2013-2019), pandémico (2020-2021) e pós-pandémico (2022-2023)

As taxas moderadoras pretendem dissuadir a utilização desnecessária de serviços do SNS, em casos em que o benefício antecipado pelo cidadão não é suficientemente elevado para que se justifique o pagamento da taxa moderadora. Nos últimos anos, algumas taxas moderadoras no SNS têm vindo a ser progressivamente eliminadas, de forma a melhorar o acesso da população a cuidados de saúde e assegurar que as taxas moderadoras se focam na orientação dos fluxos de utentes no SNS e no controlo do risco moral (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio).

Neste sentido, as barreiras financeiras no acesso a consultas e urgências registadas em 2023 acabam por ser surpreendentes, tendo em conta as isenções de taxas moderadoras existentes para um conjunto alargado de situações e grupos populacionais. Com

efeito, 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). Também nos cuidados de saúde primários os utentes estão isentos de taxas moderadoras (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio).

Assim, as dificuldades financeiras reportadas no acesso a consultas e urgências extravasam os verdadeiros custos associados a taxas moderadoras no SNS. Por um lado, poderá haver por parte da população uma perceção errada do verdadeiro montante das taxas moderadoras, levando os indivíduos a reportar valores superiores aos efetivamente pagos. Por outro lado, é possível que haja outras despesas associadas aos episódios de urgências e de consultas, para além das próprias taxas moderadoras. A título de exemplo, despesas com transportes ou com medicamentos que sejam prescritos podem pesar na decisão de os inquiridos procurarem cuidados de saúde em consultas ou urgências.

Com o intuito de analisar o peso destas diferentes rubricas de despesa em idas a consultas ou urgências, o Inquérito de Acesso inclui um conjunto de questões que permite isolar os vários tipos de despesa: taxas moderadoras, transportes, medicamentos e outras despesas. Estas quatro dimensões de despesa foram avaliadas separadamente para idas aos cuidados de saúde primários no SNS e às urgências no SNS. A análise realizada permite obter uma estimativa da perceção das despesas incorridas nestes dois tipos de cuidados. A Figura 27 ilustra o valor médio reportado nas várias categorias de despesa, entre 2015 e 2023, para deslocações aos cuidados de saúde primários.

Em 2023, o valor reportado para gastos com taxas moderadoras foi de 0,7€, o menor valor registado desde o início da série. Esta redução resulta da eliminação de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários, mas demonstra que ainda há indivíduos que têm uma perceção errada das taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, é reportado um custo de 1,6€ com transportes, que se situa abaixo dos valores registados em 2021 e 2022. Esta redução poderá dever-se ao facto de, tendo-se ultrapassado as principais vagas de contágio da COVID-19, as pessoas tenham passado a

recorrer mais a transportes públicos, em detrimento de transporte privado.

Em todos os anos analisados, a maior rubrica de despesa em idas aos cuidados de saúde primários é a associada aos medicamentos prescritos. Este resultado está alinhado com a discussão anterior, de que em Portugal as famílias têm substanciais pagamentos diretos em saúde e que grande parte desses pagamentos diretos estão associados à aquisição de medicamentos. Em 2023, os inquiridos reportaram uma despesa média com medicamentos associados às visitas a cuidados de saúde primários de 23€, valor que se situa acima do registado em 2022 (19,8€) e que apenas fica ligeiramente abaixo do máximo registado em 2021 (24,3€).

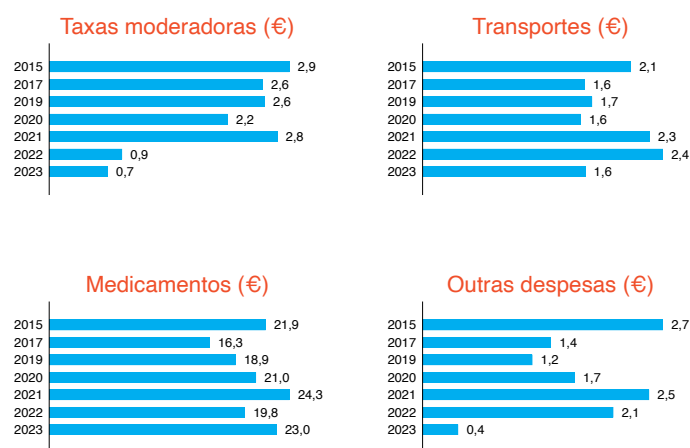


Figura 27. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por ano

A Figura 28 e a Figura 29 apresentam, para 2023, a decomposição de despesa associada às visitas aos cuidados de saúde primários pelas quatro categorias consideradas. A Figura 28 apresenta esta decomposição por grupo etário, ao passo que a Figura 29 ilustra a mesma decomposição por escalão socioeconómico.

Verifica-se que a população não idosa (15-64 anos) tende a reportar valores para taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários mais elevados do que a população idosa, o que evidencia que a população não idosa ainda não tem uma perceção correta da isenção de taxas moderadoras neste tipo de cuidados. Também entre os idosos se registam valores médios positivos para as despesas reportadas com taxas moderadoras, mas substancialmente inferiores.

Tal poder-se-á dever ao facto de, mesmo antes da isenção implementada em 2022 para todos os grupos etários no acesso aos cuidados de saúde primários, já haver isenção de pagamento para grande parte dos idosos. Verifica-se, sem surpresa, que a despesa com medicamentos associada a idas aos cuidados de saúde primários aumenta substancialmente com a idade, à semelhança dos restantes anos.

Em termos de categorias de despesa por classe socioeconómica, verifica-se que são indivíduos dos escalões socioeconómicos mais favorecidos que reportam despesas mais elevadas com taxas moderadoras em idas a cuidados de saúde primários do SNS (1,8€). Este resultado sinaliza que as pessoas desses escalões têm menor perceção das isenções de taxas moderadoras atualmente em vigor nos cuidados de saúde primários.

As despesas com medicamentos adquiridos na sequência de uma ida aos cuidados de saúde primários são substancialmente superiores em indivíduos do escalão socioeconómico mais desfavorecido, o que eventualmente se deve à maior severidade desses episódios no grupo de pessoas com maiores carências económicas. Não só a despesa média com medicamentos é maior em termos absolutos, como será ainda mais expressiva se se tiver em consideração o rendimento disponível das pessoas de cada classe socioeconómica. Neste sentido, medidas de apoio à aquisição de medicamentos por parte da população com maiores carências económicas são fulcrais para garantir uma maior proteção financeira da população para despesas em saúde e, assim, mitigar as necessidades não satisfeitas. Um exemplo de uma medida recentemente implementada que visa reduzir as despesas diretas em saúde da classe socioeconómica mais desfavorecida foi a definição da gratuidade de medicamentos com receita médica para os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio).

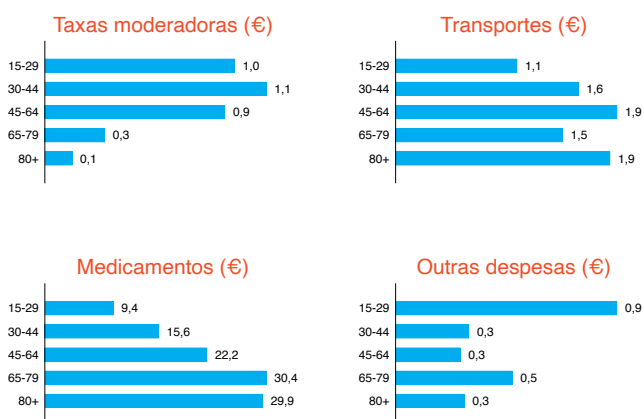


Figura 28. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por grupo etário em 2023

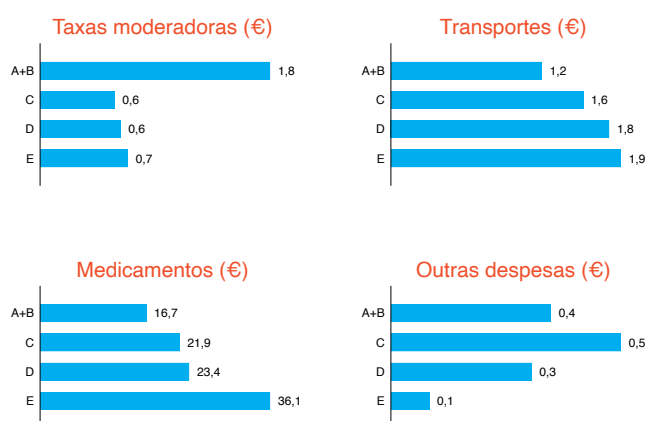


Figura 29. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por escalão socioeconómico em 2023

A Figura 30 representa o valor médio reportado de gastos nas várias categorias (taxas moderadoras, transportes, medicamentos e outras despesas) entre 2015 e 2023 para deslocações às urgências hospitalares no SNS. Uma primeira observação que merece destaque é que as despesas reportadas nas idas às urgências hospitalares são superiores, em todas as categorias, do que as reportadas em idas aos cuidados de saúde primários.

O valor médio das taxas moderadoras diminuiu entre 2015 e 2023, passando de 8,8€ para 4€. Esta redução resulta das isenções de taxas moderadoras implementadas em 2022, quando se definiu que 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). Porém, pode ainda estar a verificar-se um reporte excessivo de despesas com taxas moderadoras na ida a urgências no SNS, por alguns utentes não estarem a par das alterações implementadas. De salientar que desde 2021 que o valor médio reportado em despesas com transportes para as urgências é superior às despesas com taxas moderadoras.

À semelhança do registado para os cuidados de saúde primários, observa-se que a principal despesa associada a uma ida às urgências hospitalares refere-se a medicamentos prescritos na sequência dessa decisão do cidadão. As despesas com medicamentos em idas às urgências são superiores às reportadas em idas aos cuidados de saúde primários, refletindo provavelmente a ocorrência de situações clínicas mais graves, em média, e requerendo mais medicamentos, medicamentos mais caros, ou ambas as situações.

Em 2023, a despesa média reportada com medicamentos associados a idas às urgências correspondia a cerca de 70,5% das despesas médias totais reportadas nas idas às urgências. De modo semelhante, no mesmo ano, a despesa média reportada com medicamentos associados a idas aos cuidados de saúde primários correspondia a cerca de 89,5% das despesas médias totais reportadas nas idas aos cuidados de saúde primários. Por conseguinte, uma vez eliminadas a maioria das taxas moderadoras, a discussão das barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde deve centrar-se nas despesas com medicamentos.

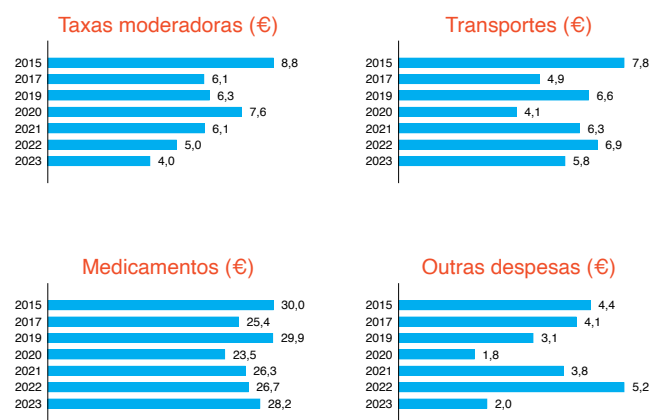


Figura 30. Despesas numa ida às urgências no SNS, por ano

A Figura 31 e a Figura 32 ilustram, para 2023, a mesma decomposição de despesas associadas a idas às urgências no SNS. A Figura 31 efetua a decomposição por grupo etário, ao passo que a Figura 32 efetua a mesma decomposição por escalão socioeconómico.

À semelhança do observado nas despesas incorridas em idas aos cuidados de saúde primários, verifica-se que são sobretudo as camadas mais jovens da população e de classes socioeconómicas mais favorecidas que reportam maiores despesas com

taxas moderadoras. Tal poder-se-á dever não só a uma perceção errada dos atuais mecanismos de isenção de taxas moderadoras nas urgências do SNS, como a uma maior utilização das urgências sem referenciação prévia do SNS, por parte dos grupos etários mais jovens e das pessoas com maior capacidade financeira.

Contrariamente ao observado em despesas incorridas em idas aos cuidados de saúde primários, não se observa um forte gradiente com despesas em medicamentos por grupo etário ou classe socioeconómica.

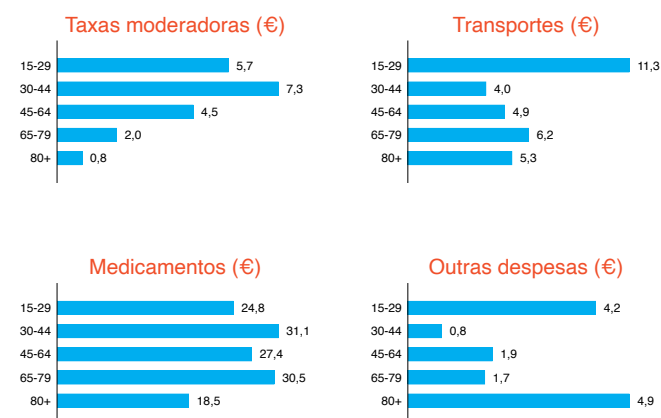


Figura 31. Despesas numa ida às urgências no SNS, por grupo etário em 2023

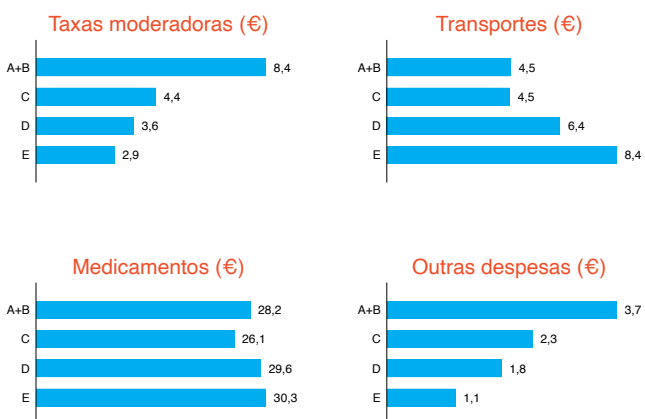


Figura 32. Despesas em ida às urgências no SNS, por escalão socioeconómico em 2023

Existe um gradiente socioeconómico muito acentuado na probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, com indivíduos com maiores privações económicas a terem uma maior probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária. Ainda assim, o gradiente socioeconómico tornou-se mais ténue, comparativamente com o registado em 2022.

Indivíduos de escalões socioeconómicos mais baixos também têm maior probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro. No entanto, as dificuldades financeiras reportadas no acesso a consultas e urgências extravasam as taxas moderadoras, que têm vindo a ser progressivamente eliminadas. Os gradientes socioeconómicos no acesso a medicamentos e cuidados de saúde são mais vincados do que os registados nos períodos pandémico e pré-pandémico.

A maior rúbrica de despesa em idas aos cuidados de saúde primários ou urgências do SNS é a associada aos medicamentos prescritos.

3.2 Barreiras não financeiras

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. De igual modo, o cancelamento de consultas e exames, motivado quer por razões de contenção da pandemia da COVID-19 quer devido à indisponibilidade de serviços ou profissionais de saúde, pode contribuir para o aumento das necessidades não satisfeitas. A Figura 33 representa a probabilidade de um indivíduo ter tido uma consulta ou exame cancelado, por classe socioeconómica, em 2023. Ainda que pareça haver um gradiente socioeconómico na probabilidade de ter tido uma consulta ou exame cancelado, as diferenças entre os grupos socioeconómicos não são estatisticamente significativas. A única exceção é entre os grupos socioeconómicos C e D, em que se verifica que indivíduos do escalão socioeconómico D têm, face a indivíduos do escalão socioeconómico C, uma probabilidade superior de ter tido uma consulta ou exame cancelado em 2023 (9% vs. 6%).

Independentemente do escalão socioeconómico, verifica-se que depois do pico de cancelamentos de consultas e exames no primeiro ano da pandemia da COVID-19 em Portugal (2020), a probabilidade de os indivíduos enfrentarem esta barreira de acesso a cuidados de saúde tem vindo a diminuir (Figura 34). Porém, a redução dos cancelamentos de consultas e exames foi menos pronunciada nos indivíduos do escalão socioeconómico mais desfavorecido (E).

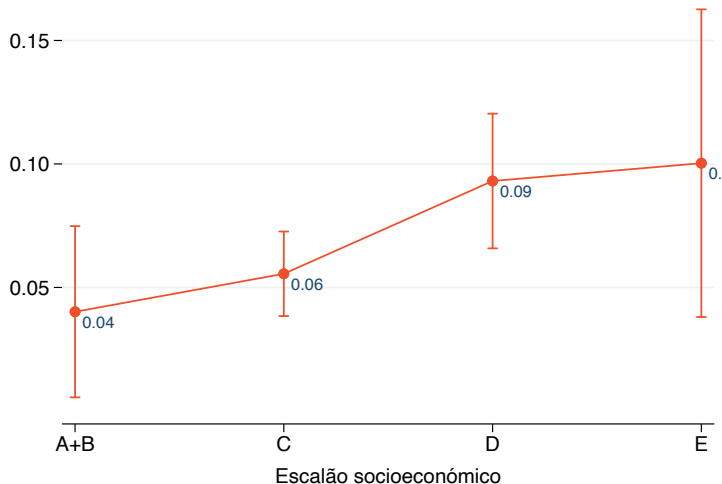


Figura 33. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por escalão socioeconómico em 2023

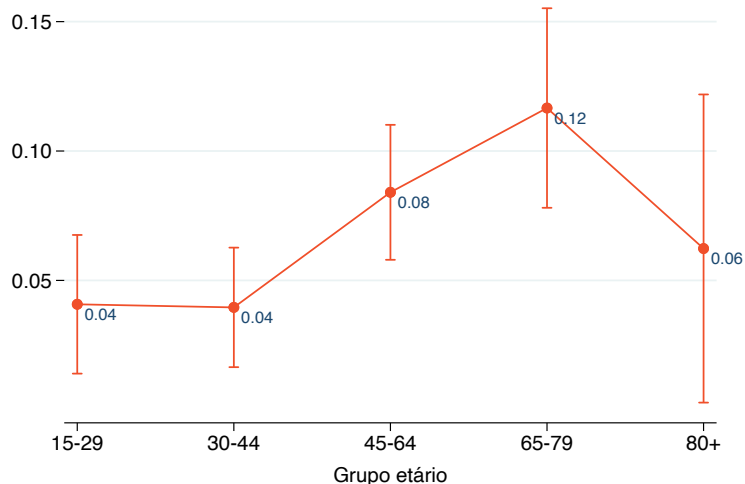


Figura 35. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por grupo etário em 2023

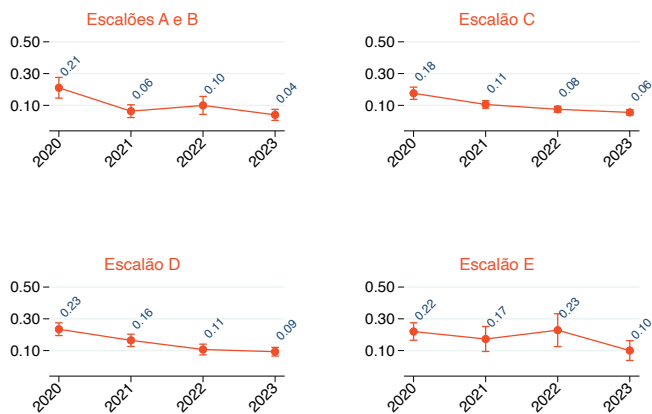


Figura 34. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por escalão socioeconómico e por ano

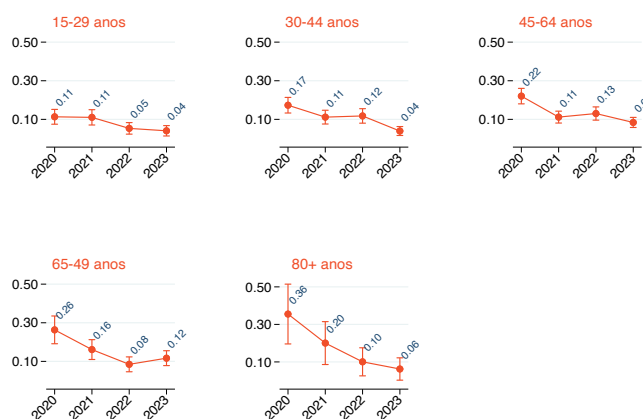


Figura 36. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por grupo etário e por ano

Quando se analisa a probabilidade de cancelamento de consultas e exames por grupo etário, em 2023, verifica-se que, comparativamente com as camadas mais jovens da população (15-44 anos), indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 79 anos enfrentam mais barreiras de acesso a cuidados de saúde devido ao cancelamento de consultas e exames (Figura 35). Entre 2020 e 2023, o cancelamento de consultas e exames diminuiu em todos os grupos etários analisados (Figura 36).

A Tabela 3 sintetiza a proporção de indivíduos que reporta alguma das barreiras de acesso a cuidados de saúde referidas neste relatório, quer barreiras de índole financeira, quer barreiras de outra natureza (nomeadamente o receio de contágio e cancelamentos de consultas ou exames). A importância destas últimas tem vindo a diminuir consistentemente desde 2020. Em termos de barreiras financeiras, verifica-se algumas barreiras aumentaram ligeiramente, ao passo que se verificou uma redução na barreira de acesso a cuidados de saúde devido ao preço do transporte. Como analisado anteriormente, as dificuldades financeiras, que se traduzem em dificuldades de acesso a cuidados de saúde e em necessidades não satisfeitas, incidem maioritariamente sobre as famílias de menores rendimentos, que são também aquelas em que os

episódios de doença são mais frequentes. Ou seja, a maior necessidade de cuidados que as pessoas de classes socioeconómicas mais desfavorecidas têm não está a ser colmatada por um acesso adequado a cuidados de saúde.

	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023
Não adquiriu todos os medicamentos por falta de dinheiro	15,1	19,6	10,7	8,1	5,4	3,7	9,2	9,1
Não foi a uma urgência ou consulta por falta de dinheiro	8,7	8,9	4,9	4,6	3,0	1,5	4,5	4,5
Pediu para trocar medicamento de marca por genérico	31,0	38,4	25,3	27,8	24,6	29,0	29,4	36,0
Deixou de ir à urgência/consulta pelo preço do transporte	5,1	6,4	2,6	3,1	1,8	1,7	2,5	1,9
Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário	6,0	6,8	6,1	5,6	3,7	2,4	4,5	4,7
Não foi a uma consulta/exame por receio de contágio com a COVID-19	-	-	-	-	14,8	9,9	6,6	5,3
Cancelamento de consulta/exame	-	-	-	-	20,8	12,0	9,4	7,4

Tabela 3. Barreiras financeiras e não financeiras (2013-2023; %)

Depois do pico de cancelamentos de consultas e exames no primeiro ano da pandemia da COVID-19 em Portugal (2020), a probabilidade de os indivíduos enfrentarem esta barreira de acesso a cuidados de saúde tem vindo a diminuir ao longo do tempo, refletindo a saída do período pandémico.



4.

Prestação de cuidados de saúde



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 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 (SNS 24), 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.

4.1 Setor público e privado

A Figura 37 representa, para os indivíduos que recorrem ao sistema de saúde perante um episódio de doença, a probabilidade de terem procurado cuidados de saúde profissionais apenas no setor público (SNS), apenas no setor privado, ou em ambos. Estas probabilidades são estimadas com base em modelos de regressão multinomial que já controlam por características dos indivíduos, nomeadamente pelo género, a idade, escalão socioeconómico, se o doente tem ou não médico de família e se está isento de taxas moderadoras.

Em 2013, a probabilidade de os cidadãos recorrerem a cuidados de saúde apenas no setor privado ou em ambos os setores era bastante reduzida (5%). Entre 2013 e 2019, a probabilidade de um cidadão consultar apenas o setor privado aquando da ocorrência de um episódio de doença aumentou substancialmente, passando de 3% em 2013 para 17% em 2019. Importa frisar que em 2019 a pandemia da COVID-19 ainda não tinha atingido Portugal e, por conseguinte, este aumento de recurso apenas ao setor privado não terá sido motivado por um receio de contágio à COVID-19 maior no setor público. Em 2020, a probabilidade de um indivíduo recorrer apenas ao setor privado manteve-se elevada (16%), mas desde então tem vindo a diminuir. Esta redução pode estar associada com a inflação geral registada no período pandémico e pós-pandémico, que agudizou as dificuldades financeiras da população, limitando a sua capacidade de recorrer a cuidados de saúde no setor privado.

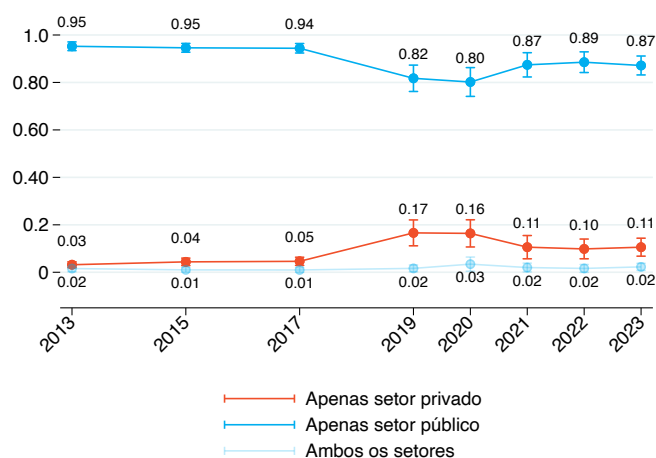


Figura 37. Probabilidade de utilização de cuidados de saúde nos setores público e privado, ao longo do tempo

Como seria de esperar, regista-se um marcado gradiente socioeconómico no padrão de utilização cuidados de saúde nos setores público e privado. Enquanto um indivíduo das classes socioeconómicas mais favorecidas tem 67% de probabilidade de recorrer a cuidados de saúde apenas no setor público, esta probabilidade aumenta para 94% na classe socioeconómica mais desfavorecida.

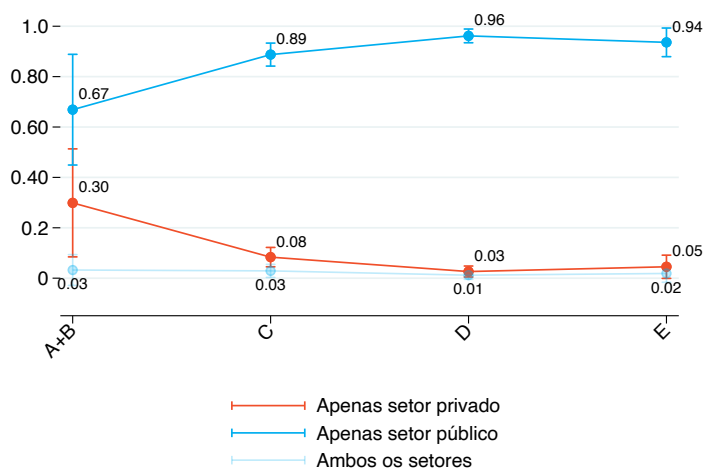


Figura 38. Probabilidade de utilização de cuidados de saúde nos setores público e privado, por escalão socioeconómico em 2023

Tanto no SNS como no setor privado, os indivíduos podem procurar diferentes tipos de auxílio e cuidados. A Tabela 4 ilustra os pontos de contacto no sistema de saúde selecionados pelos inquiridos, aquando do seu último episódio de doença. 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%. Tal como demonstrado pelas figuras anteriores, verifica-se que o recurso ao setor público é cerca de dez vezes superior ao recurso ao setor privado.

No setor público, os serviços mais frequentemente procurados são os cuidados de saúde primários: em 2023, 68,97% dos inquiridos reportaram ter recorrido a este tipo de cuidados. Comparativamente com o ano de 2022, a utilização de cuidados de saúde primários aumentou cerca de 17 pontos percentuais. Dos indivíduos que têm consulta nos cuidados de saúde primários, mais de metade teve consulta sem marcação. Face a 2022, houve um aumento na utilização das urgências dos hospitais do SNS, para 37,28%, valor que ainda assim permanece abaixo do máximo registado em 2019 (41,07%). Relativamente à linha de atendimento SNS 24, verifica-se que a sua utilização aumentou muito em 2021 e 2022, o que em larga medida se deve ao papel preponderante que a linha SNS 24 teve no âmbito da estratégia nacional de combate à COVID-19, nomeadamente em termos de triagem clínica de utentes (Entidade Reguladora da Saúde, 2024). Ainda assim, o decréscimo de quase 23 pontos percentuais na utilização da Linha SNS 24, entre 2022 e 2023, não deixa de ser surpreendente, tendo em conta que os utentes que sejam referenciados pela Linha SNS 24 para as urgências se encontram isentos do pagamento de taxa moderadora (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio). Assim, conclui-se que o aumento que se vinha a registar no recurso à Linha SNS 24 foi maioritariamente conjuntural, devido à pandemia da COVID-19, e não a alterações estruturais na procura por cuidados de saúde da população, como o comprovam os dados oficiais sobre o número de chamadas recebidas pela Linha SNS 24 (Figura 39).

No setor privado, em 2023 verificou-se um aumento no recurso a consultórios privados e a urgências hospitalares, face a 2022. Ainda assim, a procura por cuidados no setor privado continua abaixo do máximo registado no primeiro ano da pandemia da COVID-19 em Portugal (2020).

	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023
Ida aos Cuidados de Saúde Primários	61,63	67,75	66,05	58,29	68,44	59,21	51,86	68,97
Consulta marcada com médico de família	15,48	29,24	32,90	32,12	33,85	31,39	28,35	31,76
Consulta sem marcação	46,15	38,51	33,15	26,17	34,59	27,82	23,51	37,21
Urgência de hospital público	40,29	36,79	35,85	41,07	32,47	33,61	35,46	37,28
Telefonou para o serviço SNS 24	0,17	0,18	0,85	2,82	5,29	17,28	27,55	4,84
Setor Público	102,09	104,72	102,75	102,18	106,2	110,1	114,87	111,09
Foi a um consultório privado	5,52	3,76	5,65	6,99	8,37	6,32	5,25	6,33
Foi à urgência de um hospital privado	2,09	5,02	4,50	6,67	6,48	3,63	5,07	5,86
Setor Privado	7,61	8,78	10,15	13,66	14,85	9,95	10,32	12,19
Consultou um farmacêutico	0,39	4,89	1,27	3,92	3,80	3,42	2,87	2,30
Consultou um enfermeiro	-	-	-	0,41	0,79	0,0	0,0	0,44
Outro	0,61	0,70	0,23	1,07	1,29	3,07	0,23	1,24

Tabela 4. Pontos de contato no sistema de saúde (2013-2023; %)

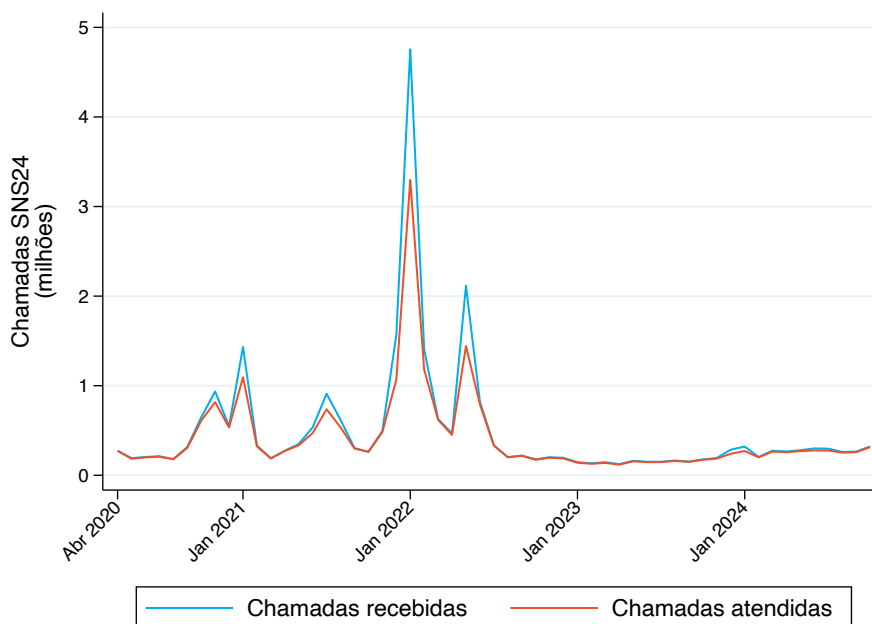


Figura 39. Chamadas SNS 24

Fonte: Elaboração própria. Dados da série “Atividade operacional mensal do SNS 24” do Portal da Transparência.
 Nota: Chamadas recebidas - chamadas entradas no centro de contacto excluindo aquelas que foram abandonadas em fila em menos de 15 segundos, e aquelas que foram abandonadas em navegação; Chamadas atendidas: chamadas atendidas por profissionais de saúde, administrativos e resolvidas por meios automáticos, designadamente o Interactive Voice Response.

A Tabela 5 sumariza as decisões de contacto, em 2023, de forma a ilustrar as combinações de escolhas realizadas. Desde logo, verifica-se que 72,82% dos inquiridos contactaram uma única entidade do SNS, enquanto 5,99% se dirigiram unicamente a um prestador do setor privado. Um total de 86,98% das pessoas procuram apenas o setor público. A procura de uma solução para o problema de saúde em ambos os setores é feita por 5,33% dos inquiridos que procuram o sistema de saúde. Os 1,27% que não vão nem ao setor público nem ao setor privado correspondem a outras situações, como a procura de aconselhamento junto de um enfermeiro ou de um farmacêutico.

		Setor Privado			
		0 contatos	1 contato	2 contatos	Total
Setor Público	0 contatos	1,27	5,99	0,44	7,70
	1 contato	72,82	1,97	0,20	74,99
	2 contatos	11,29	1,81	0,00	13,09
	3 contatos	2,20	0,68	0,22	3,09
	4 contatos	0,67	0,45	0,00	1,12
	Total	88,25	10,89	0,86	100,00

Tabela 5. Pontos de contato quando se procura o sistema de saúde (2023; %)

A Figura 40 e a Figura 41 ilustram a percentagem de inquiridos por número de contactos no setor público e privado, em 2023 e em 2022, respetivamente. O padrão é muito semelhante em ambos os anos, com quase 90% dos inquiridos a não ter qualquer contacto com o setor privado. Assim, conclui-se que o SNS continua a ser o principal ponto de contacto da população com o sistema de saúde, perante um episódio de doença.

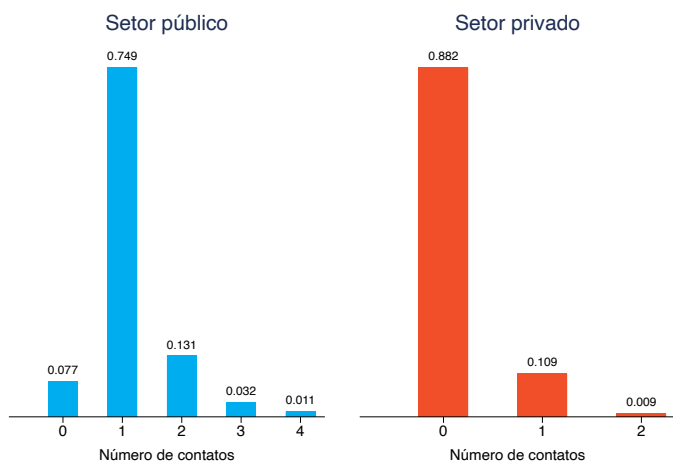


Figura 40. Contatos no setor público e privado em 2023

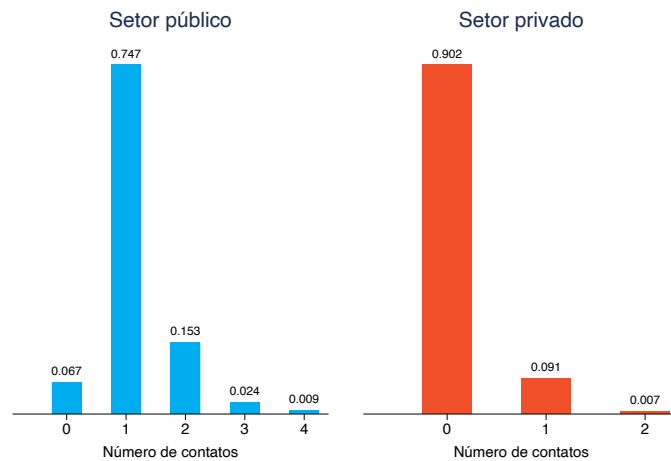


Figura 41. Contatos no setor público e privado em 2022

Não só o SNS é o principal prestador de cuidados de saúde à população residente em Portugal, como dentro do SNS o tipo de serviço mais procurado são consultas nos cuidados de saúde primários, como se viu anteriormente na Tabela 4. Nos últimos anos, a discussão sobre a falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e, consequentemente, o aumento do número de cidadãos sem médico de família tem-se acentuado. Atualmente, 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).

A Figura 42 ilustra a probabilidade de um cidadão residente em Portugal ter médico de família atribuído no SNS, ao longo dos anos, já tendo em consideração características dos indivíduos, como a idade, a escolaridade, o escalão socioeconómico e a sua condição de doente crónico. Como é possível observar, entre 2019 e 2023, houve um decréscimo muito pronunciado na população com médico de família atribuído. Se, em 2019, um indivíduo tinha 91% de probabilidade de ter um médico de família no SNS, em 2023 essa percentagem era de apenas 80%.

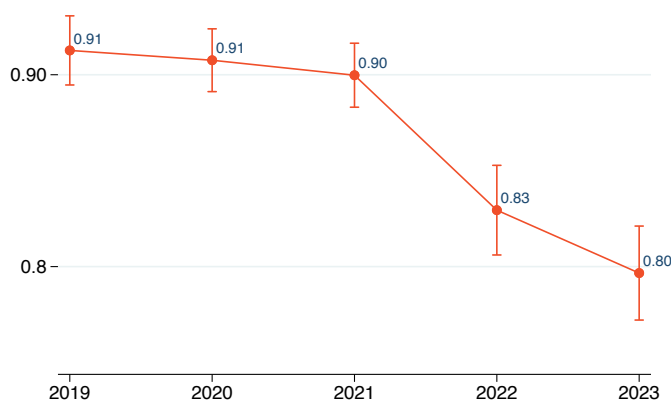


Figura 42. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por ano

Contudo, a carência de médicos de família não afeta todos os grupos socioeconómicos de igual modo. Como é possível observar na Figura 40, são sobretudo indivíduos de classes socioeconómicas mais desfavorecidas que têm menor probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS. Este fenómeno não será resultado de discriminação ativa, e sim da menor atratividade das unidades de cuidados de saúde primários em zonas de baixos rendimentos da população. A sobrecarga de trabalho será provavelmente maior, devido à maior

carga de doença usualmente associada a grupos da população com menores rendimentos. Em 2023, enquanto uma pessoa dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B) tinha um médico de família com 85% de probabilidade, um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido (E) tinha apenas 70% de probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS. Ou seja, em 2023, a maior necessidade de cuidados de saúde por parte da população mais desfavorecida não estava a ser colmatada por um maior acesso a médicos de família, apesar dos critérios de prioridade existentes para atribuição de médico de família preverem um acesso mais célere a médicos de família para utentes com multimorbilidade ou com doenças crónicas.

Porém, importa sublinhar que este gradiente é recente, uma vez que em 2019 era a população com maiores capacidades económicas que tinha um acesso mais dificultado a médicos de família no SNS. Efetivamente, em 2019, uma pessoa dos escalões socioeconómicos mais altos (A e B) tinha 88% de probabilidade de ter médico de família, enquanto um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido tinha médico de família no setor público com 96% de probabilidade. Por conseguinte, é possível concluir que a escassez de médicos de família no SNS está a afetar desproporcionalmente a população com maiores carências económicas.

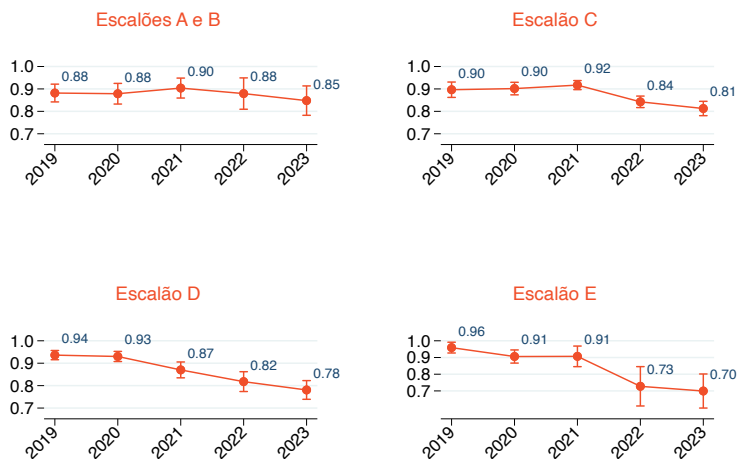


Figura 44. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por escalão socioeconómico e por ano

Em termos de acesso a médico de família por grupo etário, em 2023, ainda que pareça haver um gradiente positivo – pessoas mais velhas a ter médico de família no SNS com maior probabilidade – as diferenças entre grupos etários não são estatisticamente significativas (Figura 45). Acresce que a falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar tem vindo a acentuar as dificuldades de acesso sobretudo nos grupos etários mais jovens (15-29 anos e 30-44 anos). Consequentemente, em termos de grupos etários, apesar da escassez de médicos de família, tem-se conseguido garantir que os grupos etários mais avançados – que são aqueles em que a população enfrenta maior probabilidade de sofrer episódios de doença – têm sido menos afetados pelos recursos humanos insuficientes nos cuidados de saúde primários (Figura 46). Com efeito, para um indivíduo com idade compreendida entre os 15 e os 29 anos, a probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS diminuiu 14 pontos percentuais entre 2019 e 2023. No mesmo horizonte temporal, esse decréscimo foi de 11 pontos percentuais para pessoas com idades compreendidas entre os 93 e os 83 anos e de apenas 1 ponto percentual para a população com 80 e mais anos.

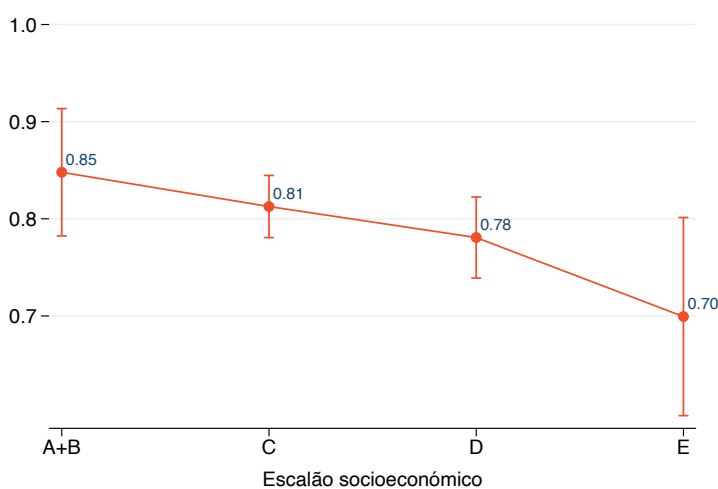


Figura 43. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por escalão socioeconómico em 2023

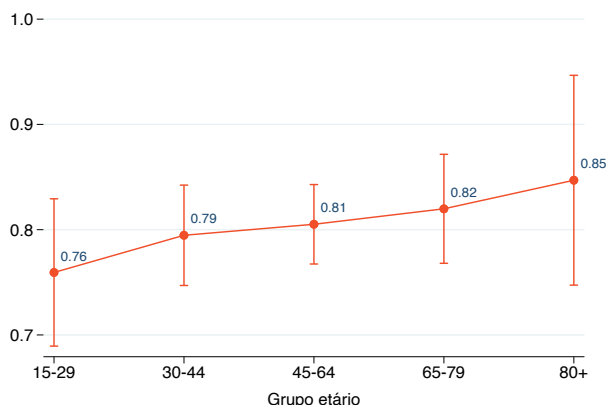


Figura 45. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por grupo etário em 2023

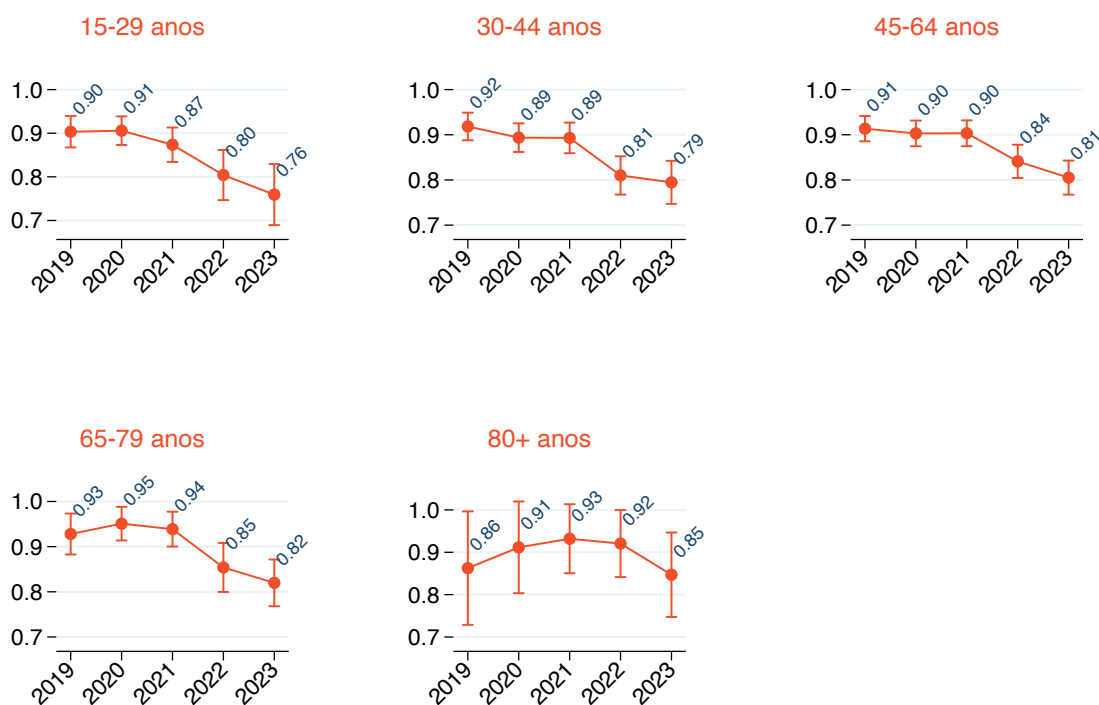


Figura 46. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por grupo etário e por ano

A falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, que se agravou nos últimos, teve um impacto heterogéneo entre áreas geográficas (Figura 47). Com efeito, no Alentejo, Norte Litoral e Grande Porto não se observam diferenças estatisticamente significativas, entre 2019 e 2023, na probabilidade de a população ter acesso a médico de família no SNS. No lado oposto do espetro, o Algarve, a Grande Lisboa e o Centro Litoral são as áreas geográficas em que se registaram os agravamentos mais pronunciados na cobertura da população por médico de família.

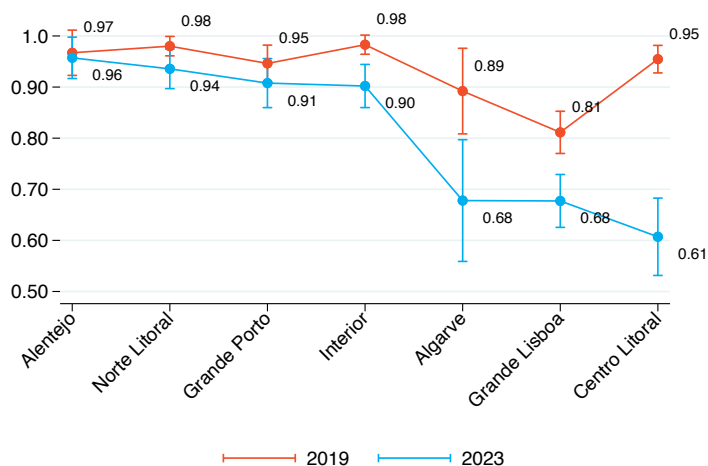


Figura 47. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por área geográfica (2019 e 2023)

Face à escassez de médicos de família no SNS, no setor privado têm surgido iniciativas inovadoras, como as Unidades de Família, que visam facilitar o acesso da população a cuidados de saúde primários e, em particular, a médicos de família no setor privado. A Figura 48 ilustra a probabilidade de a população ter médico de família no setor privado, consoante um conjunto alargado de características socioeconómicas. Como esperado, um determinante da probabilidade de se ter médico de família no setor privado é o facto de o indivíduo não ter médico de família no SNS: a probabilidade de uma pessoa ter médico de família no privado é de 19% entre indivíduos sem médico de família no SNS, sendo de 12% para indivíduos que têm médico de família no SNS. Ou seja, a população tende a considerar a oferta de cuidados de saúde primários no setor privado como um substituto dos cuidados de saúde primários no SNS, embora haja uma franja da população que considera os cuidados de saúde primários do setor privado um complemento aos oferecidos no setor público.

Sem surpresas, verifica-se que são sobretudo indivíduos de escalões socioeconómicos mais favorecidos e de maior nível de escolaridade que têm maior probabilidade de ter médico de família no setor privado, pela maior capacidade financeira de suportar este tipo de cuidados de saúde. Esta tendência regista-se apesar de as classes socioeconómicas mais favorecidas estarem a ser as menos afetadas pela escassez de médicos de família no SNS (Figura

43 e Figura 44). Regista-se ainda um gradiente positivo por grupo etário, com pessoas mais velhas a utilizarem mais os cuidados de saúde primários do setor privado, por norma. Com efeito, para pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos, a probabilidade de ter médico de família no privado é de 6%, sendo de 15% para indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos e de 23% para pessoas com idades entre os 65 e os 79 anos. A utilização de médicos de família no setor privado apresenta ainda alguma heterogeneidade geográfica, com a maior utilização a ser registada no Algarve e a menor no Alentejo.

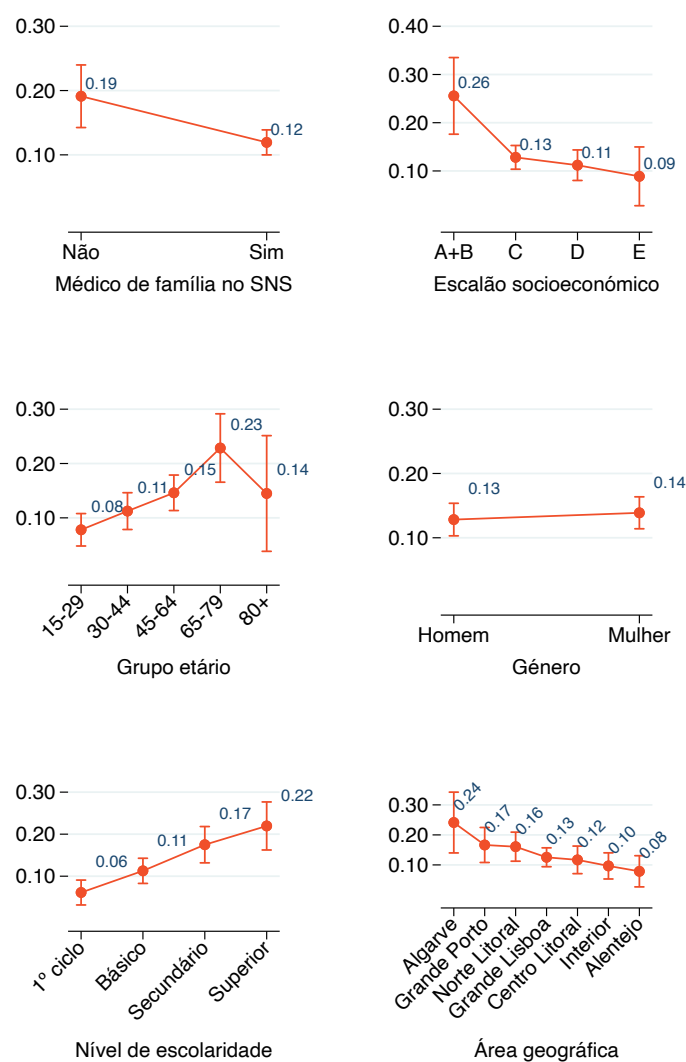


Figura 48. Probabilidade de ter médico de família no setor privado, em 2023

O recurso a cuidados de saúde no setor público é cerca de dez vezes superior ao recurso no setor privado. Em 2023, 86,98% dos indivíduos recorreram a cuidados de saúde apenas no setor público. No SNS, os serviços mais frequentemente procurados são os cuidados de saúde primários, apesar do decréscimo muito pronunciado na população com médico de família atribuído nos últimos anos: em 2019 um indivíduo tinha 91% de probabilidade de ter um médico de família no SNS, ao passo que em 2023 essa percentagem era de apenas 80%.

A escassez de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar no SNS afeta sobretudo pessoas dos escalões socioeconómicos mais desfavorecidos, camadas mais jovens da população (15-29 anos) e residentes no Algarve, na Grande Lisboa e no Centro Litoral.



4.2 Cuidados de saúde centrados na pessoa

Nos últimos anos, o princípio segundo o qual os sistemas de saúde se devem pautar pela prática de cuidados de saúde humanizados e centrados na pessoa tem vindo a ganhar expressão. Exemplos que atestam a crescente importância desta temática em Portugal incluem a aprovação, em 2019, pelo Ministério da Saúde do “Compromisso para a Humanização Hospitalar” – subscrito tanto por entidades do SNS como por unidades hospitalares privadas – e, mais recentemente, a criação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS em 2024, acompanhada da divulgação do respetivo Plano de Ação.

O conceito de centralidade da pessoa na prestação de cuidados de saúde, não se cinge aos doentes, mas abrange também os profissionais de saúde (Plano de Ação para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS). Um sistema de saúde centrado na pessoa deve, entre outros aspetos, garantir que a pessoa é tratada com dignidade, compaixão e respeito (The Health Foundation, 2016). A análise aqui apresentada visa aferir como tem evoluído a perceção de cuidados prestados com dignidade, compaixão e respeito, por quem procurou ajuda profissional no sistema de saúde.

Quando questionadas sobre se sentiram tratadas com dignidade, compaixão e respeito no seu último contacto com o sistema de saúde, em 2023, as respostas revelam valores relativamente elevados, independentemente do grupo socioeconómico do indivíduo (Figura 49). O sentimento de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito reportado por pessoas com mais privações económicas não difere estatisticamente daquele reportado por pessoas dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B).

Porém, quando se introduz a dimensão temporal na análise, verifica-se que, entre 2017 e 2023, a probabilidade de as pessoas considerarem ter sido tratadas com dignidade, compaixão e respeito diminuiu sobretudo em pessoas dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (Figura 50). Em 2017, esta probabilidade era de 78% para pessoas dos escalões socioeconómicos A e B, ao passo que em 2023 era de apenas 65%.

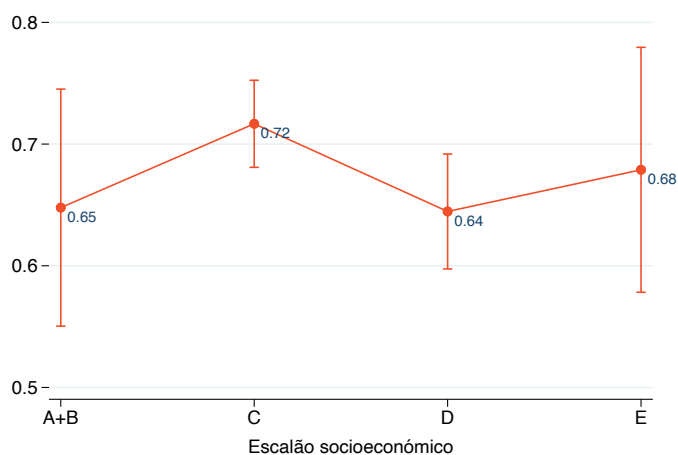


Figura 49. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por escalão socioeconómico em 2023

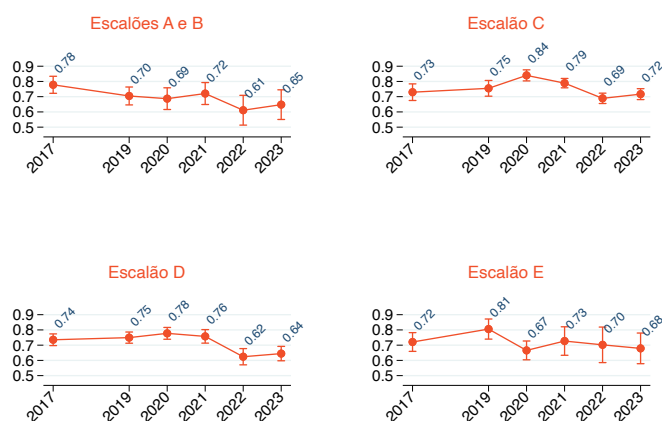


Figura 50. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por escalão socioeconómico e por ano

Uma análise semelhante, mas por grupo etário, mostra que não existem diferenças por grupo etário no que toca à probabilidade de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito no sistema de saúde (Figura 51). Ao longo do tempo, tem-se vindo a registar uma degradação dos níveis de satisfação no contacto com o sistema de saúde. A exceção são os doentes com 80 e mais anos, cujo nível de satisfação nos contactos com o sistema de saúde se manteve praticamente inalterado entre 2017 e 2023. A perceção de tratamento com dignidade, compaixão e respeito foi mais elevada nos anos de maior contágio à COVID-19, tendo-se registado uma quebra

muito acentuada em 2022. Esta evolução é, de certa forma, surpreendente. Com efeito, a pressão exercida sobre o sistema de saúde no pico do período pandémico poderia ter resultado num agravamento deste indicador e o subsequente retorno à normalidade na atividade assistencial poderia ter despoletado uma melhoria na perceção de tratamento com dignidade, compaixão e respeito. Porém, a tendência observada é a oposta, o que pode sinalizar que os níveis de exigência da população se ajustaram durante a pandemia, com uma maior compreensão da pressão vivida durante a pandemia, o que evitou a deterioração deste indicador. Por outro lado, durante a pandemia os profissionais de saúde podem ter reforçado os níveis de dignidade, compaixão e respeito para com os doentes, dadas as circunstâncias extraordinárias enfrentadas.

Adicionalmente, se ao longo dos anos analisados não se verificavam diferenças entre homens e mulheres no que toca à perceção de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, em 2023 as mulheres reportaram níveis mais baixos neste indicador (Figura 53). Esta é uma tendência que merece ser acompanhada, pois pode sinalizar mudanças importantes na experiência das mulheres nos serviços de saúde, com potenciais implicações para a equidade e qualidade do atendimento.

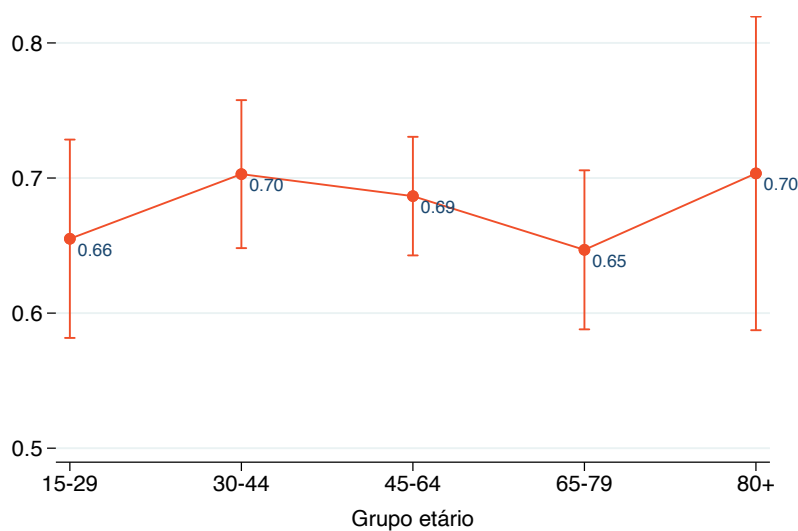


Figura 51. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por grupo etário em 2023

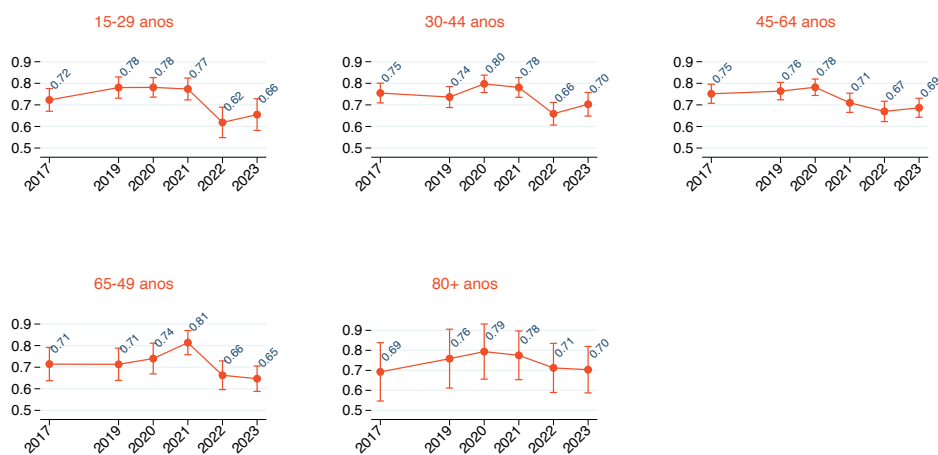


Figura 52. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por grupo etário e por ano

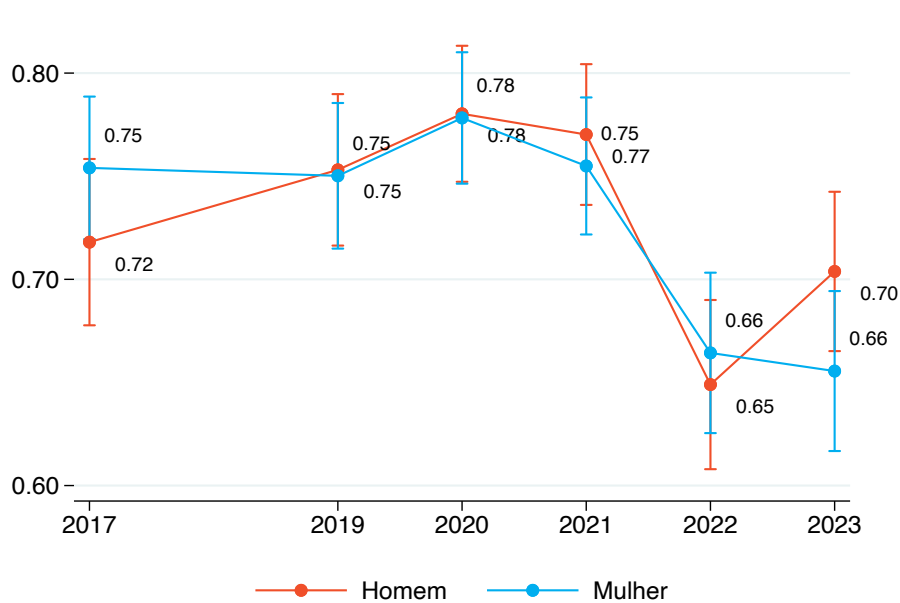


Figura 53. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por género e por ano

A percentagem de indivíduos que relatam ter sido tratados com dignidade, compaixão e respeito mantém-se relativamente elevada. No entanto, é importante destacar que se tem observado uma tendência de degradação nos níveis de satisfação no contacto com o sistema de saúde ao longo dos últimos anos.



5.

Acesso a cuidados de saúde numa ótica de gerações de vida



Nas últimas décadas, o aumento da longevidade, conjugado com decréscimos na taxa de natalidade, gerou uma transição demográfica no mundo ocidental: uma proporção crescente de pessoas idosas e o aumento da idade média da população. Ou seja, as sociedades têm-se vindo a tornar mais envelhecidas. Em Portugal, à semelhança do observado noutros países, a pirâmide demográfica sofreu uma clara modificação nas últimas duas décadas (Figura 54). Efetivamente, em 2001 a população com 60 e mais anos representava 21,67% da população residente em Portugal, mas em 2021 esse grupo etário correspondia já a 30,24% da população. Em 2070, prevê-se que a população com pelo menos 60 anos totalize 39,21% da população residente em Portugal, de acordo com dados do Eurostat³.

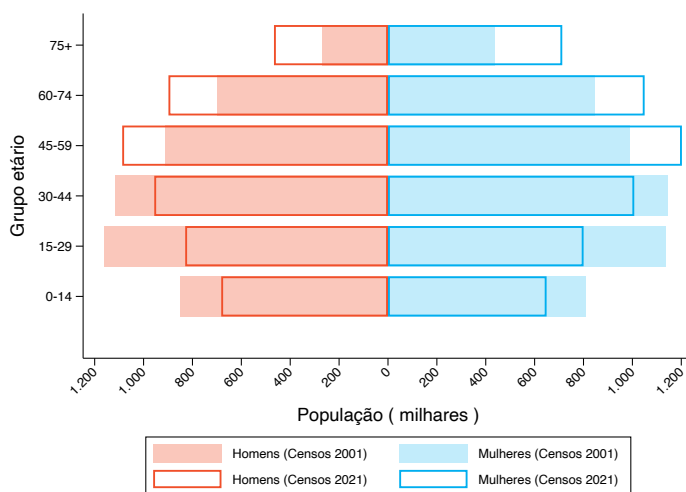


Figura 54. População residente em Portugal de acordo com os censos de 2001 e 2021, por sexo.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados dos seguintes indicadores do Instituto Nacional de Estatística: “População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo, Estado civil, Grupo etário e Relação de conjugalidade; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021” e “População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2001”.

Perante o aumento da longevidade, importa garantir que os anos adicionais de vida se traduzem em mais anos de vida vividos com saúde – hipótese da *compressão da morbilidade* (Fries, 1980, 1989) – e não num aumento da morbilidade e incapacidade da população – hipótese da *expansão da morbilidade* (Olshansky *et al.*, 1991).

Os dados do Inquérito de Acesso permitem analisar como tem evoluído a saúde e acesso da população e, assim, compreender se em Portugal se está a caminhar em direção ao desejado cenário de *compressão de morbilidade*. Para este efeito, comparam-se diferentes gerações no mesmo momento de vida (50-59 anos, 60-69 anos, 70 e mais anos), em termos de perfil de morbilidade e acesso a cuidados de saúde⁴.

Em termos de prevalência de doenças crónicas, os resultados revelam que a prevalência de doenças crónicas nos grupos etários analisados está a aumentar. Com efeito, tanto para as mulheres como para os homens, a probabilidade de se ser doente crónico aumentou de forma muito expressiva entre 2017 e 2023, nos grupos etários mais velhos (50-59 anos, 60-69 anos, 70 e mais anos). Este aumento foi particularmente acentuado na população com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos. A título de exemplo, se em 2017 uma mulher com idade entre os 60 e os 69 anos tinha 43% de probabilidade de ter pelo menos uma doença crónica, em 2023 essa probabilidade era de 71%.

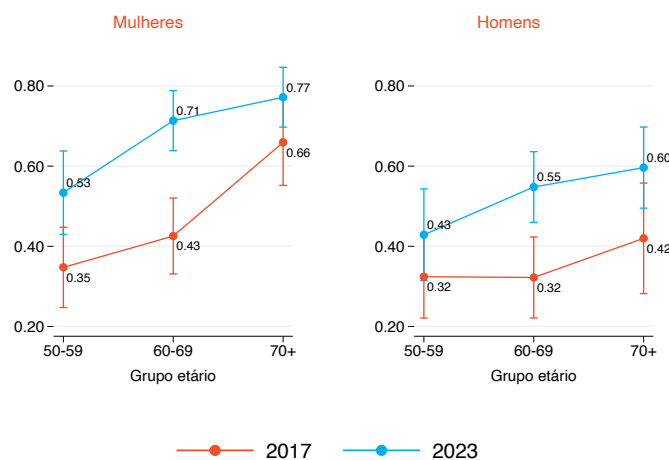


Figura 55. Probabilidade de ser doente crónico por grupo etário e género (2017 e 2023)

3. Projeções de 2019, indicador “Population on 1st January by age, sex and type of projection”.

4. Dependendo da análise, o horizonte temporal considerado é diferente, uma vez que nem todas as variáveis de interesse foram recolhidas desde o primeiro ano em que o Inquérito de Acesso foi realizado (2013).

Uma análise complementar que permite compreender como tem evoluído a prevalência de doenças crónicas consiste em verificar, para as gerações que tinham 50, 60 e 70 anos em 2017, quanto aumentou a percentagem de inquiridos a reportarem ser doentes crónicos no período de 6 anos (até 2023). Os resultados (Tabela 6) revelam que, para a geração que em 2017 tinha 50 anos, o aumento na percentagem de inquiridos a reportar serem doentes crónicos foi inferior ao aumento registado nas outras gerações analisadas. Ou seja, apesar de se observar um agravamento na prevalência de doenças crónicas, a situação encontra-se, de certo modo, controlada, uma vez que o aumento se regista sobretudo em adultos mais velhos (60 e mais anos).

Idade em 2017	Doentes crónicos (%)	Idade em 2023	Doentes crónicos (%)	Aumento na percentagem de doentes crónicos (pontos percentuais)
50	26,28	56	47,31	21,03
60	17,31	66	55,68	38,37
70	41,59	76	68,97	27,38

Tabela 6. Evolução na percentagem de inquiridos a reportarem ser doentes crónicos (2017 vs. 2023)

Pelo menos em parte, a maior prevalência de doenças crónicas em pessoas com 50 e mais anos será o resultado de aumentos na probabilidade de sobrevivência com incapacidade, face à probabilidade de morrer. De facto, como é possível observar na Figura 56, o quociente de mortalidade para uma dada idade registou decréscimos substanciais nos últimos anos. A título de exemplo, se nos anos 2000-2002 uma pessoa residente em Portugal com 70 anos tinha 2,20% de probabilidade de morrer antes de alcançar os 71 anos de idade, em 2021-2023 essa probabilidade era de apenas 1,42%.

A par da redução do quociente de mortalidade para idades mais avançadas, o aumento da percentagem de inquiridos a reportar ser doente crónico também poderá resultar de melhorias no diagnóstico precoce de doenças crónicas. Em Portugal, têm vindo a ser implementadas inúmeras medidas que visam aumentar a capacidade de diagnóstico de doenças crónicas. No âmbito das Metas de Saúde 2020 (DGS, 2017), por exemplo, visou-se aumentar em 30.000 o número de novos diagnósticos de diabetes, até 2020, através da avaliação de risco e do diagnóstico precoce em utentes. Objetivos igualmente ambiciosos foram traçados nas Metas de Saúde 2020 (DGS, 2017) para outras doenças, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica. Esforços de diagnóstico precoce estão também plasmados no Plano Nacional de Saúde 2030 (DGS, 2022). Espera-se que melhorias no diagnóstico precoce de doenças crónicas continuem a ser alcançadas, impulsionadas por uma aplicação adequada da inteligência artificial, que possibilita aumentar a precisão dos diagnósticos, reduzir o tempo necessário para sua realização e oferecer diagnósticos personalizados (Kumar *et al.*, 2023).

Ainda que parte do incremento na percentagem de inquiridos a reportar sofrer de pelo menos uma doença crónica possa ser atribuído à redução da probabilidade de morte nos grupos etários analisados e à crescente capacidade de diagnóstico precoce, devem ser adotadas políticas que visem reduzir a incidência de doenças crónicas na população. Só assim será possível garantir que os ganhos nos aumentos da esperança média de vida se traduzem em mais anos vividos com saúde.

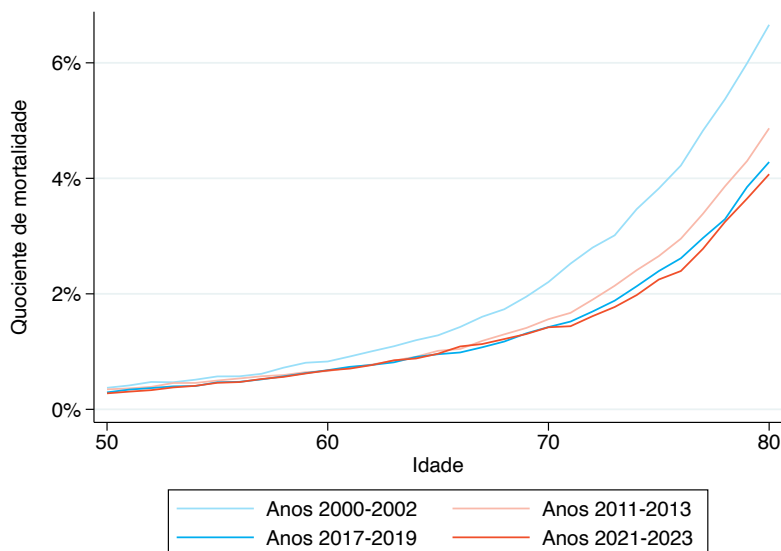


Figura 56. Quociente de mortalidade

Fonte: Elaboração própria. Dados da série “Quociente de mortalidade - (Metodologia 2007) por Sexo e Idade; Anual” do Instituto Nacional de Estatística. O quociente de mortalidade é probabilidade de uma pessoa que atingiu a idade x falecer antes de alcançar a idade $(x+1)$. No gráfico o quociente de mortalidade está expresso em percentagem.

Apesar da prevalência de doenças crónicas ter aumentado tanto nos homens como nas mulheres, nos grupos etários considerados, apenas se registou um aumento na probabilidade de doença nos homens com 60 e mais anos. A Tabela 7 reporta, para os indivíduos que procuraram ajuda profissional no sistema de saúde perante um episódio de doença, o motivo que os levou a procurar ajuda. Enquanto para as mulheres o principal motivo para recorrer ao sistema de saúde são episódios de doença relacionados com doenças crónicas, para os homens são problemas inesperados. Adicionalmente, a preponderância dos problemas inesperados nos homens aumentou entre 2015 e 2023.

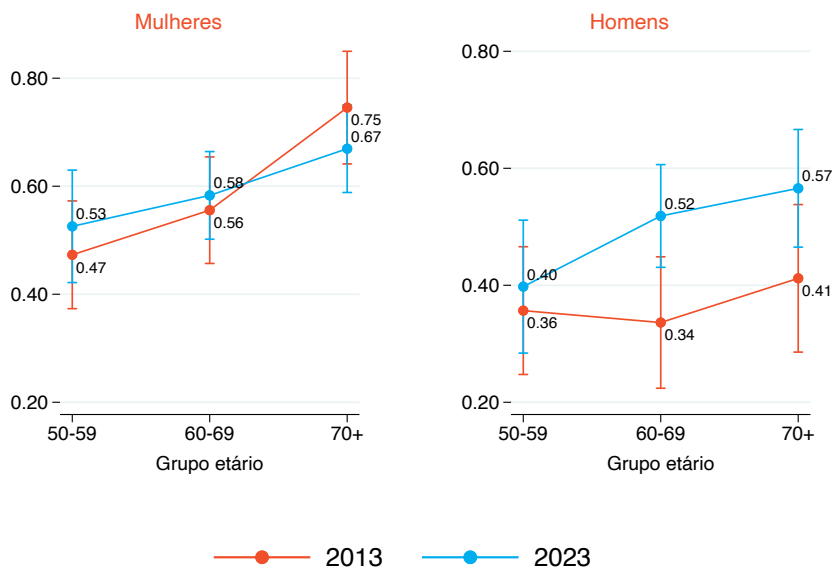


Figura 57. Probabilidade de episódio de doença por grupo etário e género (2013 e 2023)

	Mulheres		Homens	
	2015	2023	2015	2023
Doença crónica	49,1	49,6	43,5	40,8
Problema inesperado	43,0	41,7	50,7	53,6
Agravamento de problema anterior em que não procurou ajuda	4,9	4,7	3,4	4,4
Tratamento incompleto de problema anterior	2,6	4,1	1,7	1,3
Outro motivo	0,5	-	0,8	-

Tabela 7. Motivo para procurar auxílio no sistema de saúde (%)

Em termos de acesso a cuidados de saúde, verifica-se que, entre 2013 e 2023, não houve alterações significativas na maioria das dimensões e grupos etários considerados (Figura 58, Figura 59 e Figura 60). Porém, tal não deve ser interpretado como sinónimo de que as necessidades de saúde não satisfeitas se mantiveram inalteradas neste horizonte temporal. Com efeito, face ao aumento registado na prevalência de doenças crónicas em homens e mulheres, bem como ao aumento de episódios de doença nos homens, o controlo das necessidades de saúde não satisfeitas pressuporia um aumento no acesso a cuidados e serviços de saúde (assumindo que a severidade dos episódios de doença é igual ou superior à severidade dos episódios de doença reportados em 2013).

Um aspeto que merece destaque é o facto de as restrições financeiras no acesso a consultas ou urgências para mulheres com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos terem diminuído significativamente. Com efeito, a probabilidade de uma mulher desse grupo etário não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro diminuiu 10 pontos percentuais entre 2013 e 2023. Este é um resultado importante uma vez que, tendo o aumento de prevalência de doenças crónicas sido mais expressivo em mulheres com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, a diminuição das barreiras financeiras no acesso a consultas e urgências neste grupo populacional sugere que, pelo menos em parte, o sistema de saúde está a conseguir dar resposta às necessidades acrescidas de cuidados de saúde. Para os homens com idades entre os 50 e os 59 anos também se registou uma melhoria no acesso à medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, uma vez que a probabilidade de não adquirir toda a medicação passou de 19% em 2013 para 8% em 2023. Contudo, não se registando melhorias no acesso noutros grupos populacionais, permanece válida a preocupação de que o sistema de saúde pode não estar a conseguir assegurar a resposta necessária, face aos aumentos na prevalência de doenças crónicas e de episódios de doença.

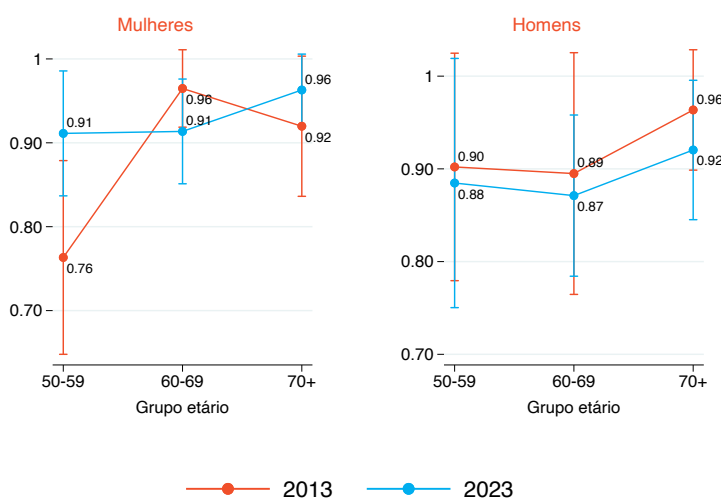


Figura 58. Probabilidade de procurar auxílio no sistema de saúde, perante um episódio de doença, por grupo etário e género (2013 e 2023)

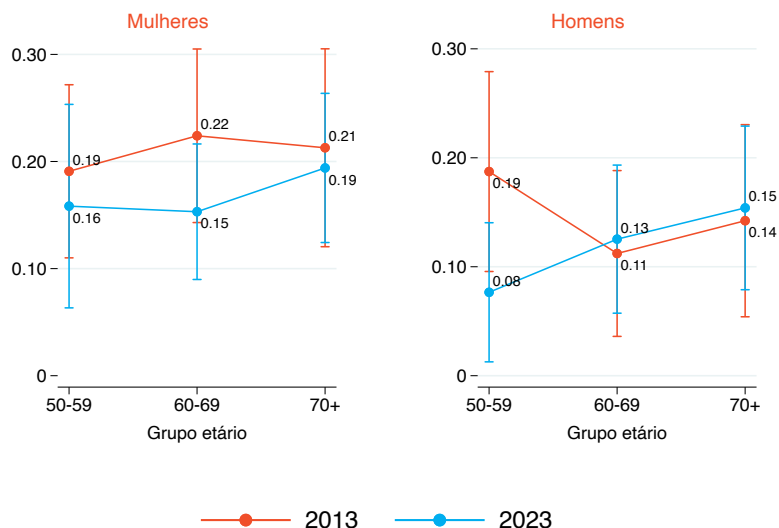


Figura 59. Probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento do episódio de doença, por grupo etário e género (2013 e 2023)

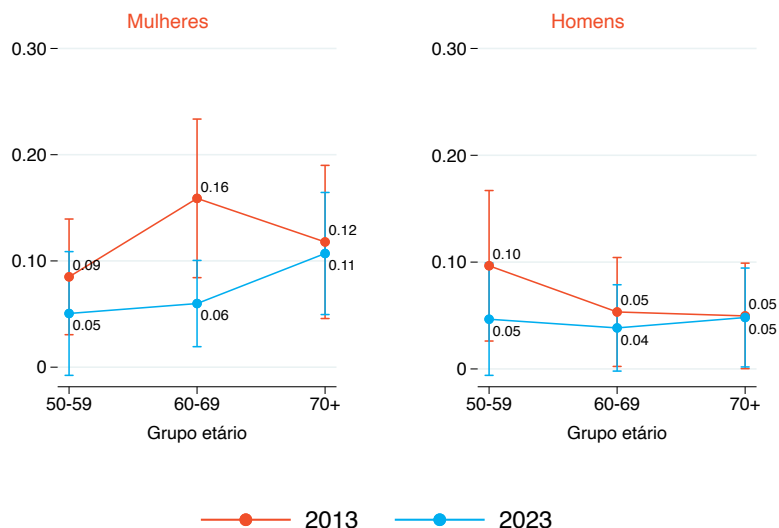


Figura 60. Probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro, por grupo etário e género (2013 e 2023)

O facto de não se registarem aumentos mais expressivos no acesso a cuidados de saúde (em termos de idas a urgências, consultas e aquisição de medicação), acaba por ser surpreendente, tendo em conta as reduções significativas na maioria das despesas tidas em idas às urgências e aos cuidados de saúde primários no SNS (Figura 61 e Figura 62). Importa voltar a frisar que as despesas positivas com taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários do SNS em 2023 (Figura 61) se podem dever a erros de reporte por parte dos inquiridos, uma vez em 2023 já haviam sido eliminadas as taxas moderadoras neste tipo de cuidados de saúde.

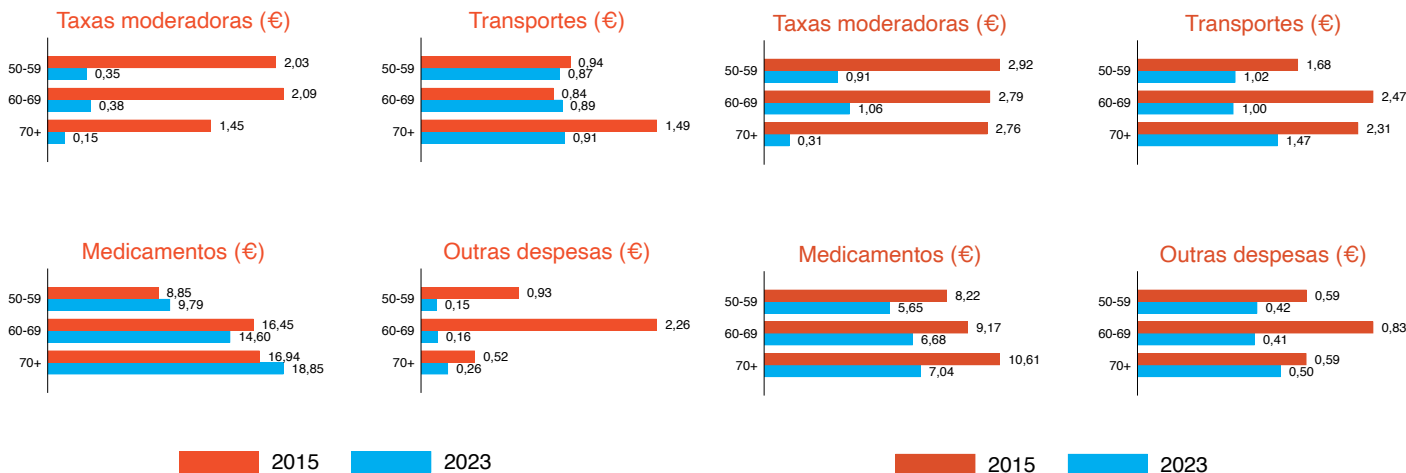


Figura 61. Despesas em idas aos cuidados de saúde primários no SNS, por grupo etário (2015 e 2023)

Figura 62. Despesas em idas às urgências no SNS, por grupo etário (2015 e 2023)

As análises aqui apresentadas revelam que o aumento de doenças crónicas, sobretudo em pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, e de episódios de doença em homens nesse grupo etário evidenciam que é necessário reforçar a capacidade de resposta do SNS, para que não haja um agravamento nas necessidades de saúde não satisfeitas na população. Ainda que as despesas incorridas em idas a cuidados de saúde no SNS estejam a diminuir, o que tenderá a atenuar as barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, a redução drástica na população com médico de família atribuído (Figura 63) compromete uma adequada gestão da saúde da população, sobretudo num contexto em que se registou um agravamento da prevalência de doenças crónicas (que, como se mencionou anteriormente, se pode dever em parte à redução da mortalidade nos grupos etários analisados e numa maior capacidade de diagnóstico precoce).

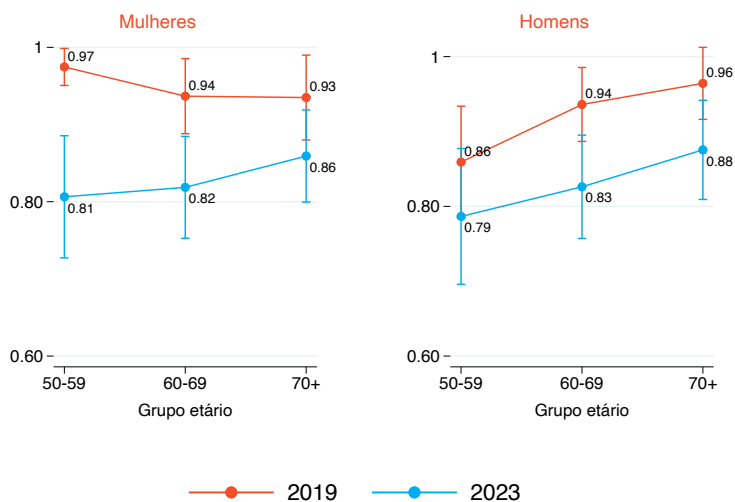


Figura 63. Probabilidade de ter médico de família, por grupo etário e género (2019 e 2023)

Os resultados revelam que a prevalência de doenças crónicas em indivíduos com 50 e mais anos está a aumentar. Ainda que parte do incremento na percentagem de inquiridos a reportar sofrer de pelo menos uma doença crónica possa ser atribuído à redução da probabilidade de morte nos grupos etários analisados e à crescente capacidade de diagnóstico precoce, devem ser adotadas políticas que visem reduzir a incidência de doenças crónicas na população. Só assim será possível garantir que os ganhos nos aumentos da esperança média de vida se traduzem em mais anos vividos com saúde.

6. Conclusão



As barreiras de acesso a cuidados de saúde são um elemento crucial do funcionamento dos sistemas de saúde, pelo que a sua compreensão e mitigação é fundamental para garantir melhorias na saúde da população. A análise apresentada no presente relatório baseou-se em informação recolhida diretamente de uma amostra representativa da população residente em Portugal, que complementa os dados publicamente disponíveis sobre utilização de serviços de saúde. Os dados recolhidos no âmbito do Inquérito de Acesso, realizado pela Nova School of Business and Economics desde 2013, permitem realizar uma análise mais aprofundada sobre as decisões de recorrer, ou não, ao sistema de saúde e da relevância que diferentes tipos de barreiras de acesso podem ter nessa decisão.

Face ao plasmado na Constituição da República Portuguesa, que cabe 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), as análises realizadas procuraram avaliar a presença de desigualdades que estejam ligadas à idade, classe socioeconómica, género e nível de escolaridade.

As desigualdades socioeconómicas em saúde e no acesso a cuidados de saúde surgem, desde logo, na ocorrência de episódios de doença. Ainda que os episódios de doença não sejam, por norma, previsíveis, o contexto social de cada indivíduo influencia a sua ocorrência, fazendo com que esses episódios não se distribuam de forma completamente aleatória. Em primeiro lugar, como esperado, os episódios de doença são mais frequentes em indivíduos de idade mais avançada. Em 2023, a probabilidade de uma pessoa com 65 e mais anos ter tido um episódio de doença foi superior a 50%, mesmo tendo em consideração características adicionais dos indivíduos, como classe socioeconómica e nível de escolaridade.

Adicionalmente, a condição socioeconómica do agregado está fortemente associada com a existência de doença, já que pessoas de classes socioeconómicas mais desfavorecidas têm uma probabilidade substancialmente superior de sofrer um episódio de doença. Em 2023, um indivíduo pertencente ao grupo com maiores restrições financeiras (classe socioeconómica E) tinha 66% de probabilidade de

sofrer um episódio de doença, ao passo que essa probabilidade era de apenas 29% em pessoas das classes socioeconómicas mais favorecidas (A e B). Este gradiente socioeconómico na ocorrência de episódios de doença, tem-se vindo a agravar ao longo do tempo, tendo atingido a sua expressão máxima no período pós-pandémico (anos 2022 e 2023).

Perante a ocorrência de um episódio de doença, a decisão seguinte que se coloca é a de se se recorre, ou não, ao sistema de saúde. A este respeito, verificou-se uma melhoria face a 2022, já que em 2023 apenas 11,26% dos inquiridos reportaram não procurar ajuda profissional no sistema de saúde aquando da ocorrência de um episódio de doença, o que é quase 3 pontos percentuais inferior ao valor registado em 2022. A decisão de recorrer, ou não, ao sistema de saúde não tem diferenças sistemáticas e substanciais entre grupos distintos da população, sinal de que o sistema de saúde português não discrimina o acesso de forma sistemática para franjas específicas da população. A larga maioria dos indivíduos que não procura ajuda profissional no sistema de saúde quando se sente doente fá-lo porque tem a perceção de que o problema não é grave e acaba por decidir automedicar-se. A elevada e crescente percentagem de indivíduos que reporta automedicar-se sinaliza que este é um comportamento que deve ser estudado e monitorizado, pelas consequências que pode ter, tanto para a saúde da população, como para a sustentabilidade e eficiência dos cuidados prestados no sistema de saúde.

Numa perspetiva mais ampla, indo além da última situação em que uma pessoa se sentiu doente, a avaliação de barreiras de acesso financeiras e não financeiras a cuidados em saúde revela que, em 2023, estas se mantêm bastante elevadas, acima das registadas no período pré-pandémico (2013-2019) e do período mais intenso da pandemia da COVID-19 (2020-2021). Em termos de barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, existe um acentuado gradiente socioeconómico, com indivíduos com maiores carências económicas a registarem uma probabilidade substancialmente superior de não adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença, ou de não irem a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro.

As barreiras financeiras no acesso a consultas ou urgências permanecem elevadas, apesar da eliminação, nos últimos anos, da maioria das taxas moderadoras no SNS (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio), passando estas a ser cobradas apenas nas urgências, se o utente não tiver sido referenciado pelo SNS ou se o episódio de urgência não resultar em internamento. Assim, as dificuldades financeiras reportadas no acesso a consultas e urgências extravasam os verdadeiros custos associados a taxas moderadoras no SNS e podem dever-se a despesas com medicamentos receitados na sequência de uma ida a uma consulta ou urgência, ou aos custos de transporte necessários para deslocação ao serviço de saúde.

As barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde traduzem-se em ausência de acesso, por parte de alguma população, e em despesas associadas com o acesso por parte de quem contacta o sistema de saúde. Os resultados mostram que, tanto em idas aos cuidados de saúde primários como às urgências no SNS, a mais importante componente da despesa é a relacionada com medicamentos. Em 2023, a despesa média reportada com medicamentos correspondia a cerca de 70,5% das despesas médias totais reportadas numa ida às urgências e a 89,5% das despesas médias totais reportadas nas idas aos cuidados de saúde primários. Por conseguinte, uma vez eliminadas a maioria das taxas moderadoras, a discussão das barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde deve centrar-se nas despesas com medicamentos.

Para além das barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, importa contemplar os efeitos das barreiras não financeiras, que se tornaram particularmente relevantes durante a pandemia da COVID-19: o cancelamento de consultas ou exames por iniciativa do prestador de saúde e o receio de contágio na ida a serviços de saúde. Contrariamente ao registado nas barreiras financeiras, não se deteta um gradiente socioeconómico no cancelamento de consultas ou exames por iniciativa do prestador. Ou seja, indivíduos de diferentes classes socioeconómicas tendem a ser igualmente afetados pelo cancelamento de consultas ou exames. Esta barreira de acesso tem diminuído ao longo dos anos, para todas as classes socioeconómicas, embora de forma menos

pronunciada em indivíduos com maiores dificuldades financeiras. Como esperado, a percentagem de indivíduos a reportar não ir a serviços de saúde por receio de contágio da COVID-19 tem vindo a diminuir de forma sustentada desde 2020.

Na discussão sobre o acesso a cuidados de saúde em Portugal, a divisão entre o setor público (Serviço Nacional de Saúde, SNS) e o setor privado é um ponto de discussão central. Em 2023, a probabilidade de um indivíduo recorrer unicamente ao setor público era de 87%, a probabilidade de recorrer unicamente ao setor privado era de 11% e a probabilidade de recorrer a ambos era de 2%, tendo em consideração características dos indivíduos, como a idade, o escalão socioeconómico e o nível de escolaridade. O recurso ao setor privado foi particularmente acentuado no primeiro ano da pandemia da COVID-19 em Portugal (2020), tendo-se desde então reduzido o recurso a cuidados de saúde no setor privado.

No SNS, tem-se vindo a registar uma crescente escassez de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, sobretudo no Algarve, na Grande Lisboa e no Centro Litoral. Com efeito, se em 2020 a probabilidade de um indivíduo ter médico de família atribuído no SNS era de 91%, em 2023 era de apenas 80%. Ainda assim, os cuidados de saúde primários são o principal tipo de serviços do SNS utilizados pela população. Importa salientar que também no que toca à probabilidade de ter médico de família atribuído se verifica um gradiente socioeconómico, com indivíduos de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos a terem, em 2023, uma menor probabilidade de ter médico de família no SNS do que pessoas de classes socioeconómicas mais favorecidas. Por conseguinte, as barreiras não financeiras acentuam as barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde.

Face à escassez de médicos de família no SNS, têm surgido no setor privado iniciativas que visam facilitar o acesso da população a cuidados de saúde primários e, em particular a médicos de família. Os dados do Inquérito de Acesso de 2023 permitem, pela primeira vez, fazer uma caracterização deste tipo de serviços de saúde no setor privado. As análises revelam que a probabilidade de ter médico de família no setor privado é maior para pessoas que não têm médico de família no SNS (19%), do que para pessoas que têm

médico de família atribuído no SNS (12%). Ou seja, a população tende a considerar a oferta de cuidados de saúde primários no setor privado como um substituto dos cuidados de saúde primários no SNS, embora haja uma franja da população que considere os cuidados de saúde primários do setor privado um complemento aos oferecidos no setor público. Este serviço do setor privado é utilizado maioritariamente por pessoas das classes socioeconómicas mais favorecidas e com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos.

Para além de ser primordial garantir um acesso adequado da população a cuidados de saúde, importa que os cuidados prestados sejam de qualidade. Uma forma de aferir a qualidade dos cuidados de saúde é através da perceção que o utente tem sobre ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito. A perceção de tratamento com dignidade, compaixão e respeito foi mais elevada nos anos de maior contágio à COVID-19, tendo registado uma quebra muito acentuada em 2022 e uma ligeira recuperação em 2023.

Por fim, num contexto de envelhecimento populacional em Portugal, importa aferir como tem evoluído a saúde e o acesso a cuidados de saúde da população mais velha. Neste sentido, procedeu-se a uma análise por gerações de vida, avaliando de que forma a saúde e a utilização de serviços de saúde de diferentes grupos etários (50-59, 60-69, 70+) evoluiu ao longo do tempo. O retrato feito revela que entre 2017 e 2023 se registou um aumento na probabilidade de se ser doente crónico, tendo este aumento sido particularmente pronunciado em indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos e nas mulheres. Ainda que o aumento da prevalência de doenças crónicas em pessoas com 50 e mais anos se deva, em parte, a uma maior probabilidade de sobrevivência nos grupos etários analisados e a uma maior capacidade de diagnóstico precoce, é imperativo apostar em medidas que previnam o surgimento de doenças crónicas, para que os aumentos de longevidade se traduzam em mais anos vividos em boa saúde, e não em mais anos vividos com morbilidade.

Apesar do aumento significativo na probabilidade de mulheres com idades compreendidas entre os

60 e os 69 anos serem doentes crónicas, registou-se uma diminuição das barreiras financeiras no acesso a consultas e urgências neste grupo populacional. Tal sugere que, pelo menos em parte, o sistema de saúde está a conseguir dar resposta às necessidades acrescidas de cuidados de saúde das mulheres nesta faixa etária. Ainda assim, face ao aumento da prevalência de doenças crónicas em indivíduos mais velhos (50+) e às melhorias pouco expressivas no acesso a cuidados de saúde para a generalidade das pessoas mais velhas, surge a preocupação de que o sistema de saúde pode não estar a conseguir fazer face às necessidades de cuidados de saúde da população.

REFERÊNCIAS

Barros, P.P., Costa, E. (2023). *Acesso a cuidados de saúde: a medição das necessidades não satisfeitas*. Nova SBE Social Equity Initiative

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de todos para todos*. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Estudo sobre a linha SNS 24 e o impacto no acesso à prestação de cuidados de saúde*. Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.ers.pt/media/vtxhgxb/estudo-sns-24-04-04-2024.pdf>

Fries, J. F. (1989). *The compression of morbidity: near or far?*. *The Milbank Quarterly*, 208-232.

Fries, J.F. (1980). *Ageing, natural death, and the compression of morbidity*. *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135.

Kumar, Y., Koul, A., Singla, R., & Ijaz, M. F. (2023). *Artificial intelligence in disease diagnosis: a systematic literature review, synthesizing framework and future research agenda*. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 14(7), 8459-8486.

Prasad, N., Rhodes, J., Deng, L., McCarthy, N. L., Moline, H. L., Baggs, J., ... & Arvay, M. (2023). *Changes in the incidence of invasive bacterial disease during the COVID-19 pandemic in the United States, 2014–2020*. *The Journal of Infectious Diseases*, 227(7), 907-916.

OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris

Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puukka, P., Hinkka, K., & Pöntinen, S. (2008). *Alleviating loneliness among frail older people—findings from a randomised controlled trial*. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(2), 26-34.

The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. The Health Foundation.

van de Berg, S., Charles, T., Dörre, A., Katz, K., & Böhm, S. (2023). *Epidemiology of common infectious diseases before and during the COVID-19 pandemic in Bavaria, Germany, 2016 to 2021: an analysis of routine surveillance data*. *Euro-surveillance*, 28(41), 2300030.

CRÉDITOS DE IMAGENS

As fotografias utilizadas foram extraídas do banco de imagens Freepik: www.freepik.com/free-photo