



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

Universidade Nova de Lisboa  
Escola Nacional de Saúde Pública

**Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos  
portugueses em 2014**

**Mestrado em Saúde Pública**

**João Luís Vieira Martins**

**Agosto 2017**



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**

## **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos portugueses em 2014**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Dias

**Agosto 2017**

## **Resumo**

### **Introdução**

As necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde (NNSCS) ocorrem quando um indivíduo não obtém cuidados de saúde necessários para a resolução do seu problema.

O estudo das NNSCS permite identificar barreiras de acesso aos serviços de saúde como razões financeiras, tempo de espera e distância. A identificação destas iniquidades de acesso é o primeiro passo para a redução das mesmas.

Este trabalho visa identificar as necessidades NNSCS em Portugal, e a sua relação com os fatores demográficos e socioeconómicos.

### **Métodos**

O Inquérito Nacional de Saúde 2014 usou uma amostra representativa nacional de 18 204 indivíduos com 15 ou mais anos. Foram selecionados os casos que reportavam uma necessidade de cuidados de saúde nos 12 meses prévios para avaliar as NNSCS por motivos financeiros, de distância ou tempo de espera. As prevalências de NNSCS foram calculadas e determinadas as Razões de Prevalência ajustadas (RP) através da Regressão de *Poisson*.

### **Resultados**

Estima-se que 83% dos portugueses tenham tido pelo menos uma necessidade de cuidados de saúde nos 12 meses que antecederam o INS 2014. Embora as mesmas tenham sido satisfeitas num grande número de indivíduos, 23% do total dos portugueses teve pelo menos uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeita, por dificuldade financeira, distância ou por tempo de espera.

### **Discussão/Conclusão**

Em Portugal ser mulher, divorciado, desempregado, ter uma doença crónica, ter uma limitação das AVD, um nível de escolaridade completo inferior ou pertencer a um quintil mais baixo são fatores de risco para ter uma NNSCS.

Há uma variação regional entre as NNSCS que necessita de uma investigação mais detalhada.

É premente uma intervenção política transversal com vista à redução das iniquidades em saúde e das iniquidades socioeconómicas

**Palavras-chave: Necessidade não satisfeitas de cuidados de saúde; acesso; Inquérito Nacional de Saúde 2014; iniquidades.**

## **Abstract**

### **Introduction**

The unmet needs for healthcare (UNH) occurs when an individual do not get the healthcare need to solve his problem.

The UNH study allows to identify the healthcare access barriers such as financial reasons, waiting time and distance. The identification of those access inequities is the first step to reduce them.

This study aims to identify the UNH in Portugal and its relation with the demographic and socioeconomic factors.

### **Methods**

The 2014 National Health Survey used a representative sample of 18 204 individuals aged 15 years or older. Cases that reported a need for healthcare in the 12 months prior to the survey were selected to evaluate the UNH due to financial motives, distance motives or waiting time motives. The UNH prevalence was calculated and the adjusted Prevalence Ratios (PR) were determined through the *Poisson* Regression.

### **Results**

It is estimated that 83% of the Portuguese population had at least one need for healthcare in the 12 months prior to INS 2014. Although those needs were met in a large number of individuals, 23% of the Portuguese population had at least one unmet need for health care due to financial difficulty, distance or waiting time issues.

### **Discussion/ Conclusion**

In Portugal factors as being a woman, divorced, unemployed, having a chronic illness, having a AVD limitation, a lower level of education or belonging to a lower quantile are risk factors for having a UNH.

There is a regional variation between the UNH that requires further investigation.

A transverse political intervention is needed to reduce the health inequities and socioeconomic inequities.

**Keywords: Unmet need for healthcare; access; National Health Survey 2014; inequities**

## Índice

<b>Nota introdutória .....</b>	<b>1</b>
<b>Enquadramento teórico .....</b>	<b>3</b>
Revisão Bibliográfica .....	3
O acesso e as necessidades de saúde .....	3
Acesso aos serviços de saúde .....	3
O modelo comportamental do uso de serviços de saúde de Andersen .....	4
Equidade e as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas .....	5
Necessidades de saúde.....	5
Necessidade de cuidados de saúde .....	6
Sistema de Saúde Português .....	8
A crise económica no SNS.....	9
O PNS e o acesso .....	10
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde no panorama português.....	10
Necessidades de cuidados de saúde médicos .....	12
Necessidades de cuidados de saúde oral .....	13
Necessidades de medicamentos.....	13
Necessidades de cuidados de saúde mental .....	14
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde sistemas de saúde mediterrâneos.....	15
Inquérito Nacional de Saúde.....	15
Questões de investigação.....	17
Objetivo gerais .....	17
Objetivos específicos .....	17
<b>Material e Métodos .....</b>	<b>19</b>
Desenho do estudo.....	19
População-alvo.....	19
Amostra de estudo.....	19
Definição de caso.....	19
Análise estatística .....	23
<b>Resultados .....</b>	<b>25</b>

Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões de tempo de espera.....	28
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões de distância.....	31
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões financeiras .....	34
Necessidades não satisfeitas na compra de medicamentos prescritos por razões financeiras .....	36
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras ....	38
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras	40
<b>Discussão .....</b>	<b>43</b>
Prevalência de necessidades de cuidados de saúde e necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde .....	44
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por motivo de tempo de espera.....	45
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por distância.....	46
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões financeiras .....	46
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos .....	47
Necessidades não satisfeitas na compra de medicamentos prescritos por razões financeiras .....	49
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras ....	50
Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras	51
Discussão de materiais e métodos.....	53
<b>Conclusão .....</b>	<b>55</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>57</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>63</b>

## **Lista de Figuras**

Fig. 1. Modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde de Andersen. Adaptado2

## Lista de Quadros

Quadro 1. Caracterização da amostra usada no INS 2014, número absoluto de respostas, percentagem ponderada para a população portuguesa.....	26
Quadro 2. Prevalência das necessidades de cuidados de saúde satisfeitas e não satisfeitas, por tipo de cuidados em 2014.....	27
Quadro 3. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões de tempo de espera entre as pessoas com necessidade de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	28
Quadro 4. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões de distância entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	31
Quadro 5. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	34
Quadro 6. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde de medicamento prescrito por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	36
Quadro 7. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	38
Quadro 8. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014.....	40

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades da Vida Diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EHIS - European Health Interview Survey

ESEMeD - European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

EU-SILC - European Union Statistics of Income and Living Conditions

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

NNSCS – Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

R. A. Açores – Região Autónoma dos Açores

R. A. Madeira – Região Autónoma da Madeira

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Secretaria Regional de Saúde

UE – União Europeia

## Nota introdutória

---

Neste estudo pretende-se avaliar as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas nos portugueses em 2014. Estamos perante uma necessidade não satisfeita de cuidados de saúde quando um utente não consegue aceder e beneficiar de cuidados de saúde que considera necessários para a resolução dos seus problemas.

Esta área encontra-se ainda pouco explorada em Portugal, existindo apenas alguns estudos de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde (NNSCS) em regiões geográficas específicas, ou limitados a determinadas patologias ou grupos etários.

As NNSCS são uma medida indireta da acessibilidade de um sistema de saúde. Este trabalho aborda o acesso, as suas condicionantes, a equidade neste acesso e a sua relação com as NNSCS.

Existem alguns estudos sobre as NNSCS dos portugueses, mas o uso dos dados do Inquérito Nacional de Saúde permite um melhor detalhe, mais próximo à realidade nacional. Permite também explorar a relação entre variáveis socioeconómicas, identificando os principais grupos com maior risco de terem uma NNSCS.

Visto que o combate à redução ou eliminação de iniquidades tem início na sua identificação, pretende com este trabalho auxiliar na construção de políticas de combate à iniquidade de acesso aos serviços de saúde, detetando eventuais grupos de risco.



## Enquadramento teórico

---

### Revisão Bibliográfica

#### O acesso e as necessidades de saúde

Babitsch et al.<sup>1</sup> refere que a utilização dos serviços de saúde é o ponto nos sistemas de saúde onde as necessidades dos utentes encontram o sistema profissional. Nesta ótica, é necessário perceber quais os fatores que condicionam o acesso aos cuidados de saúde para melhor estudar as necessidades de saúde.

Existem diferentes modelos conceptuais que pretendem explicar o acesso aos serviços de saúde, as suas barreiras e fatores influenciadores e que admitem diversas dimensões, nomeadamente os modelos de Andersen<sup>1-3</sup>, Penchansky e Thomas<sup>3-6</sup>.

O modelo de Andersen afirma que o acesso é condicionado por três factores principais: predisposição, capacitação e necessidade<sup>1-3</sup>.

No modelo de Penchansky e Thomas são consideradas cinco dimensões para o acesso aos cuidados de saúde: acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade, capacidade financeira e capacidade organizacional dos serviços. Neste sentido o acesso é condicionado pela localização dos serviços, a procura e oferta dos mesmos, da percepção do utente, dos gastos diretos e indiretos associados para o utente e da capacidade dos serviços se adaptarem às necessidades dos utentes<sup>3-6</sup>.

#### Acesso aos serviços de saúde

O acesso é uma medida complexa das políticas de saúde<sup>2</sup>, podendo ser definida como a utilização do sistema de saúde, ou como os fatores que caracterizam este uso<sup>4</sup>, sendo um direito fundamental do Homem<sup>6</sup>. O acesso seguro e efetivo a cuidados de saúde representa um determinante de saúde, que está condicionado pelos sistemas de saúde e pelas características individuais dos seus utilizadores<sup>1,7,8</sup>.

O acesso aos cuidados de saúde, embora não exclusivo em relação à medida de equidade, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local e momento adequado<sup>5,6,9</sup>.

As **razões financeiras**, a **distância** e o **tempo de espera** são alguns dos fatores que contribuem para as diferenças no acesso a serviços de saúde de qualidade entre populações<sup>10</sup>, sendo os mesmos dependentes do desenho dos sistemas de saúde.<sup>7</sup>

## O modelo comportamental do uso de serviços de saúde de Andersen

O acesso aos cuidados de saúde pode ser testado com diferentes modelos de avaliação, sendo as necessidades não satisfeitas de saúde consideradas como uma medida comparativa<sup>11</sup>. Neste documento assumimos o modelo comportamental de Andersen *et al*<sup>1-3,12</sup>, estando o uso individual dos serviços de saúde dependente dos fatores de predisposição, de capacidade e de necessidade, que explorarei de seguida.

A opção por esta escolha deve-se a este modelo ser amplamente usado no estudo das necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde e no estudo do acesso aos serviços de saúde. Embora desenhado para explicar o acesso ao sistema de saúde, este modelo é utilizado para prever as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde<sup>13</sup>.

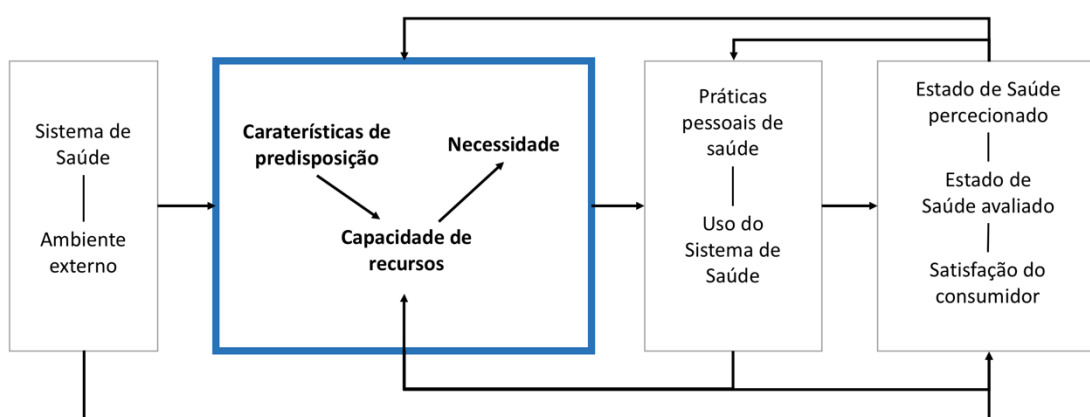


Fig. 1. Modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde de Andersen. Adaptado<sup>2</sup>

Os **fatores de predisposição** englobam as variáveis sociodemográficas (os imperativos biológicos como sexo e idade), fatores sociais como educação, ocupação e relações sociais e de grupo, assim como as crenças, valores, normas e conhecimentos de saúde que levam o indivíduo a recorrer aos serviços de saúde<sup>2</sup>.

Os **fatores de capacitação** incluem os recursos pessoais, familiares e da comunidade que facilitam ou impedem a utilização dos serviços de saúde. Consideram a percentagem de portadores de seguro de saúde na comunidade, o rendimento familiar, a capacidade de pagamento dos serviços de saúde bem como o número de profissionais disponíveis e o horário de atendimento. São considerados os tempos da

lista de espera, a distância e o tempo percorrido em viagem até o serviço de saúde, ou seja, a existência e as condições de acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis e a sua distribuição geográfica.

Os **fatores de necessidade** podem ser divididos em necessidades percebidas e necessidades avaliadas. As primeiras têm em consideração a forma como o indivíduo experiencia a sua saúde, os seus sintomas e a resolução dos seus problemas. A necessidade avaliada, ou técnica, refere-se a uma avaliação por um profissional de saúde das necessidades que serão necessários suprir para se poder verificar a melhoria ou restabelecimento da saúde dos indivíduos.

### **Equidade e as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas**

A equidade no acesso aos serviços de saúde é defendida pelas organizações de saúde, sendo a sua promoção um desafio para o setor público<sup>14</sup>.

A equidade pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis entre grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou económicos distintos<sup>14-16</sup>.

Qualquer iniquidade nas necessidades de saúde não satisfeitas pode resultar num pior estado de saúde<sup>8,17</sup>, numa menor qualidade de vida<sup>8</sup> e num aumento das iniquidades em saúde<sup>17</sup>.

### **Necessidades de saúde**

Existem diferentes formas de monitorizar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a sua equidade. Uma das formas mais utilizadas com esse fim é o relato dos indivíduos que, tendo uma necessidade de saúde, não conseguiram satisfazê-la<sup>7,12,18</sup>.

A definição de necessidade de saúde varia consoante o observador, sendo diferente no doente, no profissional de saúde ou no economista<sup>19</sup>. Para um médico de saúde pública deve incluir tanto a dimensão de cuidados de saúde, assim como os restantes determinantes de saúde que os indivíduos estão expostos. Assim, considero que o conceito de necessidade de saúde abrange qualquer benefício em saúde que possa advir de uma alteração da prestação de cuidados de saúde, de mudanças ambientais ou sociais<sup>13,20</sup>.

O estudo das necessidades de saúde permite **identificar grupos vulneráveis, avaliar a eficácia das medidas tomadas** numa comunidade e, ainda, **conhecer os**

**recursos e identificar as possíveis intervenções** para solucionar os problemas existentes<sup>11,21</sup>.

### **Necessidade de cuidados de saúde**

Segundo Wright, a necessidade em cuidados de saúde define-se como a capacidade de obter benefícios dos cuidados de saúde recebidos, desde a promoção da saúde e prevenção da doença, até ao tratamento e à reabilitação<sup>20</sup>. As **necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde (NNSCS)** ocorrem quando um indivíduo, ou uma população, não obtém, total ou parcialmente, um serviço considerado necessário para a resolução do seu problema, devido a barreiras relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde<sup>8,12,13,22</sup>.

Estas barreiras podem ser divididas em barreiras de acessibilidade (relacionada com custos e proximidade), de disponibilidade (relacionada com o tempo de espera) e de aceitabilidade (relacionada com atitudes e circunstâncias individuais)<sup>8,12</sup>. Existem, no entanto, autores que defendem que as barreiras podem ser divididas apenas em dois grupos: as características do sistema de saúde (disponibilidade e acessibilidade) e as características individuais (como o estatuto socioeconómico, a disponibilidade de tempo entre outras)<sup>13,17,22</sup>.

Os fatores que estão relacionados com um aumento do risco de ter uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeitas são: ser mulher, não possuir seguro de saúde, ter um baixo rendimento, estar desempregado, relatar um estado de saúde fraco, ter doenças crónicas<sup>7,8,12</sup> e ser jovem ou idoso<sup>8</sup>. Estes fatores apontam para uma iniquidade de acesso ao sistema de saúde de acordo com o estatuto socioeconómico individual<sup>8</sup>.

A incapacidade financeira para pagar um serviço pode constituir uma barreira ao acesso, com conseqüente aparecimento de NNSCS. Exemplo deste tipo de barreiras são as políticas externas ao setor da saúde, como a diminuição da disponibilidade financeira para pagar os meios de transporte<sup>11</sup>.

Os diferentes níveis de escolaridade tendem a influenciar o acesso a cuidados de saúde por estarem associados a perceções distintas. Um indivíduo que possua um maior nível de escolaridade deverá apresentar uma produção mais eficiente de saúde, tendo, por isso, menos necessidades de cuidados por se apresentar mais saudável<sup>2</sup>.

Por outro lado, um aumento da utilização dos serviços médicos encontram-se associado a um aumento do rendimento, sendo este um indicador da capacidade de

pagar estes serviços<sup>23</sup>. Isto pode ajudar a justificar parcialmente a forte associação existente entre o rendimento e as NNSCS, sendo estas tanto maiores quanto menor for o rendimento, após controlo do efeitos das restantes variáveis<sup>7</sup>.

É expetável que haja um maior relato de necessidades não satisfeitas em saúde por parte das pessoas que apresentem problemas de saúde, ou que apresentem um estado de saúde precário, havendo um gradiente negativo entre o estado de saúde e as NNSCS<sup>7</sup>.

As NNSCS **orais** em Wisconsin (EUA) afeta quase 48% das pessoas sem seguro, 29% das pessoas com seguro público e 13% das pessoas com seguros privados, onde 58% dos inquiridos apontam as razões financeiras como principal barreira<sup>24</sup>. É de salientar que uma saúde oral precária está relacionada com o aumento de morbilidade e mortalidade, bem como uma pior qualidade de vida<sup>22</sup>.

As NNSCS **mentais** estão associadas a fatores como o baixo nível de rendimento e de escolaridade, ao facto de pertencer a minorias raciais<sup>25,26</sup>, à ausência de seguro de saúde, à severidade da doença mental e de outras comorbilidades<sup>25,27</sup>, bem como às idades mais jovens ou às mais idosas e ao desemprego<sup>28</sup>. Além das barreiras de acesso, há relutância por parte dos próprios utentes em recorrer aos serviços médicos mentais<sup>25,26,29,30</sup>.

Estas NNSCS mentais irão aumentar a carga de doença associada à patologia mental, nomeadamente a progressão para quadros mais severos das mesmas<sup>26,27,29,31</sup>.

Vários estudos de base populacional apontam para uma elevada prevalência de patologia mental na população<sup>29,32,33</sup>. Estima-se que metade dos norte-americanos terá uma patologia mental ao longo da sua vida, sendo a depressão a patologia mais frequente<sup>25</sup>.

De acordo com Jones et al<sup>25</sup> 32% dos americanos com necessidades de cuidados de saúde mental não satisfizeram as suas necessidades nos 12 meses anteriores ao inquérito, número semelhante encontrado na população canadiana<sup>30</sup> e na população idosa australiana<sup>34</sup>. As principais razões apontadas foram as razões financeiras (39%), seguindo-se “vergonha ou desconforto” (14%) e da disponibilidade do serviço (13%)<sup>25</sup>. Revelou-se ainda que quem tem maiores cuidados de saúde tem menor risco de ter uma NNSCS mental e os doentes com patologias mentais mais severas apresentam um maior risco de NNSCS<sup>25,34</sup>.

Alonso et al.<sup>32</sup> revelou que 11,9% dos europeus tiveram uma patologia mental nos 12 meses anteriores ao inquérito do *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED). Neste estudo, com participação da Bélgica, França, Alemanha,

Itália, Holanda e Espanha, observou-se que 6,5% dos doentes com patologia mental nos 12 meses anteriores ao inquérito tiveram uma NNCS mental, e que cerca de 3,1% de toda a população em estudo teve uma NNCS. Pertencer ao grupo dos 18-24 anos, ser doméstico ou reformado e ter uma patologia mental há mais de 15 anos, demonstrou estar associado a um aumento do risco, estatisticamente significativo, de ter uma NNCS mental. Na Bélgica ter uma doença crónica revelou-se ser um fator protetor para as NNCS mental. Parece haver um risco diminuído nas mulheres em relação às NNCS mental, embora sem significado estatístico<sup>32</sup>.

Outro estudo demonstrou que no Reino Unido existe um gradiente social na utilização das consultas de medicina geral por doença mental, sendo os resultados superiores nos empregados, nos solteiros sem crianças, nos que vivem sozinhos, nos viúvos e nos separados<sup>35</sup>. Por sua vez, na Austrália, os médicos de medicina geral são o principal recurso dos utentes com patologia mental<sup>34</sup>.

### **Sistema de Saúde Português**

Como já referido as necessidades de saúde estão dependentes dos sistemas de saúde. A variação de prevalência de NNCS nos países europeus deve-se, possivelmente, às disparidades que se encontram nos sistemas de saúde e sociais de cada país<sup>36</sup>.

Antes de explorarmos as necessidades de cuidados de saúde na população portuguesa, exploraremos sumariamente o sistema de saúde português para melhor compreender as possíveis necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde associadas a este.

O sistema de saúde português é constituído por uma rede de prestadores de cuidados saúde públicos e privados e por diferentes regimes de financiamento<sup>23</sup>. Segue em linhas gerais o modelo de sistema de saúde Beveridgiano, do ponto de vista das fontes de financiamento para a prestação de cuidados de saúde<sup>37</sup>.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português depende e é gerido pelo Ministério da Saúde, que tem na sua competência o planeamento e regulação os sistemas de saúde, bem como a direção do Plano Nacional de Saúde e as Estratégias Nacionais<sup>38</sup>. Está subdividido em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), no continente, e por dois Serviços Regionais de Saúde (SRS), um por cada região autónoma. Estas ARS, no continente, e os SRS nos Açores e na Madeira, são responsáveis por implementar as orientações das respetivas tutelas, assumindo a responsabilidade financeira dos cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares<sup>38</sup>.

Relativamente aos encargos com os serviços, a estrutura financeira do SNS tem um mecanismo de partilha de custo que, na prática, faz com que o utente pague uma taxa moderadora quando acede a um prestador público (variável com o tipo de serviço). Uma grande parte da população está isenta deste pagamento, sendo que em janeiro de 2014 estimava-se que 5 389 401 utentes estavam isentos do pagamento de taxas moderadoras, correspondendo a metade da população portuguesa. Destes, os maiores grupos eram os utentes com insuficiência económica (48%), as crianças (24%) e os doentes crónicos (17%).

Ao utilizar serviços de saúde prestados pelo sector privado, os beneficiários do SNS, na ausência de seguros privados ou subsistema de saúde, suportam a totalidade dos custos, não havendo lugar para quaisquer reembolsos (embora seja possível a recuperação de parte dos encargos através da dedução à coleta de despesas de saúde não participadas em sede de IRS)<sup>37</sup>.

O artigo 64º da constituição da República Portuguesa<sup>39</sup> refere que todos “têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” sendo esta proteção realizada através “de um serviço nacional de saúde universal e geral e, (...) tendencialmente gratuito” e pela “criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho”. Este artigo garante igualmente o acesso a todos os cidadãos a cuidados médicos, com uma cobertura racional e eficiente em todo o país. Os princípios de direito à saúde e igualdade de acesso são reforçados pela Lei de Bases da Saúde, nas suas bases I e II<sup>40</sup>, não devendo haver, idealmente, NNSCS.

## **A crise económica no SNS**

A crise económica que afetou todo o mundo em 2008, provocou danos na saúde, criando um excesso estimado de 1,5 milhões pessoas que tiveram necessidade não satisfeitas de cuidados de saúde na Europa<sup>11</sup>.

Foi em plena crise económica Europeia, e consequentemente portuguesa, que foi assinado, em Portugal, o Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica<sup>41</sup>, que ficou conhecido como o “**Memorando da Troika**”, levando a consequências em todos os setores, inclusivamente o da saúde.

O Memorando da Troika pretendia para o setor da saúde um aumento da eficiência e eficácia do Sistema Nacional de Saúde, através de duas grandes medidas:

a utilização racional de serviços e o controlo de despesas (principalmente ao nível das despesas com medicamentos e das despesas dos serviços hospitalares).

O financiamento da saúde foi reduzido através da revisão das categorias de isenção, do aumento das taxas moderadoras e da diminuição das deduções fiscais em despesas de saúde<sup>41</sup>, aumentando neste sentido, direta e indiretamente, os encargos individuais para os utentes do SNS. Podem ser consideradas como um exemplo de medidas indiretas as que levaram à diminuição da capacidade de pagar os meios de transporte, criando assim barreiras de acesso aos cuidados de saúde<sup>11</sup>.

Este acordo teve a duração de 3 anos, tendo terminado em maio de 2014.

As medidas de austeridade adotadas pelos países da UE levaram ao aumento da taxa de desemprego, tendo-se demonstrado que o grupo dos desempregados pode atingir um aumento de até 51% da probabilidade de ter uma NNSCS, quando controladas as restantes características sociodemográficas<sup>42</sup>.

## **O PNS e o acesso**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 e a sua respetiva extensão para 2020, têm no seu modelo concetual quatro eixos transversais: a cidadania, as políticas saudáveis, a qualidade e o acesso<sup>9</sup>. Devem estes eixos ser parte integrante de todas as intervenções do sistema de saúde, assim como de todos os setores com impacto na saúde<sup>9,14</sup>.

Um dos valores e princípios do PNS é a **redução das desigualdades** em saúde, promovendo a **equidade** e **justiça social**. Partindo do princípio que a equidade é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos, pretende-se que cada cidadão tenha igual oportunidade de atingir o seu potencial de saúde. Para alcançar ganhos em saúde, o PNS propõe a integração de diferentes setores em relação às medidas que promovam a redução da desigualdade e melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.

## **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde no panorama português**

O *EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*<sup>43</sup> é um instrumento de medição e comparação estatística a nível europeu, com dados de inclusão social e de distribuição de riqueza para a UE.

Portugal ocupa a 13ª posição nos países da UE-28 com uma percentagem elevada de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos (consulta, exames complementares de diagnóstico ou tratamento). 3,0% da população apresenta necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde por motivos financeiros, de listas de espera ou por distância, valor este ligeiramente inferior aos 3,6% da média da EU-28<sup>44</sup>.

Estas necessidades não satisfeitas mostram que as barreiras de acesso ao sistema de saúde são mais marcadas nas mulheres e nos grupos etário 45-64 anos, comparativamente aos grupos etários 16-24 anos e 65 ou mais anos. Estas diferenças têm-se vindo a verificar a longo dos últimos anos<sup>44</sup>.

Os quintis de rendimento também se relacionam com as NNSCS em Portugal, sendo o grupo com menor rendimento disponível o que apresentam maiores necessidades não satisfeitas<sup>44</sup>.

No que se refere ao nível de escolaridade, os dados existente revelam que quanto maior o nível de escolaridade, menor o número de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde no nosso país<sup>44</sup>.

A saúde oral é o cuidado de saúde onde há maiores necessidades não satisfeitas, ocupando Portugal o 2º lugar entre os Estados Membros da UE-28, ultrapassado apenas pela Letónia como o país com maiores necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral, com 15% e 20% respetivamente<sup>17</sup>. Estes dados são reforçados pelos relatórios da OCDE<sup>17,36</sup> e pelo relatório da primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde<sup>18</sup>.

Relativamente ao sexo, as mulheres têm maiores carências ao nível da saúde oral. O grupo etário 45-64 anos destaca-se por ter uma maior frequência dos grupos avaliados. As NNSCS orais apresentam um aumento inverso ao rendimento, já observado nas NNSCS médicas, razão esta também presente na escolaridade<sup>43</sup>.

A Direção-Geral de Saúde (DGS)<sup>45</sup> realizou um inquérito sobre as dificuldades de acesso ao sistema de saúde relativamente a 4 dimensões: não ter consulta por não ter transporte, consulta por dificuldades financeiras, compra de medicamentos por dificuldades financeiras ou na realização de exames médicos por dificuldades financeiras.

Dos inquiridos, 18% referiu ter pelo menos uma necessidade não satisfeita no acesso ao sistema de saúde, sendo que as mulheres apresentaram risco superior em relação aos homens. Já os desempregados apresentaram um acréscimo de risco de 15% em relação à população empregada. De salientar que os reformados apresentaram um risco superior de 8%, os domésticos de 7%, relativamente aos empregados. Da

população em estudo, 3% assumiu ter dificuldades em três dimensões em estudo e 1% em todas as dimensões<sup>46</sup>.

Este documento da DGS mostra que 3% da população faltou a uma consulta médica por motivos de transporte e 8% por razões financeiras. As razões financeiras levaram a que 11% da população em estudo não realizasse tratamentos ou exames médicos e 10% não comprasse medicamentos prescritos. O documento de trabalho<sup>46</sup> que explora mais detalhadamente este relatório, refere que o sexo feminino têm maior probabilidade de apresentar uma necessidade não satisfeita, sendo esta diferença, na dimensão dificuldades financeiras, de 3% no caso da medicação prescrita e 5% nos tratamentos e exames médicos. Ao comparar a atividade laboral, os desempregados são o grupo com maior probabilidade de ter uma necessidade de acesso ao sistema de saúde não satisfeita, tendo um risco acrescido de 3% por motivos de transporte até os 11% por razões financeiras de faltarem a uma consulta. Os reformados e domésticos também apresentam um aumento das necessidades não satisfeitas em relação aos empregados, atingindo os 6% e os 7%, respetivamente, na compra de medicação prescrita por razões financeiras. Os estudantes apresentam-se como o grupo com menor risco, em relação aos empregados, na realização de exames ou tratamentos médicos por razões financeiras<sup>46</sup>.

### **Necessidades de cuidados de saúde médicos**

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2015 indica que houve uma redução nas consultas médicas nos centros de saúde entre 2008 e 2013, em todas as regiões, exceto no Algarve, com um aumento inverso do número de consultas externas hospitalares nas mesmas regiões, contrariando a ideia do investimento nos cuidados de saúde primários<sup>18</sup>.

Da análise do tempo de espera por consultas nos cuidados de saúde primários (CSP) apenas o estatuto perante o trabalho e a região de residência parecem influenciar o acesso<sup>47</sup>. Os empregados e os estudantes têm menos tempo de espera em relação aos inativos profissionalmente. A região Centro e a região de Lisboa têm um tempo de espera superior, enquanto as regiões autónomas têm um menor tempo de espera quando comparadas com a região Norte<sup>47</sup>. Estes dados relatam a 2006, não sendo conhecida se esta tendência se mantém até à atualidade.

A distribuição de utentes com médico de família atribuído varia consoante as ARS, sendo que em 2014 a ARS do Algarve e a ARS de Lisboa e Vale do Tejo tinham

o menor número de utentes com médico de família, com 77% e 80%, respetivamente, sendo que as restantes três ARS tinham valores que variam entre os 93% e os 97%<sup>48</sup>.

O número de utentes utilizadores de consultas médicas assume o valor mínimo na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com 58%, e o seu valor máximo na ARS do Alentejo, com 72% de utilização<sup>48</sup>.

### **Necessidades de cuidados de saúde oral**

O III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais realizado em Portugal analisou uma amostra com representatividade regional para as idades dos 6, 12 e 18 anos e para os grupos etários dos 35-44 anos e dos 65-74 anos, incluindo assim pela primeira vez a idade adulta<sup>49</sup>.

Existe uma variação regional na frequência das consultas de saúde oral nos 12 meses que precederam o questionário, sendo menor a percentagem nos residentes da R. A. Madeira e nos residentes da região de Lisboa e Vale do Tejo, em todas as idades e grupos etários analisados.

Os principais motivos que levaram os inquiridos a marcar a última consulta de saúde oral foram motivos de rotina ou vigilância, de tratamento ou destartarização, ressaltando-se que nos jovens um quinto das consultas são realizadas por motivos de tratamentos ortodônticos<sup>49</sup>.

Por outro lado, os motivos apresentados para não ter recorrido a uma consulta de saúde oral nos últimos dois anos são predominantemente a baixa prioridade destes cuidados, com valores entre os 35% e os 62%, seguidos pelo custo, com valores a variar entre 19% e 47%.

### **Necessidades de medicamentos**

O gasto em medicamentos consumidos em ambulatório continua a ser a principal despesa direta das famílias, apesar da redução dos preços, nomeadamente dos genéricos, contribuir para atenuar os efeitos da crise económica<sup>46</sup>.

Segundo a OCDE, em Portugal, no ano de 2013, a despesa com medicamentos de ambulatório distribui-se em 52% segurado pelo setor público, 46% *out-of-pocket* e 2% por seguradoras<sup>50</sup>. No ano de 2014 o gasto em fármacos era de 400 dólares *per capita*, um dos mais baixo da OCDE, representando 1,4% do PIB<sup>46</sup>.

Desde 2008 os preços dos medicamentos têm sofrido cortes por toda a Europa, dividindo-se as razões por três áreas políticas: preço, reembolso, medicamento fora da patente<sup>17</sup>. O Memorando da Troika foi catalisador na introdução destas medidas em Portugal. A título de exemplo, o mercado do medicamento de ambulatório teve quebras a rondar os 10% nos anos de 2011 e 2012, com uma diminuição dos encargos do SNS de 19,2% em 2011 e 11,4% em 2012<sup>51</sup>. Os encargos para os utentes por sua vez sofreram um aumento de 9,3% em 2011 em relação ao ano anterior<sup>51</sup>. Segundo o Infarmed, em 2014, embora tenha havido um aumento de 1,4% no consumo de embalagens dispensadas, houve uma diminuição de 0,2% dos encargos do SNS e aumento de 0,4% para o utente<sup>52</sup>. A revisão dos preços médios de medicamentos rondavam os 7,0% em 2012, tendo diminuído para 1,2% em 2014<sup>53</sup>.

### **Necessidades de cuidados de saúde mental**

Em Portugal, as perturbações mentais afetam um quinto da população portuguesa, com as perturbações de ansiedade e depressivas a liderar o ranking de patologias, com prevalências anuais de 17% e 8%, respetivamente<sup>54</sup>. Segundo o *World Mental Health Survey Initiative* apenas a Irlanda do Norte (23%) e os Estados Unidos da América (26%) apresentam valores de prevalência de perturbações mentais superiores aos da população portuguesa (23%)<sup>54</sup>.

A patologia mental é reconhecida como sendo a principal causa de incapacidade, e responsável por elevada morbilidade nacional. Nesse contexto, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 pela presidência de conselho de ministros. O mesmo visa assegurar o acesso equitativo, inclusivo, de qualidade e moderno, a todas as pessoas com problemas de saúde mental no país<sup>55</sup>.

O Programa Nacional para a Saúde Mental<sup>56</sup>, é atualmente um dos programas prioritários da DGS. Este programa veio delinear as orientações programáticas e estratégicas com intuito de melhorar a prestação dos cuidados de saúde mental. Existe uma crescente preocupação em torno da saúde mental, tanto a nível mundial como nacional, sendo fulcral conhecer as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas nesta área, para, otimizando recursos, colmata-las.

Atualmente a taxa de mortalidade padronizada por perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool apresenta uma tendência decrescente nos últimos anos, sendo de 0,6/100 000 habitantes em Portugal, em 2014<sup>57</sup>.

Nos cuidados de saúde primários, a proporção de inscritos com demência, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas, varia entre as diferentes ARS

com valores entre 0,5%-1,0%, 3,4%-6,7%, 5,0%-9,7%, respetivamente, em 2014. Estes valores são sempre liderados pela região do Alentejo, seguida pelas regiões do Centro, Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve<sup>57</sup>.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde sistemas de saúde mediterrâneos**

Um estudo à população residente grega<sup>8</sup>, com 18 ou mais anos e com representatividade nacional, mostrou que 10% da população relata NNSCS nos 12 meses prévios ao inquérito, sendo maiores entre mulheres, casados e com filhos, inativos e indivíduos com estado de saúde auto-relatado como mau. Dos resultados é ainda possível salientar que os indivíduos no grupo etário entre os 25-34 anos têm duas vezes maior probabilidade de ter uma NNSCS que as pessoas com mais de 65 anos.

Um estudo semelhante efetuado em Itália<sup>12</sup>, com residentes de 18 ou mais anos, mostrou que 7% teve uma NNSCS. As mulheres, os doentes crónicos, os separados, viúvos ou divorciados e os de baixo rendimento económico são os grupos que têm um maior risco de ter uma NNSCS. Os solteiros, as pessoas que auto-relataram um bom ou muito bom estado de saúde, bem como os idosos, por sua vez, uma menor probabilidade de ter uma NNSCS. O nível de escolaridade não mostrou influenciar o risco de ter NNSCS. A acessibilidade é a razão mais frequente para que ocorra uma NNSCS, perfazendo 45,5% (44,4% por custo e 1,2% devido à distância). Salienta-se que o tempo de espera ocupa uma fatia de 21,4% destas necessidades<sup>12</sup>.

### **Inquérito Nacional de Saúde**

Desde 1987, Portugal tem um instrumento de observação que pretende dar resposta às necessidades de informação de saúde para o planeamento, implementação e avaliação das estratégias do Serviço Nacional de Saúde<sup>58</sup>.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS), avalia três grandes dimensões: o estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionadas com estilos de vida da população portuguesa residente em unidades de alojamento familiar e tem representatividade a nível nacional e regional<sup>58,59</sup>.

Em 2014, o Instituto Nacional de Estatística, em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, desenvolveu a 5.ª edição do INS, depois das edições de 1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006. Os dados de saúde das regiões autónomas começaram a ser recolhidos a partir da sua 4ª edição.

Atualmente a implementação deste inquérito nacional, segue as diretrizes estabelecidas pelo manual metodológico do European Health Interview Survey (EHIS) Wave 2<sup>60</sup>, garantindo a harmonização da informação recolhida entre os países europeus que aplicam inquéritos de saúde, permitindo comparação internacional dos resultados<sup>59</sup>.

No 4º INS (2005/2006) foram questionados quantos dias de espera passaram entre a marcação e a consulta médica e os motivos para este tempo de espera. De igual modo, foi questionado se o indivíduo tinha recorrido a cuidados de saúde oral, e quais os motivos quando a resposta fosse negativa.

Pela primeira vez, em 2014, surge no INS um capítulo dedicado à avaliação das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas. Embora não seja possível comparar estes dados com informação recolhida no passado, permitem, ter um diagnóstico de situação e um ponto de partida para a avaliação da evolução temporal deste indicador de acesso do sistema de saúde.

## **Questões de investigação**

Quais as frequências das necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde nos portugueses e como se associam os principais determinantes socioeconómicos e demográficos.

### **Objetivo gerais**

- 1) Estimar a prevalência das necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde em Portugal, em 2014.
- 2) Estudar a associação entre as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde e os determinantes socioeconómicos e demográficos, em Portugal, em 2014.

### **Objetivos específicos**

- 1) Estimar a prevalência de necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 2) Estimar a prevalência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 3) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões de tempo de espera, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde médicos, em Portugal, em 2014;
- 4) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões de distância, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde médicos, em Portugal, em 2014;
- 5) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões financeiras, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde médicos, em Portugal, em 2014;
- 6) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões financeiras, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde na compra de medicamentos prescritos, em Portugal, em 2014;
- 7) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões financeiras, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde oral, em Portugal, em 2014;
- 8) Estimar a proporção das necessidades não satisfeitas, por razões financeiras, nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, em Portugal, em 2014;

- 9) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos, por razões de tempo de espera, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 10) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos, por razões de distância, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 11) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos, por razões financeiras, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 12) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde na compra de medicamentos prescritos, por razões financeiras, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 13) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral, por razões financeiras, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014;
- 14) Estudar a associação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental, por razões financeiras, nos indivíduos com necessidades de cuidados de saúde, em Portugal, em 2014.

## Material e Métodos

---

### Desenho do estudo

Estudo observacional, transversal, descritivo com uma componente analítica

### População-alvo

A população-alvo é a população com idade igual ou superior a 15 anos residente em alojamentos familiares, em Portugal, à data do inquérito.

### Amostra de estudo

Este trabalho utiliza os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 (INS 2014) realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em colaboração com Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. A amostra do INS 2014 é constituída por 22 538 alojamentos (sendo selecionado apenas um indivíduo por alojamento) selecionados por amostragem estratificada por regiões e multietápica. As unidades primárias (PSU), constituídas por uma ou mais células contíguas da Grid INSPIRE de 1 km<sup>2</sup> foram selecionadas sistematicamente com probabilidade proporcional à dimensão do número de alojamentos familiares de residência principal. As unidades secundárias (alojamentos) foram selecionadas de forma aleatória e sistemática dentro das unidades da primeira etapa<sup>59</sup>.

A recolha de dados do INS 2014 ocorreu entre 10 de setembro e 15 de dezembro de 2014 através das entrevistas presenciais assistidas por computador (CAPI) ou via web (CAWI). Obtiveram-se 18 204 respostas válidas. A taxa de resposta global para ao nível nacional foi de 80,8%<sup>59</sup>.

Para o tratamento das não respostas totais, aplicou-se um fator de correção no ponderador inicial de cada unidade<sup>59</sup>.

### Definição de caso

Para este trabalho foram assumidas duas definições de casos.

Quando um indivíduo respondia à questão *“Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como*

*adequado ou razoável?” e a resposta dada fosse “Sim” ou “Não” (entre as hipóteses: Sim/Não/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe), assumimos que estávamos perante:*

**Indivíduo com Necessidades de Cuidados de Saúde (NCS)** - indivíduo que relatou necessidades de cuidados de saúde nos 12 meses que antecederam a data do inquérito.

Quando à mesma questão *“Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável?” e a resposta fosse “Sim” (entre as hipóteses: Sim/Não/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe), assumíamos que estávamos perante:*

**Indivíduo com Necessidades de Cuidados de Saúde Não Satisfeitas (NNSCS)** - Indivíduo que relatou necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde nos 12 meses que antecederam a data do inquérito.

Nota 1: os inquiridos só podiam responder uma das hipóteses de resposta.

Nota 2: considerou-se uma necessidade de cuidados de saúde, a necessidade de consulta, exame ou tratamento médico ou dentário, saúde mental ou compra de medicamento prescrito, satisfeita e não satisfeita, por razões de lista de espera, de distância ou financeiras. Estes valores foram considerados para estimar a prevalência de necessidades de cuidados de saúde.

## **Variáveis**

### **Variáveis dependentes**

**Necessidade de cuidados de saúde (NCS)** – auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos, saúde mental, saúde oral ou compra de medicamentos, nos 12 meses que antecederam o questionário.

**Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde (NNSCS)** - auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos, saúde mental, saúde oral ou compra de medicamentos, não satisfeita por razões de lista de espera, de distância ou financeiras, nos 12 meses que antecederam o questionário.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões de tempo de espera**– auto-relatar NNSCS médicos, nos últimos 12 meses, por razões de tempo de espera.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões de distância** - auto-relatar NNSCS médicos, nos últimos 12 meses, por razões de distância.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões financeiras** - auto-relatar NNSCS médicos, nos últimos 12 meses, por razões financeiras.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde de medicamentos prescritos por razões financeiras** - auto-relatar NNSCS na compra de medicamentos receitados, nos últimos 12 meses, por razões financeiras.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde de medicamentos prescritos por razões financeiras** - auto-relatar NNSCS de saúde oral, nos últimos 12 meses, por razões financeiras.

**Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde mental por razões financeiras** – auto-relatar NNSCS de saúde mental, nos últimos 12 meses, por razões financeiras.

## Variáveis independentes

Considerando o **Modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde de Andersen** as variáveis independentes foram divididas tendo em conta os fatores preditores, de capacidade ou de necessidade:

### Fatores preditores:

**sexo** – masculino, feminino.

**região de residência** - região do Norte, região do Centro, região de Lisboa, região do Alentejo, região do Algarve, região Autónoma dos Açores e região Autónoma da Madeira.

**estado civil** – solteiro, casado, viúvo e divorciado.

**grupo etário** – dividido em decénios: 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 e 75 ou mais anos.

**nível de escolaridade completo** - sem-educação/pré-escolar; 1º ou 2º ciclo do básico, 3º ciclo do básico; secundário, ensino superior.

**estatuto perante o trabalho** - empregado, desempregado, estudante, reformado, outra inatividade.

### Fatores de capacitação:

**quintil de rendimento** – divididos em cinco quintis correspondendo ao rendimento equivalente mensal líquido total do agregado do indivíduo selecionado, calculado segundo as normas da OCDE, sendo o 1º o mais baixo e o 5º o mais elevado.

**subsistema e/ou seguro de saúde** – ter um seguro de saúde e/ou um subsistema de saúde.

### Fatores de necessidade:

**estado de saúde auto-relatado** - estado de saúde relatado pelo respondente como muito mau ou mau, razoável, bom ou muito bom.

**Ter uma limitação das AVD** - ter limitações das atividades de vida diárias relatadas pelo respondente como limitação severa, limitação ligeira, sem limitação.

**Ter doença crónica** - ter ou não ter uma doença crónica ou problemas de saúde prolongado.

Nota 3: algumas variáveis foram recodificadas, agrupadas ou criadas quando necessário, de modo a facilitar a análise estatística. Esta informação das variáveis encontra-se detalhadamente descrita no anexo I. Os valores omissos foram sempre inferiores aos 0,79% do total.

### **Análise estatística**

Os dados que dão resposta às questões de investigação foram retiradas da base de dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, presente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) para efeitos de investigação.

Foi feita uma caracterização da amostra atendendo às características sociodemográficas.

Foram calculadas as estimativas da prevalência de necessidades de cuidados de saúde e necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde da população portuguesa.

Foram obtidas estimativas da frequência de NNSCS auto-relatadas para o total de indivíduos e para grupos específicos, definidos pelas variáveis de caracterização demográfica e socioeconómica.

Testou-se a associação das variáveis de desagregação com a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott<sup>61</sup>.

A associação entre as variáveis dependentes e as independentes foi medida através do cálculo da razão de prevalência bruta e respetivos intervalos de confiança através de regressão de *Poisson*<sup>62</sup>. A categoria de referência para as variáveis estudadas foi a categoria de menor valor de codificação usado na base de dados, exceto a variável do estado civil, em que o valor de referência foi o grupo casado, e a variável estado de saúde auto-relatado onde valor de referência foi o estado de saúde auto-relatado como mau. Desta análise obteve-se as razões de prevalência ajustadas e respetivo intervalo de confiança.

Os resultados são apresentados em tabelas de distribuição de frequências relativas ponderadas. Para as associações estudadas, foi usado um nível de significância de 5% para admitir uma associação estatisticamente significativa. Os intervalos de confiança foram calculados a 95%.

O tratamento e a análise estatística foram desenvolvidos com recurso ao programa Stata®, versão 13. Durante todo o processo de análise estatística foi tido em conta o tipo de amostragem complexa.

### **Aspetos Éticos**

Este trabalho de investigação teve a autorização por parte da Comissão de Ética para a Saúde do INSA (anexo II).

Os dados encontravam-se anonimizados, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos.

Nego qualquer conflito de interesse.

## Resultados

---

### Caraterização da amostra

A amostra do INS 2014 encontra-se caraterizada no Quadro 1, com as respetivas percentagens ponderadas para a população portuguesa.

Neste inquérito as mulheres representam 53,2% da população. Sobre o nível de educação, 17,0% têm um curso superior concluído, outros 19,6% o ensino secundário, 19,5% completaram o 3º ciclo de ensino básico, 35,6% retratam as pessoas que completaram o 1º ou o 2º ciclo do ensino básico e 9,1% dos inquiridos correspondem à população portuguesa iletrada ou sem o 1º ciclo completo.

Quanto à representatividade regional da amostra, e segundo a divisão territorial de 2002 em unidades estatísticas NUTS II, verifica-se a seguinte distribuição decrescente: Norte 35,1%, Lisboa 26,6%, Centro 22,2%, Alentejo 7,2%, Algarve 4,2%, R. A. Madeira 2,5% e R. A. Açores 2,3%.

Cerca de metade da população (47,0%) encontra-se empregada, 24,6% reformada e 12,4% desempregada. Os estudantes representam 9,0% da população, enquanto as outras inatividades 7,1%. Neste último grupo incluem-se os trabalhadores domésticos, de serviço comunitário/cívico e os inativos para o trabalho.

A população apresenta uma distribuição com pouca variação nos grupos etários, variando entre os 11,6% no grupo com 75 ou mais anos e 17,8% no grupo dos 35-44 anos.

Relativamente ao estado civil, mais de metade (56,3%) dos respondentes refere ser casado, 29,4% solteiro, 7,9% viúvo e 6,5% divorciado.

Dois terços (66,4%) dos respondentes do INS 2014 assume não ser beneficiário de qualquer subsistema de saúde nem portador de um seguro de saúde, ao contrário dos 33,6% que refere pelo menos um subsistema ou seguro de saúde.

Quando inquiridos sobre o seu estado de saúde, 13,4% afirma um mau ou muito mau estado de saúde, 35,3% razoável, e mais de metade (51,3%) relatou um estado bom ou muito bom. Apurou-se que 56,5% dos respondentes assume ter pelo menos uma doença crónica.

Sobre as limitações das Atividades de Vida Diária (AVD), mais de dois terços dos participantes negam ter uma limitação, 23,4% têm uma limitação não severa e 8,4% uma limitação severa.

Quadro 1. Caracterização da amostra usada no INS 2014, número absoluto de respostas, percentagem ponderada para a população portuguesa

	n	% ponderada	IC 95%
<b>Sexo</b>			
Homem	7944	46,8	[45,7; 47,9]
Mulher	1026	53,2	[52,1; 54,3]
<b>Nível Educação</b>			
Superior	2648	17,1	[16,0; 18,2]
Secundário	2895	19,6	[18,7; 20,7]
3º Ciclo do Básico	3077	19,5	[18,6; 20,5]
1º ou 2º Ciclo do Básico	7235	34,6	[33,5; 35,8]
Sem educação	2349	9,1	[8,5; 9,9]
<b>Estatuto trabalhador</b>			
Empregado	207	47,0	[45,8; 48,2]
Desempregado	973	12,4	[11,6; 13,2]
Estudante	5729	9,0	[8,3; 9,7]
Reformado	1627	24,6	[23,6; 25,7]
Out. Inatividade		7,0	[6,5; 7,6]
<b>região</b>			
Norte	2751	35,1	[34,2; 36,0]
Algarve	2575	4,2	[3,9; 4,6]
Centro	3713	22,2	[21,5; 22,8]
Lisboa	1976	26,6	[25,7; 27,5]
Alentejo	2771	7,2	[6,9; 7,4]
Açores	2079	2,3	[2,2; 2,4]
Madeira	2339	2,5	[2,3; 2,7]
<b>Grupo etário</b>			
15-24 anos	1418	12,4	[11,7; 13,2]
25-34 anos	1843	13,9	[13,0; 14,8]
35-44 anos	3188	17,8	[17,0; 18,7]
45-54 anos	3023	17,0	[16,2; 17,9]
55-64 anos	3031	15,1	[14,3; 15,9]
65-74 anos	2852	12,1	[11,4; 12,7]
75 ou mais anos	2849	11,6	[10,9; 12,4]
<b>Estado civil</b>			
Casado	4467	56,3	[55,2; 57,3]
Solteiro	9401	29,4	[28,3; 30,4]
Viúvo	2615	7,9	[7,4; 8,4]
Divorciado	1709	6,5	[6,0; 7,0]
<b>Subsistema ou Seguro</b>			
Não beneficiário	12471	66,4	[65,0; 67,7]
Beneficiário	5684	33,7	[32,3; 35,0]
<b>Estado de Saúde Auto Relatado</b>			
Mau	2997	13,4	[12,6; 14,2]
Razoável	7107	35,3	[34,2; 36,5]
Bom	8091	51,3	[50,1; 52,6]
<b>Doença Crónica</b>			
Sim	11134	56,5	[55,2; 57,8]
Não	7054	43,5	[42,2; 44,8]
<b>Limitação das AVD</b>			
Nenhuma	11524	68,2	[67,1; 69,3]
Ligeira	4966	23,4	[22,4; 24,4]
Severa	1698	8,4	[7,8; 9,0]

*n* - número absoluto; *IC* - Intervalo de confiança.

## Auto-relato das Necessidade de Cuidados de Saúde

Quando questionados se tiveram necessidades dos cuidados de saúde os valores oscilam valores entre os 9,1% e 83,3%, variando no tipo de cuidados. Os cuidados relatados mais frequentemente como mais necessários foram os cuidados de saúde médicos, onde as razões de tempo de espera lideram, seguidas de distância e razões financeiras, com valores de 83,3%, 82,8% e 72,3%, respetivamente. A necessidade de compra medicamentos prescritos segue na lista dos mais necessários, seguidos das necessidades de cuidados de saúde oral e saúde mental, com valores respetivos de 74,2%, 60,4% e 9,1%, todos devidos a razões financeiras.

Se olharmos para toda a população portuguesa, 23,3% teve uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeita, e 8,2% pelo menos duas.

As NNCS mais frequentemente relatadas ocorreram por tempo de espera nos cuidados médicos e por motivos financeiros nos cuidados de saúde oral, atingindo 20,4% e 19,6% da população portuguesa, respetivamente. Salienta-se que 36,1% da população com necessidade de saúde teve a sua necessidade satisfeita.

Quadro 2. Prevalência das necessidades de cuidados de saúde satisfeitas e não satisfeitas, por tipo de cuidados em 2014

	n	% pond	IC 95%	% pond cum
<b>Cuidados de saúde médicos por razões de tempo de espera</b>				
NNCS	3898	20,4	[19,4; 21,4]	20,4
NCS satisfeita	11196	62,9	[61,5; 64,3]	83,3
sem necessidade	3093	16,7	[15,6; 17,9]	100,0
<b>Cuidados de saúde médicos por razões de distância</b>				
NNCS	500	2,0	[1,7; 2,4]	2,0
NCS satisfeita	14357	80,8	[79,5; 81,9]	82,8
sem necessidade	3333	17,2	[16,1; 18,4]	100,0
<b>Cuidados de saúde médicos por razões financeiras</b>				
NNCS	193	8,9	[8,2; 9,6]	8,9
NCS satisfeita	11179	63,4	[61,7; 65,1]	72,3
sem necessidade	5068	27,7	[26,1; 29,3]	100,0
<b>Cuidados de saúde de compra de medicamentos prescritos por razões financeiras</b>				
NNCS	1523	7,4	[6,8; 8,1]	7,4
NCS satisfeita	12160	66,8	[65,1; 68,4]	74,2
sem necessidade	4499	25,8	[24,3; 27,4]	100,0
<b>Cuidados de saúde oral por razões financeiras</b>				
NNCS	3837	19,6	[18,5; 20,6]	19,6
NCS satisfeita	6657	40,9	[39,5; 42,3]	60,5
sem necessidade	7681	39,6	[38,3; 40,9]	100,0
<b>Cuidados de saúde mental por razões financeiras</b>				
NNCS	1523	2,8	[2,5; 3,2]	2,8
NCS satisfeita	1216	6,3	[5,7; 6,9]	9,1
sem necessidade	4499	90,9	[90,2; 91,6]	100,0

*n* - número absoluto; *IC* - Intervalo de confiança; *pond* - ponderada; *cum* - cumulativa..

## Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões de tempo de espera

Quadro 3. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões de tempo de espera entre as pessoas com necessidade de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	23,0	[21,4; 24,8]	<i>Ref.</i>	
mulher	25,6	[24,1; 27,1]	1,02	[0,94; 1,12]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	20,4	[17,9; 23,2]	<i>Ref.</i>	
secundário	23,5	[21,1; 26,2]	0,95	[0,81; 1,13]
3º ciclo do básico	23,3	[20,8; 26,0]	0,89	[0,75; 1,07]
1º ou 2º ciclo do básico	25,7	[23,9; 27,6]	0,81*	[0,68; 0,97]
sem escolaridade	30,6	[27,4; 33,9]	0,84	[0,68; 1,03]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	22,0	[20,4; 23,7]	<i>Ref.</i>	
desempregado	28,5	[25,0; 32,2]	1,10	[0,95; 1,26]
estudante	22,7	[18,5; 27,4]	1,21	[0,89; 1,64]
reformado	27,3	[25,3; 29,3]	1,05	[0,90; 1,23]
out. inatividade	24,7	[21,4; 28,3]	0,87	[0,73; 1,04]
<b>região de residência</b>				
Norte	21,5	[19,3; 23,9]	<i>Ref.</i>	
Algarve	27,7	[24,8; 30,9]	1,34***	[1,16; 1,56]
Centro	23,3	[21,1; 25,7]	1,09	[0,94; 1,25]
Lisboa	28,0	[25,3; 30,8]	1,48***	[1,28; 1,71]
Alentejo	26,1	[23,5; 28,8]	1,21*	[1,04; 1,39]
Açores	25,9	[22,9; 29,2]	1,30***	[1,10; 1,53]
Madeira	26,9	[23,8; 30,2]	1,27***	[1,08; 1,49]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	21,5	[18,3; 25,1]	<i>Ref.</i>	
25-34 anos	22,7	[19,2; 26,6]	1,19	[0,91; 1,54]
35-44 anos	23,5	[21,1; 26,1]	1,23	[0,95; 1,61]
45-54 anos	24,8	[22,3; 27,5]	1,18	[0,89; 1,55]
55-64 anos	24,3	[21,7; 27,0]	1,03	[0,77; 1,38]
65-74 anos	28,2	[25,5; 31,1]	1,05	[0,77; 1,44]
75 ou mais anos	25,9	[23,3; 28,6]	0,85	[0,6; 1,18]
<b>estado civil</b>				
casado	23,7	[22,2; 25,2]	<i>Ref.</i>	
solteiro	24,2	[22,0; 26,5]	1,14*	[1,00; 1,29]
viúvo	27,9	[25,1; 31,0]	1,05	[0,93; 1,18]
divorciado	27,7	[24,2; 31,5]	1,11	[0,96; 1,28]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	27,4	[25,8; 28,9]	<i>Ref.</i>	
beneficiário	18,7	[17,0; 20,5]	0,75***	[0,66; 0,85]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	27,1	[24,5; 29,8]	<i>Ref.</i>	
2º	28,6	[26,3; 31,0]	1,12	[0,99; 1,26]
3º	24,5	[22,1; 27]	0,99	[0,86; 1,14]
4º	25,1	[22,8; 27,6]	1,07	[0,92; 1,24]
5º	16,9	[15,0; 19,0]	0,78*	[0,64; 0,95]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	35,1	[32,5; 37,9]	<i>Ref.</i>	
razoável	27,9	[26,1; 29,8]	0,88*	[0,79; 0,98]
bom	18,1	[16,6; 19,7]	0,62***	[0,54; 0,72]
<b>doença crónica</b>				
sim	28,3	[26,8; 29,9]	<i>Ref.</i>	
não	18,3	[16,6; 20,1]	0,81***	[0,72; 0,92]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	20,0	[18,6; 21,4]	<i>Ref.</i>	
ligeira	31,4	[29,2; 33,7]	1,32***	[1,19; 1,48]
severa	35,3	[31,8; 39,0]	1,42***	[1,22; 1,65]

Freq. Frequência. IC Intervalo de Confiança. aRP Razão de Prevalência ajustada. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

O *Quadro 3* apresenta os resultados das **necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por motivo de tempo de espera**, na população com necessidades expressas, ou seja, todos os indivíduos que nos últimos 12 meses tenham esperado mais do que o tempo que consideravam adequado para a marcação de uma consulta, exame ou tratamento médico.

Em relação ao sexo, verifica-se que 23,0% dos homens e 25,6% das mulheres apresentam necessidades não satisfeitas de cuidados médicos por razões de tempo de espera. Esta diferença não revelou significado estatístico.

O nível de escolaridade completo e as NNSCS médicas por tempo de espera variam inversamente. Diminui de 30,6%, nas pessoas com nenhum nível de escolaridade ou com apenas o 1º ciclo do ensino básico, até 20,4% para os que completaram o ensino superior. Igual gradiente é observado no rendimento, onde o quintil com menor rendimento apresenta uma frequência de 27,1%, atingindo apenas 16,9% dos elementos do 5º quintil de rendimento.

Os valores das frequências da NNSCS oscilam entre 21,5% para a região Norte e 28,0% para Lisboa, valores semelhantes para a variável situação perante o trabalho, com 22,0% nos empregados e 28,5% nos desempregados.

A frequência das NNSCS aumenta com a idade, partindo de 21,5% do grupo etário 15-24 anos, até os 28,2% no grupo etário 65-74 anos, havendo uma redução para os 25,9% no grupo dos indivíduos com mais de 74 anos.

A população casada apresenta uma frequência de necessidades não satisfeitas de 23,7%, semelhante valor para os solteiros (24,2%), enquanto os divorciados e viúvos têm uma frequência de 27,7% e 27,9%, respetivamente.

Quanto melhor o estado de saúde auto-relatado, menor a frequência observada de NNSCS, com valores entre os 18,1% e 35,1%, bom e mau, respetivamente. As limitações das AVD também apresentam uma relação com NNSCS, sendo que tendem a ser tanto menores quanto menor a limitação.

Ter pelo menos uma doença crónica aumenta a frequência de NNSCS, de 18,3% para 28,3%. Valores semelhantes são encontrados entre os beneficiários de um subsistema de saúde ou seguro de saúde e os não beneficiários.

Quando ajustadas todas as variáveis, níveis de escolaridade inferior apresentam um menor risco de ter uma NNSCS médica por tempo de espera comparativamente a níveis de escolaridade superior, sendo que apenas se verificou significado estatístico

no grupo de indivíduos com o 1º ou 2º ciclo. Não ser empregado parece aumentar o risco em relação às outras situações, mas sem significância estatística.

Todas as regiões, à exceção do centro, aumentam o risco de ter esta NNCS em relação à região do Norte.

Os grupos etários não mostraram nenhum significado estatístico. Os solteiros têm um risco aumentado de ter uma NNCS médica por tempo de espera quando comparados com os casados.

Ter um seguro de saúde ou subsistema também mostrou diminuir o risco de ter esta NNCS, assim como não ter nenhuma doença crónica. Um melhor estado de saúde e uma menor limitação das AVD parece diminuir o risco de ter necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por tempo de espera.

## Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões de distância

Quadro 4. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões de distância entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	1,7	[1,3; 2,2]	<i>Ref.</i>	
mulher	3,0	[2,5; 3,7]	1,33*	[1,02; 1,74]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	0,8	[0,5; 1,3]	<i>Ref.</i>	
secundário	1,4	[0,9; 2,2]	1,12	[0,62; 2,00]
3º ciclo do básico	1,8	[1,2; 2,6]	1,08	[0,59; 1,98]
1º ou 2º ciclo do básico	2,9	[2,3; 3,6]	0,91	[0,51; 1,63]
sem escolaridade	7,0	[5,5; 9,0]	1,21	[0,64; 2,27]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	1,0	[0,8; 1,3]	<i>Ref.</i>	
desempregado	3,6	[2,4; 5,3]	1,91***	[1,25; 2,90]
estudante	0,8	[0,3; 1,9]	0,83	[0,26; 2,69]
reformado	4,2	[3,4; 5,3]	2,41*	[1,19; 4,9]
out. inatividade	4,9	[3,5; 7,0]	2,16**	[1,26; 3,72]
<b>região de residência</b>				
Norte	2,0	[1,2; 3,1]	<i>Ref.</i>	
Algarve	2,7	[2,0; 3,7]	1,38	[0,83; 2,31]
Centro	3,2	[2,5; 4,1]	1,50	[0,93; 2,43]
Lisboa	1,7	[1,1; 2,5]	1,16	[0,67; 2,01]
Alentejo	5,1	[3,8; 6,8]	2,35**	[1,44; 3,84]
Açores	4,6	[3,1; 6,7]	2,30**	[1,26; 4,19]
Madeira	1,7	[1,1; 2,7]	0,81	[0,44; 1,49]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	1,1	[0,5; 2,4]	<i>Ref.</i>	
25-34 anos	1,5	[1,0; 2,4]	1,20	[0,43; 3,36]
35-44 anos	2,0	[1,4; 2,8]	1,48	[0,37; 5,89]
45-54 anos	1,9	[1,3; 2,6]	0,96	[0,22; 4,30]
55-64 anos	2,2	[1,5; 3,1]	0,76	[0,18; 3,27]
65-74 anos	3,1	[2,3; 4,2]	0,69	[0,14; 3,34]
75 ou mais anos	5,6	[4,3; 7,3]	0,79	[0,15; 4,17]
<b>estado civil</b>				
casado	2,2	[1,8; 2,8]	<i>Ref.</i>	
solteiro	1,9	[1,4; 2,6]	1,29	[0,71; 2,36]
viúvo	5,6	[4,3; 7,4]	1,13	[0,76; 1,70]
divorciado	2,8	[1,8; 4,3]	1,31	[0,88; 1,93]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	3,3	[2,7; 3,9]	<i>Ref.</i>	
beneficiário	0,9	[0,6; 1,2]	0,62*	[0,41; 0,94]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	5,5	[4,2; 7,2]	<i>Ref.</i>	
2º	2,8	[2,1; 3,6]	0,58**	[0,39; 0,85]
3º	2,2	[1,6; 3,0]	0,55**	[0,36; 0,85]
4º	1,1	[0,7; 1,7]	0,39***	[0,23; 0,66]
5º	0,7	[0,5; 1,2]	0,35**	[0,19; 0,67]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	6,7	[5,5; 8,2]	<i>Ref.</i>	
razoável	2,8	[2,2; 3,6]	0,69*	[0,50; 0,95]
bom	0,8	[0,6; 1,1]	0,29***	[0,16; 0,52]
<b>doença crónica</b>				
sim	3,3	[2,8; 4,0]	<i>Ref.</i>	
não	1,1	[0,8; 1,5]	0,90	[0,56; 1,43]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	1,3	[1,0; 1,7]	<i>Ref.</i>	
ligeira	3,7	[3,0; 4,5]	1,28	[0,88; 1,86]
severa	6,8	[5,1; 8,9]	1,66*	[1,08; 2,55]

Freq. Frequência. IC Intervalo de Confiança. aRP Razão de Prevalência ajustada. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

Quando questionados sobre a ocorrência de problemas relacionados com a distância ou com o transporte que obrigou à espera por uma consulta, exame ou tratamento médicos, apenas 2% dos portugueses tiveram as suas necessidades não satisfeitas.

De entre as pessoas que reportaram estas necessidades de saúde observou-se que as mulheres (3,0%) são mais afetadas pela distância ou transporte, comparativamente aos homens (1,7%) com necessidades de cuidados de saúde médicos. A população com um nível de escolaridade inferior ao 1º ciclo completo apresenta 7,1% de NNCS médicos por distância, sendo que os possuidores de um grau académico superior apenas 0,8%.

As diferenças regionais têm variações de frequências entre 1,7% em Lisboa e Madeira e 5,1% no Alentejo.

Os estudantes são os que menos afirmam ter NNCS médicas por distância (0,8%), seguido pelos empregados (1,0%). Por outro lado, os desempregados, os reformados e os com outras inatividades têm frequências entre os 3,6% e os 4,9%. O aumento da idade está associado com o aumento da frequência das necessidades não satisfeitas.

Os solteiros têm menor frequência de NNCS médicos por distância, com 1,9%, ao passo que os viúvos apresentam uma frequência de 5,6%.

Quanto melhor o estado de saúde auto-relatado, menor a frequência de necessidades não satisfeitas. O grupo que relata o melhor estado de saúde apresenta uma frequência de 0,8% NNCS médicas, e os com pior estado de saúde registam 6,7%. Verifica-se um gradiente positivo nas limitações das AVD. Ter doença crónica aumenta as NNCS, embora sem significado estatístico quando ajustado para as restantes variáveis.

Os beneficiários de seguro ou subsistema de saúde têm necessidades não satisfeitas de 0,87% enquanto os não beneficiários de 3,29%. Os quintis de rendimento apresentam frequências de 5,52% no 1.º quintil, com diminuição progressiva até 0,75% no 5.º quintil de rendimento.

Da análise multivariada apresenta-se que ser mulher, estar desempregado, reformado, inativo ou ter uma doença severa aumentar o risco de ter uma NNCS médicas por razões de distância ou de transportes.

Embora um menor nível de escolaridade completo pareça influenciar a existência de NNCS esta relação não tem significância estatística.

As regiões do Alentejo e dos Açores apresentam um risco acrescido quando comparadas com a região Norte.

Ter um seguro ou subsistema de saúde, ou auto-reportar um bom estado de saúde está associado a um menor risco de ter um NNSCS por distância, bem como pertencer a um maior quintil de rendimento que o 1º quintil.

## Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões financeiras

Quadro 5. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	9,2	[8,0; 10,5]	<i>Ref.</i>	
mulher	14,6	[13,4; 15,9]	1,38***	[1,20; 1,60]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	7,0	[5,4; 9,0]	<i>Ref.</i>	
secundário	11,3	[9,3; 13,5]	1,10	[0,82; 1,50]
3º ciclo do básico	10,0	[8,4; 11,8]	0,87	[0,63; 1,19]
1º ou 2º ciclo do básico	14,8	[13,4; 16,4]	0,99	[0,73; 1,35]
sem escolaridade	17,8	[15,1; 20,9]	1,14	[0,81; 1,61]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	10,7	[9,4; 12,1]	<i>Ref.</i>	
desempregado	22,6	[19,7; 25,7]	1,29**	[1,08; 1,54]
estudante	4,8	[3,1; 7,5]	0,50*	[0,25; 0,97]
reformado	11,3	[9,9; 12,9]	0,98	[0,77; 1,25]
out. inatividade	16,6	[13,8; 19,8]	0,86	[0,69; 1,06]
<b>região de residência</b>				
Norte	10,9	[9,3; 12,7]	<i>Ref.</i>	
Algarve	15,0	[12,8; 17,6]	1,47***	[1,20; 1,82]
Centro	12,5	[10,6; 14,8]	1,20	[0,96; 1,51]
Lisboa	12,1	[10,1; 14,4]	1,47**	[1,16; 1,85]
Alentejo	13,5	[11,7; 15,5]	1,27*	[1,04; 1,55]
Açores	20,2	[16,9; 23,8]	1,83***	[1,47; 2,28]
Madeira	19,0	[16,5; 21,8]	1,65***	[1,35; 2,02]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	7,3	[5,1; 10,2]	<i>Ref.</i>	
25-34 anos	10,2	[8,0; 13,0]	1,01	[0,59; 1,71]
35-44 anos	13,6	[11,6; 15,8]	1,27	[0,74; 2,19]
45-54 anos	16,3	[14,1; 18,8]	1,22	[0,70; 2,13]
55-64 anos	13,6	[11,7; 15,8]	0,89	[0,50; 1,57]
65-74 anos	11,1	[9,4; 13,1]	0,65	[0,36; 1,18]
75 ou mais anos	11,1	[9,2; 13,4]	0,50*	[0,27; 0,91]
<b>estado civil</b>				
casado	12,0	[10,9; 13,4]	<i>Ref.</i>	
solteiro	10,2	[8,8; 11,9]	1,06	[0,85; 1,32]
viúvo	14,8	[12,5; 17,4]	1,11	[0,91; 1,34]
divorciado	19,1	[15,9; 22,7]	1,38**	[1,15; 1,67]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	14,7	[13,5; 16,0]	<i>Ref.</i>	
beneficiário	7,5	[6,4; 8,8]	0,86	[0,72; 1,03]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	21,7	[19,4; 24,2]	<i>Ref.</i>	
2º	15,1	[13,2; 17,2]	0,79**	[0,67; 0,93]
3º	12,4	[10,5; 14,5]	0,67***	[0,56; 0,81]
4º	8,3	[6,7; 10,1]	0,48***	[0,37; 0,61]
5º	3,9	[3,0; 5,2]	0,25***	[0,18; 0,34]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	21,0	[18,7; 23,5]	<i>Ref.</i>	
razoável	14,1	[12,8; 15,6]	0,75**	[0,64; 0,89]
bom	7,5	[6,4; 8,8]	0,53***	[0,41; 0,69]
<b>doença crónica</b>				
sim	14,8	[13,5; 16]	<i>Ref.</i>	
não	7,8	[6,7; 9,1]	0,80*	[0,66; 0,97]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	9,1	[8,1; 10,1]	<i>Ref.</i>	
ligeira	17,3	[15,5; 19,2]	1,41**	[1,21; 1,66]
severa	18,7	[16,0; 21,8]	1,41***	[1,13; 1,75]

Freq. Frequência. IC Intervalo de Confiança. aRP Razão de Prevalência ajustada. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

Cerca de 9% da população portuguesa relatou uma **necessidade não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por dificuldades financeiras.**

No Quadro 5 é apresentada a distribuição das frequências entre as pessoas que relataram necessidades e declaram não as terem satisfeito por razões financeiras. Observa-se que as mulheres apresentam uma frequência maior que os homens (14,6% vs. 9,2%). As frequências das NNSCS variam entre os níveis de escolaridade com valores que variam entre os 7,0% no ensino superior e os 17,8% na população sem escolaridade ou com a pré-escola.

As regiões apresentam valores de NNSCS médicos entre 10,9% no Norte, com a 20,2% na R. A. Açores.

Os grupos etários apresentam valores crescentes desde o grupo 15-24 anos (7,3%), atingindo o valor máximo de 16,3% no grupo 45-54 anos, voltando a reduzir até os 11,1% no grupo de 75 ou mais anos.

O estado civil parece influenciar a frequência das NNSCS médicas por razões financeiras, variando as frequências entre 10,2% nos solteiros até os 19,1% nos divorciados.

A população que tem um subsistema de saúde apresenta uma frequência de necessidades não satisfeitas cujo o valor é metade daqueles que não tem subsistema ou seguro (7,5% vs. 14,7%). Os quintis de rendimento têm uma razão inversa, havendo valores de maior frequência de NNSCS médicos quando mais baixo o quintil.

Os estados de saúde auto-relatados como melhores, apresentam menor frequência de NNSCS, fenómeno que se repete nas menores limitações das AVD.

Ter doença crónica aumenta a frequência de NNSCS médicos por razões financeiras.

Da análise multivariada há a salientar um aumento significativo do risco de relatar uma necessidade não satisfeita médica por motivos financeiros, nos grupos das mulheres, desempregados, ter uma limitação das AVD, ou residir nas zonas a sul da região Centro.

Ter 75 ou mais anos, ser estudante, pertencer a um quintil de rendimento mais elevado ou relatar um estado de saúde razoável ou superior parece diminuir o risco de ter uma necessidade não satisfeita.

Ter um seguro de saúde ou um nível de educação superior não apresentou associação com o relato de NNSCS com significado estatístico.

## Necessidades não satisfeitas na compra de medicamentos prescritos por razões financeiras

Quadro 6. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde de medicamento prescrito por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	7,6	[6,5;8,8]	<i>Ref.</i>	
mulher	11,8	[10,7;13,1]	1,38***	[1,19; 1,61]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	3,4	[2,5;4,7]	<i>Ref.</i>	
secundário	7,3	[5,7;9,3]	1,58*	[1,11; 2,24]
3º ciclo do básico	8,2	[6,8;9,9]	1,59*	[1,11; 2,27]
1º ou 2º ciclo do básico	13,0	[11,6;14,5]	2,20***	[1,55; 3,14]
sem escolaridade	17,4	[14,5;20,7]	2,91***	[1,92; 4,43]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	7,7	[6,6;8,9]	<i>Ref.</i>	
desempregado	19,0	[16,2;22,2]	1,39**	[1,13; 1,71]
estudante	4,1	[2,5;6,6]	0,54	[0,26; 1,15]
reformado	10,2	[8,8;11,7]	1,11	[0,86; 1,44]
out. inatividade	14,6	[12,0;17,7]	0,91	[0,72; 1,15]
<b>região de residência</b>				
Norte	9,7	[8,1;11,5]	<i>Ref.</i>	
Algarve	11,0	[9,3;13,1]	1,23	[0,98; 1,54]
Centro	10,5	[8,6;12,9]	1,14	[0,88; 1,48]
Lisboa	9,3	[7,6;11,4]	1,34*	[1,04; 1,72]
Alentejo	10,0	[8,4;11,9]	1,06	[0,84; 1,33]
Açores	12,2	[10,1;14,8]	1,16	[0,9; 1,49]
Madeira	14,2	[11,3;17,8]	1,35*	[1,03; 1,77]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	6,3	[4,2;9,4]	<i>Ref.</i>	
25-34 anos	8,5	[6,5;11,1]	1,14	[0,59; 2,21]
35-44 anos	9,4	[7,6;11,6]	1,13	[0,55; 2,32]
45-54 anos	12,2	[10,2; 14,4]	1,05	[0,53; 2,10]
55-64 anos	11,8	[10,1; 13,8]	0,82	[0,41; 1,66]
65-74 anos	9,8	[8,2; 11,8]	0,57	[0,27; 1,21]
75 ou mais anos	9,9	[7,9; 12,2]	0,42*	[0,19; 0,90]
<b>estado civil</b>				
casado	9,5	[8,4; 10,7]	<i>Ref.</i>	
solteiro	8,9	[7,4; 10,5]	1,17	[0,89; 1,53]
viúvo	12,1	[9,9; 14,8]	1,00	[0,80; 1,27]
divorciado	16,1	[13,2; 19,5]	1,56***	[1,27; 1,92]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	12,3	[11,1; 13,6]	<i>Ref.</i>	
beneficiário	5,6	[4,7; 6,7]	0,99	[0,80; 1,22]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	19,8	[17,6; 22,3]		
2º	12,4	[10,7; 14,4]	0,73***	[0,62; 0,86]
3º	9,6	[7,9; 11,6]	0,61***	[0,48; 0,76]
4º	5,8	[4,5; 7,4]	0,42***	[0,31; 0,56]
5º	2,7	[1,9; 3,8]	0,27***	[0,19; 0,39]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	18,2	[15,9; 20,7]	<i>Ref.</i>	
razoável	11,1	[9,9; 12,4]	0,83*	[0,70; 0,98]
bom	5,9	[4,9; 7,1]	0,72*	[0,54; 0,95]
<b>doença crónica</b>				
sim	12,2	[11; 13,4]	<i>Ref.</i>	
não	5,8	[4,7; 7,0]	0,76*	[0,60; 0,96]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	6,5	[5,7; 7,4]	<i>Ref.</i>	
ligeira	14,6	[13,0; 16,4]	1,65***	[1,38; 1,96]
severa	18,0	[15,2; 21,2]	1,87***	[1,46; 2,40]

Freq. Frequência. IC Intervalo de Confiança. aRP Razão de Prevalência ajustada. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

Um quarto dos portugueses afirma não ter tido necessidade de compra de medicamentos prescritos nos 12 meses prévios ao INS 2014, e 7,4% não satisfizeram a necessidade de compra do medicamento prescrito por razões financeiras.

De entre os 74,2% dos portugueses que tiveram necessidades de medicamentos prescritos, 11,8% das mulheres e 7,6% dos homens não satisfizeram as suas necessidades.

As necessidades não satisfeitas diminuem com o aumento do nível da escolaridade completada. Nas pessoas com níveis de escolaridade mais baixos a frequência é de 17,4%, decrescendo para 3,4% nos que têm o ensino superior

As regiões apresentam frequências de NNSCS na compra de medicamentos prescritos entre o mínimo de 9,3% na região de Lisboa e o máximo de 14,2%, na Madeira.

Os estudantes são os que apresentam frequências mais baixas (4,1%), seguidos dos empregados (7,7%), encontrando-se as frequências mais elevadas nos desempregados (19,0%).

Os mais novos são os menos atingidos com este tipo de necessidades não satisfeitas, sendo o grupo etário dos 45-54 anos o que apresenta uma maior frequência (12,2%). Quanto ao estado civil, são os solteiros aqueles com menor frequência de necessidades não satisfeitas, ao contrário dos divorciados que têm a maior frequência, de 8,9% e 16,1% respetivamente.

Quanto melhor o estado de saúde auto-relatado, e menor as limitações das AVD, menor é a frequências de NNSCS.

Ter subsistema ou seguro de saúde reduz a frequência de NNSCS por razões financeiras na compra de medicamentos prescritos. O aumento do rendimento apresenta uma diminuição da frequência com o crescimento da variável, com valores oscilando entre 2,7% e 19,8%.

Após o ajuste das variáveis observou-se que ser mulher, ter uma escolaridade que não o ensino superior, ser desempregado, residir na região de Lisboa e Vale do Tejo ou na Madeira, assim como ter uma limitação das AVD, constituem fatores de risco para NNSCS por razões financeiras com medicamentos prescritos.

Ter mais de 75 anos, relatar um estado de saúde razoável ou bom, não ter uma doença crónica ou pertencer a um quintil de rendimento superior mostrou diminuir o risco de ter uma NNSCS na compra de medicamentos prescritos.

## Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras

Quadro 7. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	28,2	[26,0; 30,5]	Ref.	
mulher	35,7	[33,7; 37,8]	1,16***	[1,07; 1,25]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	14,0	[11,7; 16,6]	Ref.	
secundário	23,4	[20,6; 26,4]	1,16	[0,94; 1,43]
3º ciclo do básico	30,1	[27,0; 33,4]	1,32*	[1,07; 1,64]
1º ou 2º ciclo do básico	46,5	[43,9; 49,1]	1,56***	[1,27; 1,92]
sem escolaridade	54,0	[48,9; 59,0]	1,63***	[1,31; 2,03]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	27,2	[25,1; 29,3]	Ref.	
desempregado	52,6	[48,5; 56,7]	1,23***	[1,11; 1,36]
estudante	15,1	[11,7; 19,3]	0,60**	[0,43; 0,82]
reformado	35,2	[32,2; 38,4]	0,92	[0,79; 1,06]
out. inatividade	46,2	[41,3; 51,3]	0,89	[0,77; 1,02]
<b>região de residência</b>				
Norte	32,9	[29,6; 36,3]	Ref.	
Algarve	41,3	[37,7; 45,0]	1,38***	[1,22; 1,56]
Centro	31,3	[28,5; 34,1]	1,02	[0,90; 1,16]
Lisboa	29,0	[25,7; 32,5]	1,23**	[1,07; 1,41]
Alentejo	37,6	[33,9; 41,4]	1,22**	[1,07; 1,39]
Açores	33,2	[29,4; 37,2]	1,04	[0,91; 1,19]
Madeira	42,8	[39,1; 46,6]	1,27***	[1,12; 1,43]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	20,1	[16,7; 23,9]	Ref.	
25-34 anos	24,1	[20,6; 28,0]	1,02	[0,79; 1,30]
35-44 anos	30,8	[27,7; 33,9]	1,27*	[1,01; 1,60]
45-54 anos	38,3	[35,0; 41,7]	1,30*	[1,03; 1,63]
55-64 anos	41,5	[37,9; 45,1]	1,29*	[1,01; 1,65]
65-74 anos	34,3	[30,6; 38,2]	1,07	[0,82; 1,39]
75 ou mais anos	38,0	[33,1; 43,2]	1,00	[0,75; 1,33]
<b>estado civil</b>				
casado	33,4	[31,4; 35,4]	Ref.	
solteiro	26,0	[23,5; 28,6]	1,08	[0,96; 1,21]
viúvo	42,1	[37,6; 46,8]	1,00	[0,89; 1,11]
divorciado	43,5	[39,5; 48,0]	1,24***	[1,12; 1,37]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	41,8	[39,7; 44,0]	Ref.	
beneficiário	16,0	[14,2; 17,9]	0,66***	[0,59; 0,75]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	54,0	[50,6; 57,3]	Ref.	
2º	42,4	[39,1; 45,8]	0,88**	[0,80; 0,97]
3º	34,9	[31,6; 38,4]	0,78***	[0,70; 0,87]
4º	23,1	[20,4; 26,1]	0,59***	[0,51; 0,67]
5º	9,7	[8,0; 11,6]	0,33***	[0,26; 0,40]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	53,0	[49,3; 56,7]	Ref.	
razoável	39,7	[37,3; 42,2]	0,93	[0,85; 1,02]
bom	22,3	[20,4; 24,3]	0,79***	[0,69; 0,90]
<b>doença crónica</b>				
sim	37,6	[35,6; 39,7]	Ref.	
não	25,4	[23,3; 27,6]	1,02	[0,92; 1,13]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	26,7	[24,9; 28,5]	Ref.	
ligeira	42,0	[39,1; 45,0]	1,19**	[1,08; 1,31]
severa	51,3	[46,4; 56,2]	1,30***	[1,15; 1,47]

aRP Razão de Prevalência ajustada. IC Intervalo de Confiança. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

Quando questionados se “nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de cuidados de saúde oral, mas não satisfez essa necessidade por dificuldades financeiras?”, 19,6% dos inquiridos respondeu positivamente.

As necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitas foram referidas por 28,2% dos homens e por 35,7% das mulheres com necessidade de cuidados.

Mais de metade da população (54,0%) sem nenhum ciclo de escolaridade completo afirma ter uma necessidade não satisfeita, sendo o grupo com o ensino superior o que apresenta maiores necessidades satisfeitas, com apenas 14,0% de necessidades por satisfazer.

As regiões apresentam flutuações compreendidas entre 29,0% (Lisboa e Vale do Tejo) e 42,8% (R. A. Madeira).

Os estudantes são o grupo que menos relata NNSCS oral, com 15,1%, seguidos dos empregados com 27,2% e, por último, os desempregados com 52,6%.

O grupo etário com maiores NNSCS é o dos 55-64 anos (41,5%). Os grupos mais jovens são os menos afetados.

Um quarto dos solteiros e um terço dos casados revela ter tido NNSCS oral nos últimos 12 meses, enquanto nos divorciados e viúvos os valores ultrapassam os 40%.

As frequências nos diferentes níveis de rendimento também variam, sendo de 54,0% no primeiro quintil e de 9,7% no quinto. Não ter um subsistema de saúde quase que triplica a frequência de necessidades não satisfeitas: os beneficiários com uma frequência de 16,0% versus os 41,8% dos não beneficiários.

A severidade da limitação das AVD e o pior estado de saúde auto-relatado aumenta a frequência de NNSCS de saúde oral por motivos financeiros.

Os fatores que aumentam o risco de ter uma NNSCS de saúde oral por razões financeiras são ser mulher, ter uma escolaridade inferior ao secundário completo, estar desempregado, residir na região do Algarve, Lisboa, Alentejo e Madeira, ser divorciado, ter a idade compreendida entre os 35 e 64 anos ou ter alguma limitação das AVD.

Por outro lado, ter um estado de saúde bom ou muito bom, ter um subsistema ou seguro de saúde e ser estudante ou pertencer a um melhor quintil de rendimento, mostrou diminuir o risco de ter uma NNSCS de saúde oral.

## Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras

Quadro 8. Distribuição da frequência de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, nos 12 meses anteriores ao INS 2014

	Freq.	IC 95%	aRP	IC 95%
<b>sexo</b>				
homem	21,6	[16,6; 27,5]	Ref.	
mulher	34,9	[30,7; 39,4]	1,51**	[1,16; 1,96]
<b>nível escolaridade</b>				
superior	19,1	[12,4; 28,1]	Ref.	
secundário	28,3	[20,5; 37,7]	1,03	[0,67; 1,60]
3º ciclo do básico	24,4	[18,5; 31,5]	0,83	[0,52; 1,31]
1º ou 2º ciclo do básico	37,3	[31,8; 43,1]	0,83	[0,54; 1,27]
sem escolaridade	45,3	[34,5; 56,5]	0,85	[0,51; 1,41]
<b>estatuto trabalhador</b>				
empregado	28,4	[23,2; 34,3]	Ref.	
desempregado	39,8	[31,5; 48,7]	0,88	[0,67; 1,16]
estudante	6,5	[2,9; 14,2]	0,15***	[0,06; 0,40]
reformado	33,0	[27,0; 39,7]	1,02	[0,71; 1,45]
out. inatividade	40,6	[30,8; 51,2]	0,89	[0,64; 1,23]
<b>região de residência</b>				
Norte	32,3	[26,2; 39,1]	Ref.	
Algarve	38,9	[30,8; 47,7]	1,32*	[1,01; 1,71]
Centro	32,3	[26,2; 39,1]	1,06	[0,83; 1,36]
Lisboa	28,5	[21,3; 36,9]	1,10	[0,82; 1,48]
Alentejo	31,8	[24,0; 40,9]	1,08	[0,80; 1,46]
Açores	22,2	[15,3; 31,1]	0,76	[0,51; 1,14]
Madeira	23,6	[17,7; 30,9]	0,76	[0,55; 1,05]
<b>grupo etário</b>				
15-24 anos	14,2	[7,7; 24,7]	Ref.	
25-34 anos	27,8	[18,5; 39,5]	0,84	[0,48; 1,48]
35-44 anos	33,9	[26,4; 42,2]	1,14	[0,66; 1,98]
45-54 anos	36,3	[28,9; 44,4]	0,87	[0,48; 1,59]
55-64 anos	36,1	[28,6; 44,3]	0,94	[0,51; 1,73]
65-74 anos	30,3	[22,2; 39,8]	0,75	[0,37; 1,49]
75 ou mais anos	32,8	[23,2; 44,2]	0,76	[0,37; 1,58]
<b>estado civil</b>				
casado	32,3	[27,6; 37,4]	Ref.	
solteiro	25,2	[19,6; 31,8]	1,15	[0,87; 1,52]
viúvo	34,0	[25,4; 43,8]	0,94	[0,69; 1,27]
divorciado	38,6	[29,4; 48,8]	1,02	[0,77; 1,35]
<b>subsistema ou seguro</b>				
não beneficiário	36,9	[32,5; 41,5]	Ref.	
beneficiário	17,7	[13,2; 23,4]	0,81	[0,59; 1,12]
<b>quintil de rendimento</b>				
1º	48,5	[40,6; 56,4]	Ref.	
2º	37,5	[30,4; 45,2]	0,77	[0,61; 0,98]
3º	30,7	[23,7; 38,6]	0,65**	[0,48; 0,88]
4º	19,5	[14,0; 26,5]	0,41***	[0,27; 0,61]
5º	10,4	[6,1; 17,1]	0,24***	[0,12; 0,45]
<b>estado de saúde auto-relatado</b>				
mau	40,5	[34,6; 46,7]	Ref.	
razoável	36,1	[30,3; 42,4]	0,90	[0,70; 1,14]
bom	15,8	[11,1; 21,8]	0,50**	[0,33; 0,77]
<b>doença crónica</b>				
sim	34,9	[30,9; 39,2]	Ref.	
não	16,5	[11,8; 22,5]	0,72	[0,49; 1,06]
<b>limitação das AVD</b>				
nenhuma	28,5	[23,7; 33,8]	Ref.	
ligeira	30,9	[25,4; 36,9]	0,79*	[0,64; 0,97]
severa	38,7	[30,5; 47,6]	0,89	[0,65; 1,20]

aRP Razão de Prevalência ajustada. IC Intervalo de Confiança. Ref. Categoria de referência. \*\*\* $p < 0,001$ ;

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

Apenas 9,1% dos inquiridos mostrou ter necessidades de cuidados de saúde mental nos últimos 12 meses.

Destes, as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas são relatadas em 21,6% dos homens e 34,9% nas mulheres.

Entre as pessoas sem o 1º ciclo completo, 45,3% afirma ter tido uma necessidade não satisfeita de cuidados de saúde mental, valor de 19,1% entre as pessoas com escolaridade superior. Variação semelhante encontrada no rendimento com valores entre 48,5% e 10,4%, entre o 1º e o 5º quintil, respetivamente. As regiões autónomas registam uma menor frequência de NNSCS, sendo a região do Algarve onde se verificam os valores mais elevados (38,9%).

As frequências das NNSCS nos estudantes é de 6,5%, enquanto nos empregados, reformados, desempregados e nos indivíduos com outra inatividade são 28,4%, 33,0%, 39,8%, 40,6%, respetivamente. O grupo etário dos 45-54 anos apresenta 36,3% de necessidades não satisfeitas, sendo menor a frequência nos grupos mais novos.

Um quarto dos solteiros apresenta necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental, atingindo em 32%, 34% e 38% os casados, viúvos e divorciados, respetivamente.

Os estados de saúde auto-relatados como bom ou muito bom apresentam uma frequência inferior a 15,8%, enquanto os restantes estados de saúde têm frequências superiores a 36%. Ter uma doença crónica aumenta as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental. Quanto às limitações de AVD, variam entre 28,5% nos indivíduos sem limitação e 38,7% nos severamente limitados.

Ter um subsistema de saúde diminui a frequência de necessidades não satisfeitas de saúde mental, reduzindo de 36,9% nos não beneficiários para 17,7% nos beneficiários de seguro ou subsistema de saúde.

Ser mulher e residir na região do Algarve estão associadas a um maior risco de ter uma necessidade não satisfeita de cuidados de saúde mental. Um estado de saúde bom ou muito bom, pertencer ao 3º quintil rendimento, ou superior, ter uma limitação ligeira para as AVD ou ser estudante estão relacionados com um menor risco de ter uma necessidade não satisfeita de cuidados de saúde mental por razões financeiras.



## Discussão

---

Este trabalho foi realizado com os dados do INS 2014. Estes dados permitem representar ao nível regional a população residente portuguesa, com 15 ou mais anos, através de um processo de amostragem complexa.

Este trabalho tem como objetivos principais determinar a prevalência de NNSCS nos portugueses em 2014 e estudar a associação entre as NNSCS e os principais determinantes socioeconómicos e demográficos, dos indivíduos que auto-relatam necessidades de cuidados de saúde.

Após a exploração descritiva da prevalência das necessidades dos portugueses, satisfeitas e não satisfeitas, seguiu-se o estudo da associação dos fatores que podiam condicionar as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas entre as pessoas com necessidades, através de uma análise multivariada onde foram incluídas todas as variáveis independente para a construção do modelo.

Os dados aqui representados são o resultado de auto-relato, em resposta a entrevista através de vários métodos, incluindo a internet, espelhando a perceção dos utentes relativas à resposta do sistema de saúde português às suas necessidades.

O estudo das NNSCS através dos dados INS 2014 permite uma representação com maior representatividade, indo até ao nível regional, NUTS II, quando comparados com estudo anteriores da população portuguesa<sup>44,45</sup>, tornando possível a identificação dos principais fatores condicionantes do aparecimento das mesmas. Esta identificação visa colmatar as diferenças encontradas através de políticas tanto na área da saúde como nas restantes áreas que influenciem os determinantes de saúde.

## **Prevalência de necessidades de cuidados de saúde e necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde**

Da população portuguesa, apenas 20% assume ter tido, pelo menos, uma necessidade não satisfeita de um cuidado de saúde médico (por motivo de tempo de espera, distância ou financeiro), um valor superior aos 3% apontados pelo EUROSTAT<sup>43</sup> para a população portuguesa e superior ao valor encontrado na população grega<sup>8</sup>. Os valores encontrados ao nível dos motivos de distância que afetam 2% da população portuguesa, vão de encontro aos 3% do descrito no relatório da DGS<sup>45</sup>. A dificuldade financeira para a compra de medicamentos prescritos e para os cuidados médicos foram de 7% e 9%, respetivamente, valores ligeiramente inferiores aos 10% e 11% relatados neste mesmo relatório da DGS<sup>45</sup>.

Dentro das necessidades de cuidados médicos, o tempo de espera é a razão mais apontada pelos inquiridos, seguido das dificuldades financeiras e da distância, o que contraria a ordem dos estudos gregos e italianos, onde o preço é o fator principal, seguido do tempo de espera e da distância<sup>8,12</sup>. Esta priorização do tempo face ao custo, pode ser entendida, por um lado, como reflexo da importância que os portugueses dão ao tempo que demora a ter o seu problema de saúde resolvido, como, por outro lado, ser a tradução de um sistema tendencialmente gratuito e com uma grande parte da população isenta de taxas moderadoras, o que diminui a barreira financeira ao acesso.

As necessidades não satisfeitas de cuidados de **saúde oral** foram relatadas por 20% dos portugueses, valores superiores aos dados recolhidos pela agência europeia de estatística<sup>43</sup> e dentro dos valores encontrados pela DGS<sup>49</sup> para o grupo dos 18 anos, e para os grupos etários 35-45 e 65-74 anos.

Os cuidados de **saúde mental** são sentidos como necessários em menos de 10% da população portuguesa, valor muito inferior aos 17%<sup>30</sup> da população canadiana. Esta diferença torna-se mais marcante quando olhamos para a prevalência de perturbações mentais, sendo de apenas de 10% no Canadá, contra os 23% portugueses<sup>30,54</sup>. Os baixos valores relatados podem estar relacionados com o estigma que ainda está muito presente na sociedade portuguesa e como esta interpreta a doença mental.

Iremos explorar mais detalhadamente os achados no estudo das diferentes NNSCS.

## **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por motivo de tempo de espera**

O tempo de espera foi a razão mais apontada para uma ter NNCS pelos portugueses, tendo 20% da população assumido que teve que esperar demasiado tempo para ter uma consulta, tratamento ou exame médico. Estes valores são superiores aos 13% médios da Europa<sup>63</sup>.

Da análise multivariada mostrou-se que há uma relação positiva entre os níveis de escolaridade e as NNCS médica por tempo de espera, sendo apenas o 1º ou 2º ciclo com menor risco estatisticamente significativo, quando comparado ao ensino superior. Ser empregado parece aumentar o risco em relação às outras situações, mas sem significância estatística.

Todas as regiões, à exceção da região Centro, aumentam o risco de ter esta NNCS em relação à região do Norte. A variação regional dos tempos de espera está presente numa tese de mestrado que compara o tempo de espera de consultas médicas, onde à data, as regiões autónomas tinham um maior tempo de espera e a região de Lisboa um menor, quando comparadas com a região Norte<sup>47</sup>. Outro fator que pode justificar esta variação é a clara diferença dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários sem médico de família atribuído, sendo as regiões de Algarve e Lisboa as mais afetadas (22% e 20%, respetivamente)<sup>48</sup>. Salienta-se ainda que a região de Lisboa é a que apresenta uma menor percentagem de utentes utilizadores de consultas médicas em 2014, não atingindo os 58%<sup>48</sup>. Embora o tempo de espera nesta questão seja relativo e dependente das perceções e expectativas dos utentes, esta diferença a nível das regiões, aponta para uma necessidade de redistribuição dos recursos, ou do aumento destes, principalmente na região de Lisboa.

Os grupos etários não mostraram nenhum significado estatístico. Já os solteiros têm um risco aumentado de ter uma NNCS médica por tempo de espera quando comparados com os casados.

Ter um seguro ou subsistema de saúde mostrou diminuir o risco de ter esta NNCS, assim como não ter nenhuma doença crónica. Um melhor estado de saúde e uma menor limitação das AVD parece diminuir o risco de ter necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por tempo de espera.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos por distância**

A distância mostrou ser a razão menos frequente para ter uma NNSCS em Portugal, entre as necessidades avaliadas, atingindo apenas 2% da população. Estes valores podem ser a tradução de uma distribuição geográfica de serviços de saúde homogénea no país ou dotada de uma rede de transporte facilitadores entre as residências dos utentes e os serviços de saúde.

Há um risco acrescido nas mulheres, nos desempregados, nas regiões dos Açores e do Alentejo e nos inquiridos com limitação severa das AVD. As diferenças regionais são marcantes, tendo as regiões dos Açores e Alentejo 2,3 vezes maior risco de ter uma NNSCS que a região Norte. É necessário perceber se estas necessidades não satisfeitas são justificadas apenas pela insularidade no caso dos Açores (onde as especialidades hospitalares estão presentes apenas em três ilhas). No caso do Alentejo pode dever-se ao isolamento das populações, possivelmente, mais marcado que nas outras regiões do país.

Os fatores protetores são um melhor estado de saúde relatado, melhores rendimentos e ter um seguro de saúde. Estes dois últimos fatores estão dependentes da situação financeira, sendo esta um fator determinante maior para não apresentar uma NNSCS<sup>63</sup>. Um melhor estado de saúde associa-se a uma melhor condição física o que permite também uma melhor mobilidade, diminuindo a barreira da distância.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicas por razões financeiras**

As razões financeiras levaram a que 9% dos portugueses não satisfizessem as suas necessidades de cuidados médicos nos 12 meses precedentes ao inquérito. Este número assemelha-se aos valores relatados pela DGS em que 8% faltou a uma consulta por motivos financeiros<sup>46</sup>.

Ser mulher, estar desempregado, ser divorciado e relatar um estado de saúde precários ou uma limitação para as AVD apresentam um maior risco para as necessidades não satisfeitas de cuidados médicos por razões financeiras. Foi igualmente demonstrado que as pessoas com maior rendimento relatavam menos NNSCS, assim como as pessoas sem doença crónica, dados já identificados na bibliografia<sup>64-66</sup>. Os estudantes têm menos probabilidade de ter uma NNSCS, de acordo com estudos prévios<sup>46</sup>.

Todas as regiões mostraram maior risco de ter uma NNCS por razões financeiras em relação à região Norte, sendo a região Centro a única que não apresentou resultados estatisticamente significativos. Estas diferenças regionais devem ser alvo de estudo mais detalhado, visto o princípio do acesso universal e tendencialmente gratuito ser igual em todo o SNS. Outras razões externas ao serviço de saúde podem justificar estas diferenças, como o preço dos transportes e a respetiva incapacidade de pagá-los.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde médicos**

Visto a maior parte da bibliografia analisar as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde como um todo, neste trabalho optou-se por apresentar sumariamente os fatores que condicionam o aparecimento de NNCS, comparando com o levantamento bibliográfico.

Neste estudo ser mulher mostrou ser um fator de risco para o aparecimento de NNCS médicos por distância e tempo de espera. Este aumento no sexo feminino está presente na maioria da bibliografia estudada<sup>7,8,12,65,67</sup>, incluindo as que relatam dados de Portugal<sup>44,46</sup>. Uma possível justificação para este aumento é o papel assumido, maioritariamente pelas mulheres, de cuidadoras da família, ficando indisponíveis para cuidar de si, tendo com prioridade a saúde dos outros<sup>67</sup>. Adiciona-se a esta justificação, uma maior probabilidade das mulheres de terem empregos precários, evitando idas ao médico para não perderem o seu rendimento ou emprego<sup>67</sup>. É importante trabalhar políticas que igualem as condições de trabalho e salariais entre sexos, bem como promover o apoio social da figura do cuidador informal de saúde, principalmente num país cada vez mais envelhecido, em que o número de cuidadores informais é indetetável, mas possivelmente muito elevado.

Na avaliação da associação entre o nível de escolaridade completo e as NNCS, apenas as populações com o 1º e 2º ciclo básico completo evidenciaram um menor risco de NNCS por tempo de espera com significado estatístico, quando comparada com o ensino superior. O levantamento bibliográfico é contraditório, pois alguns autores relatam uma relação positiva entre as NNCS médicos e o nível de educação<sup>65,66</sup> enquanto outros descrevem um gradiente negativo<sup>44,63</sup>. A escolaridade parece não influenciar o aparecimento de NNCS médicos em Portugal, assim como na população italiana<sup>12</sup>.

Em relação ao estatuto perante o trabalho os desempregados mostraram ter um maior risco nas NNCS médicas por razões de distância e financeiras, enquanto os

reformados e os com outras inatividades apresentaram apenas necessidades médicas por distância. Este aumento em desempregados encontra-se documentado em outros estudos<sup>7,8,12,46</sup>. Os estudantes apresentaram um menor risco de NNCS médicos por razões financeiras, tendo sido este fator descrito como protetor em estudos prévios<sup>46</sup>. Os estudantes são tendencialmente mais novos, tendo um menor nível de necessidades e estando normalmente a cargo dos pais, podendo ter uma maior capacidade de resolução das suas necessidades médicas.

O fator idade parece não afetar as necessidades médicas não satisfeitas dos portugueses. Apenas o grupo com 75 ou mais anos apresenta um menor risco de ter uma NNCS médicos por razões financeiras, indo de encontro à informação que os extremos da idade adulta apresentam menos NNCS<sup>8,63,66</sup>. Tais resultados podem estar relacionados com o facto das pessoas desta idade terem maior número de comorbilidades com um seguimento mais apertado e menos espaçado no tempo, diminuindo assim as necessidades por satisfazer. Outro critério de justificação possível pode ser a existência de uma maior proporção de pessoas isenta de taxas moderadoras nesta faixa etária.

Ser divorciado mostrou ter um maior risco de ter uma NNCS por razões financeiras, enquanto os solteiros por razões de tempo de espera. O estado civil, reflexo indireto de um apoio familiar pode condicionar o aparecimento das NNCS.

Ter um seguro ou um subsistema de saúde é um fator protetor para não apresentar NNCS médicos por tempo de espera e distância, comprovando-se que há menos NNCS médicas em utentes com seguro<sup>7,8,12,63,66</sup>. Assume-se que ser beneficiário permite ter acesso a um maior leque de serviço, particularmente à prestação de cuidados de saúde privados, que podem apresentar tempo de espera mais curtos e uma maior proximidade da residência ou local de trabalho dos utentes. Surpreendentemente, não foi mostrado significado estatístico na redução do risco de ter uma NNCS médica por razões financeiras por parte dos portadores de seguro.

A progressão nos quintis de rendimento parece levar a um menor aparecimento das NNCS médicos, principalmente por razões financeiras e de distância. A situação financeira é um determinante maior para não ter uma NNCS<sup>63</sup>, estando demonstrado que um maior rendimento está associado a menos NNCS<sup>7,8,12,44,65,67</sup>.

O baixo estatuto socioeconómico não contribui apenas para uma maior necessidade de cuidados de saúde, mas também para ter NNCS<sup>67</sup>, sendo necessário intervir para assegurar um acesso equitativo aos estratos socioeconómicos mais baixos.

Esta intervenção não se deve focar apenas no acesso ao sistema de saúde, mas na melhoria de condições de vida e dos determinantes sociais de saúde.

Não ter uma doença crónica mostrou diminuir o risco de ter uma NNSCS médicos por razões financeiras e de tempo de espera, enquanto um estado de saúde auto-relatado como razoável ou bom, diminui o risco em todas as razões estudadas para as NNSCS médicas. As limitações severas das AVD aumentam, por sua vez, o risco de ter uma NNSCS médicos por todas as razões. Estas relações encontram-se bem estudadas, havendo uma forte relação entre um melhor estado de saúde auto-relatado e a diminuição de NNSCS<sup>7,8,12,63,65,67</sup>, o aumento das NNSCS com as doenças crónicas<sup>7,8,12,64</sup> e com a presença de limitações de AVD<sup>66</sup>. Estas condições podem levar a um aumento da necessidade de cuidados de saúde que por sua vez vão levar a um aumento das necessidades não satisfeitas.

### **Necessidades não satisfeitas na compra de medicamentos prescritos por razões financeiras**

Neste INS, 75% da população revelou uma necessidade de medicamentos prescritos e 7% não satisfaz esta necessidade por razões financeiras. Estes números podem ser reflexo das políticas do medicamento, tendo-se assistido a uma diminuição dos preços dos medicamentos desde o princípio da década<sup>17,51,53</sup>, embora com um aumento dos encargos para os utentes na aquisição de medicamentos no ambulatório<sup>52</sup>.

Há um claro gradiente negativo entre ter um maior nível de escolaridade e uma menor NNSCS de medicamentos prescritos, presente igualmente nos quintis de rendimento.

Nos portugueses com necessidades de medicamentos prescritos, verificou-se que ser mulher, ter um menor nível de escolaridade ou pertencer a um menor quintil de rendimento, ser desempregado, ter uma limitação das AVD ou residir na região de Lisboa ou da Madeira mostrou ter um maior risco de não satisfazer estas necessidades. O maior risco de ter uma NNSCS de um medicamento prescrito pelas mulheres já tinha sido detetado na análise de Pita Barros ao estudo da DGS sobre a satisfação dos utentes do sistema de saúde português<sup>45,46</sup>.

As diferenças entre os níveis de escolaridade e de rendimentos eram espectáveis devido à capacidade financeira para pagar. As diferenças regionais são mais difíceis de justificar, embora a Madeira tenha um subsistema regional que possa condicionar estas diferenças.

Por outro lado, ter mais de 75 anos, relatar um estado de saúde razoável ou bom, não ter uma doença crónica, são fatores protetores para não ter necessidades não satisfeitas de medicamentos prescritos por razões financeiras. As pessoas sem doença crónica e com um bom estado de saúde têm normalmente consumos pontuais de medicamentos prescritos, devendo esta despesa corresponder a uma pequena fatia do seu rendimento, diminuindo o risco de ter uma NNSCS deste tipo.

Nos idosos, por apresentarem normalmente mais doenças crónicas e serem poli-medicados, a diminuição de necessidades não satisfeitas pode-se dever a um maior apoio social nesta faixa etária, sendo o reflexo de ideias e intervenções como o Banco do Medicamento, criado pelo ministério da Solidariedade e Segurança Social, como resposta ao Programa de Emergência Social. Este banco visa eliminar o desperdício de medicamentos que não entraram no circuito comercial, sendo uma ponte entre indústria farmacêutica e instituições sociais. Outros programas semelhantes de apoio à aquisição de medicamentos podem contribuir para esta diminuição das necessidades não satisfeitas.

Torna-se crucial continuar a monitorizar os gastos dos medicamentos por parte do utente, estando esta competência alocada ao Infarmed, mas é necessário continuar a monitorizar igualmente as necessidades não satisfeitas, para que não sejam criadas iniquidades de acesso ao tratamento, com consequências negativas na saúde de determinados grupos populacionais.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral por razões financeiras**

Os cuidados de saúde oral são muitas vezes negligenciados pela população e raramente cobertos pelos sistemas de saúde.

Sessenta por cento dos portugueses afirma que teve uma necessidade de cuidados de saúde oral nos últimos 12 meses, e 20% não satisfaz esta necessidade por razões financeiras.

Tínhamos visto que segundo o EU-SILC<sup>17,36</sup>, Portugal estava em segundo lugar para as NNSCS orais entre os países da EU-28, atingindo 15% da população. Estes dados podem assumir valores superiores, devido à desvalorização da patologia, à indisponibilidade do serviço, ou do utente, que não foram aqui contemplados.

Outra razão para este valor de NNSCS orais na população portuguesa, mesmo com valores elevados de necessidades é o investimento progressivo que se tem feito na saúde oral, através do Programa Nacional de Saúde Oral e do alargamento do cheque-dentista, que permite o tratamento de algumas patologias dentárias mais

frequentes em populações de risco como as crianças, grávidas, idosos, e portadores do VIH<sup>68-70</sup>.

Dos que não satisfizeram estas necessidades, as mulheres, o menor nível de escolaridade, situação de desemprego ou divórcio, os grupos etários entre os 35 e 64 anos e ter alguma limitação das AVD mostraram ter maior risco, como o descrito na introdução deste documento<sup>43,63</sup>. Os dados aqui encontrados podem ser usados para o planeamento da atribuição de cheque-dentistas a novos grupos.

O Algarve, Alentejo, Lisboa e Madeira são as regiões de maior risco para ter uma NNSCS oral, podendo se relacionar diretamente com estas duas últimas regiões apontadas terem as menores percentagem de consultas de saúde oral<sup>49</sup>. Pode ser necessário explorar se o investimento realizado nesta área está a promover uma distribuição geográfica equitativa entre os portugueses.

Ter um subsistema ou seguro de saúde diminui o risco de NNSCS oral, assim como ser estudante ou ter um bom estado de saúde. Esta relação com os seguros vai de encontro ao descrito anteriormente<sup>22</sup>.

### **Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental por razões financeiras**

A taxa de inquiridos que afirmaram ter uma necessidade de saúde mental foi de 9% em toda a população portuguesa. Este número encontra-se longe dos valores das prevalências conhecidas de doenças do foro mental, que atingem 23%<sup>54</sup> da população portuguesa, mas aproximam-se dos valores encontrados nos CSP<sup>57</sup>. Esta disparidade de dados pode ser justificada pelo preconceito ainda presente na sociedade portuguesa a nível da doença mental, e de uma relutância no recurso aos serviços médicos<sup>25,26,29,30,66</sup>.

Quase um terço dos que tiveram necessidades cuidados de saúde mental não os satisfizeram, perfazendo um total de 3% da população portuguesa com NNSCS mentais. Este valor vai de encontro aos 3% de NNSCS mental médios da população europeia, encontrados no *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*<sup>32</sup>.

Neste estudo as mulheres mostraram ter maior risco de não satisfazer as suas necessidades de saúde mental, contrariando o estudo Europeu<sup>32</sup>.

A região do Algarve mostrou ter um aumento do risco de uma NNSCS de saúde mental, que associados a uma menor proporção de inscritos com doenças mental nos

cuidados de saúde primários<sup>57</sup> podem ser indicativos de uma não codificação dos problemas ou por desvalorização pelos clínicos nesta área.

Os melhores estados de saúde e os quintis de rendimentos mais elevados mostraram-se protetores para as NNSCS mentais, como mostrados noutros estudos<sup>25-27</sup>.

Ser estudante ou ter uma limitação ligeira para as AVD parece ser um fator protetor, que não foi revelado na pesquisa bibliográfica estudada.

Era expetável encontrar diferenças no nível de educação, na presença de doença crónica, nos extremos de idade ou nos desempregados<sup>25,26,28</sup>. O nível de escolaridade embora tenha um gradiente negativo não revelou ter diferenças significativas quando ajustadas para as outras variáveis. As necessidades não satisfeitas parecem distribuírem-se homoganeamente entre os grupos etários, bem como entre os estados civis.

Os dados encontrados parecem não ser o reflexo real das necessidades de cuidados de saúde mental em Portugal. Primeiramente, por se tratarem de autorrelato, mas também por poder haver uma diminuição da interpretação da necessidade sentida, bem como do receio do estigma, muito associado à saúde mental. Proponho que seja considerado um estudo mais detalhado destas necessidades, onde as questões sejam aplicadas por um profissional de saúde, sendo avaliadas as necessidades técnicas de saúde mental para complementar as necessidades sentidas.

Deve igualmente, haver um esforço por parte dos decisores políticos, bem como dos profissionais a nível do local, para a implementação do Programa Nacional de Saúde Mental, desenvolvendo boas-práticas nesta área que possam ser reproduzidas noutras localidades.

## **Discussão de materiais e métodos**

A escolha de um estudo observacional, descritivo com componente analítica permite determinar a frequência relativa de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, e analisar como estas se associam com as variáveis socioeconómicas e demográficas.

A fonte de dados usada foi a base do INS 2014, com uma amostragem que teve em conta a população dos últimos censos, ocorridos no ano de 2011. Esta proximidade temporal permite estimar que a amostragem seja adequada para a população portuguesa à data do inquérito

Uma limitação dos estudos transversais é que não permitem criar uma relação temporal entre a exposição e o resultado, não garantindo se a exposição é precedente do resultado ou consequência deste. Quando assumimos uma relação entre duas variáveis, como por exemplo a NNSCS e o estado de saúde auto-relatado, não é possível apurar se uma precede a outra. Se por exemplo, mostra-se que um mau estado de saúde é fator de risco para ter uma NNSCS, não conseguimos apurar se o indivíduo relatou um pior estado de saúde porque teve um NNSCS que agravou o seu estado de saúde ou se o seu estado de saúde é o que o levou a ter mais necessidades de cuidados de saúde, que por sua vez, pelo menos, uma delas não ter sido satisfeita.

Outra limitação do estudo é devida à construção do questionário. Quando abordados sobre as necessidades de saúde, para cada tipo de necessidade e motivo havia uma pergunta. Isto levou a que à mesma pergunta sobre se nos últimos 12 meses necessitou de uma consulta, exame ou tratamento médico e não obteve por tempo de espera, distância ou razões financeiras fossem relatadas valores diferentes para a mesma necessidade, com valores a variar os 72% e 83% da população portuguesa.

Visto a necessidade ser a mesma às 3 perguntas, o questionário deveria ter uma construção diferente, sendo perguntado primeiramente se o inquirido teria tido uma necessidade nos últimos 12 meses e em seguida questionar qual, ou quais, os motivos de não satisfazer essas mesmas necessidades.

Uma outra limitação apontada é este ser o primeiro INS onde esta temática é abordada de uma forma organizada, não sendo possível comparar com dados anteriores.

Ainda a considerar como limitação o facto de que os resultados aqui apresentados foram, na sua maioria, seleccionados entre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde, não sendo este o enfoque do INS que representa toda a população portuguesa, independentemente de ter uma necessidade ou não. Sendo os

dados aqui apresentados de auto-relato, assume-se que as necessidades aqui descritas como necessidades percebidas, podem não representar as necessidades técnicas reais que estes inquiridos tinham.

O primeiro viés a destacar é o viés de interpretação, onde algumas respostas estavam estruturadas na forma negativa, e pode ter levado a respostas erróneas. Outro viés de interpretação foi encontrado na questão sobre o tempo de espera. Nesta pergunta foi questionado se o tempo de espera foi superior ao que entende como adequado ou razoável, sendo relativo a cada indivíduo, podendo ter sido uma espera tanto de alguns dias, como de meses.

O viés de memória pode estar presente, pois é questionado se nos últimos 12 meses houve necessidades, um espaço temporal largo que pode levar a que um acontecimento não seja lembrado, principalmente quando as necessidades de cuidados de saúde foram satisfeitas.

Os respondentes dos INS 2014 foram selecionados através de uma amostragem aleatória. Esta amostra apenas abrange os residentes em domicílios privados, deixando de fora todos os que residentes em estabelecimentos prisionais, estabelecimentos de saúde ou sem-abrigos, levando a um possível viés de seleção, visto os não selecionados poderem ter, ou não, maiores necessidades de saúde.

A taxa de resposta foi elevada (81%). As não respostas podem ser devidas à ausência da permanência no domicílio, por hospitalização, ou por atividades laborais, que se relacionam com necessidades de saúde distintas. Aplicou-se um fator de correção ponderado nas unidades iniciais que dissipam esta ausência de resposta.

Ainda a ressaltar que parte das entrevistas foram realizadas via web, permite um menor viés do entrevistador, mas pode levar a exclusão de respondentes com menos literacia informática.

## Conclusão

---

Este estudo contribuiu para uma melhor análise das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas na população portuguesa, sendo uma ferramenta de avaliação indireta da acessibilidade do sistema de saúde. As NNSCS estão associadas ao aumento da morbilidade e dos custos associados aos cuidados de saúde<sup>8,17,66</sup>, contribuindo para um aumento das iniquidades em saúde<sup>17</sup>, que quando identificadas, devem ser minimizadas.

Estima-se que 83% dos portugueses tenham tido pelo menos uma necessidade de cuidados de saúde nos 12 meses que antecederam o INS 2014. Embora as mesmas tenham sido satisfeitas num grande número de indivíduos, 23% do total dos portugueses teve pelo menos uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeita, o que se deveu a necessidades de um cuidado de saúde médico, de saúde oral, de saúde mental ou de um medicamento prescrito e não satisfez a sua necessidade por dificuldade financeira, distância ou por tempo de espera.

Ser mulher aumenta o risco de todas as NNSCS, exceto as de cuidados médicos por razões de tempo de espera, aumento que vai de encontro à maioria dos estudos nesta área.

Um menor nível de escolaridade está associado a um maior risco de ter uma NNSCS, principalmente relativa a medicamentos receitados e nos cuidados de saúde oral.

Neste estudo observa-se um gradiente negativo entre os quintis de rendimentos e as NNSCS, com diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o quinto quintil. Ter um melhor estado de saúde auto-relatado também mostrou ser um fator para um menor risco de NNSCS. As limitações das AVD aumentam o risco de ter uma NNSCS, exceto na saúde mental, onde uma limitação ligeira é fator protetor.

Ser estudante parece ser protetor para as NNSCS por razões financeiras, enquanto o facto de ser desempregado aumenta o risco do aparecimento da maioria das NNSCS avaliadas.

Ser divorciado aumenta o risco de ter uma NNSCS por razões financeiras, exceto os cuidados de saúde oral.

A idade parece só influenciar o maior risco de NNSCS em saúde oral nos grupos etários dos 35 aos 64 anos, e um menor risco na população com mais de 75 anos nas necessidades de cuidados médicos e de medicamentos prescritos, ambos por razões

financeiras.

Um achado importante foram as variações regionais presentes em todos os tipos de necessidade estudadas, que devem ser exploradas para compreender que fatores não avaliados neste trabalho poderão estar na base destas diferenças.

Para diminuir as iniquidades em saúde é necessário diminuir as iniquidades socioeconômicas e outras iniquidades<sup>15</sup>, sendo necessário uma intervenção política transversal com vista à sua redução. Os dados aqui apresentados podem ser usados como ponto de partida para avaliar a progressão das políticas de saúde no combate às iniquidades e como se distribuem ao longo do tempo.

Os próximos INS devem manter estas questões, com uma organização distinta na colocação das questões.

## Referências bibliográficas

---

1. Babitsch B, Gohl D, Lengerke T von. Re-revisiting Andersen' s behavioral model of health services use: a systematic review of studies from. *GMS Psychosoc Med.* 2012;9(11):1–15.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Heal Social Behav.* 1995;36(1):1–10.
3. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nurs Outlook.* 2005;53(6):274–80.
4. Clark RA, Coffee N. Why measuring accessibility is important for public health : a review from the Cardiac ARIA project. *SA Public Heal Bull.* 2011;8(1):3–8.
5. Levesque J, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013;12(1):12–8. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
6. Saurman E. Improving access : modifying Penchansky and Thomas ' s Theory of Access. 2016;0(0):1–4.
7. Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. Vol. 15, Europe. 2009.
8. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2013 May 17;10(5):2017–27. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3709361&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa; 2015.
10. European commission. Report on health inequalities in the European Union. Brussels; 2013.
11. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):365–6.

12. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr* [Internet]. *International Journal of Health Geographics*; 2013 May 12 [cited 2017 Mar 12];12(1):12–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663530>
13. Osorio RG, Servo L, Piola S. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3741–54.
14. Direção Geral da Saúde. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos cuidados de Saúde. In: *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Internet]. 2012. p. 1–22. Available from: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso\\_e\\_Equidade\\_2013\\_003\\_04.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf)
15. Marmot M, Allen J. Social Determinants of Health Equity. Editorial. 2014;104:517–9.
16. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* [Internet]. 2008 Nov [cited 2017 Sep 6];372(9650):1661–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608616906>
17. OECD. *Health at a Glance 2015* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 30]. Available from: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page1)
18. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera*. 2015.
19. Ponzio M, Tacchino A, Zaratini P, Vaccaro C, Battaglia M a. Unmet care needs of people with a neurological chronic disease: a cross-sectional study in Italy on Multiple Sclerosis. *Eur J Public Health*. 2015;25(5):775–80.
20. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *Br Med J*. 1998;316(7140):1310–3.
21. Pineault R, Daveluy C. *La planification sanitaire*. 2<sup>a</sup> ed. Masson, editor. Barcelona; 1992.
22. Herr M, Arvieu J, Aegerter P, Robine J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2013;24(5):808–13.
23. Moreira S, Barros PP. *O Impacto da Dupla Cobertura na Utilização de Cuidados*

- de Saúde. Boletim Económico, Banco de Portugal. 2009.
24. Malecki K, Wisk L, Walsh M. Oral Health Equity and Unmet Dental Care Needs in a Population-Based Sample: Findings from the Survey of the Health of Wisconsin. *Am J Public Heal.* 2015;105(0 3):S466–S474.
  25. Jones E, Lebrun-Harris LA, Sripipatana A, Ngo-Metzger Q. Access to mental health services among patients at health centers and factors associated with unmet needs. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Mar 12];25(1):425–36. Available from: [http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/journal\\_of\\_health\\_care\\_for\\_the\\_poor\\_and\\_underserved/v025/25.1.jones.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v025/25.1.jones.html)
  26. Barksdale CL, Azur M, Leaf PJ. Differences in mental health service sector utilization among African American and Caucasian youth entering systems of care programs. *J Behav Health Serv Res.* 2010 Jul 14;37(3):363–73.
  27. Roll JMJM, Kennedy J, Tran M, Howell D. Disparities in unmet need for mental health services in the United States, 1997-2010. 2013 Jan;64(1):80–2.
  28. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Perreault M, Caron J. Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatr Serv.* 2016 Jan;67(1):78–85.
  29. Cosgrave EM, Yung AR, Killackey EJ, Buckby JA, Godfrey KA, Stanford CA, et al. Met and unmet need in youth mental health. *J Ment Heal.* 2008;17(6):618–28.
  30. Sunderland A, Findlay LCLC. Perceived need for mental health care in Canada: Results from the 2012 Canadian community health survey – mental health. *Heal Reports.* 2013;24(82):3–9.
  31. Holland DP, Sanders GD, Hamilton CD, Stout JE. Costs and Cost-effectiveness of Four Treatment Regimens for Latent Tuberculosis Infection. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;179:1055–60.
  32. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MCMCMC, Katz SJSJSJ, Haro JMJM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry.* 2007 Apr;190(APR.):299–306.
  33. Jorm A. The population impact of improvements in mental health services: the case of Australia. *Br J Psychiatry.* 2011 Dec 1;199(6):443–4.
  34. Gonçalves DC, Coelho CM, Byrne GJ. The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. *Arch Gerontol Geriatr.*

- 2014;59(2):393–7.
35. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001;53(9):1149–62.
  36. OECD. Health at a Glance: Europe 2014 [Internet]. 2014. Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
  37. Entidade Reguladora da Saúde. Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde [Internet]. Porto; 2015. Available from: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano\\_actividades\\_2015\\_ERS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf)
  38. OECD. Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015, Raising Standards. OECD, editor. Paris; 2015.
  39. Lei Constitucional n.º 1 /89 de 8 de julho. Comissão Nacional de Eleições; 1989.
  40. Assembleia da República. Lei de bases da saúde n.º48/90, de 24 de agosto. 1990.
  41. Governo Português. Memorando de Entendimento sobre as condicionalidade de política económica. 2011.
  42. Lima J, Reeves A, Stuckler D. Unmet health need and unemployment during recession in Europe. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):260–1.
  43. Eurostat. Database Explorer [Internet]. [cited 2016 Mar 7]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
  44. Eurostat. Quality of life, facts and views. Eurostat, editor. Luxemburgo: European Union; 2015;
  45. Direção-Geral da Saúde. Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português. Lisboa; 2015. (Departamento da Qualidade na Saúde).
  46. Pita P, Gomes JP. Políticas Públicas na Saúde: 2011 – 2014. 2015.
  47. Henriques T. Tempo de espera no acesso a consultas médicas : influência do gradiente socioeconómico. Universidade de Coimbra; 2012.
  48. ACSS. Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. 2016.
  49. Direção-Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa; 2015.
  50. OECD. Pharmaceutical spending and future challenges , in Health at a Galnce

- [Internet]. Paris; 2015. Available from: <http://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>
51. Ribeiro J. A evolução da política e do preço do medicamento em Portugal de 2000 a 2011: O caso da Diabetes Mellitus e das Doenças Cardiovasculares. ISCTE-IUL; 2013.
  52. Infarmed. Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS. Lisboa; 2014.
  53. Infarmed. Revisão Anual de Preços Impacto. Lisboa; 2015.
  54. Carvalho AA, Mateus P, Xavier M. Saúde Mental em números – 2014. Direção-Geral da Saúde. Lisboa; 2014;
  55. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Plano Nacional de Saúde Mental. 2008.
  56. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental - Orientações Programáticas. Lisboa; 2012.
  57. Direção-Geral da Saúde. Saúde Mental em Números. Lisboa; 2015.
  58. Dias CM. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. Rev Port Saúde Pública. 2009;51–60.
  59. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa; 2016.
  60. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Eurostat, editor. Luxemburgo: European Union; 2013.
  61. Rao JNK, Thomas DR. Analysis of Categorical Response Data from Complex Surveys: An Appraisal and Update. In: Analysis of Survey Data [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; [cited 2017 Sep 6]. p. 85–108. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/0470867205.ch7>
  62. Tadano YDS, Ugaya CML, Franco AT. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. Ambient Soc. 2009;12(2):241–55.
  63. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. Eur J Heal Econ [Internet]. 2015;16(7):781–96. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84938907536&doi=10.1007%252fs10198-014-0629-x&partnerID=40&md5=4ed269fe4e08e082c60cbdead9a56b98>

64. Ronksley PEPEPE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, et al. Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. *Open Med.* 2012;6(2):48–58.
65. Marshall EG. Do young adults have unmet healthcare needs? *J Adolesc Heal.* 2011 Nov;49(5):490–7.
66. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtip R, et al. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. *BMC Public Health.* 2012 Oct 30;12(1):923–31.
67. Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy (New York).* 2009 Jun;91(1):24–32.
68. Direção-Geral da Saúde. Saúde Oral das Pessoas Idosas.
69. Diário da Republica. Portaria n.º 301/2009. 2009;(58):1858–60.
70. Direção-Geral da Saúde. Norma 004/2016. 2016.

## Anexos

---

### Anexo I - Variáveis

---

#### Variáveis dependentes

Foi criada uma variável dependente através das respostas das perguntas da secção de necessidade de cuidados de saúde não satisfeitas do INS 2014.

**Nome:** Necessidade de cuidados de saúde

**Nome informático:** NCS

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos, saúde mental, saúde oral ou compra de medicamentos, nos últimos 12 meses, por razões financeiras, lista de espera, ou distância.

Foram criadas 6 variáveis dependentes que reportam os indivíduos que tiveram necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas dentro dos indivíduos que tiveram necessidades de cuidados de saúde.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões de tempo de espera

**Nome informático:** MedTempo

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos não satisfeita de consulta médica nos últimos 12 meses por razões de lista de espera.

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável? **Resposta possível:** Sim/Não/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões de distância

**Nome informático:** MedDista

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos não satisfeita nos últimos 12 meses por razões de distância.

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses, teve de ficar à espera por uma consulta, exame ou tratamento médico, devido a problemas relacionados com a distância ou com problemas de transporte? **Resposta possível:** Sim/Não/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde médicos por razões financeiras

**Nome informático:** MedFin

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde médicos não satisfeita nos últimos 12 meses por razões financeiras.

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou de fazer exames ou tratamentos médicos mas não satisfizes essa necessidade por dificuldades financeiras? **Resposta possível:** Sim, precisou e não satisfizes essa necessidade/Não, precisou mas satisfizes essa necessidade/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

Nota: referente aos cuidados de saúde médicos individuais inclui consulta, exame ou tratamento médico prestado, ou supervisionado, por médico ou profissional equiparado de acordo com os sistemas de cuidados de saúde nacional.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde de medicamentos prescritos por razões financeiras

**Nome informático:** FarmaFin

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde não satisfeita da compra de medicamentos receitados (por médico ou médico dentista) nos últimos 12 meses por razões financeiras.

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de comprar medicamentos receitados mas não satisfizes essa necessidade por dificuldades financeiras? **Resposta possível:** Sim, precisou e não satisfizes essa necessidade/Não, precisou mas satisfizes essa necessidade/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde oral por razões financeiras

**Nome informático:** OralFin

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde oral não satisfeita nos últimos 12 meses por razões financeiras. Referente aos cuidados de saúde individuais (inclui consulta, exame ou tratamento médico dentário) prestados, ou supervisionados, por estomatologistas ou dentistas (inclui ortodontistas).

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta dentária ou de fazer exames ou tratamentos dentários mas não satisfizes essa necessidade por dificuldades financeiras? **Resposta possível:** Sim, precisou e não satisfizes essa necessidade/Não, precisou mas satisfizes essa necessidade/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

**Nome:** Necessidade não satisfeita de cuidados de saúde mental por razões financeiras

**Nome informático:** MenFin

**Descrição:** auto-relatar necessidade de cuidados de saúde mental não satisfeita nos últimos 12 meses por razões financeiras. Referente a cuidados de saúde individuais (inclui consultas e tratamentos) prestados, ou supervisionados, por psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas.

**Pergunta do INS2014:** Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia ou de tratamentos de saúde mental e não satisfizes esse necessidade por dificuldades financeiras? **Resposta possível:** Sim, precisou e não satisfizes essa necessidade/Não, precisou mas satisfizes essa necessidade/Não houve necessidade/Recusa/Não sabe.

## Variáveis independentes

**Nome:** Sexo

**Nome informático:** SEX

**Descrição:** variável que define o sexo do respondente.

**Nome:** Quintil de rendimento

**Nome informático:** HHINCOME

**Descrição:** quintil do rendimento equivalente mensal líquido total do agregado do indivíduo selecionado, calculado segundo OCDE.

Rendimento equivalente mensal líquido total do agregado: Calculado através do rendimento mensal líquido de carácter regular (rendimento de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais, rendimentos de capitais, rendimentos prediais, transferências de outros agregados regulares) total do agregado doméstico privado calculada (com uso de uma escala de equivalência) através da informação do rendimento total do agregado e a dimensão do agregado e a sua composição.

O cálculo do equivalente do rendimento mensal líquido total do agregado traduz-se na seguinte fórmula:

$$\text{rendimento equivalente mensal líquido total do agregado} = \frac{\text{rendimento mensal líquido total do agregado}}{\text{equivalente da dimensão do agregado}}$$

O equivalente da dimensão do agregado é o somatório dos pesos atribuídos a cada membro do agregado de acordo com a escala de equivalência modificada da OCDE.

- 1,0 pelo primeiro adulto;
- 0,5 pela segunda e por cada subsequente pessoa com 14 ou mais anos;
- 0,3 por cada criança com menos de 14 anos.

Os dados de cada indivíduo são ordenados de acordo com os valores de rendimento disponíveis para cada elemento do agregado, e depois dividida equitativamente a população entrevistada em cinco grupos, representando cada grupo 20% dos indivíduos:

Primeiro quintil de rendimento equivalente (Q0\_20)

Segundo quintil de rendimento equivalente (Q21\_40)

Terceiro quintil de rendimento equivalente (Q41\_60)

Quarto quintil de rendimento equivalente (Q61\_80)

Quinto quintil de rendimento equivalente (Q81\_100)

O primeiro quintil representa a população com o rendimento disponível mais baixo e o quinto quintil representa a população com o maior rendimento disponível por agregado.

**Nome:** região de residência

**Nome informático:** REGIAO

**Descrição:** região onde está localizado alojamento selecionado, segundo a definição de NUTS II 2002 correspondente (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, R. A. Madeira e R. A. Açores).

**Nome:** Estado civil

**Nome informático:** MARSTALEGAL

**Descrição:** Estado civil legal do respondente.

**Nome:** Estado de saúde auto-relatado

**Nome informático:** HS1

**Descrição:** Estado de saúde reportado pelo responde numa escala de muito mau, mau, razoável, bom e muito bom. As variáveis foram agrupadas em mau (inclui muito mau e mau), razoável e bom (inclui bom e muito bom).

**Nome:** Doença crónica

**Nome informático:** HS2

**Descrição:** Ter doença crónica ou problema de saúde prolongado

**Nome:** Limitação das AVD

**Nome informático:** HS3

**Descrição:** ter limitações das atividades de vida diárias reportadas pelo respondente como muito limitado, limitação razoável, sem limitação.

Foram criadas a variável as seguintes variáveis:

**Nome:** Grupo etário

**Nome informático:** AGE

**Descrição:** resulta do agrupamento onde a idade foi agrupada em decénios através da variável (INS 2014 AGE\_COD), tendo sido criados os grupos etários com idades compreendidas entre 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-75, 75 ou mais anos.

**Nome:** Subsistema ou seguro de saúde

**Nome informático:** SegSub

**Descrição:** Ter um subsistema e/ou seguro de saúde através dos dados da variável IN5 e IN6, que questionam o subsistema ou posse de seguro, respetivamente.

**Nome:** Estatuto perante o trabalho

**Nome informático:** JOB



**Descrição:** através do agrupamento da variável MAINSTAT em 5 categorias, empregado, desempregado, estudante, reformado e outra inatividade (inclui incapacidade permanente, doméstico, presta serviço comunitário/cívico, outra inatividade).

**Nome:** Nível de escolaridade completo

**Nome informático:** Educa

**Descrição:** criada a partir da variável HATLEVEL\_COD, com agrupamento do nível de escolaridade completo em pré-escolar/nenhum, 1º ou 2º Ciclo do Básico, 3º Ciclo do Básico, Secundário e Pós-secundário, Superior.

## Anexo II - Parecer Comissão de Ética para a Saúde

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	<p>Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa P o r t u g a l   <a href="http://www.insa.pt">http://www.insa.pt</a>   <a href="mailto:info@insa.min-saude.pt">info@insa.min-saude.pt</a> tel. +351 217 919 200 fax. +351 217 926 400</p>	 <p>Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge</p>
--	--	---

**Comissão de Ética para a Saúde**

Parecer sobre o Projeto: *Necessidades de Saúde não satisfeitas e a sua relação com os determinantes Socioeconómicos e Demográficos dos Portugueses*

Investigador Principal: João Luís Vieira Martins

Após análise e apreciação do projeto supracitado, na reunião da Comissão de Ética para a Saúde (CES) no passado dia 4/5/2016, envia-se abaixo o parecer emitido por esta Comissão

**I. DADOS DO PROJETO**

**Objetivo:** identificar os determinantes socioeconómicos e demográficos que contribuem para a presença de necessidades de saúde não satisfeitas, definidas como aquelas que podem ser usadas para medir a qualidade dos serviços, bem como para identificar as iniquidades de acesso em saúde.

**Metodologia:** serão utilizados os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, sendo usada uma base de dados secundários, com dados desagregados, anonimizados, de forma a não permitir a identificação de nenhum dos indivíduos.

**Coordenação:** este estudo é desenvolvido exclusivamente no âmbito do INSA.

**Duração:** é indicado o mês de Julho de 2016 como data prevista para a conclusão do projeto.

**II. ANÁLISE**

**1. Instrução do pedido de parecer**

O presente projeto foi submetido à apreciação da CES INSA no dia 1 de Abril de 2016, tendo sido distribuído na reunião de 5 de Abril de 2016. O processo contém os elementos essenciais que

INSA-IMS0\_05

Pág. 1 de 3

Fig. A1. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, INSA, página 1.

permitem o conhecimento do projeto e que devem enformar a decisão da CES: Questionário da CES; Projeto de investigação; CV dos investigadores.

## **2. Utilidade**

Considera-se fundamentada a utilidade, considerando o referido no sentido de permitir a priorização de problemas para um planeamento em saúde eficiente a nível regional e nacional.

Observa-se no entanto que a utilidade deste projeto poderia beneficiar de uma maior concretização dos seus objetivos, designadamente no que respeita à identificação dos grupos mais vulneráveis às necessidades não satisfeitas, de forma a tornar mais positivo o seu impacto.

## **3. Princípio da beneficência/não maleficência**

Face à metodologia adotada não existem riscos ou efeitos benéficos diretos que possam ser associados.

## **4. Consentimento Informado**

O consentimento terá sido pedido no âmbito da realização do inquérito nacional de saúde 2014, não sendo aqui aplicável.

## **5. Parecer CNPD**

Não se irá proceder a uma criação de base de dados, pelo que não se vê necessidade de intervenção da CNPD.

## **6. Conflito de interesses**

Da análise do CV do investigador nada há a observar em matéria de conflito de interesses.

## **7. Financiamento**

O presente projeto de investigação não é objeto de financiamento externo.

## **III. CONCLUSÕES**

Considerando que o projeto de investigação apreciado, em conformidade com a análise efetuada:

Fig. A2. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, INSA, página 2.

- i) Foi suficientemente instruído;
- ii) Tem utilidade; e
- iii) Não causa maleficiência;

a CES aprova o projeto.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do disposto no n.º23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento à CES do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

**A Comissão de Ética para a Saúde do INSA, I.P.**

Fig. A3. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, INSA, página 3.