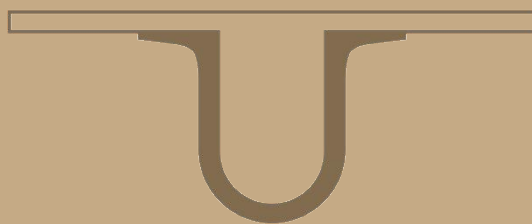




UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Marta Maurício Coelho

**EQUIDADE NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE
EM PORTUGAL
UMA ANÁLISE COM BASE NO INQUÉRITO
NACIONAL DE SAÚDE DE 2014**

**Trabalho de Projeto do Mestrado em Economia, na especialidade em
Economia Industrial orientado pelas Professoras Doutoradas Carlota Quintal e
Micaela Antunes, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre
Janeiro de 2019**

Mestrado em Economia

EQUIDADE NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Uma análise com base no Inquérito Nacional de Saúde de 2014

Marta Maurício Coelho

Trabalho de Projeto do Mestrado em Economia, na especialidade em Economia Industrial orientado pelas Professoras Doutoradas Carlota Quintal e Micaela Antunes, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Janeiro de 2019



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Agradecimentos

O meu primeiro grande agradecimento é dirigido à minha família, o meu pilar e o espelho de quem sou hoje. Aos meus pais, só posso agradecer a educação e valores transmitidos. Ao meu querido irmão Afonso, obrigada pela paciência e carinho constantes, mesmo quando sou a irmã imperfeita e resmungona. Aos meus avós, não tenho palavras para descrever o amor que sinto e que sempre recebi, não só ao longo deste desafio, mas ao longo da vida. Um especial agradecimento ao meu avô por todos os ensinamentos. É mesmo verdade que, com esforço, dedicação e empenho conseguimos percorrer o nosso caminho e chegar onde queremos e merecemos, independentemente do tempo que demoramos.

Às minhas orientadoras, Professora Carlota Quintal e Professora Micaela Antunes, o meu profundo agradecimento por toda a disponibilidade e conhecimento partilhado ao longo deste trabalho e do meu percurso académico.

Aos meus amigos de faculdade, uma palavra especial pela motivação e boa energia que transmitiram ao longo deste desafio. Ao grupo de estudo, obrigada por cada riso, sorriso e amizade que tornaram os nossos dias mais leves na biblioteca da FEUC. À dona Cristina, obrigada por todos os “bons dias” de sorriso rasgado. À minha querida amiga Maria João, obrigada por todas as palavras e conselhos sábios (à medida que o tempo passa, tudo faz ainda mais sentido), e a ti, Joanhinha, obrigada por me mostrares diariamente o conceito de amizade.

Resumo

Desde a consagração do direito à saúde na Constituição da República Portuguesa em 1976 e da criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, a preocupação com a equidade no acesso aos serviços de saúde tem sido um pilar fundamental nas políticas de saúde em Portugal. O Plano Nacional de Saúde direciona a sua atenção em quatro eixos sendo um deles a equidade e o acesso aos cuidados de saúde. A promoção da equidade é uma preocupação não só em Portugal como noutros países da União Europeia que foram alvo de estudos comparativos ao longo dos últimos anos. O presente estudo tem como objetivo compreender se o princípio da equidade horizontal (para igual necessidade, igual utilização) tem sido observado, usando dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014. O uso foi medido através do número de consultas realizadas de medicina geral e familiar, de especialidade e número total de consultas nas últimas 4 semanas. Para avaliar a equidade na utilização, recorreremos ao cálculo de índices de concentração da utilização e padronizamos a utilização pela necessidade, para cada um dos tipos de consultas. Adotou-se um modelo empírico estimado pelo MMQ para proceder à padronização da necessidade. Os resultados evidenciam melhorias em termos de equidade no acesso quando comparados com resultados de estudos anteriores. A utilização de consultas de especialidade, padronizada pela necessidade, continua a estar concentrada nos indivíduos mais ricos mas com menor intensidade. Ao contrário da evidência prévia, os resultados obtidos mostram que após a padronização pela necessidade, a concentração do uso de consultas de medicina geral está presente nos mais pobres. As melhorias mais relevantes foram encontradas nas consultas totais com um índice de iniquidade perto de zero.

Palavras-chave: Índice de Concentração, Consultas Médicas, Acesso, Equidade, Portugal

Classificação JEL: I10, I14

Abstract

Since the inclusion of the right to health in the Constitution of the Portuguese Republic in 1976 and the creation of the National Health Service in 1979, equity in access to health care has been a fundamental pillar in health policy in Portugal. The National Health Plan focuses its attention on four axes, one of which is equity and access to health care. The equity promotion is not only a concern for Portugal, it is also for the European Union countries which were study target among the last few years. The present study aims to assess if the principle of horizontal equity (equal use for equal need,) has been observed, using data from the National Health Survey 2014. Utilization was measured by the number of GP and specialist visits, in the last 4 weeks, considered separately and together. To evaluate equity in use, we calculate the concentration index of use and need-standardized use, for each type of medical consultations. An empirical OLS model was estimated to standardize need. The results show improvements in terms of equity in utilization when compared with results from previous studies. Need-standardized utilization of specialist visits continues to be concentrated among the richest individuals but to a lesser extent. Differently from previous evidence, our results show the concentration of need-standardized utilization of GP services among the poorest individuals. The most relevant improvements were found in the total medical contacts with a horizontal inequity index close to zero.

Keywords: Concentration Index, Medical Consultations, Access, Equity, Portugal

JEL Classification: I10, I14

Lista de Acrónimos e Siglas

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

IC - Índice de Concentração

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social

SNS - Serviço Nacional de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

UE - União Europeia

Índice

1. Introdução	1
2. A Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde	3
2.1 O Conceito de Equidade e o seu Enquadramento na Política de Saúde em Portugal	3
2.2 A Evolução da Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde em Portugal	6
3. Dados e Métodos	11
3.1 Análise Descritiva dos Dados	11
3.2 Análise Descritiva dos Três Tipos de Consultas	18
3.3 Índices de Concentração	20
4. Resultados e Discussão	23
5. Conclusão.....	28
Referências Bibliográficas	29
Anexos	31

Lista de Figuras

Figura 1: Autoavaliação do estado de saúde.....	14
Figura 2: Número de doenças crónicas.....	15
Figura 3: Problema de saúde prolongado e IMC	16
Figura 4: Limitações nas atividades diárias	17

Lista de Tabelas

Tabela 1: Índices de Concentração (IC) e Índices de Iniquidade obtidos por outros autores para Portugal	8
Tabela 2: Estatísticas descritivas para as variáveis dependentes e explicativas para cada tipo de consulta	18
Tabela 3: Índices de Concentração de cada tipo de consultas.....	24
Tabela 4: Índices de Iniquidade Horizontal	25

1.Introdução

A promoção da equidade é um dos objetivos centrais da política económica em diversas vertentes e áreas. O acesso aos cuidados de saúde constitui um pilar fulcral das políticas de saúde.

Em Portugal, a sua importância é reconhecida na Constituição da República Portuguesa, desde 1976, onde o ponto 3 do artigo 64º reforça a obrigação de o Estado “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação” entre outros artigos onde são mencionados fatores de promoção de saúde. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, assume também como um dos seus objetivos a promoção de saúde e do acesso aos cuidados para todos os cidadãos portugueses. Posteriormente, em 1990, é criada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) com especial atenção na equidade de acesso aos serviços de saúde. Seguiram-se os Planos Nacionais de Saúde 2004-2010 (PNS) e de 2012-2016 (estendido até 2020) onde são definidas estratégias e objetivos a fim de melhorar a qualidade dos serviços e do acesso à saúde por parte de todos os indivíduos.

Diversas são as discussões em torno do conceito de acesso, existindo abordagens mais focadas na interação entre fatores do lado da procura e fatores do lado da oferta e nas possíveis barreiras até ao contacto com os serviços de saúde, enquanto outras incidem sobre a própria utilização de cuidados. Neste caso, existe um consenso que a utilização de cuidados de saúde deve ser feita de acordo com a necessidade desses cuidados (Furtado e Pereira, 2010). Assim, quem tem mais necessidade deve usar mais cuidados (perspetiva da equidade vertical) e quem tem igual necessidade deve ter um uso semelhante (perspetiva da equidade horizontal). O nosso estudo insere-se nesta última abordagem.

O presente estudo tem como objetivo analisar a equidade na utilização de cuidados de saúde usando o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014 em Portugal. A utilização de cuidados é medida pelo: (i) número de consultas de medicina geral e familiar; (ii) número de consultas de especialidade; e (iii) número de consultas total. As variáveis explicativas da utilização estão relacionadas com a necessidade de uso de cuidados (por regra, indicadores objetivos ou subjetivos do estado de saúde) e variáveis de não-necessidade, tais como variáveis geográficas, demográficas, sociais e económicas.

As restantes secções estão organizadas do seguinte modo: na segunda secção, é feita uma revisão de estudos realizados, para Portugal e outros países, sobre equidade na utilização de cuidados de saúde; na terceira secção são descritas as variáveis recolhidas do INS 2014 e os métodos aplicados, os quais se baseiam no cálculo de índices de concentração; de seguida, na secção 4 são apresentados os resultados e a discussão, fazendo um balanço dos resultados obtidos e a evolução da iniquidade em Portugal; por fim, na secção 5 expõem-se as principais conclusões deste estudo.

2. A Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde

2.1 O Conceito de Equidade e o seu Enquadramento na Política de Saúde em Portugal

O estudo detalhado das políticas de saúde num país económica e socialmente homogéneo obriga a salientar três objetivos centrais: equidade, eficiência técnica e eficiência económica (Simões, 2010).

A equidade deve ser um princípio básico num sistema de saúde e a sua promoção tem sido um dos objetivos mais imperativos, não só em Portugal, mas também nos outros países da União Europeia. A sua importância é reconhecida inclusive na Constituição da República Portuguesa, desde 1976, onde o ponto 3 do artigo 64º reforça a obrigação de o Estado “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Complementarmente, a Constituição contém outros artigos onde são referenciados fatores de promoção de saúde, como por exemplo, o acesso a saneamento básico e habitação adequada. Efetivamente, a legislação existente deixa transparecer a importância da equidade, para maximizar não só o potencial de saúde de cada indivíduo através dos seus serviços, mas também de infraestruturas e medidas que promovem a saúde. A Declaração Universal dos Direitos do Homem tem uma visão da saúde como um direito fundamental com repercussões na constituição nacional. Uma vez assumida a importância deste direito, os serviços de saúde vieram salvaguardar a universalidade e equidade no acesso por intermédio do Serviço Nacional de Saúde e pela Lei de Bases da Saúde.

Em 1979, após a consagração do direito do cidadão à saúde na Constituição da República Portuguesa, é criado o SNS onde o Estado seria responsável por assegurar igualdade de direitos no que respeita ao acesso e proteção a cuidados de saúde gratuitos, gerais e universais. Estas três características promovem a equidade, embora subsistam algumas barreiras (Paulo, 2010). Com a universalidade do SNS todos os cidadãos têm acesso mas com a sua criação alguns subsistemas não foram integrados e continuaram a cobrir grupos de trabalhadores. É o caso dos funcionários públicos com o prestador da ADSE¹ (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado), bem como do SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social) relativo ao Sindicato dos Bancários do Sul e

¹ Em 2017, os beneficiários da ADSE eram 11,9% da população total residente (PORDATA, s.d.).

Ilhas. Ambos os subsistemas são extensíveis aos familiares dos trabalhadores e concedem um reembolso parcial ao recorrer a prestadores privados. Por conseguinte, existirão cidadãos com uma dupla cobertura de subsistemas, originando uma desigualdade no acesso, caso usufruíssem apenas do SNS (Paulo, 2010).

A evolução das sociedades levou a algumas reformas no sistema de saúde, nomeadamente em 1990 onde foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) que reforça não só a importância da prevenção e tratamento das doenças, mas também a importância da obtenção da “igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços. Outra grande preocupação da Lei de Bases da Saúde é a garantia de cuidados de saúde primários próximos de comunidades, sob a articulação de todos os níveis de cuidados de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS)², por sua vez, estabeleceu o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde³ dando prioridade aos mais pobres através de ações dirigidas a grupos vulneráveis. Contudo, a avaliação realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, relativa aos objetivos e metas cumpridas pelo PNS (2004-2010), embora reconheça melhorias significativas no acesso aos cuidados de saúde, faz também uma recomendação para que o PNS seguinte seja centrado na equidade (WHO, 2010). Este estudo da OMS revelou iniquidades ao nível do género, indicadores socioeconómicos (rendimento e educação) e, por fim, iniquidades de acordo com a região onde o indivíduo vive.

Posteriormente, o PNS 2012-2016 refere o gradiente social⁴ a favor dos grupos económicos mais favorecidos como uma das causas da desigualdade em saúde. De facto, a preocupação com os grupos vulneráveis mantém-se e as causas podem ser de ordem socioeconómica ou de condicionantes individuais. A fim de tentar colmatar estas desigualdades, o PNS 2012-2016 criou estratégias e recursos para a promoção do acesso. Em primeiro lugar, destacaram-se a monitorização do acesso e a utilização de sistemas de

² O Plano Nacional de Saúde é um guia com orientações estratégicas, prioridades e metas a atingir no período referido.

³ Diferenças no estado de saúde geradas por diferenças devidas a causas sociais que se traduzem em iniquidades em saúde (PNS 2004-2010).

⁴ Diferenças de acordo com fatores extrínsecos à saúde, ou seja, o potencial individual de saúde é influenciado pela posição dos indivíduos no escalonamento social (PNS 2012-2016).

informação como meios para alcançar uma resposta mais eficaz por parte dos serviços de saúde. Os sistemas de informação incluídos devem fornecer dados relativos a indicadores e determinantes sociais. A segunda estratégia é a implementação de projetos diversificados com características temporárias, verticais ou integradas, a fim de obter ganhos adicionais em saúde através da diminuição das desigualdades, com especial foco nos grupos mais vulneráveis. Este acesso desigual pode ser explicado não só pela disparidade de rendimentos, como pelo nível de educação que permite que os indivíduos tenham uma melhor perceção do seu estado de saúde e acesso a meios de prevenção e tratamento. A estes fatores, estão igualmente associados a região e o grau de urbanização da área de residência, que contribuem de forma substancial para a iniquidade a favor dos mais ricos (Van Doorslaer *et al.*, 2004).

A organização dos cuidados de saúde é igualmente uma estratégia presente no PNS 2012-2016 que deve conciliar quatro serviços: a Rede de Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados Pré-Hospitalares, a Rede Hospitalar e a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. A Rede de Cuidados de Saúde Primários inclui os médicos de medicina geral e familiar que acompanham os utentes e encaminham para os cuidados especializados. Estes cuidados devem ser próximos e centrados no cidadão. Os Cuidados Pré-Hospitalares referem-se à emergência médica que deve ser acessível a todos, com um tempo de resposta o mais curto possível. Por outro lado, a Rede Hospitalar é constituída por serviços altamente especializados com valores assentes na eficiência e racionalidade. Por último, a Rede de Nacional de Cuidados Continuados refere-se à gestão das hospitalizações e consequentes altas médicas, o que exige uma articulação eficiente entre os Cuidados Continuados Integrados, o hospital e as famílias, para prevenir eventuais complicações.

Atualmente, a Lei de Bases da Saúde teve uma proposta de revisão a 19 de Junho de 2018 que reforça a proximidade das políticas de saúde às pessoas, por intermédio de planos locais e da melhoria das relações com as autarquias. A proposta continua a contemplar a garantia de equidade como uma diretriz da política de saúde em Portugal. Esta revisão faz referência à saúde mental, saúde ocupacional, literacia digital e saúde enquanto corretora de desigualdades (Portal do SNS, 2018). No entanto, até ao momento ainda não foi aprovada a nova lei.

A necessidade também é um conceito relevante para o estudo das desigualdades e, consequentemente, para o conceito de equidade (Barros, 2018). A preocupação central, no

que respeita à necessidade, passa por perceber se os cidadãos recebem os cuidados de saúde de que necessitam. Equidade não implica obrigatoriamente que os cidadãos tenham que receber todos os mesmos cuidados, mas sim que os recebam caso tenham necessidade de tal. Deste modo, os diferentes graus de necessidade e a diferenciação no acesso dão origem à definição de equidade vertical (Lourenço *et al.*, 2007). Este tipo de equidade não tem sido muito explorado na literatura, devido à dificuldade em medir as diferentes necessidades dos indivíduos. Por outro lado, para um dado nível de necessidade, é possível determinar o acesso aos cuidados de saúde independentemente de fatores socioeconómicos, demográficos ou geográficos- noção de equidade horizontal (Lourenço *et al.*, 2007).

2.2 A Evolução da Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde em Portugal

A promoção da equidade é uma meta a atingir pelas políticas de saúde em Portugal. Os decisores políticos, durante algum tempo, não atribuíram a devida importância ao conceito da equidade em saúde, bem como aos cuidados em saúde (Furtado e Pereira, 2010). Paralelamente, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estas políticas já eram valorizadas levando à discussão sobre qual o melhor meio para atingir este fim (Van Doorslaer e Masseria, 2004).

De facto, existem algumas razões para os indivíduos com iguais necessidades e oportunidades de acesso não fazerem uso igual dessas mesmas oportunidades. No entanto, estas razões não devem ser aceites para fazer um uso diferenciado dos cuidados de saúde. Segundo Furtado e Pereira (2010), estas razões, que funcionam como barreiras no acesso, são fatores exógenos como o nível de educação, que permite ter conhecimento e perceção do estado de saúde; o grau de urbanização da área de residência, que pode levar a um acesso mais rápido às infraestruturas dos serviços de saúde e, também, o rendimento. Identificaram-se, assim, duas características que afetam a utilização dos cuidados de saúde: fatores de predisposição e fatores de capacitação (Andersen, 1995; Furtado e Pereira, 2010). Os fatores de predisposição estão relacionados com o nível de educação, etnia, redes sociais e redes familiares que, por sua vez, têm influência nas convicções em saúde e na perceção da necessidade. Por outro lado, os fatores de capacitação, como o nome indica, são relativos à capacidade de aceder aos serviços de saúde como é o caso do rendimento e o local de residência. Deste modo, a utilização está condicionada, não só pelas

características do indivíduo, mas também pelas características do sistema onde está inserido (Furtado e Pereira, 2010).

Existe um consenso na literatura nacional e internacional em relação aos fatores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos e que, até certo ponto, condicionam o seu acesso. Os fatores podem dividir-se em variáveis de necessidade que estão diretamente relacionadas com o estado de saúde, ou variáveis de não-necessidade que são extrínsecas ao estado de saúde. Variáveis como idade, sexo e indicadores do estado de saúde são habitualmente usados como *proxies da* necessidade de cuidados. Por outro lado, as variáveis de não-necessidade incluem variáveis demográficas, indicadores socioeconómicos e tipo de cobertura de seguro (Lourenço *et al.*, 2007; Tavares e Zantomio, 2017). Os indicadores mais comumente utilizados para medir o uso de cuidados de saúde são o número de consultas realizadas num período e os dias de hospitalização (Van Doorslaer *et al.*, 2004). Existem alguns estudos internacionais sobre equidade na utilização de cuidados de saúde que integram dados referentes a Portugal.

O estudo empírico realizado por Bago d’Uva *et al.* (2007)⁵ concluiu que em 1994 Portugal registava o segundo maior valor de iniquidade horizontal, favorável aos mais ricos, nas consultas de medicina geral, precedido da Finlândia, numa amostra de 10 países da UE. Na utilização de consultas de especialidade, Portugal registou o maior índice de iniquidade horizontal favorável aos mais ricos (0,204, cf. Tabela 1) seguido da Finlândia e da Irlanda. Na Tabela 1 estão presentes os índices de concentração e índices de iniquidade horizontal (ver nota na Tabela 1 sobre a sua interpretação) de estudos empíricos realizados com o mesmo procedimento que incluíram Portugal, ordenados de forma cronológica dos dados alvo de estudo.

Posteriormente, Van Doorslaer *et al.* (2004) realizaram um estudo a fim de explicar a iniquidade na utilização de consultas médicas por nível de rendimento, com dados relativos a 1996. De facto, analisando índices de concentração, estes autores constataram uma tendência geral favorável aos mais pobres, na utilização de consultas de medicina geral em Portugal, Áustria, Dinamarca e Holanda. Os indivíduos mais pobres recorrem mais aos cuidados primários de saúde e, em oposição, os indivíduos com rendimentos mais altos têm mais consultas de especialidade (embora a necessidade seja maior nos mais

⁵ Dados, retirados do European Community Household Panel User Database (ECHP) entre 1994 e 2001.

pobres). Contudo, embora o índice de iniquidade horizontal evidencie iniquidade favorável aos mais ricos, o seu valor é inferior ao obtido por Bago d’Uva *et al* (2007).

Tabela 1: Índices de Concentração (IC) e Índices de Iniquidade obtidos por outros autores para Portugal

	Bago d’Uva (2007)		
	IC	Índice de Iniquidade	Fonte dos dados
MED_G	-0.096	0.019	<i>European Community Household Panel (1994)</i>
MED_E	0.103	0.204	
MED_T	-	-	
	Van Doorslaer <i>et al.</i> (2004)		
	IC	Índice de Iniquidade	Fonte dos dados
MED_G	-0.0692	0.0051	<i>European Community Household Panel (1996)</i>
MED_E	0.0971	0.1604	
MED_T	-	-	
	Van Doorslaer e Masseria (2004)		
	IC	Índice de Iniquidade	Fonte dos dados
MED_G	-0.074	0.008	<i>European Community Household Panel (2000)</i>
MED_E	0.140	0.208	
MED_T	-0.011	0.068	
	Tavares e Zantomio (2017)		
	IC	Índice de Iniquidade	Fonte dos dados
MED_G	-0.014	0.085	SHARE (2011)
MED_E	-	-	
MED_E	-	-	

Fonte: Elaboração Própria com dados relativos aos artigos citados

Nota: MED_G, MED_E e MED_T corresponde ao número de consultas de medicina geral e familiar, consultas de especialidade e número de consultas total, respetivamente. IC positivo (negativo) representa utilização concentrada nos mais ricos (pobres); IC nulo representa igual distribuição de cuidados; Índice de iniquidade positivo (negativo) representa iniquidade favorável aos mais ricos (pobres); um índice nulo representa equidade na utilização

Os países da OCDE têm sido igualmente alvo de políticas de saúde promotoras de equidade e de um acesso adequado. O estudo realizado por Van Doorslaer e Masseria (2004) considera a relação entre o rendimento e a iniquidade na utilização de consultas de medicina geral e de consultas de especialidade em 21 países da OCDE. Para além do rendimento e de variáveis diretamente relacionadas com saúde, os autores incluíram no seu estudo a contribuição da educação, a atividade profissional, disparidades regionais e, por fim, o subsistema de saúde (seguro privado). Deste modo, o estudo permitiu concluir que a educação contribui para uma distribuição de cuidados de saúde a favor dos indivíduos mais ricos enquanto a atividade profissional contribui para uma distribuição a favor dos mais pobres (Van Doorslaer e Masseria, 2004). Em alguns países, por exemplo, México e Estados Unidos, parte da população (50% e 14%, respetivamente) não tem qualquer tipo de

seguro de saúde (público ou privado). Por outro lado, existem outros países onde a partir de um escalão de rendimento mais elevado, os indivíduos deixam de ter direito aos serviços públicos sendo obrigados a fazer um seguro de saúde privado, como é o caso da Alemanha, Holanda e Irlanda (cerca de dois terços da população). No caso da Suíça, o seguro de saúde é obrigatório e é o único sistema de saúde. Na Austrália, Bélgica, França, Finlândia e Portugal, a população é obrigada a fazer contribuições que variam consoante a sua atividade (Van Doorslaer e Masseria 2004). No entanto, Portugal é dos países onde os indivíduos recorrem mais a cuidados de saúde privados, quando comparado com outros países da Europa, evidenciando assim a magnitude da iniquidade horizontal a favor dos indivíduos mais ricos cujos índices de iniquidade horizontal para os três tipos de consultas estão presentes na Tabela 1. Os seus valores positivos denunciam, de facto, iniquidade a favor dos indivíduos mais ricos.

Paralelamente, Lourenço *et al.* (2007) realizaram um estudo com o mesmo objetivo do presente trabalho, com especial foco nas variáveis que mais influenciaram o estado de saúde. Com o INS 1998/1999 foi possível concluir a existência de iniquidade horizontal na utilização de cuidados de saúde devido à influência de variáveis não relacionadas com a necessidade. De facto, verificaram uma utilização menor nos indivíduos que vivem em zonas rurais e que vivem no Algarve. Por outro lado, foi verificada uma relação positiva entre os indivíduos casados e o número de consultas. Este fenómeno pode estar relacionado com o facto de os cônjuges pensarem no impacto da sua saúde no agregado familiar (Lourenço *et al.*, 2007). No que respeita ao subsistema de saúde, os inquiridos que tinham apenas SNS utilizaram menos cuidados de saúde do que outros com dupla cobertura, exceto ADSE, motivo pelo qual o nosso estudo incluirá também esta variável.

O trabalho de Bago d’Uva (2010) inclui um comentário ao estudo realizado por Van Doorslaer, Masseria e Koolman, em 2006, com dados relativos a 2000. De facto, estes autores verificaram que o índice de iniquidade horizontal do número total de consultas médicas mostrou uma distribuição equitativa para todos os países da OCDE, com as exceções de Portugal, Finlândia e EUA. Portugal foi o país que apresentou o maior nível de desigualdade e o maior valor para o índice de iniquidade no número de consultas médicas pelo facto de a distribuição dos cuidados primários ser mais iníqua a favor dos mais ricos, ao contrário do que acontece noutros países. Este estudo revelou a continuação de um padrão de iniquidade nas consultas de medicina geral e de especialidade. Por um

lado, a distribuição de cuidados primários foi maioritariamente a favor dos mais pobres e, por outro, os cuidados especializados foram a favor dos mais ricos, com especial atenção para Portugal (Bago d’Uva, 2010).

O trabalho de Tavares e Zantomio (2017), relativo à análise de indivíduos com 50 ou mais anos de idade, no período pós-crise (2011), revelou que o menor uso de cuidados de saúde em Portugal não é sinónimo de menor necessidade, pelo contrário, observa-se mais necessidade na população idosa. Embora existissem menos problemas de saúde prolongados e um baixo número de doenças crónicas, Portugal foi o país que revelou maior necessidade quando comparado com os outros países em estudo, Espanha e Itália. Os autores sugerem o pouco uso de cuidados de saúde como consequência da falta de consciência dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde. Mais uma vez, a variável relativa à educação tem um peso importante uma vez que é a variável *proxy* do estatuto socioeconómico, para o caso de Portugal (Tavares e Zantomio, 2017). As consultas de medicina geral mostraram que a utilização está concentrada nos indivíduos mais pobres e, portanto, com menor nível de educação, com um índice igual a -0.014. Já o índice de iniquidade horizontal apresenta um valor positivo, isto é, depois de feita a padronização pela necessidade, a iniquidade horizontal é a favor dos mais ricos, ou seja, é a favor dos indivíduos com um nível de educação superior.

3. Dados e Métodos

A base de dados utilizada para realizar o presente estudo foi organizada a partir do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014, cuja recolha dos dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2014, em todo o território nacional. A sua regulação a nível europeu permite que sejam feitas comparações internacionais. O principal objetivo é caracterizar os indivíduos com 15 ou mais anos em três vertentes: estado de saúde, cuidados de saúde e fatores do estilo de vida que possam influenciar o estado de saúde. O INS inclui 212 variáveis para uma base amostral de 18 204 inquiridos. Recolhemos informação sobre 29 das referidas variáveis, tendo sido tratadas recorrendo aos programas Excel, SPSS (versão 25.0) e gretl (versão 2018b).

O INS contém informação que permite caracterizar a população fornecendo indicadores de várias categorias, incluindo variáveis de saúde, e também indicadores socioeconómicos, demográficos e outros. Este inquérito torna-se, assim, um instrumento importante para avaliar o setor da saúde em Portugal uma vez que recolhe muitos indicadores que permitem fazer uma análise individual.

3.1 Análise Descritiva dos Dados

Para medir a utilização de cuidados de saúde, recorremos a duas questões do INS: consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (Nº) e consulta com médico especialista nas últimas 4 semanas (Nº). As opções de resposta, para além do número de consultas, incluem as categorias “Sem resposta” e “Não aplicável”. Os indivíduos inseridos na categoria “Não aplicável” correspondem aos que na pergunta anterior, (“Última consulta com médico de medicina geral e familiar” e “Última consulta com médico especialista”, respetivamente), responderam que não iam a uma consulta “Há 12 meses ou mais”, “Nunca” e “Sem resposta”. A partir destas duas questões foram criadas três variáveis dependentes: o número de consultas de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas, dado que consultou um médico de medicina geral e familiar nos últimos 12 meses (MED_G); o número de consultas de especialidade nas últimas 4 semanas, dado que consultou um médico especialista nos últimos 12 meses (MED_E); o número total de consultas nas últimas 4 semanas, dado que consultou um médico de medicina geral ou um médico especialista nos últimos 12 meses (MED_T).

Os estudos empíricos dividem normalmente as variáveis que poderão afetar a utilização de cuidados de saúde em dois grupos: variáveis de necessidade e variáveis de não-necessidade, como em Tavares e Zantomio (2017) e Van Doorslaer *et al.* (2004).

As *proxies* de necessidade habitualmente consideradas são o sexo, a idade, o número de doenças crónicas diagnosticadas, a indicação da existência de problema de saúde prolongado, a indicação da existência de limitações nas atividades diárias por questões de saúde, o índice de massa corporal (IMC) e o estado de saúde autoavaliado.

No que respeita à idade, na questão original do INS existem 15 categorias de resposta (com intervalos etários de 5 anos) que foram agregadas duas a duas, originando assim 7 categorias, com um intervalo de 10 anos cada (Anexo A1, AGE_COD).

A partir de questões individuais relativas à existência de diferentes doenças crónicas (“Sofre/sofreu de asma, bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema, enfarte do miocárdio, doença coronária do coração ou de angina de peito, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, artrose, dores lombares ou outras dores crónicas nas costas, dores cervicais ou outras dores crónicas no pescoço, diabetes, alergias, cirrose hepática, incontinência urinária, e problemas renais nos últimos 12 meses”) foi possível criar a variável contínua CRONIC_D, que representa o número de respostas afirmativas às questões anteriores listadas.

As limitações nas atividades diárias por questões de saúde (avaliadas através da interferência da dor nas tarefas habituais) e a autoavaliação do estado de saúde têm originalmente cinco categorias de resposta, tendo sido agregadas, respetivamente, em quatro e três, conforme descrito no Anexo A1.

O IMC foi calculado a partir das variáveis BM1 (altura em centímetros), BM2 (peso em quilogramas) e da seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{PESO (Kg)}{ALTURA^2 (cm)}$$

Deste modo, foi criada a variável binária IMC_EXCPESO para os indivíduos com $IMC \geq 25$, que indica se o indivíduo tem excesso de peso ou é obeso.

Para ter uma noção geral do estado de saúde da amostra recolhida, far-se-ão análises preliminares às variáveis de necessidade da base de dados relativa ao número de

consultas total, cujos valores estão em pormenor na Tabela 2, apresentada na secção 3.2. A amostra é, portanto, constituída por 40 % de mulheres, com maior incidência na faixa etária dos 35 aos 74 anos. Cerca de 67 % dos inquiridos sofre ou sofreu de problema de saúde prolongado e perto de um terço contabiliza entre uma a duas doenças crónicas. Por outro lado, 19% afirma ter um estado de saúde mau e muito mau, e 41%, razoável. No que respeita às limitações sentidas nas atividades diárias, 65% diz ter pouca ou nenhuma limitação e 13% dos indivíduos sofre bastante com a dor ou de forma extrema. O excesso de peso é outro problema que afeta gravemente a população, com cerca de 57 % dos indivíduos inquiridos nesta situação. A OMS já intitulou a obesidade como a epidemia do século XXI. O Plano Nacional de Saúde criou um programa em 2005 para travar a taxa de crescimento desta doença⁶ em Portugal - Programa Nacional de Combate à Obesidade - tendo como fim contribuir para a redução do excesso de peso nas pessoas afetadas e nas que têm maior propensão a desenvolver a obesidade, como doentes crónicos com doenças cardiovasculares, ou com diabetes tipo 2. Por outro lado, pretende também desenvolver uma cultura de bons hábitos alimentares e de estilos de vida saudáveis.

As variáveis de não-necessidade, não sendo indicadores diretos do estado de saúde ou da necessidade de cuidados, correspondem a características, individuais ou não, que podem ter impacto na utilização de cuidados de saúde. Estas são *proxies* de variáveis geográficas como o local de residência (NUTS II) e grau de urbanização, de variáveis demográficas como o estado civil, a indicação se o indivíduo vive sozinho, a existência de crianças no agregado familiar, a participação no mercado de trabalho, o número de anos de escolaridade, o quintil de rendimento e a indicação de inexistência de subsistema ou seguro de saúde.

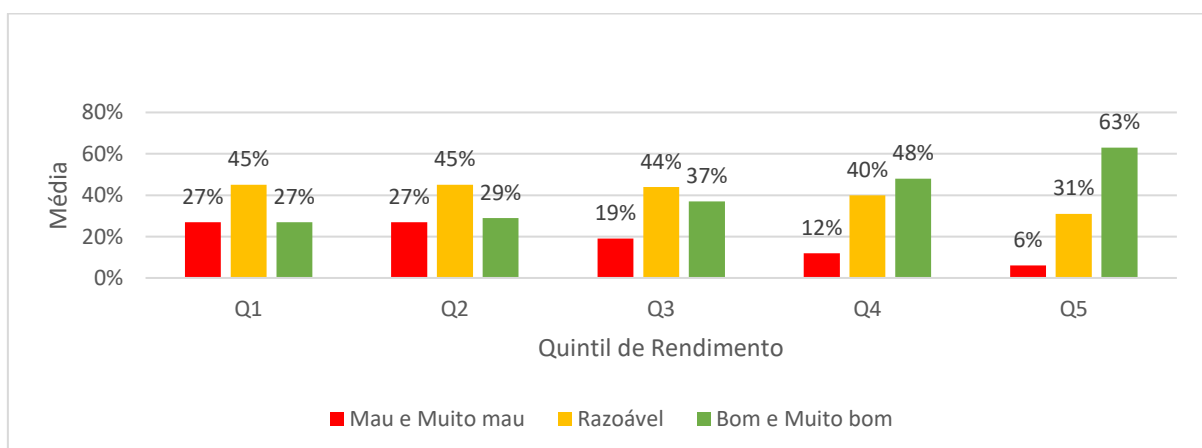
A partir da variável HHTYPE (Tipo de agregado) foram criadas as três variáveis relativas ao agregado familiar. A primeira, AGREG_MONO, é relativa a agregados monoparentais com filhos menores de 25 anos e a segunda, AGREG_CASALS, inclui os agregados constituídos por um casal sem filhos. Por fim, AGREG_OUTRO, é a agregação de três categorias de resposta da variável original do INS: casal com filhos menores de 25 anos, casal ou pai/mãe com filhos menores de 25 anos e outras pessoas e outro tipo de agregado familiar. A partir da categoria de resposta “Vive sozinho”, da mesma variável,

⁶A obesidade já é definida pela OMS como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir proporções capazes de afetar a saúde (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005).

criou-se a variável binária VIVE_SO. A participação no mercado de trabalho teve como base a variável MAINSTAT com oito categorias de resposta. Contudo, foram criadas apenas três variáveis binárias para os indivíduos EMPREGADOS, DESEMPREGADOS ou OUTRAS_OCUP, sendo que esta última agrega não só os estudantes como os reformados, incapacitados, os indivíduos que prestam serviço cívico ou comunitário, domésticos ou outras ocupações. O número de anos de escolaridade foi criado a partir da variável HATLEVEL_COD com seis opções de resposta que foram agregadas em quatro, de acordo com o Anexo 1. No que respeita ao rendimento auferido foi usada a variável HHINCOME relativa aos quintis de rendimento equivalente. Os diferentes estados civis foram criados a partir de duas perguntas, MARSTALEGAL (Estado civil legal) e MARSTADEFACTO (situação de facto), originando quatro variáveis binárias: SOLTEIRO, CASADO, DIVORCIADO e VIUVO. Por último, a variável binária SO_SNS foi criada a partir da soma das respostas “Não aplicável” a IN5- Subsistema de assistência na doença e da resposta e “Não” a IN6 - Tem seguro de saúde, distinguindo entre quem tem apenas o SNS de quem tem um subsistema de saúde ou um seguro privado de saúde.

Para uma melhor caracterização da necessidade, analisa-se, de seguida, a distribuição de diferentes variáveis relacionadas com o estado de saúde, por quintil de rendimento. Esta análise é feita com base nas observações da base de dados relativa ao número total de consultas, uma vez que esta abrange alguns dos indivíduos presentes nas outras duas. O estado de saúde autoavaliado está presente na Figura 1.

Figura 1: Autoavaliação do estado de saúde

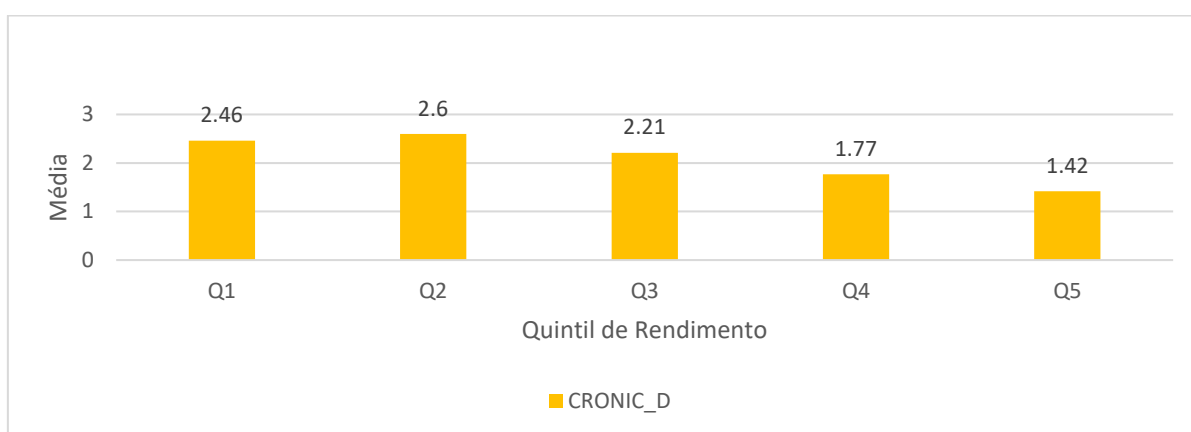


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Os indivíduos com quintis de rendimentos mais baixos classificam um pouco mais o seu estado de saúde como mau e muito mau em comparação com os quintis 4 e 5. Contudo, é de salientar que nos quintis 1, 2 e 3 a moda encontra-se na categoria “razoável”. Pelo contrário, os indivíduos em quintis de rendimentos superiores autoavaliam maioritariamente o estado de saúde como bom ou muito bom, sendo o dobro dos indivíduos com a mesma autoavaliação no 1º quintil. Observando os gráficos obtidos para as consultas de medicina geral e de especialidade (Anexos B1 e B2, respetivamente) concluímos que o comportamento das variáveis é muito semelhante, com duas exceções: nas consultas de especialidade, 80% dos indivíduos do quintil 2 classificam o seu estado de saúde em Bom e Muito Bom e nas consultas de especialidade há uma maior percentagem de indivíduos a autotransclassificar o estado de saúde em Mau e Muito Mau (diferenças até 7%).

A Figura 2 ilustra a média do número de doenças crónicas reportadas, superior nos quintis de rendimento mais baixos, onde os quintis 1 e 2 apresentam um máximo de 12 doenças crónicas. Por outro lado, embora o quintil 5 tenha uma média de 1,42 doenças, regista um máximo de 9 doenças crónicas. As doenças crónicas mais frequentes são a hipertensão arterial, dores lombares e na cervical, e artrose. Verifica-se que na base de dados relativa às consultas de especialidade (Anexo B2), existe um maior número médio de doenças crónicas por quintil, com os quintis 1 e 2 a apresentarem igualmente mais doenças crónicas.

Figura 2: Número de doenças crónicas

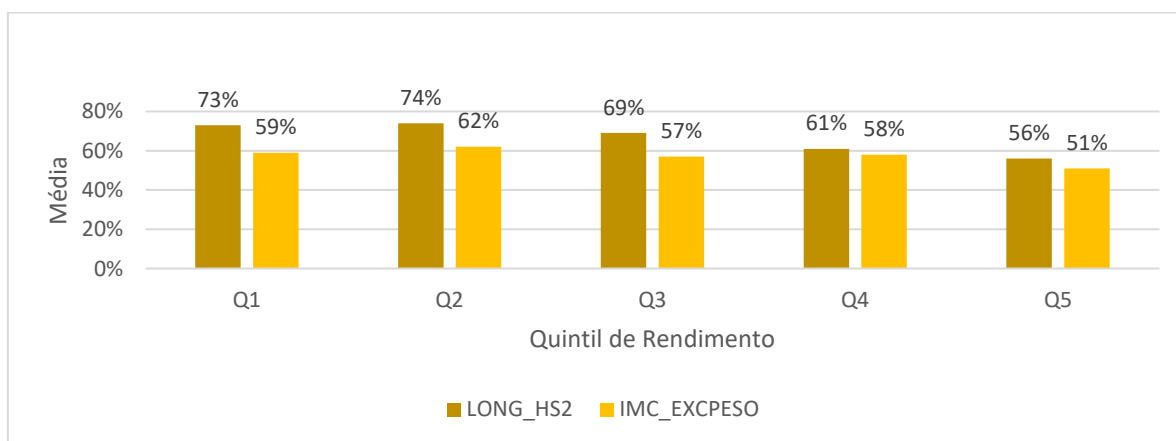


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Na Figura 3 podemos observar a distribuição da existência de problema de saúde prolongado e de excesso de peso/obesidade. Estas variáveis têm um comportamento

relativamente homogéneo, sobretudo no segundo caso. Poderia ser expectável uma diferença significativa nos indivíduos pertencentes a quintis de rendimento mais elevados, se aceitarmos que a educação afeta positivamente a utilização de cuidados de saúde como meio de prevenção através de maior conhecimento e informação (maior perceção dos riscos e dos comportamentos menos saudáveis), existindo, assim, algum efeito compensatório entre os dois efeitos (Lourenço *et al.*, 2007). Segundo o Instituto Nacional de Saúde⁷ (Gaio *et al.*, 2016), o grupo etário, o nível de escolaridade e o quintil de rendimento estão associados a situações de excesso de peso e obesidade, embora com um menor grau de intensidade; os fatores preponderantes são, sobretudo, o nível de escolaridade e grupo etário (o aumento da idade é um fator de risco assim como o aumento do nível de escolaridade). A existência de um problema de saúde prolongado tem maior prevalência nos quintis 1 e 2 onde os indivíduos com menor capacidade económica têm mais barreiras para atingir condições que lhes permitam amenizar os sintomas. No que respeita às bases de dados de consultas de medicina geral e de especialidade, a primeira apresenta um comportamento semelhante ao das consultas total. Contudo, a base de dados de consultas de especialidade contém mais indivíduos com problemas de saúde prolongados (Anexo B2), com diferenças entre os 4-6%.

Figura 3: Problema de saúde prolongado e IMC



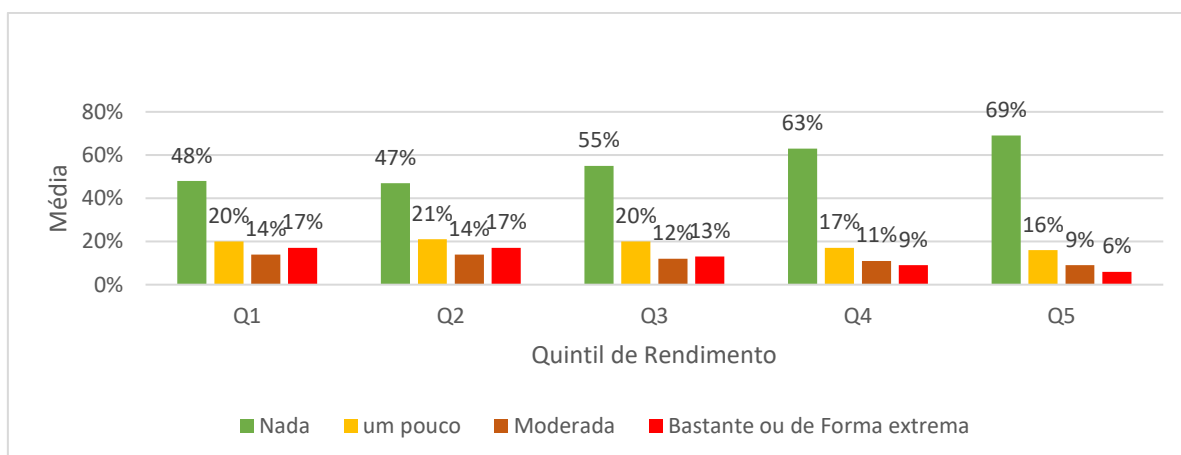
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Por fim, na Figura 4 verifica-se a prevalência da ausência de limitação nas atividades diárias em todos os quintis. Cerca de 17% dos indivíduos do quintil 1 apresentam muitas limitações ou limitações extremas, contra 6% do quintil 5. Por outro

⁷ Estudo realizado com base no INS 2014 a fim de compreender a influência dos fatores socioeconómicos em Portugal.

lado, os indivíduos do 1º quintil revelam em 48% dos casos, não apresentar limitações nas atividades diárias, percentagem ainda assim bastante inferior à do quintil 5 (com 69%). A base de dados relativa às consultas de especialidade (Anexo B2) apresenta uma maior percentagem de respostas “Bastantes limitações” e “De forma extrema” e a de consultas de medicina geral tem um comportamento muito semelhante ao presente na Figura 4.

Figura 4: Limitações nas atividades diárias



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Em termos globais, estes resultados sugerem a concentração da necessidade de cuidados de saúde nos indivíduos com menores rendimentos, ainda que esta concentração seja mais visível numas *proxies* do que em outras.

3.2 Análise Descritiva dos Três Tipos de Consultas

O nosso estudo incide sobre uma base amostral mais reduzida do que a fornecida pelo INS 2014. Essa redução resulta do tratamento dado às variáveis que utilizamos na nossa análise. Assim sendo, eliminamos as não-respostas presentes nas questões relativas ao número de consultas de medicina geral e familiar, e de especialidade.

De seguida, eliminamos as situações apresentadas como “Não aplicável”, quer para a medicina geral quer para a especialidade, por representarem indivíduos que não são consultados há pelo menos 12 meses e, por isso, não lhes ser perguntado quantas consultas tiveram nas últimas 4 semanas. Para a medicina geral e familiar, ficamos com 13 053 observações (MED_G) e para as consultas de especialidade, com 8 231 (MED_E).

Para criar a variável que mede o total de consultas nas últimas 4 semanas (dado que o indivíduo foi consultado nos últimos 12 meses, sendo indiferente se a consulta foi de medicina geral ou de especialidade), recodificaram-se as respostas “Não aplicável” das questões originais para zeros e adicionaram-se, para cada indivíduo, ambas as consultas. Isto porque os indivíduos com a indicação “Não aplicável” em apenas um tipo de consulta podem ter consultado um médico da outra categoria. As observações com a indicação “Não aplicável” em ambos os tipos de consultas correspondem a indivíduos que não tiveram nenhuma consulta nos últimos 12 meses e, deste modo, foram eliminadas. Este tratamento permitiu-nos conseguir uma terceira amostra, com 14 623 observações (MED_T).

Para cada uma destas três amostras, criaram-se as respetivas bases de dados, incluindo variáveis de necessidade e de não-necessidade.

De seguida, foram calculadas as estatísticas descritivas para cada uma das amostras utilizadas, que estão presentes na Tabela 2.

Tabela 2: Estatísticas descritivas para as variáveis dependentes e explicativas para cada tipo de consulta

	MED_G		MED_E		MED_T	
	N= 13 053		N = 8 231		N = 14 623	
	Média	Desv.Padrão	Média	Desv.Padrão	Média	Desv.Padrão
MED_G	0,41	0,731	-	-	-	-
MED_E	-	-	0,44	0,821	-	-
MED_T	-	-	-	-	0,61	1,048
MULHER	0,40	0,490	0,37	0,484	0,40	0,490
AGE_15_24	0,06	0,245	0,06	0,245	0,07	0,254
AGE_24_34	0,09	0,281	0,09	0,29	0,09	0,289

AGE_35_44	0,15	0,359	0,17	0,375	0,16	0,368
AGE_45_54	0,16	0,365	0,16	0,368	0,16	0,368
AGE_55_64	0,18	0,384	0,17	0,373	0,17	0,379
AGE_65_74	0,18	0,385	0,18	0,381	0,17	0,378
AGE_75_84	0,14	0,384	0,14	0,342	0,13	0,340
AGE_85	0,04	0,188	0,03	0,180	0,03	0,183
SELF_HS1_MB_B	0,38	0,486	0,37	0,484	0,40	0,490
SELF_HS1_R	0,42	0,494	0,41	0,492	0,41	0,492
SELF_HS1_M_MM	0,20	0,396	0,22	0,412	0,19	0,389
LONG_HS2	0,68	0,467	0,71	0,454	0,67	0,472
LIMIT_D1	0,55	0,498	0,52	0,500	0,56	0,496
LIMIT_D2	0,19	0,395	0,19	0,393	0,19	0,392
LIMIT_D3	0,13	0,332	0,14	0,343	0,12	0,327
LIMIT_D4	0,13	0,339	0,15	0,359	0,13	0,333
IMC_EXCPESO	0,58	0,493	0,57	0,496	0,57	0,494
CRONIC_D	2,20	2,161	2,32	2,209	2,11	2,138
NORTE	0,17	0,372	0,16	0,369	0,16	0,366
ALGARVE	0,14	0,344	0,13	0,341	0,14	0,344
CENTRO	0,22	0,412	0,21	0,407	0,21	0,409
LISBOA	0,11	0,313	0,13	0,336	0,11	0,316
ALENTEJO	0,16	0,366	0,14	0,345	0,15	0,360
RA_AÇORES	0,09	0,291	0,10	0,303	0,10	0,303
RA_MADEIRA	0,12	0,322	0,12	0,330	0,12	0,329
PRE_ESCOLAR	0,14	0,349	0,12	0,323	0,13	0,340
BASICO	0,58	0,494	0,54	0,499	0,57	0,496
SEC_POS_SEC	0,15	0,359	0,16	0,370	0,16	0,362
SUPERIOR	0,13	0,334	0,18	0,384	0,14	0,352
DEG_URB1	0,30	0,457	0,33	0,472	0,30	0,424
DEG_URB2	0,32	0,468	0,33	0,469	0,33	0,460
DEG_URB3	0,38	0,485	0,34	0,473	0,37	0,469
Q1	0,22	0,412	0,18	0,384	0,21	0,483
Q2	0,22	0,412	0,20	0,398	0,21	0,407
Q3	0,20	0,401	0,19	0,393	0,20	0,407
Q4	0,19	0,392	0,20	0,401	0,19	0,398
Q5	0,17	0,380	0,23	0,421	0,19	0,395
VIVE_SO	0,24	0,427	0,24	0,425	0,23	0,392
AGREG_MONO	0,04	0,205	0,05	0,215	0,05	0,210
AGREG_CASALS	0,29	0,453	0,29	0,452	0,28	0,449
AGREG_OUTRO	0,43	0,495	0,43	0,495	0,44	0,496
SO_SNS	0,70	0,460	0,62	0,486	0,68	0,468
EMPREGADO	0,40	0,490	0,41	0,492	0,42	0,493
DESEMPREGADO	0,10	0,302	0,09	0,285	0,10	0,300

OUTRAS_OCUP	0,50	0,500	0,50	0,500	0,48	0,500
SOLTEIRO	0,17	0,377	0,18	0,384	0,18	0,387
CASADO	0,60	0,055	0,60	0,056	0,59	0,491
DIVORCIADO	0,08	0,264	0,08	0,269	0,15	0,355
VIUVO	0,16	0,363	0,14	0,351	0,08	0,264

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Os valores obtidos permitem compreender que mais de metade dos inquiridos tem pelo menos o ensino básico (1º, 2º ou 3º ciclo), 16% tem o secundário e 14% tem o ensino superior. No que respeita ao grau de urbanização, 37% dos inquiridos vive numa área pouco povoada. Cerca de um quarto dos indivíduos das três amostras vivem sozinhos, 5% vive num agregado familiar monoparental, 28% vive num agregado composto por um casal sem filhos e 44% vive noutro tipo de agregado onde estão incluídos os casais com filhos menores de 25 anos, agregados monoparentais com filhos menores de 25 anos e outros e, também, outros tipos de agregados familiares. Perto de 68% tem apenas SNS e aproximadamente metade da amostra tem outras ocupações (estudante, reformado, incapacitado, prestação de serviços comunitário ou cívico, doméstico ou outro). Por fim, cerca de 60% dos inquiridos são casados. De facto, as médias com diferenças mais acentuadas observam-se nas consultas de medicina geral e de especialidade uma vez que o total de consultas contém muitos dos indivíduos presentes nas outras duas bases de dados.

3.3 Índices de Concentração

Para avaliar a existência de equidade na utilização de consultas adotamos a técnica dos índices de concentração (IC), seguindo-se de perto o método utilizado por Tavares e Zantomio (2017). Estes autores analisaram a equidade no uso dos cuidados de saúde pelos idosos nos países do sul da Europa com dados retirados do *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* relativos a 2011. Utilizamos ainda o manual do Banco Mundial (O'Donnell *et al.*, 2008) sobre a análise de equidade em saúde com base em dados de inquiridos, como é o caso do INS.

Um dos métodos sugeridos pela literatura para analisar as desigualdades na utilização de cuidados de saúde é recorrendo a índices de concentração sendo o método mais simples para medir e comparar desigualdades socioeconómicas. Este método é frequentemente utilizado para quantificar iniquidades socioeconómicas. Assim, o IC deriva da curva de concentração obtida quando se relaciona a percentagem cumulativa da variável

cuja distribuição se está a avaliar (eixo das ordenadas) - número de consultas, no caso deste estudo - com a percentagem cumulativa da população classificada segundo uma variável relativa ao padrão de vida- neste trabalho, quintil de rendimento equivalente- começando pelo mais pobre até ao mais rico (eixo das abcissas).

A diagonal corresponde à linha de igualdade. O índice de concentração está relacionado com a curva de concentração correspondendo ao dobro da área entre a curva de concentração e a linha de igualdade. Na ausência de desigualdade, a curva de concentração coincide com a diagonal e o índice assume o valor zero. Um valor positivo mostra que a curva de concentração está abaixo da linha de igualdade, ou seja, a variável em questão está concentrada nos indivíduos com um nível socioeconómico superior. Pelo contrário, quando o valor é negativo a curva de concentração está acima da linha de igualdade, refletindo uma maior concentração da variável nos indivíduos de nível socioeconómico mais baixo. O valor do índice de concentração varia entre -1 e 1.

O INS (2014) tem apenas informação relativa ao quintil de rendimento equivalente a que cada indivíduo pertence pelo que seguimos o método proposto por O'Donnell *et al.* (2008) para o caso de dados agrupados.

O índice de concentração para $t=1, 2, \dots, T$ grupos pode ser escrito da seguinte forma:

$$IC = (p_1L_2 - p_2L_1) + (p_2L_3 - p_3L_2) + \dots + (p_{T-1}L_T - p_TL_{T-1})$$

Onde p_t é a percentagem acumulada da amostra por quintil de rendimento e L_t a percentagem acumulada do número de consultas, que corresponde à ordenada da curva de concentração. Neste estudo temos $T=5$ (quintis de rendimento equivalente).

Para cada amostra é possível saber o número de indivíduos por quintil e a distribuição do número de consultas por quintil. Com estas informações calcula-se o IC de acordo com a fórmula acima indicada, estando o resultado apresentado na secção seguinte (Tabela 2).

Depois de fazer um estudo relativo à concentração do uso de cuidados de saúde, avança-se para a segunda parte empírica deste trabalho. A distribuição da utilização só por si não nos permite obter conclusões sobre a equidade na utilização; há que ter em conta também a distribuição da necessidade.

As diferenças no uso dos cuidados de saúde são influenciadas pelas diferentes necessidades e, como tal, não devem ser consideradas de imediato como iniquidades, mas

sim como fontes de heterogeneidade. Deste modo, o índice de concentração pode ser calculado sobre a utilização de cuidados de saúde padronizada pelas necessidades.

Uma vez que a variável dependente (número de consultas) assume valores inteiros, não negativos e sem limite superior definido, a respetiva distribuição é caracterizada por muitos zeros e caudas grandes. Assim sendo, na presença de dados de contagem, modelos como o Binomial Negativo, que têm em conta a natureza não linear da análise, são habitualmente utilizados. A justificação para este tipo de modelo prende-se com a existência de sobredispersão, que viola assim a hipótese de equidispersão do modelo de Poisson (média igual à variância) e permite evitar a obtenção de estimadores consistentes mas enviesados. Seguindo Tavares e Zantomio (2017) e Van Doorslaer *et al.* (2004), o Modelo Binomial Negativo poderia ser utilizado, dado que a média condicional se apresenta como inferior à variância condicional (sobredispersão), para as três variáveis dependentes relativas ao uso de cuidados de saúde.

Contudo, conforme notado em O'Donnell *et al.* (2008), o cálculo de IC padronizados pela necessidade tem revelado alguma indiferença em relação ao método de estimação utilizado, quando se confronta a estimação de modelos lineares pelo Método dos Mínimos Quadrados (MMQ) com a estimação de modelos não-lineares, sendo os resultados muito próximos. Assim, seguiremos a abordagem de estimação de um modelo linear, como proposto por O'Donnell *et al.* (2008) e por Van Doorslaer e Masseria (2004) - padronização indireta.

Para proceder à padronização, é necessário previamente estimar o modelo com as determinantes do número de consultas, conforme apresentado na equação seguinte:

$$y_i = \alpha + \sum_j \beta_j x_{ji} + \sum_k \gamma_k z_{ki} + \varepsilon_i$$

Onde y_i é o indicador da utilização de cuidados de saúde em estudo para o indivíduo i ; α , β e γ são os parâmetros a estimar. x_j corresponde ao conjunto de variáveis de necessidade pelas quais pretendemos padronizar o uso e z_k representa o conjunto de variáveis de não-necessidade, as quais incorporam a estimação para controlo, para evitar enviesamento por omissão de variáveis (O'Donnell *et al.*, 2008).

Considerando estes aspetos, a padronização da utilização pela necessidade pode ser escrita da seguinte forma:

$$\hat{y}_i^X = \hat{\alpha} + \sum_j \hat{\beta}_j x_{ji} + \sum_k \hat{\gamma}_k \bar{z}_{ki}$$

onde \hat{y}_i^X é o valor esperado da utilização; $\hat{\alpha}$, $\hat{\beta}_j$ e $\hat{\gamma}_k$ são os coeficientes estimados através do MMQ; x_{ji} e \bar{z}_{ki} são, respetivamente, os valores das variáveis de necessidade e as médias das variáveis de não-necessidade. Conforme se constata, para obter o valor esperado do número de consultas para cada indivíduo, assume-se, para cada variável de não-necessidade, o respetivo valor médio.

Assim, a padronização indireta é calculada a partir da diferença entre a utilização real y_i (número de consultas de medicina geral, de especialidade ou total) e a utilização esperada, padronizada pelas necessidades, \hat{y}_i^X , adicionada da média da amostra, \bar{y} , de acordo com a equação abaixo:

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i^X + \bar{y}$$

A padronização indireta, \hat{y}_i^{IS} , pode ser interpretada como a utilização observada depois de normalizar a necessidade. Depois de fazer a padronização, qualquer desigualdade detetada é interpretada como iniquidade horizontal, podendo esta ser a favor dos indivíduos de quintis de rendimento mais baixos ou mais altos (O'Donnell *et al.*, 2008). Após obter a utilização padronizada, calculou-se o índice de concentração para esta variável, para cada um dos tipos de consultas. Este índice é designado por índice de iniquidade horizontal. Se a utilização de cuidados é feita de acordo com a necessidade, o índice de iniquidade é nulo; caso o seu valor seja positivo, estamos perante iniquidade horizontal a favor das classes socioeconómicas mais altas (pois o uso está injustificadamente concentrado nestas classes) e, pelo contrário, se o índice de iniquidade horizontal for negativo, os indivíduos dos quintis de rendimento inferiores são os mais beneficiados.

4. Resultados e Discussão

A Tabela 3 mostra o resultado do cálculo dos índices de concentração para os três tipos de consultas com base nos dados recolhidos no INS 2014.

Tabela 3: Índices de Concentração de cada tipo de consultas

	MED_G	MED_E	MED_T
IC	-0,04688***	0,016291	-0,0091

Fonte: Elaboração própria com dados recolhidos do INS 2014

Nota: *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

O índice de concentração para as consultas de medicina geral e familiar é negativo evidenciando uma utilização concentrada nos indivíduos mais pobres. De facto, estes valores vão ao encontro da análise realizada anteriormente para as variáveis de necessidade. Os indivíduos pertencentes aos quintis de rendimento mais baixos revelavam uma pior autoavaliação do seu estado de saúde, maior prevalência de problemas de saúde prolongados e maior incidência de limitações diárias provocadas por problemas de saúde.

Pelo contrário, o índice de concentração para as consultas de especialidade tem um índice positivo o que reflete uma maior concentração nos indivíduos de rendimentos mais altos. Este resultado não está de acordo com a análise às variáveis de necessidade, as quais revelam um melhor estado de saúde dos indivíduos mais ricos. Este padrão de utilização pode estar relacionado com as características do sistema de saúde português onde se verifica que a maioria das consultas de especialidade tem lugar no setor privado, sendo financiadas com pagamentos diretos dos utentes, com ou sem participação de seguros (Simões *et al.*, 2017). Assim, a utilização não depende apenas da necessidade dos indivíduos mas também da sua capacidade de pagar (as consultas e/ou os prémios de seguro).

Por último, o índice de concentração para o número de consultas total é negativo mas menor em valor absoluto do que o das consultas de medicina geral (há um efeito compensatório entre os dois índices anteriores). Efetivamente este valor está muito perto de zero refletindo uma igual distribuição de consultas (totais). Efetivamente, este índice não é estatisticamente significativo tal como o índice de concentração para a utilização de consultas de especialidade. Apenas no caso das consultas de medicina geral e familiar, fica excluída a hipótese de igual utilização de cuidados.

Posteriormente, foram realizados os cálculos dos índices de iniquidade horizontal que estão presentes na Tabela 4.

Tabela 4: Índices de Iniquidade Horizontal

Tipo de consulta	Índice de Iniquidade Horizontal
MED_G	-0,04667***
MED_E	0,10129***
MED_T	0,01643***

Fonte: Elaboração própria com dados recolhidos do INS 2014

Nota: *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

O uso dos cuidados primários padronizado está concentrado nos indivíduos de classes socioeconómicas mais baixas, ou seja, estamos na presença de uma iniquidade favorável aos mais pobres. Por outro lado, o índice de concentração da utilização padronizada das consultas de especialidade, como era expectável, dados os resultados anteriores sobre uso e necessidade, apresenta um sinal positivo mostrando iniquidade favorável aos mais ricos. O valor deste índice destaca-se dos outros, em magnitude. Assim, a concentração da utilização de consultas de especialidade, na Tabela 4, não sendo muito acentuada, acaba por conduzir a um elevado índice de iniquidade. Isto significa que a utilização se afasta muito da necessidade, ou seja, existe uma acentuada concentração da necessidade nos mais pobres.

Por fim, o número de consultas total, quando padronizado pela necessidade, revela um sinal diferente do seu índice de concentração na Tabela 4, ou seja, passou a ser positivo. É possível compreender que, após ter em consideração as necessidades dos indivíduos, o uso total esteja concentrado nos indivíduos de quintis de rendimento superiores. Em valor absoluto, o índice de iniquidade horizontal é superior ao índice de concentração ($0,01643 > |-0,0091|$). Quando se tem em conta apenas a utilização de cuidados, a utilização mais do que proporcional das consultas de especialidade pelos mais ricos é compensada pela utilização mais do que proporcional das consultas de medicina geral pelos mais pobres. Isto resulta numa distribuição muito perto da igualdade das consultas totais. Contudo, como a necessidade está concentrada nos mais pobres, uma igual distribuição das consultas totais é contrária à noção de equidade.

É de notar que o índice de iniquidade horizontal é estatisticamente significativo para os três tipos de consultas, assim e em rigor, fica excluída a hipótese de equidade na utilização de serviços de saúde em todos os casos.

De facto, os resultados deste estudo vão, de um modo geral, ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos realizados (Tabela 1). Existe uma tendência na utilização das consultas de medicina geral por parte dos indivíduos mais pobres e após a padronização da necessidade, verifica-se iniquidade horizontal favorável aos mais ricos, exceto nos resultados obtidos neste estudo, onde há iniquidade favorável aos mais pobres. No que respeita às consultas de especialidade, a utilização está concentrada nos indivíduos mais ricos. Depois de padronizar pela necessidade, o índice de iniquidade afasta-se ainda mais do valor nulo (compatível com a noção de equidade na utilização de cuidados de saúde). Por fim, Van Doorslaer e Masseria (2004) foi o único estudo analisado que usa o número de consultas total, cujo índice de concentração e índice de iniquidade têm o mesmo comportamento que a consulta de medicina geral, ou seja, utilização concentrada nos mais pobres e, após padronização da necessidade, verifica-se iniquidade favorável aos mais ricos.

Comparando os nossos resultados com os de estudos anteriores, a evidência aponta para uma melhoria em termos de equidade na utilização de cuidados de saúde. Continua a verificar-se uma concentração do uso de consultas de especialidade nos mais ricos, contudo, esta concentração é menos acentuada e o nível de iniquidade, ainda que favorável aos mais ricos, baixou significativamente. No caso das consultas de medicina geral, os estudos anteriores encontraram evidência de uma maior concentração do uso nos mais pobres do que a obtida neste estudo. Curiosamente, encontraram evidência de iniquidade favorável aos ricos enquanto no nosso estudo a iniquidade é favorável aos mais pobres. Tal evidencia também uma melhoria na distribuição da necessidade, com uma redução da concentração nos mais pobres. Por fim, considerando as consultas totais, o índice de iniquidade está relativamente próximo de zero e face à evidência prévia revela uma melhoria relevante.

Fica a questão de ser aceitável, ou não, e até que ponto, a substituição entre consultas de especialidade e consultas de medicina geral, ou seja, até que ponto é aceitável analisar a equidade olhando para o total destas consultas. Neste e noutros estudos, a padronização da utilização pela necessidade é igual para os dois tipos de consulta. Todavia, as razões que justificam a consulta de um médico especialista não serão exatamente as

mesmas que justificam a consulta de um médico de medicina geral e familiar. Consequentemente, uma padronização da necessidade mais detalhada poderia conduzir a resultados um pouco diferentes. Por outro lado, é admissível que o recurso a médicos especialistas, quando é feito diretamente pelos utentes sem referência dos cuidados de saúde primários, nem sempre se justifique. Assim, parte da diferença na utilização de consultas de especialidade poderá não constituir um problema de equidade, sendo simplesmente uma questão de preferências (os indivíduos preferem consultar um especialista e estão dispostos a pagar para tal).

O nosso estudo teve como foco classificar e quantificar o grau de iniquidade, mas existem determinantes relacionadas indiretamente com a necessidade, como é o caso das variáveis de não-necessidade. Uma outra limitação desta análise é o facto de ignorar o ónus financeiro suportado pelas famílias com a utilização de cuidados de saúde. Fica, assim, a sugestão de compreender o impacto das variáveis de não-necessidade no acesso a cuidados de saúde e iniquidade em trabalhos futuros assim como o ónus financeiro suportado pelas famílias.

5. Conclusão

O presente trabalho de projeto teve como principal objetivo estudar a equidade horizontal na utilização de cuidados de saúde usando o Inquérito Nacional de Saúde de 2014. O foco principal foi compreender se para igual necessidade houve igual utilização, esta última medida pelo número de consultas de medicina geral e familiar e de especialidade, consideradas separada e conjuntamente.

Os resultados obtidos sugerem uma concentração do uso de consultas de medicina geral e familiar nos indivíduos de rendimentos mais baixos, mas menor em valor absoluto do que em estudos anteriores. Contrariamente à evidência prévia, o nosso estudo verificou que a iniquidade é favorável aos mais pobres, o que aponta para uma melhoria relativa também em termos do estado de saúde (necessidade) dos mais pobres. Por outro lado, o uso de consultas de especialidade continua a estar concentrado nos mais ricos e o nível de iniquidade também, embora tenha diminuído significativamente. As consultas totais revelaram um índice de iniquidade, ainda que estatisticamente significativo, relativamente próximo de zero, o que representa uma situação perto de equidade e constitui igualmente uma melhoria em comparação com a literatura acompanhada ao longo deste trabalho.

De um modo geral, a saúde e o acesso aos cuidados de saúde em Portugal, tal como avaliados neste estudo, caminham para uma realidade equitativa embora haja margem para melhorar. As medidas e estratégias delineadas por cada PNS parecem ter surtido efeitos positivos. Contudo há ainda margem para melhorar a fim de garantir a eliminação de diferenças na utilização de cuidados de saúde entre indivíduos de diferentes rendimentos.

Referências Bibliográficas

- Andersen, R.M. (1995). “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?” *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1), 1-10 In Furtado, C., Pereira, J. (2010) “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” Escola Nacional de Saúde Pública-Universidade Nova de Lisboa. https://www.researchgate.net/publication/268414998_Equidade_e_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude [6 de Novembro de 2018].
- Bago d’Uva, T., Jones AM, Van Doorslaer E. (2007) “Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data”. *Tinbergen Institute discussion paper* TI -059/3. Amsterdam and Rotterdam.
- Bago d’Uva, T. (2010) “Equidade no Sector da Saúde em Portugal” in Simões, J. (eds) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*. Coimbra: Livraria Almedina. 85-112.
- Lourenço, Ó., Quintal, C., Ferreira, P. L.; Barros, P.P (2007) “A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem” *Notas Económicas*. (6/26), 6-27.
- Barros, P.P. (ed.) (2018) *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.
- O’Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M. (2008) *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Furtado, C., Pereira, J. (2010) “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” Alto Comissariado da Saúde, Lisboa. https://www.researchgate.net/publication/268414998_Equidade_e_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude [6 de Novembro de 2018].
- Gaio, V., Kislaya, I., Santos, J. (2016) “Influência dos fatores socioeconómicos no excesso de peso e obesidade da população portuguesa em 2014” *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Boletim Epidemiológico*. 17(2), 32-37.
- Instituto Nacional de Estatística (2014) “Inquérito Nacional de Saúde 2014”, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais.
- Paulo, A. (2010) “SNS: Caracterização e Desafios”. *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliações e Relações Internacionais – Ministério das Finanças e da Administração* 09/2010. Lisboa, <http://www.gpeari.gov.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2010/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios> [15 de Outubro de 2018].
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010 “Prioridades para 2004-2010”, Lisboa: Direção Geral de Saúde, <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/> [17 de Dezembro de 2018].
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010 “Programa Nacional de Combate à Obesidade”, Circular Normativa Nº: 03/DGCG, Ministério da Saúde.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016 “3.2 Eixo Estratégico – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde”, Lisboa: Direção Geral de Saúde, http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maior20133.pdf [3 de Outubro de 2018].

- PORDATA (s.d.) “Beneficiários da ADSE” e “População Residente: total e por grandes grupos etários”
<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-513> [24 de Janeiro de 2019].
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, I Série (195), p. 3452-3464. Base II, 1-a e b.
- Portal do Governo: Ministério da Saúde. SNS- Serviço Nacional de Saúde (2018).
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/19/discussao-publica-lei-de-bases-da-saude/>
- Simões, J. (2010) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Tavares, L., Zantomio, F., (2017). *Inequity in healthcare use among older people after 2008: The case of southern European countries*. Health Policy, 121, 1063-1071.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries
OECD health working paper No. 14; 2004.
- Van Doorslaer E., Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. Health Economics 2004;13(7):629–47.
- WHO (2010) *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Anexos

Anexo A 1: Definição das variáveis

	Variáveis INS	Designação		Designação SPSS	Descrição
Variável dependente	AM3	MED_G	Nº de consultas de medicina geral nas últimas 4 semanas	MED_G	Mínimo: 0 Máximo: 20
	AM5	MED_E	Nº de consultas de especialidade nas últimas 4 semanas	MED_E	Mínimo: 0 Máximo: 12
	AM3 + AM5	MED_T	Nº de consultas total nas últimas 4 semanas	MED_T	Mínimo: 0 Máximo: 20
Variáveis de necessidade	SEX	SEX	Sexo	MULHER	1: se o indivíduo for mulher; 0: caso contrário
	AGE_COD	AGE_COD	Idade	AGE_15_24	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 15 e 24 anos 0: caso contrário
				AGE_25_34	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 25 e 34 anos 0: caso contrário
				AGE_35_44	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 35 e 44 anos 0: caso contrário
				AGE_45_54	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 45 e 54 anos 0: caso contrário
				AGE_55_64	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 55 e 64 anos 0: caso contrário
				AGE_65_74	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 65 e 74 anos 0: caso contrário

			AGE_75_84	1: se o indivíduo tiver idade compreendida entre 75 e 84 anos 0: caso contrário
			AGE_85	1: se o indivíduo tiver 85 ou mais anos de idade 0: caso contrário
HS1	SELF_HS1	Autoavaliação do estado de saúde	SELF_HS1_MB_B	1: se a autoavaliação do estado de saúde é Muito Boa ou Boa 0: caso contrário
			SELF_HS1_R	1: se a autoavaliação do estado de saúde é Razoável 0: caso contrário
			SELF_HS1_M_MM	1: se a autoavaliação do estado de saúde é Mau ou Muito Mau 0: caso contrário
HS2	HS2	Existência de problema de saúde prolongado	LONG_HS2	1: se o indivíduo tem problema de saúde prolongado 0: caso contrário
PN2	PN2	Limitações nas atividades diárias por questões de saúde	LIMIT_D1	1: se o indivíduo é Nada limitado nas suas atividades diárias por questões de saúde 0: caso contrário
			LIMIT_D2	1: se o indivíduo é Um Pouco limitado nas suas atividades diárias por questões de saúde 0: caso contrário
			LIMIT_D3	1: se o indivíduo é limitado de Forma Moderada nas suas atividades diárias por questões de saúde 0: caso contrário
			LIMIT_D4	1: se o indivíduo é Bastante limitado, ou de Forma Extrema, nas suas atividades diárias por questões de saúde 0: caso contrário
BM1 e BM2	IMC	Índice de Massa Corporal (≥ 25)	IMC_EXCPESO	1: se o indivíduo tem excesso de peso/ é obeso 0: caso contrário
CD2	CRONIC_D	Nº doenças crónicas	CRONIC_D	Variável contínua

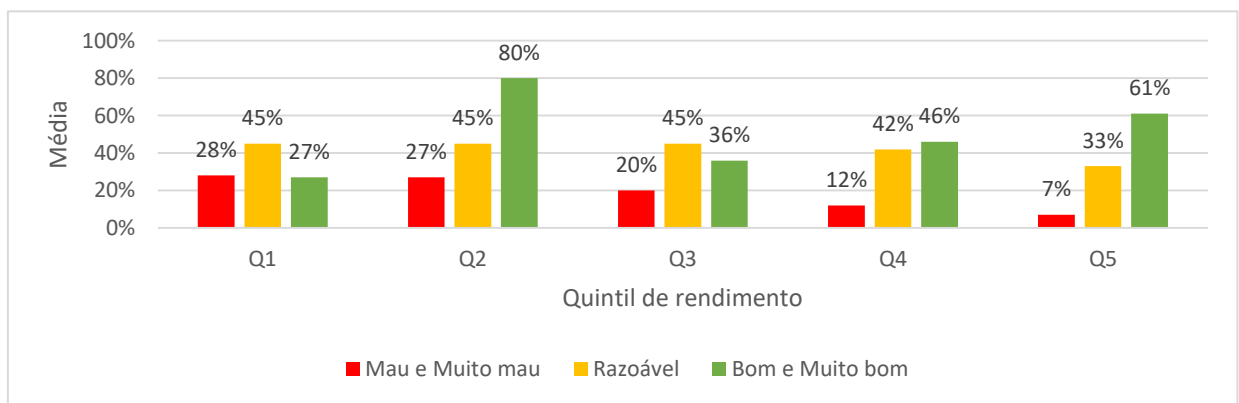
Variáveis de não-necessidade	REGION	REGION	Local de residência (NUTS II)	NORTE	1: se o indivíduo vive no Norte 0: caso contrário
				ALGARVE	1: se o indivíduo vive no Algarve 0: caso contrário
				CENTRO	1: se o indivíduo vive no Centro 0: caso contrário
				LISBOA	1: se o indivíduo vive em Lisboa 0: caso contrário
				ALENTEJO	1: se o indivíduo vive no Alentejo 0: caso contrário
				RA_AÇORES	1: se o indivíduo vive na Região Autónoma dos Açores 0: caso contrário
				RA_MADEIRA	1: se o indivíduo vive na Região Autónoma da Madeira 0: caso contrário
	HATLEVEL_COD	HATLEVEL_COD	Nº de anos de escolaridade	PRE_ESCOLAR	1: se o indivíduo tem apenas pré-escolar (nenhum) 0: caso contrário
				BASICO	1: se o indivíduo tem o Básico 1º, 2º e 3º ciclo 0: caso contrário
				SEC_POS_SEC	1: se o indivíduo tem o secundário ou pós secundário 0: caso contrário
				SUPERIOR	1: se o indivíduo tem o ensino superior 0: caso contrário
	DEG_URB	DEG_URB	Grau de urbanização	DEG_URB1	1: se o indivíduo vive numa área densamente povoada 0: caso contrário
				DEG_URB2	1: se o indivíduo vive numa área medianamente povoada 0: caso contrário
				DEG_URB3	1: se o indivíduo vive numa área pouco povoada 0: caso contrário

	HHINCOME	HHINCOME	Perceção da dificuldade de viver com o rendimento auferido	Q1	1: se o indivíduo pertence ao primeiro quintil de rendimento 0: caso contrário
				Q2	1: se o indivíduo pertence ao segundo quintil de rendimento 0: caso contrário
				Q3	1: se o indivíduo pertence ao terceiro quintil de rendimento 0: caso contrário
				Q4	1: se o indivíduo pertence ao quarto quintil de rendimento 0: caso contrário
				Q5	1: se o indivíduo pertence ao quinto quintil de rendimento 0: caso contrário
	HHTYPE	HHTYPE	Indicação se o indivíduo vive sozinho	VIVE_SO	1: se o indivíduo vive sozinho 0: caso contrário
				Existência de crianças no agregado	AGREG_MONO
			AGREG_CASALS		1: se o indivíduo pertence a um agregado com um casal sem menores de 25 anos 0: caso contrário
				AGREG_OUTRO	1: se o indivíduo pertence a um agregado monoparental ou com um casal com menores de 25 anos com ou sem outras pessoas ou outro 0: caso contrário
	IN5 e IN6	SO_SNS	Subsistema de saúde	SO_SNS	1: se o indivíduo só tem SNS 0: Caso contrário
MAINSTAT	MAINSTAT	Condição perante o trabalho (autoclassificação)	EMPREGADO	1: se o indivíduo tem emprego ou trabalho 0: caso contrário	
			DESEMPREGADO	1: se o indivíduo está desempregado 0: caso contrário	
			OUTRAS_OCUP	1: se o indivíduo é estudante, reformado, incapacitado, se presta serviço cívico ou	

				comunitário, doméstico ou outro 0: caso contrário
MARSTALE GAL e MARSTAD EFACTO	EST_CIVIL	Estado civil	SOLTEIRO	1: se o indivíduo é solteiro 0: caso contrário
			CASADO	1: se o indivíduo é casado 0: caso contrário
			DIVORCIADO	1: se o indivíduo é divorciado 0: caso contrário
			VIUVO	1: se o indivíduo é viúvo 0: caso contrário

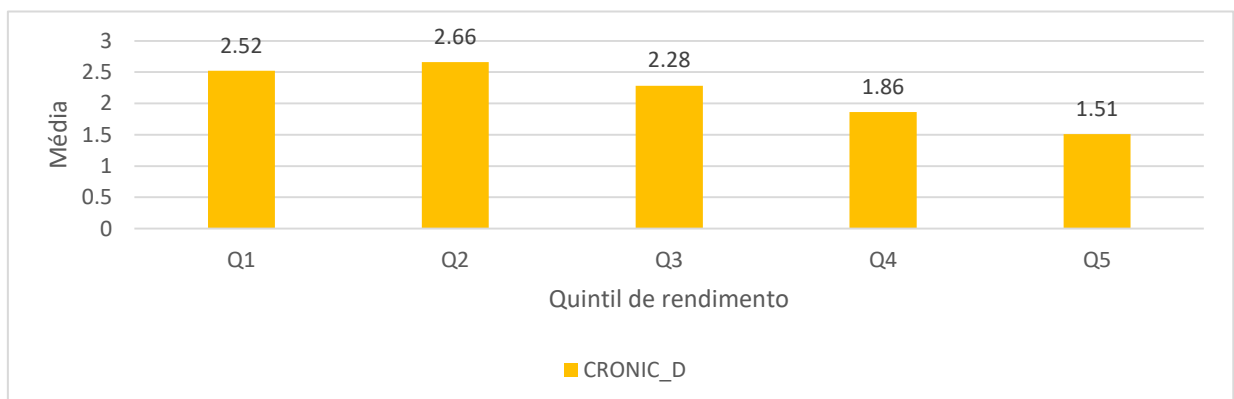
Anexo B 1: Variáveis de necessidade – consultas de medicina geral

Figura B1.1: Autoavaliação do estado de saúde



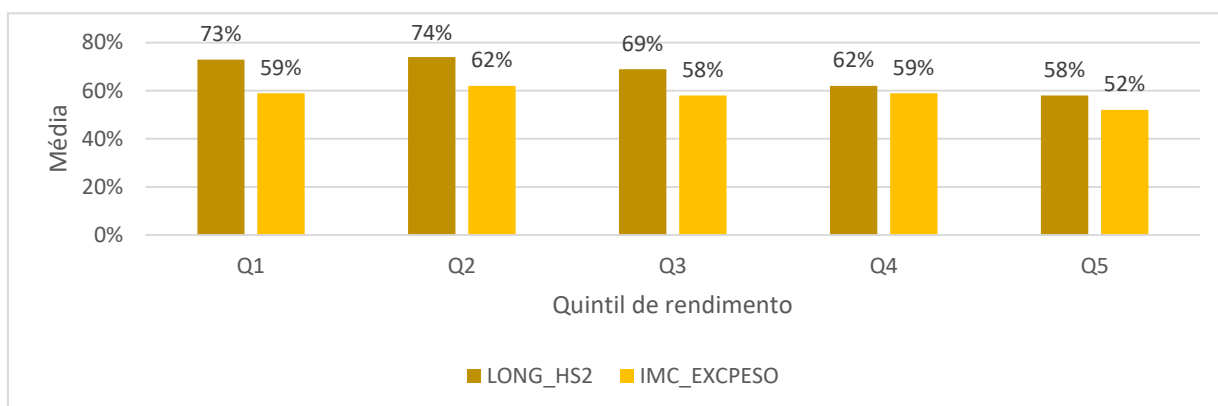
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Figura B1.2: Número de doenças crónicas



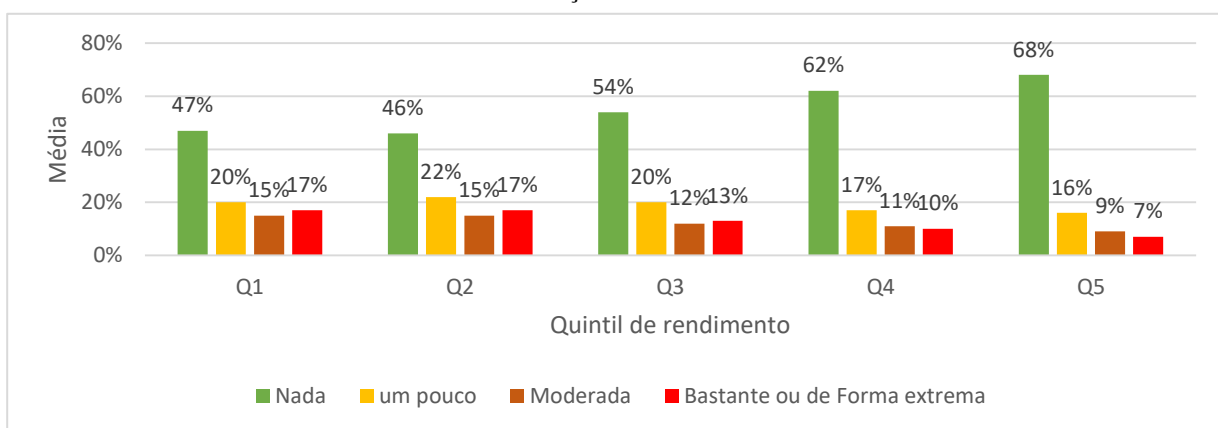
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Gráfico B1.3: Problema de saúde prolongado e IMC



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

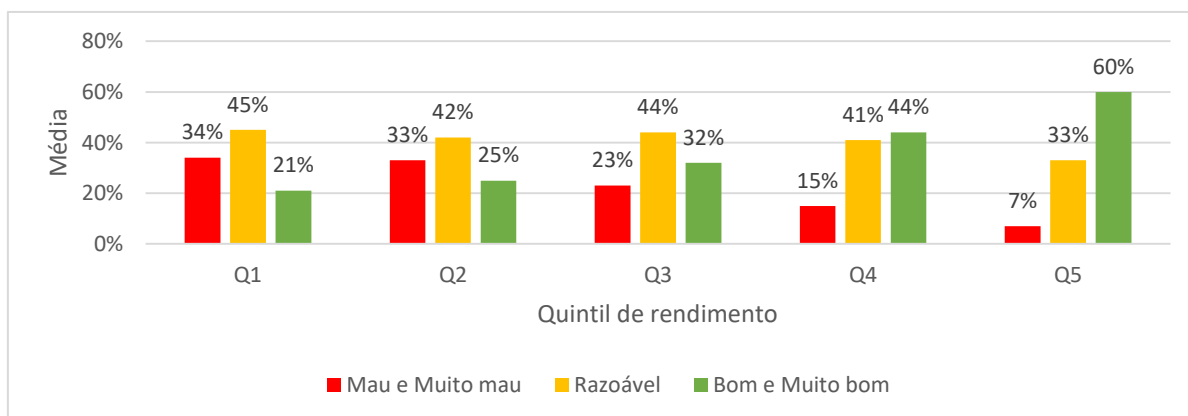
Gráfico B1.4: Limitações nas atividades diárias



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

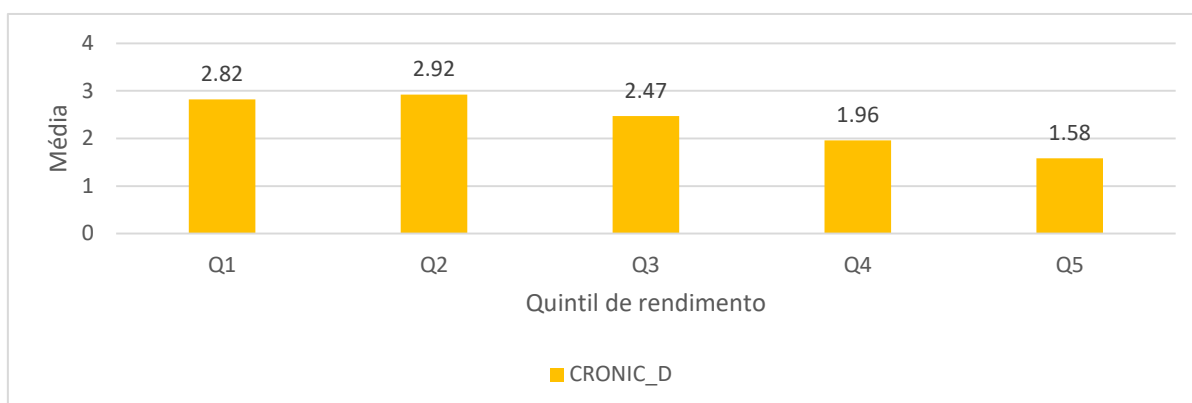
Anexo B 2: Variáveis de necessidade- consultas de especialidade

Figura B2.1: Autoavaliação do estado de saúde



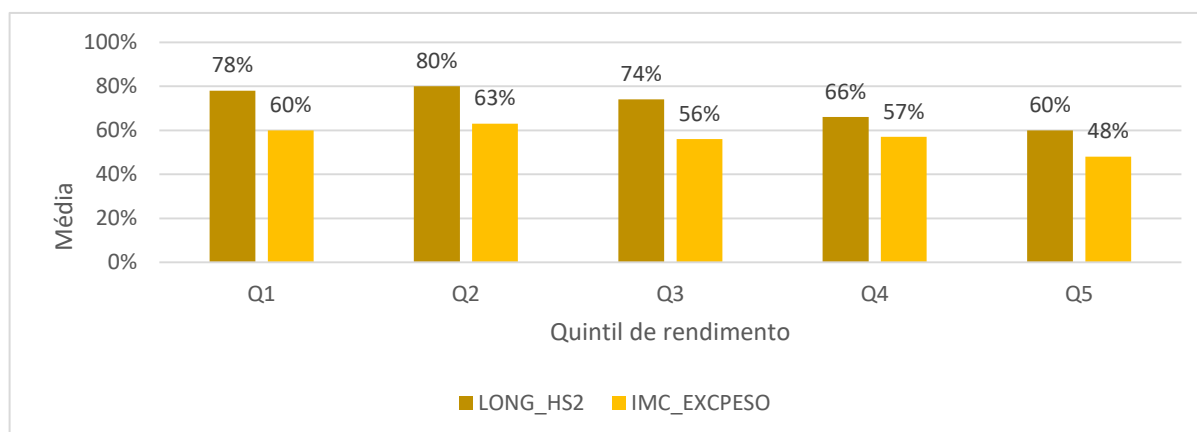
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Figura B2.2: Número de doenças crónicas



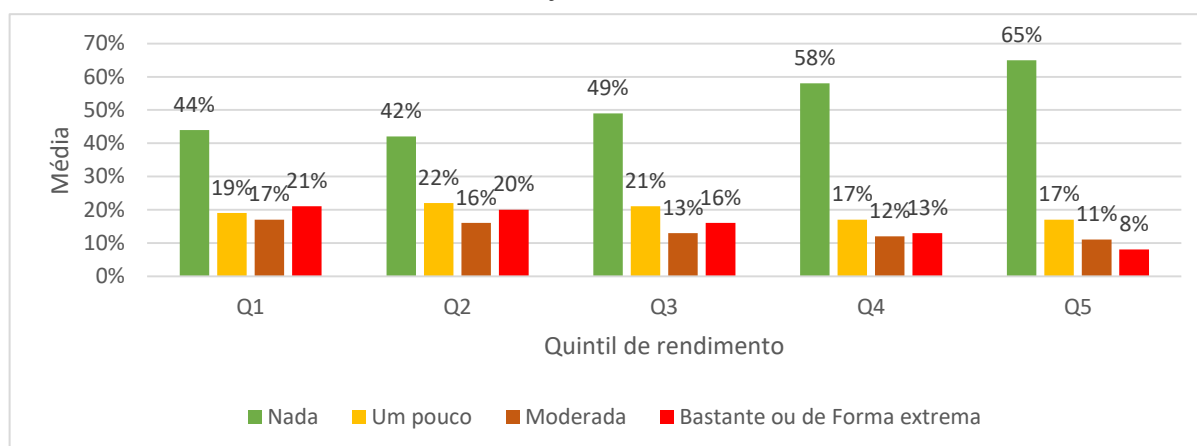
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Figura B2.3: Problema de saúde prolongado e IMC



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS

Tabela B2.4: Limitações nas atividades diárias



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do INS 2014, em SPSS