



Helena de Jesus Marques Tavares

Taxas Moderadoras em Idade Pediátrica

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, orientada pela Professora Doutora Carlota Quintal.

2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Helena de Jesus Marques Tavares

TAXAS MODERADORAS EM IDADE PEDIÁTRICA

Perceções dos pais

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Orientadora: Professora Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2014

DEDICATÓRIA

Aos meus três filhos, Eduardo, Laura e Joaquim que se viram privados de alguns momentos de atenção e descontração. Espero, contudo, que esta vivência os torne mais fortes e os ensine a prosseguir um projeto apesar das eventuais adversidades.

A todas as crianças que têm sido a razão da minha vida profissional e pessoal, para que nunca se vejam privadas dos seus direitos básicos, vivam a sua infância e se tornem no futuro adultos constituintes de uma sociedade íntegra.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que tornaram possível este projeto, financiando-o.

A Deus pela inspiração e força.

Ao meu marido pelo apoio e incentivo e por ter acumulado funções na dinâmica familiar.

À minha orientadora Sra. Prof.^a Dr.^a Carlota Quintal por estar sempre disponível, pelo incentivo, apoio, motivação e reforço positivo que foram muitíssimo importantes ao longo deste processo, mas particularmente nos meus momentos de maior fraqueza.

Aos Conselhos Diretivos e aos professores das Escolas participantes pela sua cooperação.

Às famílias que responderam ao inquérito que permitiu a recolha de dados sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio e compreensão.

Aos meus professores de economia que me introduziram no conceito de custo-oportunidade e fronteira de possibilidades de produção que na vida prática passaram a integrar as minhas decisões e atitudes.

E a todos os que aqui não foram nomeados mas que de alguma forma contribuíram para a consecução deste meu trabalho.

Só havia três coisas sagradas na vida: a infância, o amor e a doença. Tudo se podia atrair no mundo, menos uma criança, o ser que nos ama e um enfermo. Em todos esses casos a pessoa está indefesa.

Miguel Torga

RESUMO

O aumento crescente dos gastos em saúde verificado ao longo dos anos, potenciado pelo atual contexto de crise, origina a necessidade premente da criação de mecanismos de regulação que permitam maximizar os recursos existentes para que a resposta às necessidades em saúde seja o mais eficaz possível.

As taxas moderadoras são um pagamento devido pelo utilizador no ato de consumo de cuidados de saúde. Têm como principal objetivo a moderação e racionalização da procura.

Mantendo o foco na garantia da satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos torna-se imperioso garantir que estes mecanismos não constituam barreiras ao acesso, fazendo perigar o estado de saúde das populações.

Todas estas preocupações assumem uma importância acrescida quando abordamos grupos mais vulneráveis, como é o caso do grupo pediátrico. Pelo que com este trabalho se pretende encontrar resposta para as seguintes questões:

- A existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade afeta a procura de cuidados de saúde?
- O impacto das taxas moderadoras em idade pediátrica difere consoante o estatuto socioeconómico?

Trata-se de um estudo exploratório. O instrumento de medida utilizado foi um questionário construído para este efeito. Este instrumento de investigação é dirigido aos pais de crianças com idade compreendida entre os 6 e 18 anos de idade, e o período de memória foi de 6 meses. Foi aplicado a algumas turmas de duas escolas de Coimbra, pretendendo averiguar o comportamento de procura de cuidados de saúde nestas crianças.

Após tratamento e análise dos dados colhidos podemos concluir que na amostra estudada em que cerca de metade são isentos por idade inferior a 13

anos, se verifica uma baixa percentagem de procura de cuidados. A procura de cuidados aconteceu primordialmente por iniciativa própria, o que pode deixar espaço à utilização de taxas moderadoras (TM) para regular a procura.

Dos factores potencialmente condicionantes da procura de cuidados ressalta o tempo de espera no acesso aos cuidados, tendo as TM sido classificadas com uma importância relativa em penúltimo lugar na lista dos factores apresentados.

Não se confirmou que a existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade afete a procura de cuidados de saúde.

Não se verificou a existência de relação entre estatuto socioeconómico (definido pela escolaridade e rendimento do agregado familiar) e a procura de cuidados de saúde (em serviços públicos ou privados) no grupo de isentos por idade inferior a 13 anos de idade. No grupo dos não isentos, por idade igual ou superior a 13 anos de idade verificou-se existir uma diferença de médias, estatisticamente significativa, nos níveis de escolaridade (quer para os pais quer para as mães) relativamente à procura de cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses.

ABSTRACT

The growing increase in health care spending seen over the years, boosted by the current crisis context, creates a pressing need to establish regulatory mechanisms in order to maximize existing resources for the response to health needs to be as effective as possible.

User fees are payments made by users at the point of delivery and they are regarded as a financial instrument, whose main objective is to rationalize the demand for health.

Keeping the focus on ensuring the satisfaction of the health needs of individuals becomes imperative to ensure that these arrangements do not constitute barriers to access, endangering the health status of populations.

All these concerns assume greater importance when we consider most vulnerable groups, such as the pediatric group. The main research questions of this work are:

- The existence of user fees for children aged 13 years old or more affects the demand for health care?
- Does the impact of user fees for children aged 13 years old or more vary according to the socioeconomic group?

This is an exploratory study. The measuring instrument used was a questionnaire constructed for this purpose. This research tool is aimed at parents of children aged between 6 and 18 years old, and the recall period considered was 6 months. The questionnaire was applied to some classes of two schools in Coimbra, intending to examine the pattern of demand for health care in the case of children.

After treatment and analysis of collected data we can conclude that in our sample in which about half are exempt under 13 years of age, there is a low percentage of people demanding for health care. The demand for health care occurred primarily by parents' own initiative, which may leave room to use user fees (TM) to moderate demand.

Among a set of factors potentially driving the demand for health care, waiting time assumed the greatest relevance while TM have been classified with relative importance occupying second last in the list of factors presented.

The results did not confirm that the existence of TM for children 13 years or older, affects the health care demand.

The relationship between socioeconomic status (defined by level of education and household income) and the demand for health care was not verified (in public or private services) neither in the group of exempt under 13 years of age nor in the non-exempt group by the age of 13 years or older. In the group of non-exempt, age 13 years old or more, it was found a difference of means, statistically significant, between levels of education (for parents and for mothers) in the demand for health care owed to disease situation in the last six months.

LISTA DE SIGLAS

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

ADM – Assistência na Doença aos Militares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de saúde

FMI - Fundo Monetário Internacional

HTA - hipertensão arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PNS - Plano Nacional de Saúde 2012-2016

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PTASIJ – Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil

Q - Questão

RANDHIE - RAND Health Insurance Experiment

SAD – Serviço de Assistência na Doença

SAMS – Serviços de Assistência Médico Social

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TM - Taxas Moderadoras

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valor das taxas moderadoras em 2014	20
Tabela 2 – Classificação pelos pais do estado de saúde da criança	39
Tabela 3 – Número de adultos por agregado familiar	41
Tabela 4 – Número de crianças por agregado familiar	41
Tabela 5 – Distribuição dos pais por profissão.....	42
Tabela 6 – Distribuição dos pais por grau de escolaridade.....	43
Tabela 7 – Distribuição dos pais por situação profissional.....	45
Tabela 8 – Distribuição por rendimento do agregado familiar.....	46
Tabela 9 – Distribuição por idades das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses.....	49
Tabela 10 – Distribuição por atitude tomada face à situação de doença da criança sem procura de cuidados de saúde	53
Tabela 11 – Distribuição por idade das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS.....	53
Tabela 12 – Distribuição por idade das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS ou nos serviços privados de saúde	54
Tabela 13 – Distribuição por idade das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS.....	56
Tabela 14 – Distribuição por idade das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços de saúde privados.....	58
Tabela 15 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Distância à Unidade de Saúde” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho.....	58
Tabela 16 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância do “Tempo de espera” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho	59

Tabela 17 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Dificuldade no Transporte” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho	59
Tabela 18 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Hora da ocorrência” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho	59
Tabela 19 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância das “Taxas Moderadoras” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho	59
Tabela 20 - Distribuição da atitude dos pais perante a hipótese de “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vómitos”	62
Tabela 21 - Distribuição da atitude dos pais perante a hipótese de “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vómitos” passadas 72 horas.....	63
Tabela 22 - Distribuição da amostra de acordo com o nível de rendimento familiar e a idade da criança	66
Tabela 23 - Média de vezes que procuraram cuidados de saúde nos últimos seis meses por situação de doença	66
Tabela 24 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor público	66
Tabela 25 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor privado	66
Tabela 26 - Média de vezes que procuraram cuidados de saúde nos últimos seis meses por situação de doença	67
Tabela 27 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor público	67
Tabela 28 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor privado	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos agregados familiares por subsistema de saúde	45
Gráfico 2 – Estruturas de saúde utilizadas quando o filho necessita de cuidados	47
Gráfico 3 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses	49
Gráfico 4 – Distribuição por subsistema de saúde do agregado familiar das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses	50
Gráfico 5 – Distribuição por motivo da procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses	51
Gráfico 6 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços privados de saúde	54
Gráfico 7 - Distribuição por subsistema de assistência/seguro das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços privados de saúde.....	57
Gráfico 8 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS ou nos serviços privados de saúde.....	57
Gráfico 9 – Distribuição da importância dada ao condicionamento causado pelas Taxas Moderadoras no acesso a um SU do SNS.....	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. ESPECIFICIDADES DO SETOR DA SAÚDE	5
2.2. TAXAS MODERADORAS	15
2.3. PRINCIPAIS ESTUDOS	23
2.4. SAÚDE INFANTO-JUVENIL	27
3. ESTUDO EMPÍRICO	33
3.1. METODOLOGIA	33
3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	38
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO I – Questionário	85
ANEXO II – Autorização para realização do inquérito	91
ANEXO III – Quadros de resultados estatísticos	93

1. INTRODUÇÃO

O tema da sustentabilidade dos sistemas de saúde, tem vindo a merecer uma abordagem progressivamente crescente. Paralelamente a questão do acesso e da equidade dos cuidados de saúde aos indivíduos e a necessidade imperiosa de desenvolver e pôr em prática sistemas que permitam obter os melhores resultados com os recursos disponíveis.

Neste âmbito as taxas moderadoras são um aspeto frequentemente abordado segundo várias perspetivas, mas principalmente na sua vertente social e económica. Trata-se de um assunto discutido pela sociedade em geral e também em contextos mais formais ao nível da investigação da saúde e da economia.

Podemos falar de taxas moderadoras no seu princípio básico e razão da sua génese. Tal como a própria palavra indica moderar a utilização de cuidados de saúde, ou ainda melhor otimizar os cuidados de saúde, fazendo com que o seu uso tenha um carácter racional e que os resultados produzidos sejam visíveis em termos de ganhos em saúde tendo em conta o recurso aos serviços disponíveis. Esta é no mínimo uma questão controversa, polémica e intrincada, porquanto levanta temas relacionados com a área das necessidades humanas, do valor atribuído à saúde, e de como tudo isto é influenciado por uma miríade de factores de índole individual.

O tema das taxas moderadoras faz cruzar duas áreas essenciais: a área do mercado de saúde, da sustentabilidade do sistema de saúde da otimização dos recursos, da qualidade dos cuidados mas também uma outra área de cariz mais humanitário e social da satisfação, do bem de mérito, da equidade e dos direitos do cidadão num estado social.

Se falar de taxas moderadoras é algo tão complexo e disperso, tudo assume uma dimensão de muito maior complexidade quando se aborda o tema das taxas moderadoras em idade pediátrica. Apesar de esta discussão não ser tão frequente ou mediática quanto a anterior, reveste-se de uma importância acrescida devida ao grupo etário em questão. Trata-se de um grupo vulnerável, com necessidades particulares, com enquadramento legal específico e políticas de saúde plasmadas em documentos orientadores das práticas, que preveem a sua proteção. Podemos nomear os diplomas que alargam a idade pediátrica para os 18 anos¹, o Despacho que cria a Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente² e os que definem os programas de saúde prioritários nesta faixa etária. No que diz respeito a políticas/orientações de saúde temos o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), a Carta da Criança Hospitalizada, os Direitos da Criança, a Lei de Bases da Saúde e o Programa Tipo de Intervenção Infantil e Juvenil, todos estes documentos que se dedicam especificamente a este grupo etário, que lhe conferem abordagens específicas e uma importância primordial em relação a estratégias de intervenção que levarão a ganhos em saúde ou a precários resultados no caso de serem descuradas. O estado de saúde do grupo pediátrico pode ser uma antevisão do futuro, uma vez que a promoção do estado de saúde infantil dá garantias de sustentabilidade da sociedade no futuro e do bem-estar das gerações anteriores e subsequentes. Visto de outra perspectiva comprometer o nível da saúde infantil afeta o próprio indivíduo e a sociedade que se vê privada do seu potencial económico e intelectual e deste se vir a constituir como um elemento da sociedade.

O motivo da realização deste trabalho prende-se com o investimento profissional neste grupo etário a nível da prestação de cuidados de saúde, agora conjugado com a área da gestão e economia da saúde. Pretendendo-se assim melhorar o conhecimento sobre o comportamento de procura de cuidados de saúde infantil e pediátrica e se este é influenciado pela existência de taxas moderadoras no acesso a cuidados de saúde.

¹DESPACHO n.º 9871/2010 - Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Diário da República - 2.ª série - n.º 112, 11 de Junho de 2010.

²DESPACHO n.º 21929/2009 - Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Diário da República - 2.ª série - n.º 191, 1 de Outubro de 2009.

Outra das motivações relaciona-se com a escassez de estudos sobre esta temática e neste grupo etário, como refere Pereira *et al* (1997: 22) "Praticamente não foram levados a cabo em Portugal estudos para medir o impacto da partilha de custos na procura de cuidados de saúde"³. Podendo este trabalho ser o início de um percurso neste tipo de investigação.

É objetivo deste trabalho dar resposta às seguintes questões:

- A existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade afeta a procura de cuidados de saúde?
- O impacto das taxas moderadoras em idade pediátrica difere consoante o estatuto socioeconómico?

Este trabalho estrutura-se essencialmente em duas partes principais sendo a primeira a parte conceptual e a segunda a parte empírica.

A parte conceptual destina-se a fazer o enquadramento teórico e tem como objetivo situar o leitor no assunto, fazendo uma abordagem das principais temáticas envolvidas, como sejam as especificidades do setor da saúde, as taxas moderadoras, os principais estudos existentes e as particularidades da saúde infanto-juvenil. Esta parte foi realizada com recurso a pesquisa documental em bases de dados eletrónicas, artigos científicos, obras escritas, documentos de políticas de saúde e legislação na área temática em estudo.

A parte empírica destina-se a descrever a metodologia utilizada, com uma apresentação detalhada do instrumento de colheita de dados construído para o efeito. Prossegue-se com a apresentação e discussão dos resultados encontrados no estudo.

³ Tradução livre da autora. No original "Scarcely any studies have been carried out that measure the impact of cost-sharing on the demand for care" Pereira *et al* (1997: 22)

Terminamos com as considerações finais onde fazemos uma súmula do trabalho e simultaneamente uma apreciação crítica dos principais resultados obtidos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ESPECIFICIDADES DO SETOR DA SAÚDE

A questão do financiamento dos sistemas de saúde é transversal a todos os países não obstante os seus rendimentos. Os motivos desta preocupação prendem-se com o facto das formas atualmente existentes não mobilizarem recursos suficientes para sustentar o sistema de saúde, com os níveis desejados de cuidados de saúde.

Vários factores fazem crescer a importância do financiamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Por um lado características sociodemográficas onde se insere o envelhecimento da população com aumento da esperança de vida, o conseqüente aumento das doenças crónicas, o progresso das tecnologias e do *know-how* que permitem por outro lado prestar cuidados cada vez mais diferenciados e dispendiosos (quer a nível do diagnóstico, quer a nível do tratamento) o aumento da exigência dos cidadãos e a inerente procura de cuidados de saúde de grande qualidade.

Associado ao aumento das despesas com os cuidados de saúde, a realidade da finitude e escassez dos recursos fundamenta do ponto de vista da economia esta preocupação, traz ao debate aspetos de justiça distributiva, racionalização da procura como forma de combater o risco moral, garantir a equidade entre outros.

Aos aspetos anteriormente referidos acresce a questão da recente crise económica que concorre para o acréscimo das dificuldades de sustentabilidade dos sistemas de saúde. Mais concretamente na situação portuguesa o plano de financiamento de resgate do Fundo Monetário Internacional (FMI), impõe que se

façam poupanças no setor público da saúde na ordem dos 664 milhões de euros, sendo que as transferências do governo português para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) representavam 16,1% das despesas totais previstas para 2012 (Barros, 2012a), sendo que o valor de referência para os gastos no SNS em 2012 é de 7 698 milhões de euros (tendo em conta a regularização de dívidas anteriores). De referir que esta tendência decrescente no setor da saúde se verifica desde 2010. Não obstante estas limitações e dado o carácter e importância atribuídos à saúde é mantido o foco na garantia da prestação de cuidados de saúde que respondam às necessidades das populações, de tal forma que em 2009 a Organização Mundial de Saúde reforça que a reforma dos sistemas de saúde em tempos de crise financeira deve garantir que não é afetado o acesso das pessoas a cuidados de saúde de qualidade (WHO, Regional Committee for Europe, 2009 *apud* OPSS, 2013).

Deste modo temos essencialmente duas linhas de preocupação maior: como financiar os sistemas de saúde de forma a que eles deem resposta às necessidades das populações e como garantir que se cumpram requisitos de justiça e equidade.

Sendo a economia uma ciência social que estuda a forma como a sociedade toma decisões, e embora a sociedade tome decisões coletivas acerca de o quê, como e para quem produzir, na maioria das economias modernas estas decisões são grandemente geradas pelos mercados, pela interação dos que pretendem comprar e os que pretendem vender (Parkin, 2009) logo a análise do mercado de saúde pode ser feita do ponto de vista económico através da teoria do preço (Price theory) consumidores e prestadores baseiam as decisões de comprar e vender no preço que tem que pagar ou receber.

Quando se analisa o mercado da saúde há que analisar a procura de cuidados de saúde e ter em mente que este bem tem características muito peculiares, que o tornam bastante diferente de outros bens, uma dessas características é que o bem cuidados de saúde não é um bem cuja procura aconteça por trazer prazer em si mesmo, ele pode até ser associado com sofrimento, mas é um bem que pode levar a melhores estados de saúde e pode

assim ser considerado como um meio (ainda que desagradável) de atingir um fim desejado-saúde ou estado de melhor saúde.

A saúde tem características comuns a outros bens: pode ser produzido e é desejado, as pessoas estão dispostas a pagar para melhorar esse estado e é escasso relativamente aos desejos dos indivíduos. Não existe contudo uma relação unívoca entre saúde e procura de cuidados de saúde, pois existem muito mais factores a influenciar a saúde do que apenas os cuidados de saúde. A saúde é um bem pouco tangível e não pode ser transacionado. A economia distingue ainda entre vontade de ter e procura efetiva que é a vontade de ter associada à capacidade de pagar e beneficiar dela. Em economia da saúde uma necessidade de saúde é mais que o desejo de usufruir, é a capacidade de beneficiar (Parkin, 2009) A procura em cuidados de saúde tem como base uma necessidade e não só uma vontade (Boquinhas, 2012).

O setor da saúde engloba todos os elementos de qualquer outro setor de atividade: recursos, preços, procura e oferta. Contudo os instrumentos tradicionais da análise económica têm que ser adaptados e capazes de integrar as especificidades do setor da saúde ao nível dos agentes, dos bens e dos serviços transacionados. As especificidades anteriormente referidas são essencialmente: a incerteza, a assimetria de informação, a relação de agência e a existência de externalidades no consumo de cuidados de saúde.

A Incerteza, uma das características do setor da saúde, quer por parte da oferta quer por parte da procura. Esta incerteza existe quer quanto ao momento quer quanto ao custo necessário para repor o estado de saúde. Os consumidores desconhecem qual será o seu estado de saúde e a necessidade de cuidados de saúde no futuro, o mesmo acontecendo do lado da oferta. Os consumidores desconhecem os resultados esperados de vários tratamentos se não tiverem o apoio do profissional de saúde, ainda assim o profissional de saúde na maioria das vezes também não consegue antever com precisão o resultado dos tratamentos Esta incerteza pode ser por vezes devida à falta de informação e este cenário é válido quer para o doente quer para o profissional de saúde. Estamos então perante um cenário de assimetria de

informação⁴, o que gera um problema e cria o fenómeno da relação de agência⁵ entre o profissional e o doente, ou seja o mesmo que fornece a informação fornece o serviço o que pode levar ao conflito de interesses.

O princípio da racionalidade do agente de decisão também não se verifica no mercado da saúde, dado que por deficiência de informação/conhecimento o agente neste caso concreto não se pode considerar o mais habilitado para fazer escolhas que melhor sirvam os seus interesses.

Vários autores defendem que os cuidados de saúde são substancialmente diferentes de outros bens porque o consumidor não é sensível ao preço. A procura é baseada na necessidade, e ainda que o doente deixa a decisão dos cuidados inteira e exclusivamente do lado do profissional de saúde, sendo que as preocupações destes últimos assentam predominantemente nas necessidades e não no que o doente terá que pagar.

A análise do ponto de vista económico é essencial para a compreensão do tema acesso e procura de cuidados de saúde e setor da saúde. De destacar que o mercado da saúde se trata de um mercado imperfeito (dadas as especificidades do setor da saúde atrás enumeradas) e que o bem saúde é distinto daquilo que efetivamente gera despesa, ou seja cuidados de saúde. Os cuidados de saúde são apenas um meio de atingir o fim saúde. Os cuidados de saúde só por si são um bem cujo consumo gera despesa e dispêndio de recursos mas que não gera utilidade ao contrário de outros bens e serviços. Existe portanto um desajustamento entre o que é procurado e o que se recebe. Apesar de tudo estes mesmos cuidados de saúde são um bem económico pois encontram-se sujeitos às leis da oferta e da procura.

Decorrente da incerteza no setor da saúde há lugar a comportamentos de aversão ao risco que podem ser combatidos com a criação de mecanismos de

⁴ “situação em que uma das partes tem mais informação relevante para o valor dessa relação que a outra” (Barros, 2009).

⁵ “delegação de decisões por parte de um agente económico num outro agente económico que possui mais informação” (Barros, 2009).

transferência de risco para terceiros e assim temos os seguros de saúde que permitem uma diminuição do preço a pagar pelos cuidados de saúde no momento do consumo.

Esta diminuição do preço pode contudo levar a alteração de comportamentos de consumo com aumento da procura (Barros, 2001), temos então o fenómeno denominado Risco Moral (quando uma das partes de uma relação económica toma uma decisão depois de assinado um contrato que afeta o valor económico desse contrato e que não é observável de forma que permita a sua inclusão no contrato (Barros, 2009).

O risco moral consubstancia formas de consumo ineficiente. O fenómeno do risco moral tem lugar porque o objeto seguro não está completamente fora do controlo do indivíduo segurado (Arrow, 1963).

Dadas as particularidades do bem cuidados de saúde podemos também referir que a questão do risco moral não é uma ameaça real pois segundo Arrow (1963) este efeito é limitado pela influência do profissional de saúde que determina grande parte do consumo de cuidados de saúde. Para além da dificuldade em identificar claramente o que é consumo excessivo, frívolo ou ineficiente (Thomson et al.; 2010). Existe também a possibilidade do doente entender que a sua situação é grave porque não possui informação completa, fazendo com que consuma cuidados de saúde sem o rótulo de risco moral mas ainda assim com uma dose de ineficiência. Esta situação pode ser observada no relato que em Portugal 40% das consultas de urgência poderiam ter sido resolvidas pelos cuidados de saúde primários (Barros, 2012a).

A primeira grande ajuda para compreender estas questões surge do RAND Health Insurance Experiment (RANDHIE) que na década de 70 estudou o comportamento dos doentes e os resultados de saúde resultantes de diferentes planos de assistência médica, com taxas de co-seguro a variar entre zero e 95% com nível máximo de despesa acima do qual há benefício de seguro completo A resposta foi inequívoca, a parte económica conta e influencia o comportamento dos indivíduos no que diz respeito aos cuidados de saúde. Ou seja, os resultados do estudo foram similares à curva da procura, que mostra que as pessoas consomem mais cuidados à medida que estes têm menores custos associados, em contrapartida os que tem que

suportar custos mais elevados consomem menos cuidados. Este estudo conclui que a procura de cuidados médicos responde ao preço, e estimou a elasticidade em valores entre - 0,1 e - 0,2 (Manning et al, 1987). Contudo estas conclusões não são um achado que nos possa tranquilizar e pensar que foi encontrada a solução para a ineficiência, pois coloca-se a questão de qual o tipo de consumo que é afetado pelos pagamentos e fica a dúvida se esta diminuição da procura se verifica apenas ao nível dos cuidados ineficientes induzidos pelo risco moral. Este estudo parece ter concluído que a redução da procura devido à partilha de custos afeta quer os cuidados essenciais quer os cuidados frívolos (RAND, 2006). Até hoje ainda não é claro qual a quantidade de cuidados essenciais e cuidados frívolos que é afetada quando a partilha de custos tem lugar (Glied, 2011). O RANDHIE concluiu porém que valores mais elevados de partilha de custos e conseqüentemente menor consumo de cuidados não implica piores estados de saúde (RAND, 1984) verificando-se igualmente este achado nas crianças (RAND, 1985).

Outra das conclusões do RANDHIE é que a redução da utilização dos serviços resulta principalmente da decisão dos utentes não procurarem cuidados de saúde, uma vez que após iniciado o processo ou seja após iniciada a entrada no sistema de saúde a partilha de custos afeta de uma forma modesta a intensidade e custo de cada episódio de cuidados.

Por se tratar de um mercado imperfeito, a análise do ponto de vista puramente económico ou seja com recurso ao modelo tradicional em que a análise do consumo de cuidados de saúde é idêntica à de outros bens económicos, ou seja em função do preço, rendimento, gostos e como tal sujeita às leis gerais da procura, pode motivar algumas incorreções e como tal surgem abordagens subsidiárias que tentam colmatar as falhas deixadas pela análise económica tradicional. Uma destas abordagens é feita através do Modelo de Grossman (Grossman, 1972).

Segundo Grossman (1972) a procura de saúde e de cuidados de saúde são resultado de um processo de escolha individual. Neste processo de escolha o indivíduo está condicionado pelo seu rendimento disponível e pelos preços dos

bens mas também pela idade, estado de saúde, nível de educação e estatuto socioeconómico. Desta forma todos os anteriores influenciam a função de produção de capital de saúde. Este modelo introduz a análise do comportamento individual e o conceito de saúde como um *stock*. Usa a teoria do capital humano para explicar a procura de cuidados de saúde, nesta teoria os indivíduos investem em si mesmo através de educação, formação e saúde para aumentar o seu rendimento.

Barros (2009) considera que a abordagem de Grossman introduz elementos inovadores como sejam o conceito de saúde como um *stock*, análogo ao capital humano e a saúde como um processo de produção conjunta.

Os desvios relativamente as abordagens tradicionais prendem -se com as características peculiares do bem cuidados de saúde (Pruckner, 2010):

- As pessoas querem saúde e para a obterem procuram cuidados de saúde.
- A saúde não é um bem transacionável diretamente nos mercados, ele é produzido com recurso a combinação de tempo, com cuidados de saúde (entendidos de uma forma abrangente).
- A saúde é um capital que não se deprecia de uma forma instantânea. A taxa de depreciação do *stock* de saúde difere de indivíduo para indivíduo.
- A saúde pode ser considerada como um bem de investimento e simultaneamente como um bem de consumo. Enquanto bem de consumo a saúde faz aumentar o bem-estar do indivíduo, enquanto investimento aumenta o número de dias saudáveis que permitem trabalhar e aumentar o rendimento.

Uma das características importantes do setor da saúde é a procura de cuidados de saúde ser uma procura derivada, dependendo de entre outras coisas do estado de saúde inicial. Dito de outra forma as preferências individuais sobre o consumo de cuidados dependem da ocorrência, ou não de episódios de doença. (Barros, 2001).

Cuidados de saúde são um bem normal ou seja mais rendimento induz um acréscimo de consumo (Barros, 2001) e como tal é necessário conceber mecanismos que moderem esse consumo, nomeadamente as taxas de utilização enquanto forma de pagamento no ato de consumo.

A taxa de utilização é um preço monetário cobrado pela utilização de um serviço, de notar que a natureza monetária do preço pode ser uma barreira em si mesma. Neste contexto segue a lei geral da procura, quanto mais baixa a taxa mais alta a procura por parte do consumidor. Se os serviços públicos baixarem o custo a pagar pelo consumidor as opções alternativas tornam-se relativamente menos apelativas para as pessoas com necessidades de saúde, a isto os economistas dão o nome de efeito de substituição (Meessen, 2009) Mantendo tudo resto constante a remoção de taxas de utilização aumentará a procura de serviços públicos e a sua utilização se os prestadores de cuidados tiverem recursos suficientes para garantir esta resposta. (Meessen, 2009) Menores pagamentos por parte dos utentes no serviço público, fazem com o serviço privado tenha uma menor procura levando a que muitos prestadores saiam do mercado. Se o serviço público não for suficiente para dar resposta às necessidades de cuidados, havendo necessidade de recorrer a serviços privados a menor oferta dará hipóteses de preços mais elevados praticados pelos prestadores privados com os efeitos negativos para o serviço público em termos de custos.

Existem outros custos associados à procura de cuidados que não os de natureza monetária. O Custo oportunidade, por exemplo o tempo despendido na procura (Barros, 2001). O custo de oportunidade corresponde ao trabalho que o indivíduo não produziu por ter despendido esse tempo na procura de cuidados de saúde, esse custo de oportunidade pode ser suportado pelo trabalhador se o empregador descontar no ordenado ou pelo empregador se este pagar ao trabalhador independentemente da realização efetiva do trabalho. No caso de o trabalhador compensar o tempo de trabalho perdido num outro dia existe igualmente um custo de oportunidade que neste caso corresponde ao tempo subtraído ao seu tempo de lazer para pagar a dívida resultante da procura de

cuidados de saúde (Barros, 2001). Custos financeiros e custos de oportunidade são formas distintas de pensar em custos.

Nesta temática do setor da saúde considerou-se importante abordar alguns aspetos como sejam a equidade e o acesso a cuidados de saúde.

A equidade é um importantíssimo critério a ter em conta na alocação de recursos, e tem uma importância acrescida no mercado de saúde porque se verifica que os indivíduos atribuem mais importância a equidade na saúde e cuidados de saúde do que a muitos outros bens e serviços (Parkin, 2009). No contexto dos cuidados de saúde equidade significa justiça na distribuição de saúde e cuidados de saúde pelas pessoas e no financiamento desses mesmos serviços. Este conceito de equidade não é universal, ele depende da perspetiva adotada (mais liberalista ou mais utilitarista). Do ponto de vista da economia não há preferência por nenhuma perspetiva de análise, essa é uma questão normativa baseada em julgamentos de valores individuais ou coletivos.

Na análise económica os dois tipos de equidade mais considerados são a equidade horizontal e a equidade vertical, sendo que a primeira se refere a igual tratamento para iguais e a segunda a desigual tratamento para desiguais. É necessário definir o que se pretende em termos de equidade, pelo que se devem considerar três áreas nesta análise: financiamento dos cuidados de saúde, distribuição dos cuidados de saúde e distribuição da saúde (Parkin, 2009).

A análise da equidade no financiamento concentra-se sobretudo na equidade vertical, a questão é se os cuidados de saúde são financiados de acordo com a capacidade de pagar de cada um, o que está incluído no sistema de financiamento progressivo, que prevê que a proporção do rendimento que é utilizada para pagar cuidados de saúde aumente à medida que o rendimento também aumenta. A equidade horizontal no ponto de vista do financiamento considera se as pessoas que tem o mesmo rendimento e logo a mesma capacidade para pagar fazem pagamentos iguais.

No lado da distribuição a equidade horizontal examina basicamente se as pessoas com igual necessidade de cuidados de saúde podem ou não fazer a mesma utilização dos serviços de saúde. Existe neste campo uma grande dificuldade em definir o que são necessidades iguais e como elas se podem efetivamente medir. Como refere McGuire *et al.* (1988) o valor que cada indivíduo atribui a sua saúde é diferente ainda que a situação pareça idêntica.

O campo da equidade na distribuição de saúde é quase sempre expresso em termos de desigualdades na saúde. As desigualdades na saúde em particular aquelas que demonstram que os níveis de saúde variam sistematicamente e inversamente com o *status* socioeconómico, são sempre um ponto importante nas políticas de saúde, e pode mesmo defender-se que este facto é a única e real preocupação em termos de equidade, uma vez que a preocupação com a equidade nos cuidados de saúde deriva fundamentalmente de uma preocupação com a distribuição de saúde. Neste campo é reconhecido que a economia tem pouco a dizer se comparado com a contribuição de outras disciplinas (Parkin, 2009).

A questão do acesso a cuidados de saúde é outro dos pontos importantes nesta temática. As principais características do acesso à saúde são atualmente resumidas nas dimensões (Mooney, 2007):

- ✓ Disponibilidade - que engloba a relação geográfica, entre os serviços de saúde e o indivíduo. A esta dimensão estão associados indicadores como o tipo de serviço utilizado, o local da prestação de cuidados e o propósito dos cuidados.
- ✓ Aceitabilidade - que se refere à natureza dos serviços prestados e percepção que os indivíduos têm desses serviços. Os respetivos indicadores são crenças e atitudes relativas à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o tema saúde, entre outros.
- ✓ Capacidade de pagamento - ou seja a relação entre o custo de utilização dos serviços e a capacidade de pagamento por parte dos indivíduos. Exemplos de indicadores associados são rendimento,

cobertura por seguro de saúde e custos (diretos e indiretos) com a saúde.

- ✓ Informação - que se refere ao grau de assimetria entre o conhecimento do utente e do profissional de saúde. Os indicadores associados a esta dimensão são nível de escolaridade e o conhecimento e fontes de informação.

2.2. TAXAS MODERADORAS

Taxa moderadora é parte do custo total de uma prestação de saúde paga pelo utente com a finalidade de moderar a procura e o abuso de consumo. É receita dos hospitais e centros de saúde, não sendo, no entanto, considerada como fazendo parte do financiamento do sistema. (Boquinhas, 2012: 139)

As Taxas Moderadoras (TM) são um tipo de copagamento definido por Pereira (1993) como uma parte proporcional ou fixa do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente.

Barros (2009) define taxa moderadora como um pagamento realizado pelo utilizador no momento do consumo, em Barros(2012a) introduz o conceito de moderação.

Segundo Barros (2013) quando o utente já fez a sua contribuição para o mecanismo de proteção na doença, no caso português através dos impostos que vão financiar o SNS, ele entende ter direito a tudo e deseja tudo que possa contribuir para a melhoria de seu estado de saúde, podendo assim assistir-se a uma maior utilização de cuidados de saúde do que seria adequado tendo em conta a relação de custo-benefício ou seja, uma utilização excessiva significa que o custo marginal dos cuidados de saúde é superior ao benefício marginal decorrente dos mesmos. Assim o sistema de proteção da saúde tem inerentes

repercussões sobre os comportamentos do indivíduo que o podem levar a aumentar o consumo de cuidados de saúde e consequentemente a despesa. Na tentativa de minimizar este efeito podem criar-se mecanismos de pagamento no ato de consumo. Este pagamento no momento de utilização faz com que a decisão de procurar cuidados tenha em linha de conta os custos associados e não só os benefícios pelo que o consumidor tende a moderar a procura o que leva a uma redução da utilização desnecessária de cuidados (Barros, 2013).

Um aspeto a ter em linha de conta nesta abordagem e que não pode ser deixado de parte, é a possibilidade da indução da procura por parte dos prestadores de cuidados, dada a existência da grande assimetria de informação entre as partes. Sendo possível que o comportamento do profissional de saúde seja determinante no consumo de cuidados de diversa natureza, assim sendo a TM podem “moderar” a procura que acontece por iniciativa do utente e que pode efetivamente ser excessiva ou inadequada mas não o fazem no caso da procura induzida.

O objetivo major da introdução de TM é a redução do desperdício, visando racionalizar a utilização ou seja pretende ser uma forma de garantir que os recursos são utilizados de uma forma racional e que os benefícios decorrentes da utilização superam os custos associados a essa utilização ou a esse consumo de recursos. Pretende-se assim que o cidadão pondere a utilização de um serviço com base no custo benefício numa perspetiva da sociedade. Contudo não se pode esquecer que se trata de algo muito subjetivo pois cada indivíduo percebe o seu estado de saúde de uma forma única, dois estados de saúde idênticos ou dois indivíduos com a mesma doença valorizam diferentemente o seu estado de saúde.

As TM, enquanto pagamento no local de consumo, foram introduzidas com o intuito de combater três aspetos no serviço de saúde: melhorar a eficiência, moderando a procura, promover a contenção de custos, e mobilizar mais fundos para os cuidados de saúde (Litvak, 2010).

Esta linha de pensamento leva-nos contudo a questionar se a existência de TM não limita o acesso aos Serviços de uma forma global, e se essa limitação não afeta predominantemente os mais pobres e desprotegidos. Barros (2009) indica a existência de uma relação entre menores rendimentos e pior estado de saúde, e assim, serão os indivíduos detentores de menores rendimentos que irão pagar com uma maior frequência a taxa moderadora, dada a sua maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde. Por as TM terem um valor idêntico para todos os grupos de rendimentos, estando contudo consagradas em lei as isenções de pagamento, podemos dizer com algum grau de certeza que elas terão um efeito diverso sobre a moderação da procura de cuidados de saúde nos diferentes grupos socioeconómicos. Sendo uma taxa de valor fixo, independente do rendimento e condição social, não sugere que o seu propósito de racionalização da procura decorrente da diminuição da utilização excessiva seja conseguido, uma vez que este valor fixo terá certamente um impacto diferente em indivíduos com diferentes rendimentos e como tal a pressão exercida na decisão de consumo será diferente nas situações de rendimentos menores e maiores. Este efeito poderia ser esbatido se os mais carenciados, ainda que não isentos, pagassem um valor menor de acordo com a sua capacidade financeira (ERS,2013). Esta estratégia tem contudo associadas questões de implementação difíceis de ultrapassar, o que pode estar na base da sua não adoção.

Se aceitarmos o pressuposto que a gratuitidade diminui o valor atribuído ao bem e promove o seu consumo para além do necessário podemos até aceitar que pode existir utilização excessiva por parte dos indivíduos isentos⁶ e que este grupo se encontra excluído de qualquer mecanismo de moderação.

Os economistas acreditam que os recursos são escassos e finitos ao contrário dos desejos, logo qualquer sociedade necessita de mecanismos de racionalização da procura de cuidados de saúde, idealmente mecanismos que favoreçam a utilização destes recursos escassos, de acordo com os objetivos partilhados pela sociedade em questão. A consequência da remoção das taxas de

⁶ Dados de 2012 são 7 271 080 indivíduos de uma população de 10 487 289) (Barros, 2012a). Após a revisão das isenções e dispensas de pagamento, introduzidas pelo Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, o número de isentos desce para 4 550 656 (ERS, 2013).

utilização é que o mecanismo de racionalização terá que ocorrer de outras formas por exemplo se os recursos humanos forem deficitários haverá utentes que não recebem os cuidados, se o orçamento para os medicamentos for diminuto, alguns utentes terão falta destes medicamentos. A questão que se coloca é saber se o novo mecanismo de racionalização é ou não mais equitativo que o anterior. As taxas impostas são um mecanismo chave para a fixação de prioridades por parte do governo, assim existirão serviços financiados pelo governo e serviços financiados pelos utilizadores, o que é defendido pelos economistas é que os primeiros incluam as intervenções mais custo efetivas de acordo com as prioridades definidas pelo governo, incluindo as intervenções que geram benefícios que ultrapassam o consumidor direto dos mesmos, atividades designadas com externalidades positivas (Meessen, 2009). Um aspeto a ter em conta na aplicação de taxas de utilização é os custos de transação inerentes a esta implementação, o que muitas vezes é dito ter efeitos de custos superiores aos benefícios gerados.

As TM constituem-se como uma arma contra o risco moral, pois elas são uma forma de partilha de pagamento no ato do consumo (Barr, 2004) perante esta situação o indivíduo compara o benefício retirado do tratamento com o valor a pagar, em vez de procurar o cuidado exclusivamente como um benefício. O resultado desta comparação e da verificação do valor obtido pode fazer reduzir o consumo dos cuidados.

Um aspeto primordial a atentar quando se aborda o tema da partilha de custos, neste caso mais concretamente, as TM, é se esta estratégia tem um impacto na equidade ao invés de ter um impacto positivo no aumento da eficiência (Barr, 2004). Nos sistemas financiados por impostos o objetivo da equidade justifica a criação de isenções para os mais desfavorecidos (Glied, 2011) este aspeto foi efetivamente tido em conta no caso de Portugal. Outro aspeto a atentar é o despiste da situação de diminuição do consumo de cuidados poder ter consequências sociais adicionais já que os cuidados médicos dão origem a externalidades positivas (Greter, 1997; Glied, 2011) uma vez que o tratamento de algumas doenças tem características de bens públicos.

Em Portugal a história das TM inicia-se no final da década de 70, com a criação do SNS⁷ que prevê a existência de TM. Posteriormente vai surgindo legislação mantendo a possibilidade de TM, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de agosto) até que em 1992 estas são efetivamente instituídas com o Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de Abril, que estabelece as TM a pagar pelos utentes do SNS pelo acesso a meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, prestação de cuidados de saúde nas consultas e nos serviços de urgência hospitalares e dos centros de saúde. Neste documento é afirmado que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirá uma receita do SNS, receita esta que irá contribuir para o aumento da eficiência e da qualidade para todos mas principalmente para os mais desfavorecidos. Neste diploma é sublinhado o princípio da justiça social que determina que as pessoas detentoras de maiores rendimentos e com melhor estado de saúde paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que beneficiam, para que os mais carenciados nada tenham que pagar. Este decreto define ainda as situações de isenção.

Neste quadro de moderação da procura há uma inversão de intenção quando em 2006 é decretado a existência de TM nas situações de internamento e atos cirúrgicos em regime de ambulatório. Estas taxas não teriam obviamente nenhum papel de moderação da procura já que não tem na sua base a escolha do utente mas sim a decisão dos profissionais de saúde. Em 2009 estas TM são revogadas pelo Decreto-Lei n.º 322/2009, de 14 de Dezembro.

Através do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, é renovada a legislação existente sobre TM, sendo revogada a legislação de 1992 e de 1995. Mais uma vez é referido que as TM, têm com objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Serviço Nacional de Saúde.

O novo regime de TM previsto no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei 128/2012, de 21 de Junho,

⁷ (Lei 56/79, Diário da República, 214/79 SÉRIE I, 15 de setembro)

entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2012. De acordo com este diploma o valor das TM em Portugal é atualizado anual e automaticamente de acordo com o valor da taxa de inflação. Para o ano corrente apresentam-se os valores de algumas taxas moderadoras (Tabela 1).

Tabela 1 - Valor das taxas moderadoras em 2014

Designação	TM
Consulta de medicina geral e familiar	5,00 €
Consulta de especialidade	7,75 €
Serviço de Urgência Polivalente ^(a)	20,65 €
Serviço de Urgência Médico-cirúrgica ^(a)	18,05 €
Serviço de Atendimento Permanente (SAP)	10,35 €
^(a) Acrescem as taxas moderadoras de MCDT realizados no decurso do atendimento até um máximo de 50,00 €.	

Fonte: ACSS, Circular Normativa, n.º 7/2014/CD de 14 de Janeiro de 2014

Uma das medidas propostas no memorando do FMI em 2011 foi a atualização das TM nos hospitais e cuidados de saúde primários. As TM em Portugal geram receitas de 1% do financiamento total do SNS, cerca de 100 milhões de euros em 2010 (Barros, 2012b), a percentagem de financiamento do SNS pela receita das TM vai de 0,74% em 2010 a 1,69% em 2012 (ERS, 2013), contudo sempre foi defendido pelos governos e plasmado na legislação que as TM em Portugal não têm um papel primordial de financiamento do SNS, uma vez que este é maioritariamente feito através dos impostos. Estas taxas têm como principal objetivo a moderação da procura.

As TM se vistas com um meio de financiamento deve ser tido em consideração o aspeto dos custos envolvidos com a sua implementação e administração que não são negligenciáveis (Glied, 2011) Apesar das perspectivas de receita serem anunciadas na ordem dos 10-20% esta ordem de grandeza não tem sido atingida (Sepehri, 2001).

Argumentos a favor das TM são entre outros a recuperação do custo, gerando receita que pode servir para aumentar a qualidade dos serviços, melhoria da equidade no acesso aos serviços de saúde (se existir um sistema de isenção que permita aos mais desfavorecidos utilizar os serviços de saúde ou um sistema que defina valores de taxa de acordo com a capacidade financeira dos

utilizadores) e melhoria da eficiência, ao desmotivar o consumo desnecessário e reduzir o risco moral do lado do consumo (Litvak, 2010). A ideia dominante das TM é que atribuir um preço a um serviço acrescenta valor a esse serviço e promove a reflexão do indivíduo sobre o consumo.

Argumentos contra TM incluem o aumentar a armadilha da pobreza, pois tendem a diminuir a taxa de utilização dos serviços sobretudo por parte dos mais desfavorecidos não contribuir para a qualidade de cuidados e podem até fazer com que os serviços públicos sejam taxados a um valor superior ao cobrado pelos prestadores privados (Litvak, 2010). Por exemplo em Portugal, pode ser mais dispendioso pagar taxa moderadora do que o valor cobrado no regime privado convencionado.

Estudos existentes sobre remoção das TM são sobretudo relativos a países subdesenvolvidos, e com grandes níveis de pobreza. Estas situações extremas mostram que a utilização dos cuidados diminuiu de uma forma drástica levando a uma onda de sérias condições deterioradas de saúde acompanhada de uma elevação da mortalidade infantil, isto porque em condições extremas os indivíduos não têm capacidade de partilhar os custos associados aos cuidados de saúde.

As taxas de utilização podem ser retidas pelo prestador ou devolvidas ao Estado. Se forem apropriadas pelo prestador podem ajudar a cobrir as despesas e podem representar uma contribuição major para a entidade prestadora, e são no num momento imediato ao contrário do orçamento de estado que por vezes tarda sobretudo em casos de estrangimentos económicos. Por outro lado os gestores da unidade prestadora têm geralmente poder discricionário sobre a utilização desta receita (Meessen, 2009).

Se em tempos idos se defendia acerrimamente a cobertura universal, atualmente constata-se que essa cobertura não é exequível, quer pelo panorama mundial de recessão quer pelo aumento crescente dos gastos em saúde.

Os problemas fundamentais interligados que limitam a cobertura universal são (OMS, 2011):

- Disponibilidade de recursos
- Dependência excessiva de pagamentos diretos no momento de utilização
- Uso ineficiente e desigual de recursos

Seria então necessário aumentar a angariação financeira e diminuir a dependência de pagamentos diretos e simultaneamente melhorara equidade e eficiência.

Na cobrança de taxa moderadora todos pagam o mesmo independentemente do seu estatuto económico e do seu estado de saúde ou necessidade de cuidados de saúde. O caminho para reduzir a dependência dos pagamentos diretos é o encorajamento pelos governos de abordagens de partilha de riscos e pré-pagamentos ou seja a distribuição dos custos ao longo da vida. Contribuir enquanto se é jovem e saudável para usufruir em eventuais episódios de doença mais tarde na vida. Esta ideia é explicitada no Relatório da Primavera – 2012 (OPSS, 2012) quando enumera as 3 características de um seguro público de saúde para todos: Solidariedade; Previdência (pré-pagamento: pagar quando se é jovem, robusto e são e receber quando idoso, frágil e doente) e Universalismo (OPSS, 2012).

Mesmo eliminando as barreiras financeiras implícitas nos pagamentos diretos não é garantida a cobertura universal pois existem ainda custos associados com transporte, rendimento perdido e se os serviços não estiverem acessíveis o indivíduo não os pode utilizar ainda que sejam gratuitos.

Pode ainda colocar-se a questão se é eticamente correto dissuadir o indivíduo de consumir cuidados de saúde.

As TM podem ser consideradas um segundo pagamento em sistemas de saúde, como o português que são financiados pelos impostos dos cidadãos, ou até mesmo um terceiro pagamento no caso dos indivíduos que possuem seguros sociais de saúde onde os indivíduos fazem contribuições monetárias obrigatórias,

de acordo com os rendimentos auferidos, como seja o caso da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE),

Na discussão ampla das TM existem argumentos contra e a favor das mesmas. Um dos argumentos mais fortes contra este tipo de contribuição financeira é que elas são regressivas e como tal poderão não permitir a todos os grupos económicos igualdade de utilização pois os mais pobres serão mais sensíveis ao preço do que os mais ricos.

Nos serviços em que a iniciativa de utilização do serviço é do utente a existência de taxa moderadora é justificada por motivos de eficiência, assim se justifica a diferença do valor monetário a pagar pelo utente numa Urgência hospitalar e nos cuidados de saúde primários, sendo que o preço substancialmente mais elevado da urgência hospital tenta dissuadir o utente de usar este recurso em primeira linha. Existe aqui uma justificação deste pagamento para aumentar a eficiência dos recursos disponíveis.

Tendo a taxa moderadora o único objetivo de servir de factor orientador da procura de cuidados de saúde e a diminuição do desperdício por procura inapropriada, embora não seja considerada como financiamento do SNS português ela gera receita para o mesmo (Boquinhas, 2012).

2.3. PRINCIPAIS ESTUDOS

Em Portugal iremos ter em linha de conta os estudos que abordam temas dentro da área tratada neste trabalho:

- ✓ *“Impacto das TM na utilização de serviços de saúde”* (Barros et al., 2013) este estudo inclui indivíduos com idade superior a 15 anos, conclui que as taxas moderadoras não foram um facto inibidor de

recurso aos serviços de saúde, pois apenas uma percentagem inferior a 1% encara as TM em situação de doença como barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde.

- ✓ *“Caracterização do acesso dos utentes a cuidados de saúde Infantil e juvenil e de pediatria”* (ERS, 2011), que revelou não terem sido encontradas barreiras significativas ao acesso a cuidados de saúde infantil e pediátrica. Verificou a evidência de um ajustamento global entre a utilização e procura potencial das consultas de saúde infantil. Neste estudo é referido que a análise das dimensões não espaciais (esforço financeiro, adequabilidade e aceitabilidade) foi levada a cabo em estabelecimentos não públicos dada a isenção existente nos hospitais do SNS para crianças com menos de 13 anos de idade. Este estudo utiliza para efeitos de caracterização demográfica informação sobre o número de habitantes com idade até aos 14 anos de idade.
- ✓ *“How demand for medical care responds to user charges A quasi experimente for Portugal”* (Canedo, 2012), não visando exclusivamente o grupo pediátrico analisa o que acontece até aos 12 anos de idade e aos 13 anos, viragem entre isenção e não isenção de TM por idade (também a partir dos 65 anos, em que até 2011 existiu uma redução de 50% das TM). Este estudo conclui que para as crianças, a procura de Cuidados de saúde no Serviço de Urgência e nas consultas de especialidade não responde ao preço. Concluindo-se que as TM não têm impacto na decisão de utilização dos Serviços de Urgência, para crianças com idade próxima dos 13 anos, não tendo sido constatada descontinuidade na idade de 13 anos quando começam a pagar TM. No caso das consultas de clinica geral nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Existe uma nítida descontinuidade na idade dos 13 anos, na qual as crianças deixam de ser isentas.
- ✓ *“Taxas Moderadoras e a racionalização da procura de cuidados de saúde”* (Abreu, 2012), este estudo inclui 102 indivíduos de

diferentes idades, género e estrato social. Concluiu que existe relação entre escolaridade e racionalidade na procura de cuidados de saúde, nesta amostra não se verificou recurso à utilização regular de cuidados de saúde (72,5% não necessitou regularmente de CS). A maioria dos inquiridos está informada dos valores vigentes das TM. Uma percentagem de 35,3% não concordam com a existência de TM, tendo-se verificado que a concordância com as TM diminui com o aumento do agregado familiar, contudo 89% dos inquiridos não deixam de ir a uma consulta devido ao aumento das taxas moderadoras. Foi observado que a concordância com as TM aumenta com o aumento das habilitações literárias.

Dado que nenhum destes estudos é dirigido ao grupo etário 6-18 anos, embora o Estudo da ERS envolva crianças até aos 14 anos de idade, e a Tese de Canedo (2012) estude o ponto de viragem da isenção em idade pediátrica (12-13 anos) impõe-se fazer uma análise relativa.

A nível Internacional os estudos existentes encontrados são sobre os efeitos da remoção das TM sobretudo em países subdesenvolvidos, embora alguns incluam a idade pediátrica, dado a realidade socioeconómica e o sistema de saúde em causa serem substancialmente diferentes, bem como o objeto de estudo, optámos por não os incluir. *"The effect of cost sharing on the use of medical services by children"* (RAND, 1985), foi o único encontrado versando a temática no grupo pediátrico, pois através da utilização de dados obtidos durante o RANDHIE, estudou a forma como a partilha de custos na utilização de cuidados de saúde afeta a procura de cuidados de saúde por crianças de idade inferior a 14 anos. Foram incluídas 1136 crianças cujas famílias participaram no RANDHIE. Os resultados obtidos indicaram que a utilização *per capita* dos serviços médicos foi um terço superior no grupo das crianças cujas famílias beneficiavam de um plano de cobertura total, relativamente ao grupo cujas famílias tinham um plano de cobertura que os obrigava ao pagamento de 95% das despesas médicas. Os resultados indicaram também que a utilização de serviços em regime de ambulatório diminuiu à medida que a partilha de custos aumentou,

nomeadamente a probabilidade de consulta médica anual, despesas anuais totais, número de consultas anuais. Quando iam a uma consulta, as crianças do plano de copagamento de 95% tinham menor probabilidade de consultar um pediatra (em oposição a um clínico geral) do que as crianças cujas famílias tinham taxas de copagamento mais baixas. Mostrou que no grupo pediátrico a procura de cuidados de saúde reage mais ao preço do que no grupo dos adultos por duas razões principais: primeiro a incidência de doenças crónicas é inferior nas crianças. Muitas das doenças na criança são agudas e autolimitadas e a procura de cuidados para estas situações tem tendência a depender mais da partilha de custos do que no caso da procura de cuidados para o tratamento de doenças que não se resolverão por si próprias. Em segundo lugar muitos dos cuidados de saúde à criança têm carácter preventivo, e nesta situação os pais têm tendência a vê-los como mais discricionários do que o tratamento de uma doença. Por outro lado quando os pais se encontram numa situação de partilha de custos eles têm tendência a estar menos disponíveis para reduzir o nível de cuidados de saúde dos seus filhos do que o seu próprio. Comportamento este que é reforçado por questões sociais e de regulamentação como por exemplo a exigência das imunizações e a vigilância de saúde na idade escolar (Manning *et al.*, 1987).

Os episódios de cuidados de prevenção mostraram responder à partilha de custos de modo similar aos episódios de cuidados em situação de doença aguda ou crónica.

Em conclusão, os resultados deste estudo mostraram que a redução da partilha de custos nos cuidados de saúde pediátricos conduziu a um aumento substancial na utilização de cuidados em ambulatório. A redução da taxa de copagamento nas despesas hospitalares resultou num pequeno impacto nos custos totais dos cuidados médicos. A cobertura total dos serviços de promoção da saúde acrescentará apenas 5 a 10% às despesas de cuidados.

2.4. SAÚDE INFANTO-JUVENIL

A Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 Novembro 1989 foi ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. A criança é definida no artigo 1º da Convenção como “todo o ser humano com menos de 18 anos de idade, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo”. De acordo com o artigo 24º da Convenção “a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível a ser assegurado pelo estado”.

Apenas 20 anos depois, em 11 de Junho de 2010 foi publicado em Diário da República o Despacho n.º 9871/2010, do gabinete da Ministra da saúde, visando assegurar a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o SNS a todos os utentes até aos 18 anos.

O conceito de Saúde Infantil é um conceito vasto e que tem sido alvo de alterações muito frequentes. Podemos falar de saúde infantil, saúde juvenil, saúde infanto-juvenil, saúde materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva. Todos os anteriores conceitos estão dotados de características substancialmente diferentes, intervenções específicas, mas necessitando de uma abordagem concertada e dando um contributo simultâneo para resultados em saúde. Decorrendo desta constatação a necessidade de intervenção em cada nível que será determinante para a sociedade como um todo. Uma geração futura mais saudável e conseqüentemente mais produtiva dará maior garantia de proteção das gerações anteriores e da sustentabilidade do sistema em geral e do sistema de saúde em particular.

As especificidades desta faixa etária são inegáveis e são visíveis em várias situações, nomeadamente em estudos levados a cabo, como por exemplo o já anteriormente referido RANDHIE (1985) que mostrou que no grupo pediátrico a procura de cuidados de saúde tem diferenças relevantes quando comparada com a procura na população adulta.

A relação entre estado de saúde ou nível de saúde e resultados económicos tem lugar em todos os períodos do ciclo vital do Homem, contudo um crescente corpo de literatura tem-se focado nas determinantes económicas e nas consequências económicas da saúde na infância, baseando-se no pressuposto cada vez mais aceite de que grandes investimentos na saúde infantil produzem grande retorno ao longo do ciclo vital (Glied, 2011).

Na década de 80 o epidemiologista britânico David Barker trabalhou em estudos referidos com “hipótese de origem fetal” que mostram uma relação entre o estado de saúde em fases iniciais da infância e a saúde na fase adulta (Barker, 1990). Um dos exemplos é o nível baixo de saúde na fase fetal estar relacionado com um risco aumentado de doença no estado adulto, particularmente doença coronária e diabetes tipo 2. Estes estudos serviram como motor para investigação de natureza económica nesta área.

O modelo de Grossman ou do capital humano que preconiza que o capital de saúde é função dos investimentos atuais e passados pode ser aqui revisto nos estados de saúde da infância e posteriormente na vida adulta. Os indivíduos nascem todos com um determinado *stock* de saúde e ao longo da sua existência vão sofrendo choques que afetam negativamente a sua saúde, quer sob a forma de doenças, acidentes factores ambientais, socioeconómicos entre outros. O *stock* de saúde no caso das crianças pode ser aumentado através de investimentos parentais sob várias formas (condições económicas, bem estar, educacionais) e a nível mais global por parte da sociedade nomeadamente através de políticas de promoção da saúde e proteção deste grupo mais vulnerável. Desta forma é possível antever que o *stock* de saúde no período subsequente será uma função do *stock* de saúde e dos investimentos ou choques do período anterior.

Pensando na juventude como a população ativa do período vindouro facilmente se depreende a importância do investimento na saúde deste grupo etário. Os custos da falta de saúde fazem sentir-se não só no indivíduo mas também na sociedade e este facto é tão mais relevante quando integramos situações que dão origem a externalidades negativas como por exemplo os estilos

de vida desadequados, as doenças infetocontagiosas, que afetam a sociedade de um forma global não só a nível do estado de saúde mas também com repercussões na diminuição da produtividade, aumento das despesas e diminuição consequente do bem-estar social.

A provisão de cuidados de saúde de elevada qualidade a todas as crianças é determinante na obtenção de potencial estado de saúde quando adultos.

Um dos indicadores muito importantes na caracterização de um país é o número de anos de vida potencialmente perdidos, sendo este muito influenciado pela mortalidade infantil e pela mortalidade devida a doenças e acidentes na infância, adolescência e em jovens adultos, fazendo com que as políticas que têm em linha de conta a redução deste tipo de mortalidade tenham uma influência muito significativa neste indicador (Boquinhas, 2012).

Em Portugal existem várias estruturas e documentos sob a forma de legislação, de políticas de saúde ou documentos definidores e orientadores das boas práticas com vista a promover a saúde infanto-juvenil.

Em termos organizacionais com o Ministério da Saúde (MS) à cabeça, existe a Unidade Orgânica flexível: Divisão da saúde sexual reprodutiva infantil e juvenil dependente da Direção Geral de Saúde (DGS). Sendo esta estrutura (DGS) um serviço central do MS e tratando-se de um organismo de referência para todos os que pensam e trabalham em saúde.

A DGS engloba ainda 4 unidades orgânicas das quais por motivos de enquadramento do presente trabalho só referimos a Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Sendo que esta se estrutura em 3 divisões, das quais referimos apenas duas com interesse direto neste contexto: divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil e divisão de estilos de vida saudável

Dentro dos documentos orientadores nas áreas das políticas de saúde e orientações para a prática de saúde infantil será imprescindível referir os documentos que são as traves mestras neste assunto em Portugal:

- O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS);
- O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (implementado do pela Norma da DGS n.º10 de 2013).

Um dos objetivos estratégicos do PNS “Promover a saúde no ciclo de vida, em ambientes e contextos específicos” e adotando o princípio da abordagem ao longo deste ciclo de vida, a infância e a adolescência assumem desde logo um papel de destaque, que justifica desde logo os vários dispositivos que apoiam a formulação de políticas dirigidas a esta área, e é neste contexto que surge o já referido PNSIJ. Da análise deste último documento e do PNS. Verifica-se que estes estão em perfeita sintonia e consonância. O PNS inclui de uma forma muito completa a abordagem da saúde infantil, considerando diferentes contextos promotores de saúde (Microssistema: famílias, cuidadores informais; Mesossistema: comunidade, escolas; Macrossistema: políticas nacionais ou regionais com repercussão na sociedade). De igual modo considera o impacto das necessidades dos contextos específicos ao longo do ciclo de vida, considerando 6 etapas, três das quais perfeitamente enquadradas na saúde infantil: Nascer com saúde (gravidez e período neonatal); Crescer com Segurança (pós natal até aos 9 anos) e Juventude à procura de um futuro saudável (10 aos 24 anos) (DGS, 2012). O PNS tendo como objetivo estratégico promover a saúde ao longo do ciclo de vida em ambientes e contextos específicos considerando que existem necessidades específicas nas várias idades e em momentos particularmente críticos (WHO, 2009 *apud* DGS, 2012) e que a intervenção nestes momentos “Janelas de oportunidade” tende a ser promotora da saúde.

Os referidos PNS, e PNSIJ, têm uma perspetiva que salienta a importância da intervenção precoce a vários níveis de prevenção de doenças transmissíveis e evitáveis com vacinação e/ou sensibilização para adoção de comportamentos promotores de saúde; promoção de hábitos de vida saudáveis com particular destaque para prevenção de comportamentos aditivos (álcool,

drogas, tabaco) e ainda hipertensão arterial (HTA), dislipidémias e obesidade com sensibilização para estilos de vida saudáveis.

Os acidentes reconhecidos como outra das áreas em que a intervenção não pode ser dissociada da do ciclo de vida e que são causa de elevada mortalidade e morbidade em determinadas idades (acidentes domésticos na criança e acidentes viários no adolescente e jovem adulto).

Dada a natureza deste trabalho convém referir e reforçar que em qualquer um destes documentos orientadores existe um grupo privilegiado de intervenção e conseqüentemente uma janela de oportunidade para atuação a nível da promoção da saúde e prevenção da doença que é o grupo 10-24 anos que pelas naturais características de desenvolvimento dos indivíduos que o compõem carece de acompanhamento especializado próximo. Inclui a adolescência que possui características de grande instabilidade física, psicológica e de interação social e prossegue até ao adulto jovem que se autonomiza progressivamente e necessita de orientações que lhe favoreçam a adoção de estilos de vida saudáveis. Ora dentro deste grupo estão precisamente os indivíduos que constituindo a idade pediátrica definida por lei não estão isentos do pagamento e taxa moderadora para acesso a cuidados e saúde.

Em sintonia com a teoria do capital humano de Grossman, o PNS refere que a saúde resulta de um histórico de promoção de saúde e prevenção de doença. A saúde não se acumula, contudo as perdas de saúde podem ter um efeito cumulativo o que deixa o caminho aberto para a intervenção nos estados iniciais do ciclo de vida ou seja na saúde infante-juvenil.

A saúde infantil e a mortalidade infantil são aspetos de interesse no campo da economia por três razões principais (Currie, 2008) primeiro são indicadores de sucesso ou insucesso das políticas governamentais, segundo a saúde infantil tem impacto a longo termo no estado de saúde e produtividade enquanto adultos e em terceiro existe um reconhecimento crescente que as crianças são atores económicos nos seus próprios direitos e logo o seu bem-estar justifica o estudo desta área.

O nível de saúde infantil é um factor importante do rumo e do bem-estar de uma sociedade. A saúde infantil é um dos mais importantes factores preditivos do nível de saúde e da produtividade na vida adulta, e a saúde destes adultos irá por sua vez afetar o bem-estar da geração seguinte. (Currie, 2008)

3. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. METODOLOGIA

O alargamento da idade pediátrica para os 18 anos de idade em Portugal, consubstanciada com a existência de políticas de saúde especificamente dirigidas a este grupo populacional e as preocupações com a resposta adequada às necessidades de cuidados de saúde da população sobretudo em tempos de crise, levanta as questões principais que pretendemos estudar e dar resposta no âmbito deste trabalho:

- A existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade afeta a procura de cuidados de saúde?
- O impacto das taxas moderadoras em idade pediátrica difere consoante o estatuto socioeconómico?

Para dar resposta a estas questões enveredamos por um estudo exploratório. O ideal teria sido o recurso a uma coorte com recolha de dados sobre utilização efetiva de cuidados de saúde antes e depois da idade de isenção de TM, contudo as limitações organizacionais, de tempo e económicas para executar esse tipo de trabalho fizeram-nos enveredar por este tipo de estudo e amostragem.

Com base no conhecimento sobre a temática e obtendo contributos de outros estudos realizados sobre assuntos próximos deste foi construído um questionário (ANEXO I) para recolha de informação que permitisse dar resposta a estas questões e também verificar outro tipo de resultados que são referidos na literatura consultada.

O questionário (ANEXO I) é constituído por 3 grupos de questões: *dados do filho/educando*; *dados do agregado familiar* e *acesso a cuidados de saúde*. As questões colocadas em cada um dos grupos visam obter informação que contribua para a resposta às questões em estudo. Foram elaboradas de acordo com o conhecimento teórico sobre a temática e recorreu-se a exemplos de estudos análogos nomeadamente ao estudo de Barros *et al.* (2013).

A parte inicial tem como finalidade introduzir o respondente no conteúdo do questionário. São dadas orientações para o preenchimento, garante-se o anonimato e confidencialidade da informação colhida e a sua utilização apenas para fins de investigação científica. É fornecida a informação do tempo previsto para responder ao questionário terminando-se com um agradecimento antecipado do tempo dedicado a esta tarefa.

A Questão (Q) 1. "*Dados pessoais do filho /educando*" destina-se a caracterizar a amostra relativamente à idade, género e estado de saúde (percecionado pelos pais).

No segundo grupo: "*Dados do agregado familiar*" as questões foram elaboradas para caracterizar as crianças e famílias do ponto de vista socioeconómico e demográfico (Q 2.a; b; c. e d.), pois são factores reconhecidos como influenciadores do padrão de procura de cuidados de saúde. No modelo conceptual apresentado (Furtado, 2010) a educação, profissão e estrutura familiar são factores predisponentes, sendo o rendimento e o local de residência factores capacitantes, pelo que se justifica a inclusão desta informação no instrumento.

A Q 2.c. permite caracterizar a mostra quanto à existência de recursos adicionais ao SNS, com intuito de averiguar quanto aos eventuais comportamentos de risco moral ou de modificação do padrão de procura relacionados com sistemas adicionais de assistência na doença., que permitam partilha de custos na utilização de cuidados de saúde.

O grupo 3: "*Acesso a cuidados de saúde*" é composto por questões que permitam colher informação sobre quais as estruturas de saúde utilizadas bem

como, a qualificação de como estas respondem às necessidades dos respondentes (Q 3.a.).

A questão 3.c. permite-nos quantificar a utilização efetiva de cuidados de saúde nos últimos 6 meses por situação de doença, para posteriormente cruzar com a idade da criança e dar resposta a uma das questões do estudo,” A existência de taxas moderadoras para crianças com idade superior a 13 anos de idade afeta a procura de cuidados de saúde?”

Com o intuito de conhecer melhor o padrão de procura no período de referência (6 meses) construímos as Q 3.d. e 3.e., motivo da procura e iniciativa da mesma.

A questão 3.f. averigua do pagamento de taxas moderadoras na utilização efetiva de cuidados nos últimos 6 meses e tenta-se quantificar esse custo com a utilização.

A questão 3.g. foi elaborada para conhecer a atitude tomada pelos pais no caso de numa situação de doença do seu filho nos últimos 6 meses não terem recorrido a cuidados de saúde.

A questão 3.h. tem como finalidade conhecer o comportamento relativo à utilização de cuidados de promoção de saúde, pretende-se saber se o comportamento dos pais difere na situação de doença e na situação de promoção da saúde dada a importância dos cuidados antecipatórios neste grupo etário. Com a distinção da procura deste tipo de cuidados no setor público e privado pretendemos saber se a utilização no público estará relacionado coma existência de uma cobertura adicional, mas também com outros factores como estatuto socioeconómico dos pais.

Para saber qual a posição dos respondentes face aos factores potencialmente condicionantes na procura de cuidados foi construída a Q 3.i.. A lista de factores inclui a variável principal do nosso estudo, as taxas moderadoras, contudo, na sequência do que foi mencionado na primeira parte deste trabalho,

outros elementos foram também adicionados, refletindo nomeadamente o custo de oportunidade no acesso aos cuidados de saúde como seja o tempo de espera.

A questão 3.j. incide apenas sobre a forma como os respondentes classificam o eventual condicionamento da procura/utilização de cuidados de saúde num serviço de urgência de um hospital público, para o seu filho. Com esta questão pretendemos perceber o mais claramente possível o efeito das taxas moderadoras na utilização do serviço de urgência e comparar estes resultados com as estruturas que foram indicadas como preferenciais na utilização (Q 3.a.) pretendemos também verificar se existe a mesma valorização de condicionamento quando a questão incide apenas sobre a taxa moderadora e quando a taxa moderadora é incluída num grupo de eventuais condicionantes da procura/utilização (Q 3.i.).

Na tentativa de descentrar os pais da situação concreta do seu filho e porque tal como verificou Barros *et al.* (2013) a resposta é diferente quando se pergunta relativamente ao próprio e relativamente a alguém que conheça, mas também com o objetivo de uniformizar ou seja de obter respostas a uma situação transversal a todos os respondentes, pois nas situações particulares a utilização pode ter sido motivada por diversos motivos e situações, criou-se uma situação hipotética e colocaram-se aos pais várias possibilidades de atuação perante essa situação hipotética. Supôs-se um período de intervalo de 72 horas (período durante o qual a atitude pode ser expectante e é até sugerido se o estado da criança assim o permitir) para tentar avaliar a alteração ou constância do comportamento dos pais.

A questão 3.n. destina-se a averiguar do conhecimento dos inquiridos relativamente à existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade. Tal como refere Barros *et al.* (2013), um elemento importante para compreender a utilização dos cuidados e importância das taxas moderadoras é o conhecimento que os cidadãos têm sobre os valores envolvidos, neste caso particular sobre a existência de TM em parte do grupo etário pediátrico.

A última questão do instrumento destina-se a captar a opinião dos respondentes acerca da existência das taxas moderadoras através da apresentação de várias afirmações. Solicitámos aos respondentes que se situem numa escala de “*Concordo plenamente*” a “*Discordo plenamente*”. Pretendemos também verificar se estas opiniões se relacionam de algum modo com o estatuto socioeconómico e com a isenção ou não do pagamento de taxas moderadoras pelos seus filhos.

O questionário destinava-se a ser preenchido por pais/encarregados de educação de crianças com idade compreendida entre 6 e 18 anos de idade, não isentos do pagamento de TM por outro motivo que não a idade. No caso de existir mais de um filho devia ser respondido relativamente ao que procurou mais vezes cuidados de saúde. Toda esta informação está incluída no início do Questionário (ANEXO I).

A aplicação do questionário foi feita em duas escolas de Coimbra, uma do ensino básico/secundário e outra apenas com o 1º ciclo de ensino. A escolha destes locais para aplicação dos questionários foi motivada pela intenção de obter uma amostra que pode ou não ter utilizado cuidados de saúde, ao invés de termos aplicado o questionário em meio hospitalar onde apenas incluiríamos os utilizadores de cuidados de saúde. Tal como refere Barros *et al.* (2013:3) a “avaliação das situações em que deveria ter havido recurso a cuidados de saúde mas tal não sucedeu, não é passível de ser realizada com recurso a dados de utilização dos serviços pois estes apenas registam informação quando há utilização”.

Foram distribuídos 465 questionários tendo apenas uma exigência que o número de crianças com idade até 13 anos (isentas do pagamento de taxa moderadora) e o número de crianças com idade superior a 13 anos fosse idêntico. Daí que a estratégia encontrada foi aplicar os questionários na escola secundária a uma turma do 5º, 6º, 7º, 11º e 12º e em duas turmas do 8º, 9º e 10º anos de escolaridade. A escolha das turmas onde foi aplicado o questionário foi decisão aleatória do Conselho Diretivo. Na escola básica foram aplicados a todas as turmas da escola.

Por ser um questionário distribuído em meio escolar foi necessário cumprir os requisitos da Direção Geral de Educação para a autorização da sua aplicação (Anexo II).

O passo seguinte foi trabalhar a estratégia de entrega e recolha dos referidos questionários para o que recorremos aos Conselhos Diretivos das escolas que após aprovarem a distribuição em Conselho Pedagógico, estabeleceram com os diretores de turma uma relação de interação que nos permitiu ter de volta 208 questionários. A distribuição dos questionários teve início em 28 de Abril e a sua recolha foi efetuada em 12 de Maio.

De referir que a colaboração de ambos os estabelecimentos de ensino foi excelente, apesar de se tratar de Estabelecimentos frequentemente escolhidos para muitos estudos e que de algum modo se sentem sobrecarregados com este tipo de trabalho.

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

É importante referir a escassez de estudos nacionais ou internacionais versando esta temática neste grupo etário.

Foram recolhidos 208 inquéritos, sendo que 5 (2,40 %) não foram incluídos na amostra final por manifestarem isenção do pagamento de taxas moderadora por insuficiência económica. O que revela uma taxa de resposta de 44,73%.

Foi utilizada a aplicação IBM® SPSS® Statistics Version 22 para tratamento e análise dos dados.

A amostra tem 82 (40,40 %) crianças do sexo masculino, uma média de idades de 11,60 anos (mínimo 6 anos, máximo 18 anos e um desvio padrão de 3,41), 109 das crianças têm idade inferior a 13 anos (53,70 %) e são portanto isentas do pagamento de TM. Podemos dizer tratar-se de uma amostra equilibrada em termos de género (com ligeiro predomínio do sexo feminino) e que a pretensão de obter cerca de metade das crianças isentas do pagamento de taxa moderadora (por idade inferior a 13 anos.) e crianças não isentas (por idade igual ou superior a 13 anos) foi conseguida.

Em relação ao estado de saúde da criança nos últimos 6 meses (Q 1.c.) ele foi classificado pelos pais como se apresenta na Tabela 2:

Tabela 2 – Classificação pelos pais do estado de saúde da criança

	Frequência	%
Muito bom	98	48,3
Bom	77	37,9
Razoável	26	12,8
Mau	1	0,5
Muito mau	1	0,5
Total	203	100,0

Trata-se de uma amostra com um estado de saúde predominantemente classificado pelos pais como Muito bom/Bom. Podemos aqui referir que o facto desta avaliação ser feita pelos pais e ser apenas uma opinião sem recurso a qualquer escala validada, se pode considerar uma imperfeição, contudo pareceu-nos que a apreciação dos pais ainda que com grau de subjetividade seria suficientemente adequada para os objetivos deste estudo. É defendido por alguns autores que o facto da avaliação do estado de saúde da criança ser feita pelos pais e sem qualquer recurso a uma escala própria para o efeito não é o ideal pois trata-se de uma medida imperfeita e enviesada (Currie, 2008) Contudo é com base na “auto percepção” de saúde que fazem dos filhos que os pais modelam o seu comportamento de procura de cuidados de saúde para os filhos e não baseados em escalas.

Neste caso podemos até defender que este nível de saúde avaliado pelos pais está coerente com a baixa percentagem de procura de cuidados de saúde por situação de doença, e com o número de vezes que o fizeram, a maior percentagem (39,4%) procurou cuidados de saúde apenas uma vez, sendo a média de procura 2 vezes com desvio padrão 2,12.

Relativamente ao local de residência do agregado familiar verificou-se que 178 (87,70 %) residem no concelho de Coimbra e ainda que 114 (56,16 %) residem na freguesia de Santo António dos Olivais. Consideram-se como residuais os residentes nos concelhos limítrofes de Coimbra (Condeixa à Nova – 10, Mealhada – 3, Miranda do Corvo – 3, Vila Nova de Poiares – 2, Lousã – 6 e Penacova – 1).

Trata-se então de uma população maioritariamente citadina, o que significa que tem acesso fácil a um vasto conjunto de estruturas prestadoras de cuidados de saúde num curto raio de distância. Não se verificando o efeito da escassez de recursos de profissionais de saúde, referido no artigo de Barros (2012b) nem na dimensão geográfica pois trata-se de uma área metropolitana onde pode até existir um excesso de profissionais de saúde, nem na dimensão da especialidade médica, pois não há evidência de escassez de recursos na especialidade de saúde infantil e pediátrica na área.

O acesso a cuidados de saúde Infantil e juvenil deve ser considerado a três níveis: consultas de saúde infantil (têm lugar no centro de saúde pelo médico de família/clínico geral); consultas de especialidade de pediatria (feitas por médico pediatra), note-se porém que o acesso a estas consultas em meio hospitalar do SNS não é direto, exige referência do médico de família, contrariamente às consultas de pediatria do setor privado e ainda urgências de pediatria (ERS, 2011). Todos estes níveis existem no espaço geográfico a que pertence a esmagadora maioria da amostra, não se considerando existirem barreiras de acesso na dimensão espacial. Pode ainda referir-se a indicação do Graduate Medical Education Advisory Committee que defende que 95% da população deveria ter um tempo máximo de viagem de 30 minutos para obtenção de cuidados pediátricos (Mayer, 2006) o que se verifica na totalidade da mostra estudada e

está em consonância com o estudo da ERS de 2011, que refere que “86,8 % da população até aos 14 anos tem acesso a uma urgência pediátrica até 30 minutos de viagem em estrada” (ERS, 2011:7).

A constituição dos agregados familiares (Q 2.b.) da amostra permite verificar que a grande maioria, 146 indivíduos (71,9 %) são compostos por dois adultos (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de adultos por agregado familiar

Adultos	Frequência	%
1,00	21	10,3
2,00	146	71,9
3,00	26	12,8
4,00	10	4,9
Total	203	100,0

E ainda que a maior parte das famílias tem 1 ou 2 filhos, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Número de crianças por agregado familiar

Crianças	Frequência	%
1,00	85	41,9
2,00	95	46,8
3,00	20	9,9
5,00	2	1,0
8,00	1	0,5
Total	203	100,0

O número médio de filhos na amostra é de 1,73 (desvio padrão 0,84 e mediana 2), mais elevado portanto que o número médio de filhos na população portuguesa de 1,03 obtido no Inquérito à Fecundidade do Instituto Nacional de Estatística em 2013. No que à profissão dos pais (Q 2.c.) diz respeito encontramos os seguintes resultados (ver Tabela 5), depois de codificar as profissões de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011):

Tabela 5 – Distribuição dos pais por profissão

Grande Grupo	DESIGNAÇÃO	PAI		MÃE	
		Frequência	%	Frequência	%
0	PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS	1	0,5	0	0
1	REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS	4	2,0	2	1,0
2	ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELECTUAIS E CIENTÍFICAS	79	38,9	101	49,8
3	TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO	15	7,4	14	6,9
4	PESSOAL ADMINISTRATIVO	17	8,4	25	12,3
5	TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES	31	15,3	20	9,9
6	AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA	1	0,5	0	0
7	TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES	14	6,9	1	0,5
8	OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM	11	5,4	0	0
9	TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS	1	0,5	29	14,4
	DESEMPREGADO	5	2,5	10	5,0
	TOTAL	179	100,0	202	100,0

Foram encontrados 24 agregados em que o pai não foi referido e somente 1 caso em que a mãe também não foi referida. Foi respondido em cerca de 15 inquéritos que a profissão do pai/mãe era “DESEMPREGADO”. Verifica-se na amostra recolhida que a maioria das profissões quer no caso dos pais ou das mães se enquadra no grande grupo “ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELECTUAIS E CIENTÍFICAS”, que em ambos os casos a profissão de professor(a) foi a que mais vezes foi referida 44 (21,78 %) para as mães e 25 (13,97 %) no caso dos pais.

Relativamente ao nível de escolaridade verificamos que uma grande percentagem dos pais e mães são licenciados, seguindo-se o grupo dos que possuem o 12º ano (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos pais por grau de escolaridade

Escolaridade	Pai		Mãe	
	Frequência	%	Frequência	%
4º ano	2	1,12	5	2,48
6º ano	15	8,38	7	3,47
9º ano	21	11,73	17	8,42
12º ano	44	24,58	47	23,27
Curso médio	7	3,91	9	4,46
Licenciatura	70	39,11	97	48,02
Mestrado	7	3,91	15	7,43
Doutoramento	13	7,26	5	2,48
Total	179	100,0	202	100,0

Relativamente à situação nacional trata-se de uma amostra com um nível de escolaridade superior à média, dado que 17,8% da população portuguesa tem ensino secundário (PORDATA, 2012). Segundo Jacobson (2000) existe uma relação entre maior escolaridade dos pais e maior probabilidade destes levarem os seus filhos ao médico, com um efeito mais forte a sentir-se relativamente às mães. Também em Furtado (2010) a influência da educação na utilização de cuidados de saúde foi analisada, verificando-se que em Portugal os factores demográficos e o local de residência revelam iniquidade a favor dos indivíduos com nível educacional mais elevado.

Por Barros (2003) é igualmente referido que um indivíduo com maior nível educacional irá optar por um *stock* de saúde mais elevado, o que implicará uma maior procura de cuidados de saúde. Outro argumento explicativo para a maior procura de cuidados de saúde por parte de níveis educacionais mais elevados é o facto de estes indivíduos terem maior facilidade de reconhecimento dos benefícios da saúde

Visto de outra forma, maior educação implicará melhor estado de saúde porque o indivíduo tem à sua disposição mais conhecimentos para promover a

saúde mas existe o factor confundente do rendimento, porque geralmente maior nível educacional está ligado a maior rendimento, logo educação promove a saúde ou o rendimento permite usufruir de estilos de vida mais saudáveis? (Folland, 2012).

Procuramos então saber se neste caso existia relação entre a escolaridade dos pais e a procura de cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses. Dividimos quer os pais quer as mães em dois grupos de escolaridade, um primeiro grupo constituído pelos indivíduos com ensino básico e secundário e um segundo grupo constituído pelos indivíduos com ensino médio e superior. Para analisar esta relação utilizou-se o teste do qui-quadrado. Na amostra, verificamos que relativamente aos pais (179 casos) as diferenças observadas entre o grau de escolaridade e a procura são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2= 6,798$; $p =0,009$) (Quadro 1, Anexo III). Realizamos também o teste t de Student (Quadro 2, Anexo III) e verificamos também uma diferença de médias estatisticamente significativa ($t=2,405$; $sig= 0,017$), sendo os pais do grupo de escolaridade “ensino básico e secundário” a procurar mais cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses, com uma média de procura de 2,40. Relativamente às mães o teste do qui-quadrado ($\chi^2= 6,251$; $p =0,619$) (Quadro 2, Anexo III) não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de escolaridade definidos. Analisando estes achados podemos ver que nesta amostra não se reflete a fundamentação teórica referida, os resultados são no sentido contrário quando se trata dos pais.

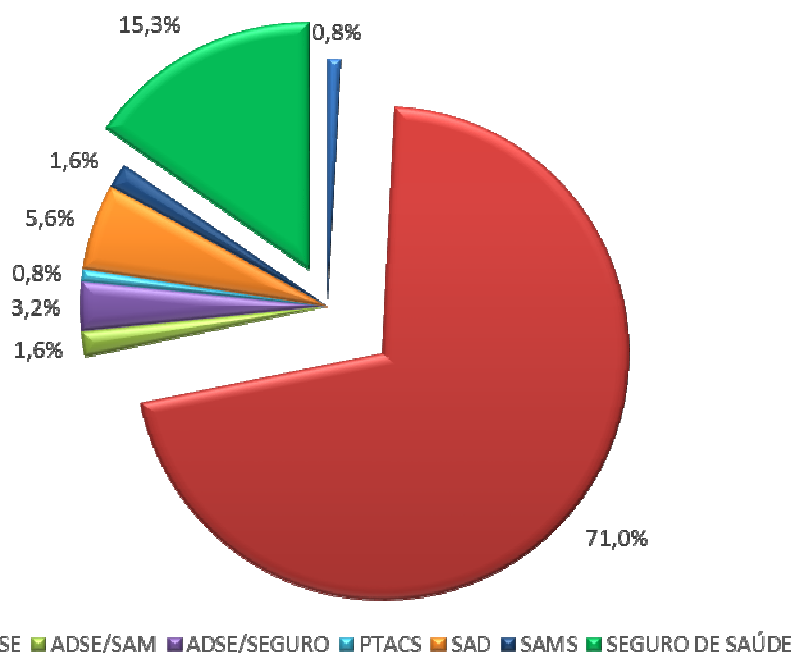
Relativamente à situação profissional nos últimos 3 meses pudemos verificar (Tabela 7) que a grande maioria é constituída por trabalhadores por conta de outrem e que existe uma percentagem significativa de desempregados (7,8% no caso dos pais e 13,4% no caso das mães) Sendo que a taxa de desemprego nacional é de 16,3% em 2013 (PORDATA, 2013).

Tabela 7 – Distribuição dos pais por situação profissional

Situação Profissional	Pai		Mãe	
	Frequência	%	Frequência	%
Trabalho Independente	25	14,0	27	13,4
Trabalho Por conta de outrem	139	77,7	146	72,3
Pensão/reforma	1	0,6	2	1,0
Desempregado	14	7,8	27	13,4
Total	179	100,0	202	100,0

124 dos inquéritos (61,1 %) demonstram a existência de outro tipo de assistência na doença, para além do SNS (Q 2.d.) sendo a ADSE o subsistema de assistência na doença em 88 dos casos (71,0 %) seguido dos seguros de saúde em 19 casos (15,3 %) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos agregados familiares por subsistema de saúde



A percentagem da amostra com subsistema de saúde é muito superior à referida por Barros (2009) estimada em 20-25% da população portuguesa, e também à referida no PNS (DGS, 2012 *apud* INSA-INE 2005-2006) que é de 10,1% da população a beneficiar da ADSE.

A Tabela 8 apresenta a distribuição do rendimento mensal dos agregados familiares (Q 2.e.):

Tabela 8 – Distribuição por rendimento do agregado familiar

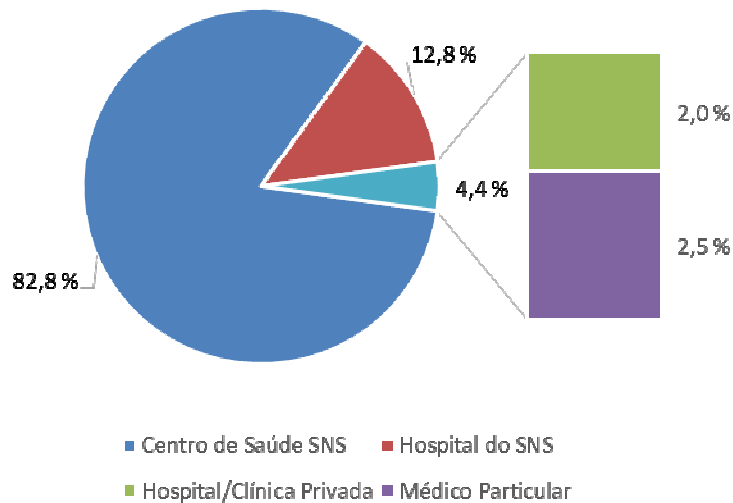
Rendimento familiar	Frequência	%
+ 250 € até 500 €	15	7,4
+500 € até 900 €	27	13,3
+ 900 € até 1500 €	50	24,6
+ 1500 € até 2000 €	46	22,7
+ 2000 €	65	32,0
Total	203	100,0

Verifica-se que a maior percentagem (32,00 %) pertence aos agregados familiares com rendimento superior a 2000,00 € mensais e que mais de metade da amostra se integra em agregados familiares com rendimentos superiores a 1500 €. Segundo Barros (2009) e outros autores o rendimento influencia a procura no sentido que mantendo tudo resto constante, maiores rendimentos levam a um aumento da procura de cuidados de saúde.

Procuramos também observar a relação entre o rendimento mensal do agregado familiar e a procura de cuidados de saúde (considerando a totalidade da amostra, incluindo os indivíduos que não procuraram cuidados de saúde), utilizou-se o teste do Qui-quadrado. Na amostra, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 3,701$; $p = 0,448$) (Quadro 3, Anexo III). Não se verificam diferenças significativas na procura de cuidados de saúde e o rendimento do agregado familiar.

Relativamente à questão sobre quais as estruturas de saúde utilizadas quando o seu filho necessita de cuidados de saúde (Q 3.a.), verificamos que a grande maioria (82,8 %) dos agregados familiares refere utilizar preferencialmente o Centro de Saúde (SNS).

Gráfico 2 – Estruturas de saúde utilizadas quando o filho necessita de cuidados



Este achado (Gráfico 2) está de acordo com os resultados do estudo da ERS (ERS, 2011) (salvaguardando que se trata de um estudo apenas até aos 14 anos de idade) que refere que os cuidados de saúde primários prestados a utentes em idade pediátrica constituem frequentemente o primeiro nível de cuidados de saúde de um indivíduo e exercem um papel fundamental na prevenção da doença.

Também no PNS é referido que 81,1% da população recorre ao SNS, nesta amostra temos 95,6% a recorrer ao SNS.

Também Barros *et al.* (2013) verifica que a utilização primordial dos recursos disponíveis recai sobre os cuidados de saúde primários do SNS. Um dos argumentos a favor da existência da diferença de preço da taxa moderadora no CSP e Urgências Hospitalares é evitar o recurso à urgência em primeira linha evitando assim utilização ineficiente de recursos, ou seja utilizar o preço de mercado para direcionar os indivíduos para a estrutura de saúde mais eficiente (Dupas, 2012). É referido por Barros (2012a) que cerca de 40% dos casos de urgência poderia ter sido resolvido a nível da primeira linha de CSP, ora assim sendo os achados a nível dos adultos não são consentâneos com os resultados encontrados na procura de cuidados de saúde pediátricos. Podemos levantar a

hipótese que esta procura de cuidados de primeira opção ser preferencialmente os CSP pode dever-se à diferenciação do valor da TM nos CSP (consulta de medicina geral e familiar 5 €) e no serviço de Urgência Polivalente com o valor de 20,65 € e assim sendo estaria garantida a finalidade desta diferença de preços na moderação da procura no caso das crianças com idade igual ou superior a 13 anos ou a uma sensibilização dos pais para a importância de procurar CSP em primeira linha.

Através do teste do qui-quadrado procuramos a existência de relações entre a preferência por um tipo de Unidade de Saúde e as variáveis “idade da criança”, estado de saúde da criança nos últimos 6 meses”, “profissão do pai e da mãe”, “escolaridade do pai e da mãe”, situação profissional do pai e da mãe” e a existência de um “subsistema para além do SNS” e em nenhuma das relações se encontraram diferenças significativas (Quadro 4, Anexo III). Temos assim que a preferência por uma determinada unidade de saúde não é função da idade, estado de saúde da criança nos últimos 6 meses, profissão do pai ou mãe, e existência de um subsistema de saúde.

Em relação à questão em que medida a prestação de cuidados nas diferentes estruturas correspondem às suas necessidades (Q 3.b.), verificamos que existe uma percentagem elevada de indivíduos que não se pronuncia (6,4% relativamente ao Centro de Saúde, 14,8% relativamente aos Hospitais do SNS; 63,1% relativamente aos Hospitais/Clinicas privadas e 57,1% em relação ao médico particular). Na amostra estudada são as estruturas do SNS que manifestamente correspondem, na esmagadora maioria das respostas, às necessidades de cuidados de saúde sendo que 82 dos respondentes (40.4 %) referem corresponder muito e 81 (39.9 %) referem corresponder de forma razoável relativamente aos hospitais do SNS e 56 dos respondentes (27.6 %) referem corresponder muito e 111 (58.4 %) referem corresponder de forma razoável relativamente aos Centros de Saúde do SNS.

Relativamente à procura de cuidados de saúde, nos últimos 6 meses por situação de doença (Q 3.c.), verificou-se que 82,76 % procuraram cuidados de saúde e que a maior percentagem procurou apenas uma vez (80 indivíduos, 39.4

%), o máximo de procura foi de 10 vezes (4 indivíduos, 2%), sendo a média de procura na amostra 2 vezes e o desvio padrão 2,12. Houve 35 indivíduos (17,2 %) que não procuraram cuidados de saúde.

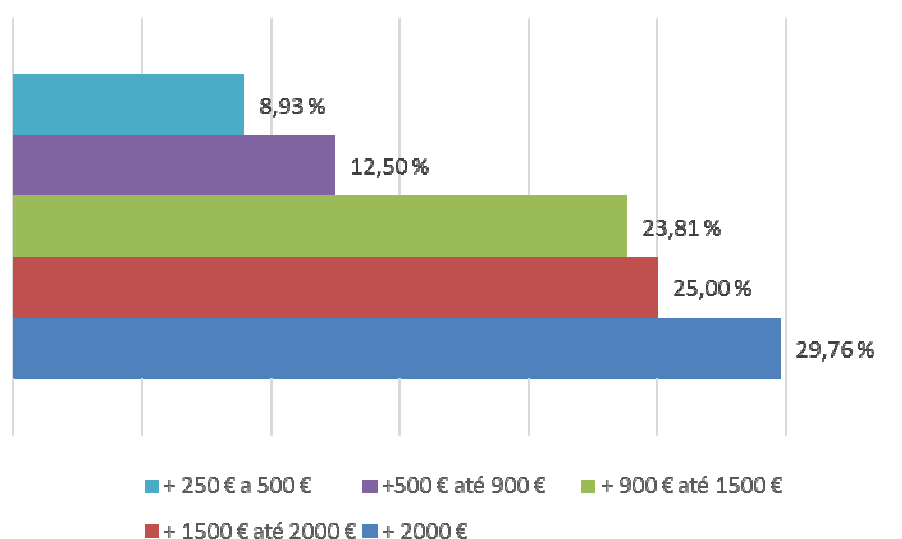
Da análise das frequências de idades do grupo de crianças que não procurou cuidados de saúde nos últimos 6 meses e do grupo que procurou apenas uma vez constata-se que nos dois grupos há uma divisão de quase 50% entre os que pagam TM e os isentos por idade (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição por idades das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses

Idade	Frequência	%
6 anos-9 anos	56	33,33
10 anos-12 anos	33	19,65
13 anos-15 anos	53	31,55
+ de 16 anos	26	15,47
Total	168	100,00

Relativamente aos 168 indivíduos (82,76 %) que referiram ter procurado cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses, o rendimento mensal do agregado familiar distribui-se como mostra o Gráfico 3:

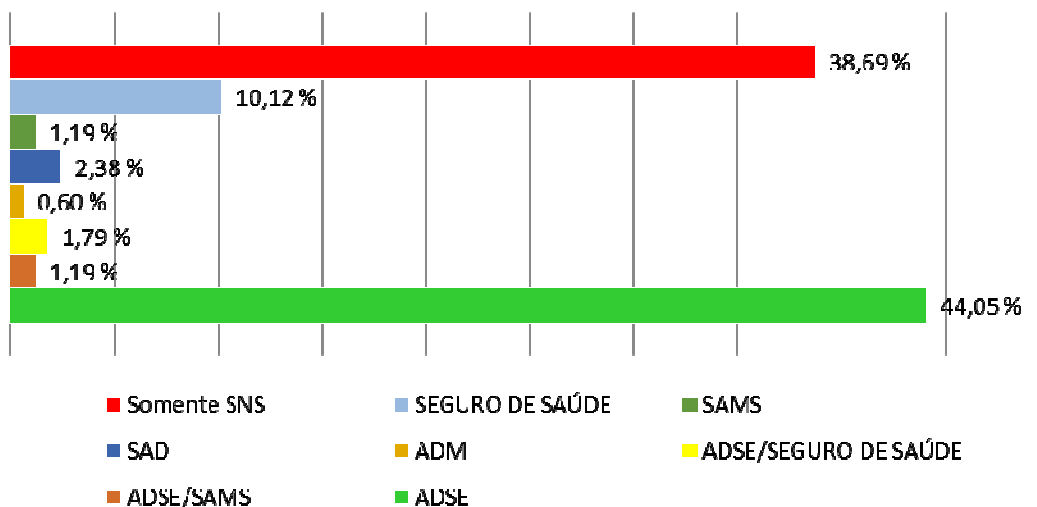
Gráfico 3 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses



Aplicou-se o teste do qui-quadrado procurando a existência de relação entre o número de vezes que recorreram a cuidados de saúde por situação de doença e o rendimento mensal, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado $\chi^2 = 35,141$; $p = 0,509$ (Quadro 5, Anexo III). Logo não existe relação entre rendimento e procura de cuidados, o que não vai de encontro à fundamentação teórica encontrada. Contudo, a fundamentação teórica refere que maiores rendimentos estão relacionados com maior procura, mantendo tudo o resto constante. Neste caso os achados contrários podem dever-se ao facto de não ter sido controlada objetivamente a necessidade de recorrer a cuidados de saúde.

Este grupo distribui-se relativamente à existência de um subsistema de saúde de acordo com o Gráfico 4.

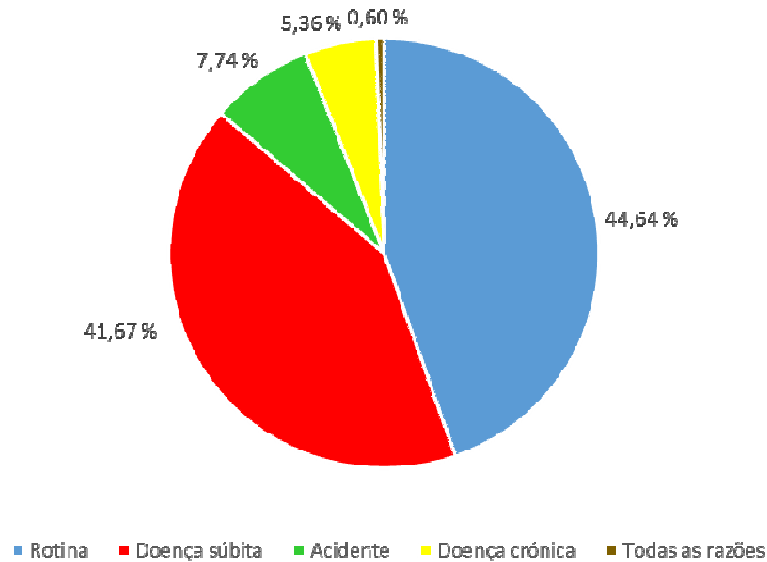
Gráfico 4 – Distribuição por subsistema de saúde do agregado familiar das crianças que procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses



Aplicamos o teste do Qui-quadrado para averiguar da relação entre a existência de um subsistema de saúde do agregado familiar e a procura ou não de cuidados. De acordo com os resultados do teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 0,000$; $p = 0,997$) (Quadro 6, Anexo III) verificamos não existir relação estatisticamente significativa entre a existência de um subsistema e a procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses por situação de doença.

Relativamente à razão da procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses (Q 3.d.) encontramos a seguinte distribuição (Gráfico 5):

Gráfico 5 – Distribuição por motivo da procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses



Desta forma a maior razão da procura recaiu sobre ocorrência de doença súbita ou cuidados de rotina, o que está de acordo com o estado de saúde da amostra.

Também aplicamos o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 51,958$; $p = 0,322$) (Quadro 7, Anexo III) à relação entre a idade e o motivo que originou a procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses e não se encontraram diferenças significativas ou seja não existe relação entre a idade e o motivo de procura de cuidados de saúde. Atendendo à razão maioritária da procura e às idades (cerca de metade com 13 ou mais anos) que mais procuram cuidados de saúde é um achado que faz sentido pois são as doenças súbitas e os cuidados de rotina os prevalentes nesta faixa etária. Refira-se a vacinação aos 13 anos contra o HPV (Human Papiloma Virus) nas raparigas, e o reforço da vacina antitetânica dos 10-13 para ambos os sexos (DGS, 2012). Relativamente às consultas de rotina ou de vigilância do estado de saúde, estão preconizadas no período 10-13 anos (DGS, 2013). A razão acidentes poderia ter sido encontrada em maior percentagem já

que estes constituem a maior causa de procura no grupo dos jovens adolescentes (DGS, 2012). “Os acidentes de viação são a primeira causa de anos de vida potencialmente perdidos, sensível aos cuidados de saúde e à promoção da saúde” (DGS, 2012:4.2, 13).

E ainda, que a procura foi realizada (Q 3.e.) essencialmente (74,9%) por iniciativa própria, o que pode ser visto como uma justificação para a existência de taxas moderadoras, com intuito de moderar a procurar, no sentido da obtenção da máxima eficiência dos recursos. Por outro lado como se constatou que na sua grande maioria a procura recai em primeira linha nos CSP, e considerando que estes devem fazer a ponte com cuidados mais especializados, não se pode concluir que a iniciativa própria da procura seja desadequada.

De referir que apenas 2,4% utiliza o recurso “Saúde 24”, trata-se de uma linha telefónica que é um sistema de promoção da equidade e acesso aos serviços de saúde (DGS, 2012), contudo verifica-se aqui um claro subaproveitamento deste recurso, tal como foi também constatado por Barros *et al.* (2013)

Dos 168 (82,76 %) indivíduos que procuraram cuidados de saúde nos últimos 6 meses, apenas 51 (33,55 %) (Q 3.f.) referem ter pago TM. Observando-se um mínimo de 3,00 € e um máximo de 200,00 €, com uma média de 29,37 € e um desvio padrão de 37,62. Pela tabela de distribuição de frequências das idades obtemos que 47,02% não são isentos de TM. Esta diferença entre a percentagem de não isentos e percentagem dos que referem ter pago TM pode dever-se ao esquecimento ou omissão dos respondentes ou ao facto de terem procurado cuidados de rotina onde se inclui a vacinação que é isenta de taxa moderadora.

À pergunta “Nos últimos 6 meses houve alguma situação em que estando o seu filho doente não procurou cuidados de saúde?” (Q 3.g.) Houve 37 indivíduos (18,2 %) que disseram que sim. As atitudes tomadas por estes indivíduos foram as indicadas na Tabela 10:

Tabela 10 – Distribuição por atitude tomada face à situação de doença da criança sem procura de cuidados de saúde

	Frequência	%
Não fez nada, esperou que passasse	8	21,6
Medicou a criança por iniciativa própria	27	73,0
Outra, qual?	2	5,4
Total	37	100,0

As 2 razões apontadas nas "outras" possibilidades foram: "ter telefonado para a Saúde 24" e "que ficava muito caro, por isso esperou".

A atitude expectante e a automedicação da maioria dos casos em que estando o filho doente não procuraram cuidados de saúde pode dever-se ao facto de ser prática comum do Hospital Pediátrico de Coimbra ter e fomentar uma atitude expectante mas vigilante nas primeiras 72 horas de febre desde que o estado geral da criança esteja conservado e não haja agravamento da situação. Contudo também Barros *et al.* (2013) obtém resultado idêntico para a atitude automedicação.

Em relação à utilização de cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses (Q 3.h.) verificou-se que 70 % utilizou este tipo de cuidados de saúde e cerca de metade da amostra (52,71%) não utilizou o Serviço Público.

Tabela 11 – Distribuição por idade das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS

Idade	Frequência	%
6 anos-9 anos	31	31,25
10 anos-12 anos	24	26,25
13 anos-15 anos	32	27,5
+ de 16 anos	20	15
Total	107	100

Da análise Tabela 11 podemos verificar que a maioria destas crianças (57,5%) são isentas de taxa moderadora, como tal não se poder atribuir efeito de barreira às TM. 26,25% deste grupo de crianças situa-se na faixa de etária 10-13

anos onde estão preconizadas duas consultas de vigilância de saúde infantil (DGS, 2013).

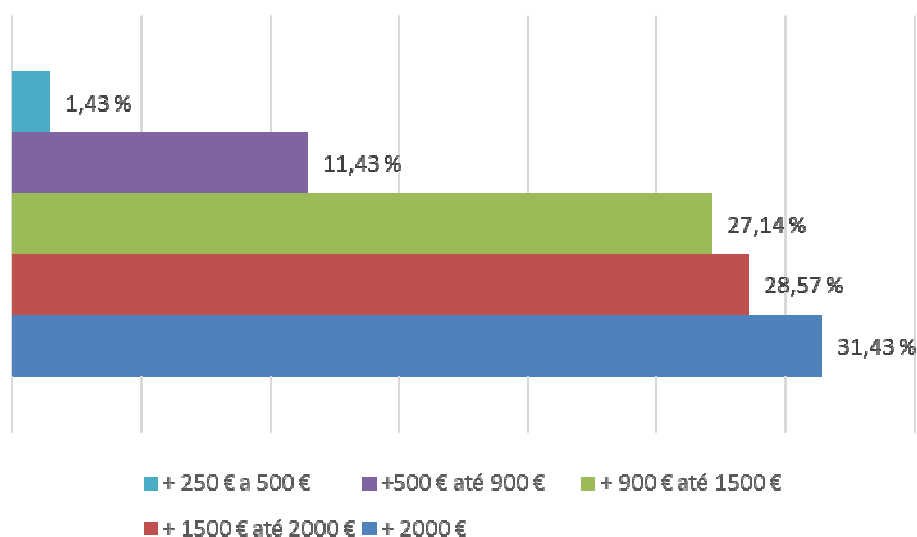
Relativamente aos 62 (30,54 % da amostra) indivíduos que nos últimos 6 meses não procuraram cuidados de promoção da saúde públicos ou privados distribuem-se pelas idades da seguinte forma (Tabela 12):

Tabela 12 – Distribuição por idade das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS ou nos serviços privados de saúde

Idade	Frequência	%
6 anos-9 anos	18	29,04
10 anos-12 anos	12	19,36
13 anos-15 anos	21	33,86
+ de 16 anos	11	17,74
Total	62	100

E a sua distribuição de acordo com o rendimento mensal é a apresentada no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços privados de saúde



Temos então pela análise da tabela de frequências que os 30,54% de crianças que não utilizaram cuidados de promoção de saúde (nem públicos nem privados), 48,4% se situam no grupo de idade inferior a 13 anos e portanto

isentos de TM e 51,61% se situam no grupo dos 13 aos 18 anos de idade ou seja não isentos do pagamento de taxa moderadora. Destes resultados não podemos concluir que a falta de procura se deva a barreira monetária das TM, também é pouco provável pelas características da amostra que a falta de procura se deva a outro tipo de barreira de acessibilidade nomeadamente nas dimensões: Disponibilidade, aceitabilidade ou informação.

Neste grupo 35,49% das crianças incluem-se na faixa etária dos 10-13 anos, sendo recomendação do PNSIJ (DGS, 2013) a existência de uma consulta aos 10 anos (início do 2º ciclo do Ensino Básico) e outra aos 12-13 anos para proceder ao exame global de saúde os cuidados antecipatórios preconizados para estas consultas são ao nível da saúde oral, consumos nocivos (álcool, tabaco, outros) prevenção de acidentes, socialização, promoção de estilos de vida saudáveis.

Estes achados geram algum nível de preocupação pois ausência de doença não significa ausência de necessidade e a não utilização de cuidados de promoção da saúde pode significar que não existe sensibilização dos pais quanto à importância dos cuidados antecipatórios.

Relativamente ao ano letivo de 2006/2007, foi também constatado por Machado (2011) que 74% das crianças com 6 anos de idade tem realizado o seu exame global de saúde e tem cumprido o Plano Nacional de Vacinação (PNV), mas aos 13 anos apenas 37% tem Exame Global de saúde realizado contudo 83% tem PNV cumprido. É aqui também reafirmado que a consulta dos 13 anos é especialmente importante como educação e ensino relativos a consumo de substâncias aditivas e prevenção de doenças decorrentes do comportamento alimentar. Ainda a nível do PNS (DGS, 2012) é estratégia privilegiada a atuação em janelas de oportunidade ao longo do ciclo vital e estas idades são um desses momentos.

Dos 96 (47,29 %) que utilizaram o SNS para cuidados de promoção de saúde verificamos um mínimo de 1 vez (68 indivíduos – 33,5 %) e um máximo de

8 vezes (1 indivíduo – 0,5 %), com uma média de utilização de 0,74 e um desvio padrão de 1,18.

Tabela 13 – Distribuição por idade das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS

Idade	Frequência	%
6 anos-9 anos	36	37,5
10 anos-12 anos	18	18,75
13 anos-15 anos	32	33,32
+ de 16 anos	10	10,43
Total	96	100

Da análise da tabela de distribuição de frequências de idades (Tabela 13), temos que das 47,29% das crianças que usufruíram de cuidados de promoção da saúde no SNS se situam no grupo etário até aos 12 anos (56,25%) e os restantes 43,77% no grupo dos 13 aos 18 anos, não sugerindo qualquer influência na procura a existência ou não de TM. O grupo dos 10-13 é constituído por 35,42% que podem ter beneficiado da recomendação do PNSIJ da consulta de vigilância. Observa-se um destaque de maior frequência na utilização na idade dos 13 anos (cerca de 17% da amostra) o que não indicia qualquer efeito barreira pela existência de taxa moderadora.

Em relação ao pagamento de taxas pelo acesso aos cuidados no SNS para cuidados de promoção da saúde 74 (77,08%) indivíduos não pagaram, dos que pagaram (22,92%) houve um mínimo de 2,50 € e um máximo de 120,00 € com uma média de 4,16 € e um desvio padrão de 14, 31.

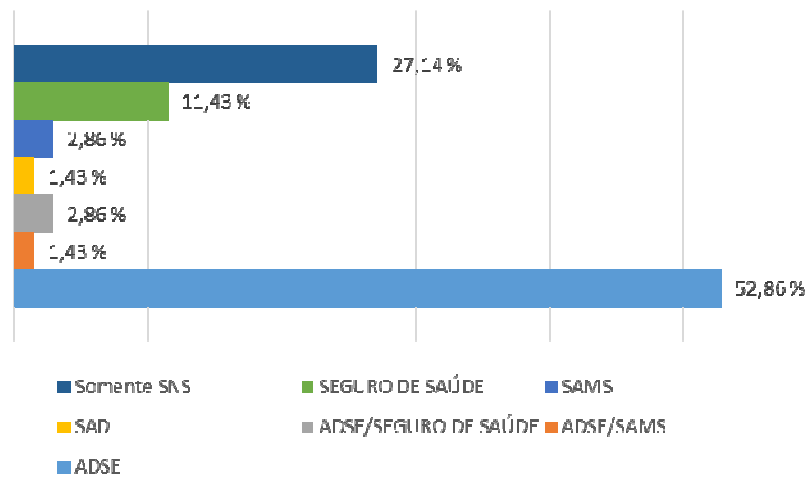
Já no setor privado e para o mesmo fim verificou-se que 70 (34,48 %) indivíduos utilizaram esses serviços e que o pagamento se situou entre um mínimo de 2,00 € e um máximo de 700,00 €, com uma média 100,59 € e um desvio padrão de 159,57.

Para cuidados de promoção da saúde continua a verificar-se uma tendência pela procura do SNS o que é coerente coma resposta da utilização preferencial pela procura dos cuidados de saúde primários (Q 3.a.).

Procuramos saber se os utilizadores do serviço privado para cuidados de promoção da saúde têm um seguro adicional e obtiveram-se os seguintes resultados.

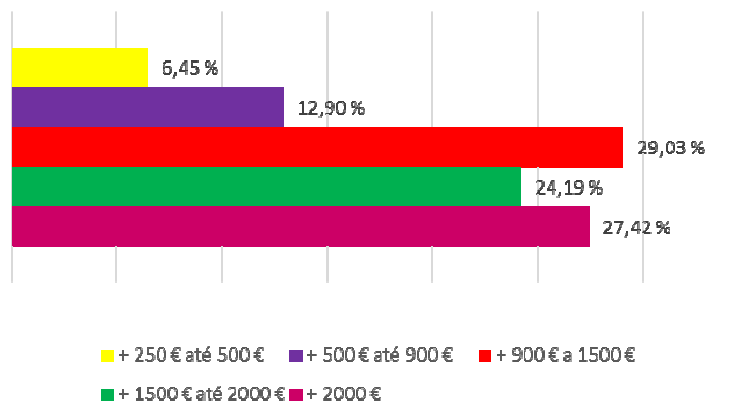
A distribuição destes indivíduos de acordo com o subsistema de assistência na doença é a seguinte:

Gráfico 7 - Distribuição por subsistema de assistência/seguro das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços privados de saúde



A sua distribuição de acordo com o seu rendimento mensal é a seguinte:

Gráfico 8 – Distribuição por rendimento familiar das crianças que não utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses no SNS ou nos serviços privados de saúde



Trata-se então de um grupo de rendimentos acima dos 1 500 euros e em que apenas 27% não possui nenhuma cobertura adicional ao SNS ou seja são indivíduos que maioritariamente podem usufruir de partilha de custos nas despesas efetuadas. Pode falar-se na possibilidade da existência de risco moral ou excesso de consumo. Barros (2009) levanta uma questão interessante quando refere que a existência de subsistemas enquanto cobertura adicional supostamente facilitam o acesso a cuidados médicos e como tal podem dar origem a risco moral/excesso de consumo. Contudo contrapõe que se pode argumentar que em Portugal a resposta do setor público é insuficiente, e como tal o consumo adicional que se verifique nestes indivíduos pode ser derivado da obtenção de uma melhor resposta às suas necessidades.

57,14% destas crianças são isentas de taxa moderadora (situam-se entre os 6 e 12 anos de idade) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição por idade das crianças que utilizaram cuidados de promoção da saúde nos últimos 6 meses nos serviços de saúde privados

Idade	Frequência	%
6 anos-9 anos	23	32,86
10 anos-12 anos	17	24,28
13 anos-15 anos	19	27,14
+ de 16 anos	11	15,72
Total	70	100,00

Relativamente à questão sobre os factores que condicionam a procura de cuidados de saúde (Q 3.i.) obtivemos os resultados apresentados na Tabela 15:

Tabela 15 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Distância à Unidade de Saúde” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho

	Frequência	%
Muito importante	48	23,6
Importante	56	27,6
Indiferente	47	23,2
Pouco importante	52	25,6
Total	203	100,0

Tabela 16 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância do “Tempo de espera” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho

	Frequência	%
Muito importante	94	46,3
Importante	59	29,1
Indiferente	27	13,3
Pouco importante	23	11,3
Total	203	100,0

Tabela 17 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Dificuldade no Transporte” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho

	Frequência	%
Muito importante	12	5,9
Importante	42	20,7
Indiferente	79	38,9
Pouco importante	70	34,5
Total	203	100,

Tabela 18 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância da “Hora da ocorrência” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho

	Frequência	%
Muito importante	41	20,2
Importante	59	29,1
Indiferente	57	28,1
Pouco	46	22,7
Total	203	100,0

Tabela 19 – Distribuição da opinião dos pais sobre a importância das “Taxas Moderadoras” enquanto factor condicionante na procura de cuidados de saúde para o filho

	Frequência	%
Muito importante	32	15,
Importante	53	26,
Indiferente	63	31,
Pouco importante	55	27,
Total	203	100

Ressalta a importância dada ao “Tempo de espera” no acesso aos cuidados (94 indivíduos, 46,3 % - “Muito importante” e 59 indivíduos, 29,1 % - “Importante”) Este achado está de acordo com a produção teórica, Grossman (1972) refere que o tempo é um factor muito importante pois é necessário dispêndio de tempo para produzir saúde. É aqui evidente o custo de oportunidade atribuído pelos pais ao factor tempo. De acordo com McGuire (1988) o consumo de um bem num momento posterior pode diminuir a sua utilidade e implicar o aumento do custo de oportunidade. Como exemplifica Barros (2009) este custo do tempo é visível por parte dos pais quando há perda de remuneração, ou perda a nível do seu tempo de lazer ou outras tarefas importantes quer para o indivíduo quer para o agregado.

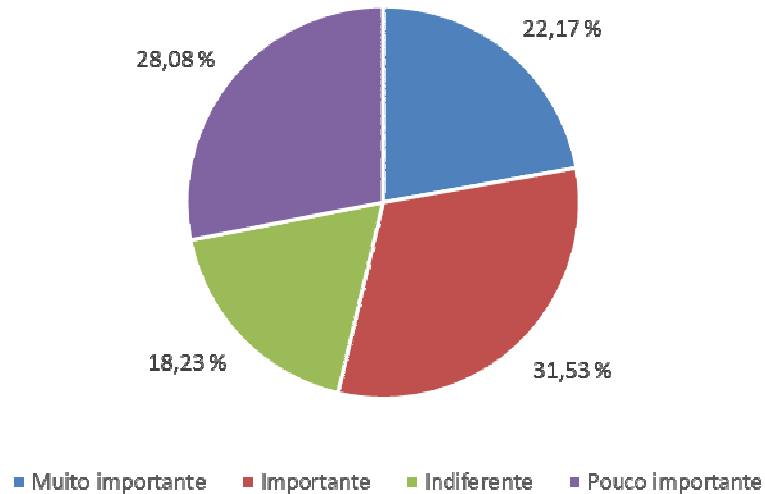
A “distância à unidade de saúde” (51,1% muito importante e importante), a “hora da ocorrência” (49,3% muito importante e importante) ocupam a segunda e terceira posições respetivamente em nível de importância.

As “TM” são classificadas com uma importância relativa em penúltimo lugar na lista dos factores apresentados (41,9% importante e muito importante)

A “dificuldade no transporte” é pouco valorizada (26,6% importante e muito importante), o que não surpreende, dadas as características socioeconómicas da amostra e a proximidade de Serviços de saúde na área geográfica estudada.

O condicionamento resultante do pagamento de TM na utilização da Urgência de um hospital público, do resultou na seguinte distribuição: (Q 3.j.).

Gráfico 9 – Distribuição da importância dada ao condicionamento causado pelas Taxas Moderadoras no acesso a um SU do SNS



Constatou-se que a existência de TM é factor condicionante da procura de cuidados em situação de doença em cerca metade da amostra (53,70 %), contudo, apenas 41,9% referem como muito importante ou importante o condicionamento devido as TM na procura de cuidados de saúde para os seus filhos, quando questionados sobre a forma *“De um modo geral, em situações de doença/suspeita de doença ligeira ou moderada quais os factores e de que forma condicionam a procura de cuidados de saúde para o seu filho”* (Q 3.i.).

Com o intuito de averiguar se existe diferença estatisticamente significativa das opiniões sobre os factores que condicionam o acesso aos cuidados de saúde e o rendimento do agregado familiar, realizamos o teste t de Student e obtivemos níveis de significância superiores a 0,05, assim, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da opinião sobre os factores que condicionam o acesso a cuidados de saúde por parte de nenhum dos dois grupos de rendimento (Quadro 11, Anexo III).

Barros *et al.* (2013) refere que a percentagem de indivíduos que não procura cuidados de saúde por existirem TM situa-se consistentemente ao longo do tempo e em vários estudos na ordem dos 18%. Neste estudo encontramos 18%

da amostra a referir que estando o seu filho doente não procurou cuidados de saúde (Q 3.g.), contudo a barreira financeira é referida em apenas 1 indivíduo, 2,7% quando responde que estando o seu filho doente não procurou cuidados de saúde” por ser muito caro”. Note-se que se trata de um estudo com indivíduos em idade pediátrica, com cerca de metade da amostra isenta do pagamento de TM, e constituída maioritariamente por agregados com rendimento acima dos 1 500 euros.

Com o intuito de avaliarmos o comportamento dos indivíduos com base em situações concretas e com aquilo que pensam ser a suas atitudes ou seja as suas intenções criamos uma situação hipotética:

Quando questionados sobre a eventualidade de “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vômitos” (Q 3.k.) encontramos as seguintes respostas (Tabela 20):

Tabela 20 – Distribuição da atitude dos pais perante a hipótese de “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vômitos”

	Frequência	%
Levava ao Médico/Centro de Saúde	96	47,3
Levava ao Médico/Hospital Público	32	15,8
Levava ao Médico/Hospital/Clinica privada	11	5,4
Telefonava para a linha Saúde 24	45	22,2
Esperava que passasse	8	3,9
Medicava por iniciativa própria	11	5,4
Total	203	100,0

Relativamente a estes achados podemos ver que o recurso aos cuidados de saúde primários se mantém na primeira linha de atuação, mas o recurso à utilidade “Saúde 24” não está de acordo com a situação da iniciativa da procura de cuidados em caso do filho estar doente e não haver procura de cuidados de saúde, obtendo-se na situação hipotética um maior recurso a esta utilidade.

Passadas 72 horas e mantendo-se a mesma situação (Q 3.l.) as respostas foram as seguintes:

Tabela 21 – Distribuição da atitude dos pais perante a hipótese de “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vômitos” passadas 72 horas

	Frequência	%
Levava ao Médico/Centro de Saúde	35	17,2
Levava ao Médico/Hospital Público	141	69,5
Levava ao Médico/Hospital/Clínica	24	11,8
Telefonava para a linha Saúde 24	3	1,5
Esperava que passasse	0	0
Medicava por iniciativa própria	0	0
Total	203	100,0

O tipo de comportamento aqui espelhado mostra uma inversão das estruturas procuradas numa fase inicial e após 72 horas. Inicialmente referem procurar preferencialmente os Centros de Saúde e após 72 horas de evolução procuram preferencialmente o Hospital. Este achado mais uma vez parece estar de acordo quer com a política do Hospital Pediátrico de Coimbra (inicialmente expectante) quer com a noção de que os pais têm conhecimento que os motiva a tomar como 1ª escolha numa situação de doença ligeira/moderada os CSP.

Dos 203 inquiridos houve apenas 2 (1 %) que responderam, mesmo passadas 72 horas, que não recorriam a cuidados médicos, 1 por referir que a situação não o justificava (não era grave) e outro por referir pensar poder resolver a situação. Trata-se de 2 crianças do sexo feminino de 8 e 16 anos (com rendimentos do respetivo agregado familiar nos escalões de 900 a 1500 e +2000 respetivamente) (Q 3.m.).

Um quarto da amostra desconhecia a obrigatoriedade do pagamento de TM para crianças com idade igual ou superior a 13 anos (Q 3.n.).

Quanto à opinião sobre as TM (Q 3.o.) verificamos que relativamente à questão “As TM são necessárias para evitar a utilização excessiva de cuidados de saúde” existe uma divisão exata entre os que concordam (plena ou parcialmente) 87 indivíduos, 42,8 % e os que discordam (plena ou parcialmente) 87 indivíduos, 42,8 %.

Quanto à segunda questão “As TM são necessárias para ajudar a financiar o SNS” continuamos a assistir a uma distribuição das respostas em que 49,4% dos indivíduos concordam (plena ou parcialmente) e 35,9% discordam (plena ou parcialmente).

À questão “*Para muitas pessoas as TM são uma barreira no acesso aos cuidados de saúde*” verificamos que a grande maioria 71,4% (145 indivíduos) concordam plenamente e ainda que 17,7% (36 indivíduos) concordam parcialmente.

Sobre a possibilidade de “*Havendo TM, a isenção do pagamento deveria ser alargada até aos 18 anos*”, novamente a grande maioria dos inquiridos 69,5% (141 indivíduos) concordam plenamente e ainda que 13,8% (28 indivíduos) concordam parcialmente.

Destaca-se a importância dada pelos respondentes às afirmações de que as TM são uma barreira de acesso e que a isenção do pagamento deveria ser alargada até aos 18 anos. O que é interessante dado que o próprio PNS refere na área *Recomendações a Considerar* o “alargamento do sistema de isenção de TM coincidente com a idade pediátrica” (DGS, 2012:4.2, 14). Constata-se no entanto, uma diferença substancial entre este achado e os resultados anteriores em que as TM não foram identificadas como barreiras importantes no acesso aos cuidados de saúde.

Utilizamos o teste One-Way Anova para verificarmos se existia diferença de médias estatisticamente significativa entre os diferentes níveis de rendimento do agregado familiar e as suas opiniões sobre TM (Q 3.o.), o resultado, valor p (Sig) da ANOVA é $p > 0,001$, logo, não se rejeita a hipótese nula (H_0) de igualdade das médias da opinião sobre TM dos diferentes níveis de rendimento do agregado familiar. Nesta amostra não há evidência que o rendimento do agregado familiar influencie a opinião dos respondentes sobre as TM.

Na tentativa de verificar se o comportamento de procura de cuidados de saúde para os seus filhos difere no grupo etário antes dos 13 anos e após os 13 anos procuramos saber se existe diferença estatisticamente significativa entre as

médias da procura de cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses e a isenção de TM (crianças com idade inferior a 13 anos). Consideraram-se as hipóteses:

H0: as médias são iguais

H1: as médias são diferentes

Realizamos o teste t de Student e obtivemos níveis de significância superiores a 0,05, assim, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde por situação de doença entre o grupo dos 6 aos 12 anos e o grupo dos 13 ou mais anos (Quadro 8, Anexo III). Conclui-se assim que para esta amostra a existência de taxas moderadoras para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade não afeta a procura de cuidados de saúde.

No sentido de averiguar a influência do estatuto socioeconómico na procura de cuidados, utilizamos a informação relativa ao rendimento do agregado familiar e o nível de escolaridade dos pais.

De acordo com Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011 (INE, 2012) o rendimento líquido anual médio por agregado familiar em 2009 era de 23 811€, ou seja, uma média de cerca de 1 984€ mensais Sendo que para a região centro esse valor desce para 21 602€, cerca de 1 800 € mensais.

Para efeitos da análise dos dados dividimos os agregados da amostra em dois grupos, sendo os de baixo rendimento aqueles que têm um rendimento mensal até 1 500 € e o grupo de médio e alto rendimento aqueles que têm um rendimento mensal superior a 1 500 €.

Os resultados são os apresentados nas seguintes tabelas

Tabela 22 - Distribuição da amostra de acordo com o nível de rendimento familiar e a idade da criança

	< 13 anos		≥ 13anos	
	Frequência	%	Frequência	%
Médio/Alto rendimento	58	53,21	53	56,38
Baixo rendimento	51	46,79	41	43,62
Total	109	100	94	100

Tabela 23 - – Média de vezes que procuraram cuidados de saúde nos últimos seis meses por situação de doença

	Média	
	< 13 anos	≥ 13anos
Médio/Alto rendimento	2,03	1,91
Baixo rendimento	2,10	1,95

Tabela 24 – Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor público

	Média	
	< 13 anos	≥ 13anos
Médio/Alto rendimento	0,66	0,62
Baixo rendimento	0,96	0,80

Tabela 25 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor privado

	Média	
	< 13 anos	≥ 13anos
Médio/Alto rendimento	0,67	1,00
Baixo rendimento	0,73	0,61

Dividimos a amostra em dois níveis de escolaridade: Básico/Secundário e Médio/Superior e analisámos a procura de cuidados de saúde nos últimos 6 meses.

Tabela 26 - Média de vezes que procuraram cuidados de saúde nos últimos seis meses por situação de doença

		Média	
		< 13 anos	≥ 13anos
Pai	Básico/Secundário	2,50	2,26
	Médio/Superior	1,81	1,83
Mãe	Básico/Secundário	2,50	2,26
	Médio/Superior	1,81	1,83

Tabela 27 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor público

		Média	
		< 13 anos	≥ 13anos
Pai	Básico/Secundário	1,18	0,63
	Médio/Superior	0,51	0,80
Mãe	Básico/Secundário	1,19	0,68
	Médio/Superior	0,61	0,72

Tabela 28 - Média de vezes que procuraram cuidados de promoção da saúde nos últimos seis meses no setor privado

		Média	
		< 13 anos	≥ 13anos
Pai	Básico/Secundário	0,70	0,55
	Médio/Superior	0,61	0,98
Mãe	Básico/Secundário	0,52	0,80
	Médio/Superior	0,77	0,86

Procuramos saber se existe diferença estatisticamente significativa entre as médias da procura de cuidados de saúde quer em situação de doença quer por promoção da saúde, nos dois grupos etários menos de 13 anos e 13 anos ou mais, relativamente às variáveis: habilitações literárias do pai e da mãe e relativamente ao rendimento familiar.

Consideraram-se as hipóteses:

H0: as médias são iguais

H1: as médias são diferentes

Realizamos o *teste t de Student*, e somente se encontrou uma diferença de médias estatisticamente significativa no grupo dos maiores de 13 anos e em relação à escolaridade quer do pai ($t= 2,591$, $sig= 0,012$) quer da mãe ($t=2,082$, $sig= 0,041$) na procura de cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses, com a média procura do grupo de escolaridade mais baixo 2,364 para os pais e 2,316 para as mães e no grupo de escolaridade mais elevada uma média de 1,540 para os pais e 1,375 para as mães. Mais uma vez se obtiveram resultados que são contrários à fundamentação teórica sobre o efeito da escolaridade no comportamento de procura de cuidados de saúde.

Relativamente às restantes situações encontraram-se níveis de significância superiores a 0,05 (Quadros 9 e 10, Anexo III), assim, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há uma diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde quer em situação de doença quer na promoção da saúde (em serviços públicos ou privados) nas diferentes categorias criadas nas variáveis habilitação literárias do pai e da mãe e no rendimento familiar quer no grupo dos 6 aos 12 anos quer no grupo dos 13 ou mais anos. Ou seja, nesta amostra o estatuto socioeconómico não afeta a procura de cuidados de saúde para crianças de idade igual ou superior a 13 anos de idade.

Por último fomos averiguar da influência de um seguro/subsistema de saúde na procura de cuidados de saúde em idade pediátrica

Dos 124 indivíduos (61,1 %) da amostra que demostram a existência de outro tipo de assistência na doença, para além do SNS, 102 (82,26 %) procuraram cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses. Procuramos averiguar se existe diferença estatisticamente significativa na procura de cuidados de saúde antes e depois dos 13 anos no grupo que possui um subsistema/seguro de saúde.

Consideramos as hipóteses:

H0: as médias são iguais

H1: as médias são diferentes

Realizamos o teste t de Student e obtivemos níveis de significância superiores a 0,05, assim, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde nos indivíduos que possuem um subsistema /seguro de saúde entre o grupo dos 6 aos 12 anos e o grupo dos 13 ou mais anos (Quadro 8, Anexo III). O que significa que nesta amostra a existência de um seguro/subsistema de saúde adicional ao SNS não influencia a procura de cuidados de saúde, quer no grupo dos isentos quer no grupo dos não isentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo pediátrico tem incorporada uma importância que lhe é conferida por algumas particularidades, nomeadamente em termos de indicadores que caracterizam o desenvolvimento de um país (taxa de mortalidade infantil, anos potenciais de vida perdidos), a importância decorrente das características de fragilidade próprias deste estadió de desenvolvimento, da importância das estratégias de intervenção precoce nesta faixa etária da relevância na sustentabilidade do sistema de saúde em tempos vindouros e o seu contributo para o bem-estar de gerações anteriores e futuras quando se tornarem adultos ativos integrados numa sociedade futura.

É indiscutível a importância da criação de mecanismos de moderação/regulação que permitam otimizar os recursos, contrariando a utilização excessiva de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde que satisfaçam a necessidade de cuidados de saúde aos indivíduos, dado o aumento crescente das despesas com a saúde e da finitude dos recursos. De referir que a despesa corrente em cuidados de saúde em percentagem de Produto Interno Bruto (PIB) em Portugal foi de 9,5% em 2012 (PORDATA) e a despesa consolidada do programa saúde em 2014 é de cerca de 8 mil milhões de euros (Ministério das Finanças, 2013)

Dos motivos atrás referidos e considerando que a provisão de cuidados de saúde é apenas um dos factores que influencia a saúde, que a nutrição, as condições habitacionais e sanitárias, a informação sobre comportamentos que promovem a saúde e a consequente adoção de estilos de vida saudáveis (em suma aspetos de cariz social, cultural e organizacional), contribuem em grande parte para diminuição do risco de ocorrência de episódios de doença e de morbilidade decorrente de doenças derivadas de comportamentos de risco,

podemos concluir que o factor financeiro, neste caso, a cobrança de taxas moderadoras não constitui um mecanismo único e provavelmente o mais adequado para reduzir a procura de cuidados de saúde em idade pediátrica, sobretudo ao nível de cuidados desnecessários.

Um dos possíveis mecanismos que pode promover a racionalização na utilização de cuidados de saúde, passa por desenvolver e implementar intervenções dirigidas aos grupos mais fragilizados (económica ou socialmente ou devido a condições inerentes à sua posição no ciclo vital) como é o caso do grupo pediátrico. Pode facilmente perceber-se que a redução das despesas em saúde se expande muito para além da limitação dos custos associados à procura de cuidados de saúde, logo o investimento em ações que contribuam para a promoção de saúde, que incidam em necessidades detetadas por um prévio diagnóstico de situação, tenderá a diminuir a incidência de doença e morbilidade associada, contribuindo desta forma para uma redução dos custos decorrentes quer da ocorrência da doença quer do tratamento das suas complicações, aumentando assim a qualidade de vida da sociedade. É um pressuposto cada vez mais aceite que investimentos em saúde infantil produzem elevado retorno ao longo do ciclo vital. Contudo a percentagem de PIB com despesa de cuidados de saúde em 2010 é gasta essencialmente em serviços curativos e de reabilitação, apenas uma ínfima percentagem é gasta em serviços de prevenção de saúde pública (Observatório das Desigualdades, 2010).

No caso concreto das taxas moderadoras em idade pediátrica, faz sentido questionar se este mecanismo de moderação é eficaz, se é aceitável e até mesmo legítimo. Uma das contradições surge logo quando se confronta a definição de idade pediátrica em Portugal e a obrigatoriedade de prestação de cuidados em ambiente pediátrico a todos os indivíduos com idade até aos 18 anos e a obrigatoriedade do pagamento de TM a partir dos 13 anos de idade.

Juntando a todos os aspetos anteriormente referidos, o investimento profissional neste grupo etário, obtém-se a razão da execução deste trabalho, que tem como objetivo global verificar se existe influência das taxas moderadoras a partir dos 13 anos de idade no comportamento de procura de cuidados de saúde.

Acresce ainda a constatação de que existe uma escassez de estudos sobre esta temática, sobretudo no grupo pediátrico e desta forma este pode ser o ponto de partida para estudos posteriores que contribuam para o aumento do conhecimento neste campo e colmatem as lacunas aqui cometidas.

Tendo consciência das limitações existentes na realização deste estudo quer a nível de tempo disponível, quer a nível de financiamento (o que impossibilitou a constituição de uma amostra mais abrangente incluindo nomeadamente maior número de agregados com rendimentos mais baixos, com menores habilitações literárias e residentes em meios não urbanos), as principais conclusões não mostraram que nesta amostra a existência do pagamento no ato de consumo tivesse constituído uma barreira à utilização de cuidados de saúde. Basicamente o comportamento observado foi idêntico no grupo dos isentos de TM e no grupo dos não isentos.

Verifica-se que o grosso da amostra procurou cuidados de saúde por situação de doença. Destes, cerca de metade fê-lo apenas uma vez. O máximo da procura foi 10 vezes, sendo a média de procura nesta amostra 2 vezes e o desvio padrão 2,12, não se tendo verificado a existência de relação entre o número de vezes que recorreram e o rendimento do agregado familiar. A grande maioria da amostra refere utilizar preferencialmente o Centro de Saúde (SNS) quando o filho necessita de cuidados de saúde. São as estruturas do SNS (CS e Hospitais) que maioritariamente dão resposta às necessidades de cuidados de saúde, fazendo-o de uma forma considerada positiva pelos respondentes. A principal razão da procura foi a ocorrência de doença súbita ou cuidados de rotina. A procura foi realizada essencialmente por iniciativa própria (dos pais), o que poderia justificar a necessidade de existência das TM. Cerca de um quinto dos indivíduos não procuraram cuidados de saúde estando o seu filho doente (período dos últimos 6 meses) e a atitude dominante foi o recurso à automedicação. Um terço da amostra não procurou cuidados de promoção da saúde, públicos ou privados, nos últimos 6 meses, destes cerca de metade são isentos de TM. A procura de cuidados de promoção da saúde foi essencialmente no SNS, e mais uma vez cerca de metade das crianças são isentas de TM,

destacando-se uma maior frequência na utilização no grupo com idade igual ou superior aos 13 anos o que não indicia efeito barreira pela TM. No grupo dos que procuraram cuidados de promoção da saúde no privado, dois terços possui um sistema adicional de assistência, contudo mais de metade são crianças isentas.

Relativamente aos factores que condicionam a procura de cuidados de saúde, ressalta a importância dada ao “Tempo de espera” no acesso aos cuidados. As TM são classificadas com uma importância relativa em penúltimo lugar na lista dos factores apresentados pelo que não sugerem ser um fator importante na decisão de procura de cuidados de saúde. Contudo um quarto da amostra não tinha conhecimento da existência de TM para crianças com idade igual ou superior a 13 anos. No que concerne aos resultados decorrentes das várias afirmações sobre as TM, destaca-se a importância dada pelos respondentes às afirmações que estas são uma barreira de acesso aos cuidados (o que não é coerente com a importância relativa que lhes é atribuída enquanto factores condicionantes de procura de cuidados) e que a isenção de pagamento deveria ser alargada até aos 18 anos. Verificou-se não existir diferença de médias estatisticamente significativa entre os diferentes níveis de rendimento do agregado familiar e as suas opiniões sobre TM.

Não há diferença estatisticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde nos indivíduos que possuem um subsistema/seguro de saúde entre o grupo dos 6 aos 12 anos e o grupo dos 13 ou mais anos, o que sugere que a existência de um seguro/subsistema de saúde adicional ao SNS não influencia a procura de cuidados de saúde. O condicionamento resultante do pagamento de taxas moderadoras na utilização de um serviço de urgência de um hospital público é referido por cerca de metade da amostra.

Em suma relativamente às nossas duas questões iniciais concluiu-se que:

- Não há diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde por situação de doença entre o grupo dos 6 aos 12 anos e o grupo dos 13 ou mais anos o que sugere que na amostra estudada a existência de TM para crianças com idade igual ou superior a 13 anos de idade não afeta a procura de cuidados de saúde.

- Não há diferença estaticamente significativa entre as médias dos valores da procura de cuidados de saúde quer em situação de doença quer na promoção da saúde (em serviços públicos ou privados) nas diferentes categorias criadas na variável rendimento familiar quer no grupo dos 6 aos 12 anos quer no grupo dos 13 ou mais anos.

Foi encontrada relação entre a procura de cuidados de saúde por situação de doença nos últimos 6 meses e a escolaridade do pai (isentos e não isentos). No grupo das crianças com 13 ou mais anos verificou-se a existência de médias de procura mais elevadas, quer nos pais quer nas mães, com níveis de escolaridade mais baixos.

Assim verificamos que relativamente ao fator socioeconómico, apenas a variável escolaridade dos pais exerce algum tipo de influência e apenas na procura de cuidados por situação de doença nos últimos 6 meses. Trata-se de um achado contrário ao esperado (de acordo com estudos anteriores e fundamentação teórica), no entanto seria preocupante, do ponto de vista da equidade, se um nível socioeconómico mais elevado fosse fator promotor de uma maior utilização. Não se pode concluir que esta maior utilização decorra de maior necessidade embora nesta amostra não se tenham observado diferenças significativas no estado de saúde reportado pelos pais.

Estes resultados não podem ser extrapolados para a sociedade em geral por se tratar de uma amostra de pequenas dimensões, não representativa da população em geral, porque a metodologia utilizada não foi a mais adequada mas sim a possível, dadas as limitações já identificadas, por outro lado muitos dos resultados aqui encontrados estão de acordo com os estudos consultados e referidos.

Estudos posteriores poderão colmatar estas falhas e sobretudo garantir a resposta a uma questão ética primordial “Os indivíduos, neste caso as crianças, têm acesso aos cuidados de saúde de que necessitam?” Não descurando nunca que a ausência de doença não significa ausência de necessidade de cuidados e que as ações a nível da prevenção da doença e promoção da saúde são um importante tipo de cuidados de saúde.

Fica ainda a questão sobre a verdadeira utilidade das TM. Considerando que estas não têm como objetivo primordial financiar o sistema de saúde, sendo apenas um fonte de receita pouco significativa, 1,7 % do total da receita do SNS em 2012 (ERS, 2013) e que o seu principal objetivo de acordo com o respetivo enquadramento legal, é moderar e racionalizar a procura permitindo a otimização de recursos⁸. Não se confirmando que estas são uma barreira ao acesso a cuidados de saúde, o que é um aspeto assaz positivo do ponto de vista da equidade, mas sendo também um factor que pouco influencia a procura de cuidados de saúde, qual a verdadeira essência da sua existência sobretudo em idade pediátrica?

⁸ Decreto-Lei n.º 113/2011, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 229 — 29 de Novembro de 2011 – “a revisão do sistema de taxas moderadoras deverá ser perspectivada como uma medida catalisadora da racionalização de recursos e do controlo da despesa, ao invés de uma medida de incremento de receita, atendendo não apenas à sua diminuta contribuição nos proveitos do Serviço Nacional de Saúde mas, acima de tudo, pelo carácter estruturante que as mesmas assumem na gestão, via moderação, dos recursos disponíveis, que são, por definição, escassos.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Mafalda C. S. Maló de (2012) *Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde*. Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Andersen, Ronald M. (1995) “*Revisiting the Behavioral Model and Access to medical Care: Does it Matter?*” *Jornal of Health and Social Behavior*. 36, 1-10. <http://mph.ufl.edu/files/2012/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf> [consultado em 12 de Março de 2014].
- Arrow, Kenneth J. (1963) “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*” *The American Economic Review*. LIII(5), 141-149. www.who.int/bulletin/volumes/82/2/PHCBP.pdf [consultado em 12 de Março de 2014].
- Barker, D. J. P. (1990) *The fetal and infant origins of adult disease*. *The BMJ*, 301, 1111. <http://www.bmj.com/content/301/6761/1111.full.pdf+html> [consultado em 15 de Março de 2014].
- Barr, N. A. (2004) *The welfare state as piggy bank: information, risk, uncertainty, and the role of the state*. Oxford, New York: Oxford University Press. <http://www.oxfordscholarship.com/oso/public/content/economics/finance/0199246599/toc.html> [consultado em 12 de Março de 2014].
- Barros, Pedro Pita (2001) “*Procura de Cuidados de Saúde - Os Efeitos do Estado de Saúde Co-pagamento e Rendimento*”. Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa. Documento de Trabalho 2/2001. Lisboa. www.apes.pt/files/dts/dt_022001.pdf [consultado em 15 de Março de 2014].
- Barros, Pedro Pita (2003) “*Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde*”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 3, 7-17. <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/>

- sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2003.pdf [consultado em 15 de Março de 2014].
- Barros, Pedro Pita (2012_a) *“Health policy reform in tough times: The case of Portugal”*. Health Policy. 106, 17-22. [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(12\)00113-3/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(12)00113-3/pdf) [consultado em 15 de Março de 2014].
 - Barros, Pedro Pita (2012_b) *Portugal’s health policy under financial rescue plan*. Eurohealth. 18 (3), 10-14. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf [consultado em 15 de Março de 2014].
 - Barros, Pedro Pita (2013) *Pela sua Saúde*. Lisboa: Relógio de Água Editores e Fundação Francisco Manuel dos Santos.
 - Barros, Pedro Pita; Afonso, Helena; Martins, Bruno; Pereira, Diogo (2013) *“Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde”*. Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa. Versão 1. www.acss.min-saude.pt/Portals/0/impacto-taxas-moderadoras-v3.pdf [consultado em 15 de Março de 2014].
 - Barros, Pedro Pita (2009) *Economia da saúde, Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.
 - Bentes, Margarida; Dias, Carlos M.; Sakellarides, Constantino; Bankauskaite, Vaida (2004) *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/107843/e82937.pdf [consultado em 15 de Março de 2014].
 - Boquinhas, Miguel B. (2012) *Políticas e Sistemas de Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
 - Buerhaus, Peter; Staiger, Douglas O; Auerbach, David I. (2008) *The Future of the Nursing Workforce in the United States: Data, Trends and Implications*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
 - Canedo, M. Ana (2012) *How to Demand for Medical care Responds to User-charges: a quasi-experiment for Portugal*. MSc in Management and Strategy. London School of Economics and Political Science.

- Carmo, Isabel do (Org.) (2012) *Serviço Nacional de Saúde em Portugal - As ameaças, a crise e os desafios do futuro*. Coimbra: Edições Almedina.
- Constituição da República Portuguesa, VII revisão constitucional. Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da República - I série - A N.º 155 12 de Agosto de 2005.
- Convenção dos Direitos da Criança, resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Novembro de 1989. Ratificada por Portugal pelo Decreto do Presidente da República n.º 49/90, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 211/90.
- Currie, Janet (2008) "*Child Health and Mortality*" in Blume, Larry; Durlauf, Steven (eds.). London: The New Palgrave Dictionary of Economics, Macmillan.
- Direção Geral de Saúde (2001) *Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa. <http://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-materno-infantil-pdf.aspx> [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Direção Geral de Saúde (2005) *Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Atuação*. Lisboa. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-infantil-e-juvenil-programa-tipo-de-actuacao-orientacoes-tecnicas-12-pdf.aspx> [consultado em 06 de abril de 2014].
- Direção Geral de Saúde (2012) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> [consultado em 09 de Março de 2014].
- Direção Geral de Saúde (2011) *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012-jpg.aspx> [consultado em 06 de abril de 2014].
- Direção Geral de Saúde (2013) *Saúde Infantil e Juvenil - Programa Nacional*. Lisboa. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx> [consultado em 06 de Janeiro de 2014].

- Dupas, Pascaline (2012) “*Global Health Systems: Pricing and User Fees*”. Stanford & The National Bureau of Economic Research. http://web.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Entidade Reguladora da Saúde (2011) *Caracterização do Acesso dos Utentes a cuidados de saúde infantil e juvenil e de pediatria*. Porto. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/43/Relatorio_Acesso_Pedia tria.pdf [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Entidade Reguladora da Saúde (2013) *O novo regime jurídico das taxas moderadoras*. Porto. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document /892/Estudo_Taxas_Moderadoras.pdf [consultado em 10 de Janeiro de 2014].
- Folland, Sherman; Goodman, Allen C.; Stano, Miron (eds.) (2012) *The economics of health and health care*. New Jersey: Prentice Hall.
- Furtado, Cláudia; Pereira, João (2010) “*Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*”. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Gertler, Paul J.; Hammer, Jeffrey S. (1997) “Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services”. The World Bank Policy Research Department. Policy Research Working Paper 1762. Washington. <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-1762> [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Glied, Sherry; Smith, Peter C. (2011) *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Grossman, M. (1972) “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health” *Journal of Political Economy*. 80(2), 223-255. www.jstor.org/stable/1830580 [consultado em 12 de Abril de 2014].
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011) *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) *Inquérito às Despesas das Famílias*. Lisboa.

- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2014) *Inquérito à Fecundidade 2013*. Lisboa.
- Jacobson, Lena (2000) "The family as producer of health – an extended grossman model" *Journal of Health Economics*. 19, 611-637. <http://elmu.umm.ac.id/file.php/1/jurnal/J-g/Journal%20of%20Health%20Economics/Vol19.Issue5.Sep2000/659.pdf> [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- James, Christopher; Hanson, Kara; McPake, Barbara; Balabanova, Dina; Gwatkin, David; Hopwood, Ian; Kirunga, Christina; Knippenberg, Rudolph; Meessen, Bruno; Morris, Saul; Preker, Alexander; Soucat, Agnes; Souteyrand, Yves; Tibouti, Abdelmajid; Villeneuve, Pascal; Xuh, Ke (2006) "To Retain or Remove User Fees?: Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries. *Applied Health Economics and Health Policy*", 5, 137-153. <http://pdfs.journals.adisonline.com/healthconomics/2006/05030/00001.pdf> [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Diário da República - I série, N.º 95 de 24 de Agosto de 1990; com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, Diário da República - I série-A, N.º 258 de 8 de Novembro de 2002.
- Litvak, Ilya (2010) "User Fees as a Form of Cost Sharing In Developing World" in Neuhauser, Duncan (eds.) "Public Health Policy and Management" (MPHP 439). Cleveland: Case Western Reserve University. http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/user_fees.pdf [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- McGuire, Alistair; Henderson, John; Mooney, Gavin (1988) *The economics of health care, An introductory text*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Machado, M. do Céu; Alves, M. Isabel; Couceiro, M. Luísa (2011) "Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. Ata da Sociedade Portuguesa de Pediatria". 42(5): 195-204. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435_art_origin_al_machadomc_42.pdf [consultado em 10 de Janeiro de 2014].

- Manning, Willard G.; Newhouse, Joseph P.; Duan, Naihua; Keeler, Emmett B.; Leibowitz, Arleen (1987) "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment" *The American economic Review*. 77(3), 251-277. <http://www.jstor.org/stable/1804094> [consultado em 06 de Janeiro de 2014].
- Mayer, Michelle L. (2006) "Are We There Yet? Distance to Care and Relative Supply Among Pediatric Medical Subspecialties" *Pediatrics*®. 6, 2313 -2321.
- Meessen, B. (2009) "Removing user fees in the health sector in low-income countries: a policy guidance note for programme managers". New York: United Nations Children's Fund (UNICEF). 38 p. (Health Section Working Paper). http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/unicef/UNICEF_Guidance_Note.pdf [consultado em 10 de Janeiro de 2014].
- Ministério das Finanças (2013) *Orçamento do Estado para 2014 – Relatório*. Lisboa
- Mooney, Gavin; Di McIntyre (2007) *The Economics of Health Equity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Observatório das Desigualdades (2010) *Indicadores Eurostat*. <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicadores&id=72&lang=pt> [consultado em 10 de Julho de 2014].
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Crise & Saúde, um país em sofrimento, Relatório de Primavera*. Coimbra: Mar da palavra Ed. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf> [consultado em 10 de Janeiro de 2014].
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) *duas fases da saúde, Relatório de Primavera*. Coimbra: Mar da palavra Ed. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf [consultado em 10 de Janeiro de 2014].
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) "Taxas Moderadoras". <http://www.observaport.org/taxonomy/term/138> [consultado em 10 de Janeiro de 2014].

- Organização Mundial de Saúde (2011) *Relatório Mundial da Saúde, financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Lisboa: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)
- Parkin, David (2009) “*Health Economics*” in Public Health Textbook. <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4d-health-economics> [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Peleteiro, Maria Manuela; Marques, Rita; Galhardo, Teresa (2004) *Uma análise crítica das orientações estratégicas 2004/O Plano Nacional de Saúde Português*. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Plano-Nacional-de-Saude.pdf> [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Pereira, João (1993) “*What does Equity in Health Mean?*” *Journal of Social Policy*, 22, 19-48.
- Pereira, João A.; Campos, António C.; Ramos, Francisco; Simões, Jorge; Reis, Vasco (1997) “*Health Care Reform and Cost Containment in Portugal*”. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho nº 2/1997. Lisboa. www.apes.pt/files/dts/dt_021997.pdf [consultado em 12 de Fevereiro de 2014].
- Pinto, Carlos G.; Aragão, Filipa (2003) “*Health Care Rationing in Portugal, a retrospective analysis*”. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho nº 1/2003. Lisboa. http://www.apes.pt/files/dts/dt_012003.pdf [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Pruckner, Gerald (2010) “*Health economics, demand for health capital*”. University of Linz. Lecture Notes <http://www.econ.jku.at/members/pruckner/files/lehre/health/demand.pdf>. [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- RAND Corporation (1984) “*The Effect of Coinsurance on the Health of Adults Results from the RAND Health Insurance Experiment*”. RAND Corporation research reports series R-3055-HHS. Santa Monica. <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2006/R3055.pdf> [consultado em 08 de Fevereiro de 2014].

- RAND Corporation (1985) "*The effect of cost sharing on the use of medical services by children*". RAND Corporation research reports series R-3287-HHS. Santa Monica. <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2009/R3287.pdf> [consultado em 12 de Janeiro de 2014].
- RAND Corporation (2006) "*The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate*". RAND Corporation research brief series RB-9174-HHS. Santa Monica. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB9174.pdf [consultado em 08 de Fevereiro de 2014].
- Russel, Steven (1996) "*Ability to pay for health care: concepts and evidence*" Health Policy and Planning. 11(3), 219-237. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/11/3/219.full.pdf+html> [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Sanchez, Raquel M.; Ciconelli, Rozana M. (2012) "*Conceitos de Acesso à Saúde*" Revista Panam Salud Publica". 31(3), 260-268. www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Sepehri, Ardeshir; Chernomas, Robert (2001) "*Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries*" Journal of international Development. 13, 183-209.
- Sousa, Artur F. S. (2009) *O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios*. Acta Paulista de Enfermagem 22 (1 esp.): 884-894. <http://www.unifesp.br/acta/pdf/v22/n7/v22n7a9.pdf> [consultado em 05 de Fevereiro de 2014].
- Thomson, Sarah; Foubister, Thomas; Mossialos, Elias (2010) "*Can user charges make health care more efficient?*" British Medical Journal. 341, 487.

ANEXO I – Questionário

Questionário sobre impacto das taxas moderadoras em idade pediátrica

Este questionário é anónimo e deve ser preenchido por um adulto na qualidade de pai/mãe ou encarregado de educação de crianças/jovens entre os 6 e os 18 anos. Com ele pretende-se conhecer se a existência de taxas moderadoras para crianças com 13 anos ou mais afeta a procura de cuidados de saúde.

Este questionário faz parte de um estudo realizado no âmbito de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

No caso de ter 2 ou mais filhos/educandos a seu cargo preencha o questionário referindo-se ao filho/educando que no último ano mais vezes recorreu a cuidados de saúde.

Caso o seu agregado familiar ou o seu filho/educando sejam isentos de taxas moderadoras por outro motivo (doença crónica, insuficiência económica, etc.) além da idade não deverá preencher o questionário.

O questionário demora cerca de 15 minutos a preencher. A participação é anónima e as informações recolhidas são confidenciais e usadas apenas para fins de investigação científica. Agradecemos antecipadamente pelo tempo que nos dedicou.

1. Dados pessoais do filho/educando:

- a. Idade: _____ anos
- b. Sexo: Fem Masc
- c. Como caracteriza o estado de saúde do seu filho nos últimos 6 meses:

Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau

2. Dados do agregado familiar:

- a. Local de residência (concelho/freguesia): _____ / _____
- b. Agregado familiar (pessoas que vivem na sua casa): adultos _____
crianças _____
- c. Dados sobre os pais/encarregados de educação:

Parentesco	Profissão	Nível escolaridade*	Situação profissional nos últimos 6 meses**
Pai			
Mãe			

* 4º ano, 6º ano, 9º ano, 12º ano, curso médio/superior, outro (especificar).

** Trabalho Independente, trabalho por conta de outrem, pensão/reforma, subsídio de desemprego, Outro (Qual?)

d. Possuem outro tipo de assistência na doença além do Serviço Nacional de Saúde?

Não Sim

Qual (ADSE, ADM, Seguro de saúde, outro): _____

e. Rendimento mensal do agregado familiar

até 250,00 €	
+ 250,00 € a 500,00 €	
+ 500,00 € a 900,00 €	
+ 900,00 € a 1500,00 €	
+ 1500,00 a 2000,00€	
+2000,00 €	

3. Acesso a cuidados de saúde

a. Quais os serviços que utiliza quando o seu filho necessita de cuidados de saúde?

Centro de Saúde	
Hospital do Serviço Nacional de Saúde	
Hospital/Clinica privada	
Médico Particular	
Outro, Qual?	

b. Estas estruturas prestam cuidados de saúde que correspondem às suas necessidades:

	Muito	Razoável	Pouco	Nada
Centro de Saúde				
Hospital do Serviço Nacional de Saúde				
Hospital/Clinica privada				
Médico Particular				
Outro, Qual?				

c. Nos últimos 6 meses quantas vezes levou o seu filho ao médico/serviço de saúde (público ou privado) por situação de doença: _____

- d. Nos últimos 6 meses qual a razão/razões pelas quais levou o seu filho ao médico/serviço de saúde:

Doença súbita	
Doença crónica	
Acidente	
Rotina (vacina, etc.)	
Outro, Qual?	

- e. Nos últimos 6 meses quando procurou cuidados de saúde para o seu filho, foi por:

Iniciativa própria	
Conselho médico	
Conselho de enfermeiro	
Linha saúde 24	
Outro, Qual?	

- f. Nos últimos 6 meses quando levou o seu filho ao médico/serviços de saúde pagou taxas moderadoras?

Não Sim

Qual foi o montante total que pagou: _____ €

- g. Nos últimos 6 meses houve alguma situação em que estando o seu filho doente não procurou cuidados de saúde?

Não Sim

Se respondeu sim, indique que atitude tomou:

Não fez nada, esperou que passasse	
Medicou a criança por iniciativa própria	
Outra, Qual?	

- h. Nos últimos 6 meses levou o seu filho/educando ao médico/serviço de saúde para cuidados de promoção da saúde (vacinação, consulta de vigilância de saúde infantil, consulta de vigilância de saúde oral).

	Quantas vezes?	Pagou por este serviço?	Quanto?
Serviço público		Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
Serviço privado		Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	

- i. De um modo geral, em situações de doença/suspeita de doença ligeira ou moderada quais os fatores e de que forma condicionam a procura de cuidados de saúde para o seu filho:

	Muito importante	Importante	Indiferente	Pouco importante
Distância à Unidade de saúde				
Tempo de espera				
Dificuldade no transporte				
Hora da ocorrência				
Taxas moderadoras				

- j. Tendo em conta os valores das taxas moderadoras a pagar pelas crianças com mais de 12 anos de que forma pensa que este fator condiciona ou poderá condicionar a sua decisão de levar o seu filho a um serviço de urgência de um Hospital do público?

Muito importante Importante Indiferente Pouco importante

- k. Imagine a seguinte situação: “o seu filho diz não se sentir bem e refere dores de cabeça, tem febre e vômitos”, o que faria?

Levava ao Médico/Centro de Saúde	
Levava ao Médico/Hospital público	
Levava ao Médico/Hospital/Clinica privada	
Telefonava para a linha saúde 24	
Esperava que passasse	
Medicava por iniciativa própria	

- l. Passadas 72 horas o seu filho mantém a mesma situação, o que faria?

Levava ao Médico/Centro de Saúde	
Levava ao Médico/Hospital público	
Levava ao Médico/Hospital/Clinica privada	
Telefonava para a linha saúde 24	
Esperava que passasse	
Medicava por iniciativa própria	

- m. No caso de ter respondido que não recorreria a cuidados médicos, o que o(a) levou a responder dessa forma?

Na sua opinião a situação não o justificava (não era grave)	
Não podia suportar a despesa com a taxa moderadora	
Não justificava o custo da taxa moderadora	
Não podia suportar outras despesas (transporte, perda do dia de trabalho, etc.)	
Pensou que podia resolver a situação	

- n. Tinha conhecimento que as crianças pagam taxas moderadoras no acesso aos serviços públicos de saúde a partir dos 13 anos?

Não Sim

- o. Qual a sua opinião relativamente às frases seguintes:

	Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo plenamente
As taxas moderadoras são necessárias para evitar a utilização excessiva de cuidados de saúde					
As taxas moderadoras são necessárias para ajudar a financiar o Serviço Nacional de Saúde					
Para muitas pessoas as taxas moderadoras são uma barreira no acesso aos cuidados de saúde					
Havendo taxas moderadoras, a isenção do pagamento devia ser alargada até aos 18 anos					

Muito obrigada pela Sua colaboração.

ANEXO II – Autorização para realização do inquérito

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0423600001, com a designação Questionário sobre taxas moderadoras em idade pediátrica, registado em 01-04-2014, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Helena de Jesus Marques Tavares

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor de Serviços de Projetos Educativos

DGE

Observações:

a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a sua realização. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções das Escolas/Agrupamentos que autorizem a realização do estudo.

b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.

c) Informa-se ainda que, de acordo com a natureza jurídica da Direção-Geral da Educação, publicada pelo Decreto-Lei n.º 14/2012 de 20 de janeiro, conjugada com o enquadramento legal específico dos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudo de investigação em meio escolar (Despacho N.º15847/2007, publicado no DR 2ª série n.º 140 de 23 de julho), a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos/questionários ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados.

ANEXO III – Quadros de resultados estatísticos

Quadro 1

Escolaridade_pai * procura cuidadosultimos6meses

Tabulação cruzada										
		ssultimos6meses		Total						
		Sim	Não							
espaicat	bás_	74	8	82						
	med	73	24	97						
Total		147	32	179						
Testes qui-quadrado										
		Valor	Signifi	Sig	Sig exata					
		f	cância Sig. (2	exata (2 lados)	(1 lado)					
Pearson	Qui-quadrado de	6,798 ^a	,009							
	Correção de	5,815	,016							
	continuidade ^b									
	Razão de	7,120	,008							
verossimilhança										
Teste Exato de Fisher				,011	,007					
N de Casos Válidos		179								
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,66.										
b. Computado apenas para uma tabela 2x2										
Teste-T										
Estatísticas de grupo										
		espaic	N	Média	Desvio	Erro padrão da				
vezesrecorre	1	83	2,397	2,28430	,25073					
	2	96	1,645	1,82946	,18672					
Teste de amostras independentes										
		Teste de		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2	Diferenç	Erro	95% Intervalo de	
						extremidade	a média	padrão	Inferior	Superio
vezesrecorre	Variâncias iguais assumidas	4,15	,043	2,44	177	,016	,75176	,30767	,14458	1,3589
	Variâncias iguais não assumidas			2,40	156,59	,017	,75176	,31262	,13426	1,3692

Quadro 2
 escolaridademãe * procura cuidadosultimos6meses

Tabulação cruzada					
Contagem		ssultimos6meses			
		Sim	Não	Total	
escmaecat	bás_sec	63	12	75	
	med_su	104	23	127	
Total		167	35	202	

Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,147 ^a	1	,702		
Correção de continuidade ^b	,036	1	,849		
Razão de verossimilhança	,148	1	,701		
Teste Exato de Fisher				,848	,429
N de Casos Válidos	202				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,00.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Quadro 3
rendimentomensal * procura cuidadosultimos6meses

Crosstab					
		ssultimos6meses			Total
		Não	Sim		
rendimentomensal	+ 250 € a 500 €	Contagem	1	14	15
		Contagem Esperada	2,7	12,3	15,0
	+500 € até 900 €	Contagem	6	21	27
		Contagem Esperada	4,8	22,2	27,0
	+ 900 € até 1500 €	Contagem	8	42	50
		Contagem Esperada	8,9	41,1	50,0
	+ 1500 € até 2000 €	Contagem	6	40	46
		Contagem Esperada	8,2	37,8	46,0
	+ 2000 €	Contagem	15	50	65
		Contagem Esperada	11,5	53,5	65,0
	Total	Contagem	36	167	203
		Contagem Esperada	36,0	167,0	203,0
Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)		
Qui-quadrado de Pearson	3,701 ^a	4	,448		
Razão de verossimilhança	3,969	4	,410		
N de Casos Válidos	203				

a. 2 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,66.

Quadro 4
Escolha do serviço de Saúde

quaisSSutiliza * Idade			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	44,115 ^a	48	,633
Razão de verossimilhança	42,694	48	,689
Associação Linear por Linear	,546	1	,460
N de Casos Válidos	203		

a. 53 células (81,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.

quaisSSutiliza * Saúdeúltimos6meses			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,715 ^a	16	,999
Razão de verossimilhança	5,400	16	,993

Associação Linear por Linear	1,361	1	,243
N de Casos Válidos	203		
a. 20 células (80,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * profpaicodifi			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	59,011 ^a	44	,065
Razão de verossimilhança	37,540	44	,743
N de Casos Válidos	203		
a. 52 células (86,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * profmaecodific			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	35,434 ^a	32	,309
Razão de verossimilhança	22,667	32	,889
N de Casos Válidos	203		
a. 38 células (84,4%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * escolaridadepai			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	21,381 ^a	32	,923
Razão de verossimilhança	24,766	32	,815
N de Casos Válidos	203		
a. 35 células (77,8%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,01.			
quaisSSutiliza * escolaridademãe			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	20,373 ^a	32	,944
Razão de verossimilhança	19,608	32	,958
N de Casos Válidos	203		
a. 37 células (82,2%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * sitprofpai			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	16,680 ^a	16	,407
Razão de verossimilhança	14,653	16	,550
N de Casos Válidos	203		
a. 20 células (80,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * sitprofmãe			
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	2,995 ^a	16	1,000
Razão de verossimilhança	3,853	16	,999
N de Casos Válidos	203		
a. 21 células (84,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,00.			
quaisSSutiliza * asistalémSNS			

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	18,827 ^a	4	,001
Razão de verossimilhança	24,780	4	,000
Associação Linear por Linear	8,016	1	,005
N de Casos Válidos	203		

a. 6 células (60,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,39.

Quadro 5
rendimentomensal * vezesrecorreuSS6meses

Resumo de processamento do caso											
		Casos									
		Válido		Ausente		Total					
		N	%	N	%	N	%m				
rendimentomensal * vezesrecorreuSS6meses		168	100,0%	0	0,0%	168	100,0%				

Contagem												
		vezesrecorreuSS6meses										
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	10,00	Total
rendimentomensal	+ 250 € a 500 €	1	6	4	1	1	1	1	0	0	0	15
	+500 € até 900 €	0	7	6	1	1	1	1	1	2	1	21
	+ 900 € até 1500 €	0	23	10	3	3	1	1	0	0	1	42
	+ 1500 € até 2000 €	0	20	6	2	4	1	3	0	3	1	40
	+ 2000 €	0	23	14	5	4	2	1	0	0	1	50
Total		1	79	40	12	13	6	7	1	5	4	168

Testes qui-quadrado			
	Valor	Df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	35,141 ^a	36	,509
Razão de verossimilhança	28,561	36	,807
Associação Linear por Linear	,399	1	,527
N de Casos Válidos	168		

a. 41 células (82,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,09.

Quadro 6

terounao SubsistemS * ssultimos6meses

Contagem		ssultimos6meses		Total
		Sim	Não	
terounao	sim	102	22	124
SubsistemS	não	65	14	79
Total		167	36	203

Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,000 ^a	1	,997		
Correção de continuidade ^b	,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	,000	1	,997		
Teste Exato de Fisher				1,000	,577
N de Casos Válidos	203				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,01.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Quadro 7

razõesidaSS6meses * Idade

Resumo de processamento do caso												
Casos												
	Válido		Ausente		Total							
	N	%	N	%	N	%						
razõesidaSS6meses * Idade	168	82,8%	35	17,2%	203	100,0%						

Contagem															
Idade															
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
razõesidaSS6meses	doença súbita	6	7	5	5	7	3	3	11	7	4	5	3	4	70
	doença crônica	2	1	0	1	0	0	0	1	2	0	2	0	0	9
	acidente	0	1	1	1	0	0	0	2	0	3	3	1	1	13
	rotina	6	5	6	9	2	10	7	10	7	6	4	2	1	75
	todas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total		14	14	12	16	9	13	11	24	16	13	14	6	6	168

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	51,958 ^a	48	,322
Razão de verossimilhança	46,874	48	,519
Associação Linear por Linear	,079	1	,779
N de Casos Válidos	168		

a. 47 células (72,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,04.

Quadro 8

Teste-T - Isenção* vezesrecorreuSS6meses

Estatísticas de grupo					
	Isenção	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
vezesrecorreuSS6meses	Sim	109	2,0642	2,31851	,22207
	Não	94	1,9255	1,89078	,19502

Teste de amostras independentes										
Teste de Levene para					teste-t para Igualdade de Médias					
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança	
								Inferior		Superior
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais	2,499	,115	,462	201	,644	,13869	,30000	- ,45285	,73023
	Variâncias iguais não			,469	200,400	,639	,13869	,29555	- ,44409	,72147

Quadro 9

Teste-T (grupo menos de 13 anos_isentos TM)

Estatísticas de grupo					
	rendimcateg	N	Média	Desvio	Erro padrão da média
vezesrecorreuSS6meses	baixo	51	2,10	2,468	,346
	medioalto	58	2,03	2,200	,289
promoçãosaude6mesepublico	baixo	51	,90	1,565	,219
	medioalto	58	,66	,739	,097
promoçãosaude6meseprivado	baixo	51	,73	1,282	,179
	medioalto	58	,67	1,190	,156

Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene				teste-t para Igualdade de Médias				
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão	95% Intervalo de	
									Inferior	Superior
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais assumidas	,714	,400	,142	107	,887	,064	,447	-,823	,950
	Variâncias iguais não assumidas			,141	101,027	,888	,064	,450	-,830	,957
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais assumidas	3,599	,061	1,073	107	,286	,247	,230	-,209	,703
	Variâncias iguais não assumidas			1,030	69,173	,307	,247	,240	-,231	,725
promoçãosaude6meseprivado	Variâncias iguais assumidas	,103	,749	,224	107	,823	,053	,237	-,417	,523
	Variâncias iguais não assumidas			,223	102,754	,824	,053	,238	-,419	,525

Estatísticas de grupo					
	espaicateg	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
vezesrecorreuSS6meses	1	44	2,50	2,628	,396
	2	57	1,81	2,125	,281
promoçãosaude6mesepublico	1	44	1,18	1,660	,250
	2	57	,51	,630	,083
promoçãosaude6meseprivado	1	44	,70	1,231	,186
	2	57	,61	,996	,132

Teste de amostras independentes										
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TAXAS MODERADORAS EM IDADE PEDIÁTRICA - PERCEÇÕES DOS PAIS

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais assumidas	2,415	,123	1,465	99	,146	,693	,473	-245	1,631
	Variâncias iguais não assumidas			1,426	81,429	,158	,693	,486	-274	1,660
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais assumidas	9,507	,003	2,812	99	,006	,673	,239	,198	1,148
	Variâncias iguais não assumidas			2,551	52,598	,014	,673	,264	,144	1,202
promoçãosaude6meseprivado	Variâncias iguais assumidas	,496	,483	,409	99	,684	,091	,222	-349	,530
	Variâncias iguais não assumidas			,398	81,444	,692	,091	,228	-362	,543

Estadísticas de grupo

escmaecateg	N	Média	Desvio		
			Padrão	Erro padrão da média	
vezesrecorreuSS6meses	1	31	2,39	2,813	,505
	2	77	1,96	2,099	,239
promoçãosaude6mesepublico	1	31	1,19	1,851	,333
	2	77	,61	,764	,087
promoçãosaude6meseprivado	1	31	,52	,811	,146
	2	77	,78	1,363	,155

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior

TAXAS MODERADORAS EM IDADE PEDIÁTRICA - PERCEÇÕES DOS PAIS

vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais	4,762	,031	,862	106	,391	,426	,494	-.554	1,406
	assumidas									
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais não assumidas			,762	44,087	,450	,426	,559	-.700	1,553
	assumidas									
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais	10,625	,002	2,327	106	,022	,583	,251	,086	1,080
	assumidas									
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais não assumidas			1,697	34,186	,099	,583	,344	-.115	1,282
	assumidas									
promoçãosaude6meseprivado	Variâncias iguais	1,953	,165	1,004	106	,318	-.263	,262	-.783	,257
	assumidas									
promoçãosaude6meseprivado	Variâncias iguais não assumidas			1,235	90,713	,220	-.263	,213	-.686	,160
	assumidas									

Quadro 10

Teste-T (grupo 13-18 anos_ nãoisentos TM)

Estatísticas de grupo										
	escopaicat	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média					
vezesrecorreuSS6meses	básico	38	2,3158	1,86149	,30197					
	superior	40	1,3750	1,27475	,20156					
promoçãosaude6mesepublico	básico	38	,8158	1,53966	,24977					
	superior	40	,5750	,67511	,10674					
promoçãosaude6meseprivado	básico	38	,6316	1,28233	,20802					
	superior	40	,9250	1,83118	,28953					
Teste de amostras independentes										
Teste de Levene para igualdade de variâncias										
teste-t para Igualdade de Médias										
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de	
									Inferior	Superior
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais assumidas	3,923	,051	2,616	76	,011	,94079	,35967	,22445	1,65713
	Variâncias iguais não assumidas			2,591	65,060	,012	,94079	,36306	,21572	1,66586
promoçãosaude6mesepublico	Variâncias iguais assumidas	4,051	,048	,902	76	,370	,24079	,26688	-.29075	,77233
	Variâncias iguais não assumidas			,886	50,163	,380	,24079	,27162	-.30473	,78631
promoçãosaude6meseprivado	Variâncias iguais assumidas	1,608	,209	-.816	76	,417	-.29342	,35970	-1,00982	,42298
	Variâncias iguais não assumidas			-.823	69,996	,413	-.29342	,35652	-1,00447	,41763
Estatísticas de grupo										
	escomaecat	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média					
vezesrecorreuSS6meses	básico	44	2,3636	2,29348	,34575					
	superior	50	1,5400	1,35842	,19211					

		básico	44	,6818	1,17677			,17740			
		superior	50	,7200	1,14357			,16173			
promoçãoosaude6meseprivado		básico	44	,7955	1,62222			,24456			
		superior	50	,8600	1,79580			,25396			
Teste de amostras independentes											
		Teste de Levene para				teste-t para Igualdade de Médias				95% Intervalo de	
										Confiança da	
										Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2	Diferença	Erro padrão	Inferior	Superior	
						extremidades)	média	de diferença			
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais	5,167	,025	2,148	92	,034	,82364	,38346	,06206	1,58521	
	assumidas										
	Variâncias iguais					2,082	67,964	,041	,82364	,03434	1,61293
	não assumidas										
promoçãoosaude6meseprivado	Variâncias iguais	,104	,747	-1,159	92	,874	-0,3818	,23961	-5,1408	,43771	
	assumidas										
	Variâncias iguais					-1,159	89,764	,874	-0,3818	-5,1511	,43875
	não assumidas										
promoçãoosaude6meseprivado	Variâncias iguais	,003	,957	-1,182	92	,856	-0,06455	,35488	-7,6938	,64029	
	assumidas										
	Variâncias iguais					-1,183	91,930	,855	-0,06455	-7,6479	,63570
	não assumidas										
Estatísticas de grupo											
		rendimcateg	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média					
vezesrecorreuSS6meses	baixo	41	1,9512	1,70222	,26584						
	médioalto	53	1,9057	2,04059	,28030						
promoçãoosaude6meseprivado	baixo	41	,8049	1,47003	,22958						
	médioalto	53	,6226	,83727	,11501						
promoçãoosaude6meseprivado	baixo	41	,6098	1,54722	,24164						
	médioalto	53	1,0000	1,81871	,24982						
Teste de amostras independentes											
		Teste de Levene para				teste-t para Igualdade de Médias				95% Intervalo de	
		igualdade de variâncias								Confiança da	
										Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2	Diferença	Erro padrão de	Inferior	Superior	
						extremidades)	média	diferença			
vezesrecorreuSS6meses	Variâncias iguais	1,568	,214	,115	92	,909	,04556	,39536	-7,3966	,83077	
	Variâncias iguais					,118	91,441	,906	,04556	-7,2176	,81287
promoçãoosaude6meseprivado	Variâncias iguais	1,611	,208	,758	92	,450	,18224	,24038	-2,9518	,65966	
	Variâncias iguais					,710	59,703	,481	,18224	-3,3144	,69592
promoçãoosaude6meseprivado	Variâncias iguais	,907	,343	-1,100	92	,274	-,39024	,35482	-1,09495	,31446	
	Variâncias iguais					-1,123	91,125	,264	-,39024	-1,08061	,30013

Quadro 11

Teste-T rendimento_factors condicionantes

Estatísticas de grupo						
		rendimcat	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
condicionamentoSSdistância	baixo	92	2,4783	1,08413	,11303	
	médio alto	111	2,5315	1,14272	,10846	
condicionamentoSStempodeespe	baixo	92	1,9783	1,10919	,11564	
	médio alto	111	1,8288	,94266	,08947	
condicionamentoSStransporte	baixo	92	2,9891	,93167	,09713	
	médio alto	111	3,0450	,85692	,08134	
condicionamentoSShora	baixo	92	2,5761	1,07144	,11171	

	médio alto	111	2,4955	1,04337	,09903					
condicionamentoSStaxas	baixo	91	2,5604	1,12752	,11820					
	médio alto	111	2,8018	,95174	,09034					
Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
								Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremida des)	Diferença média		Inferio r	Superio r
condicionamentoSSdistância	Variâncias iguais assumidas	,893	,346	-,338	201	,735	-,05327	,15743	-,36369	,25715
	Variâncias iguais não assumidas			-,340	197,331	,734	-,05327	,15665	-,36220	,25565
condicionamentoSStempodeespera	Variâncias iguais assumidas	3,454	,065	1,038	201	,301	,14943	,14401	-,13454	,43340
	Variâncias iguais não assumidas			1,022	179,383	,308	,14943	,14621	-,13909	,43795
condicionamentoSStransporte	Variâncias iguais assumidas	1,421	,235	-,445	201	,657	-,05591	,12570	-,30377	,19194
	Variâncias iguais não assumidas			-,441	187,210	,659	-,05591	,12669	-,30584	,19401
condicionamentoSShora	Variâncias iguais assumidas	,159	,690	,541	201	,589	,08059	,14891	-,21304	,37422
	Variâncias iguais não assumidas			,540	192,093	,590	,08059	,14928	-,21385	,37504
condicionamentoSStaxas	Variâncias iguais assumidas	8,551	,004	-1,650	200	,101	-,24136	,14630	-,52985	,04713

TAXAS MODERADORAS EM IDADE PEDIÁTRICA - PERCEÇÕES DOS PAIS

	Variâncias iguais não assumidas								
			-1,622	176,561	,106	-,24136	,14876	-,53495	,05222