

Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal: O que Sabemos?

Equity in Access to Health Care in Portugal: What Do We Know?

Joana FERNANDES^{1,2}, Cláudia FURTADO^{1,2}, João PEREIRA^{1,3}
Acta Med Port (In Press) • <https://doi.org/10.20344/amp.21668>

RESUMO

Em Portugal, as normas constitucionais e legais estabelecem que o sistema de saúde deve estar organizado de forma a garantir a equidade no acesso aos cuidados. Para garantir este objetivo é habitualmente aceite que, perante idêntica necessidade, os indivíduos de diferentes estratos socioeconómicos deverão ter acesso à mesma utilização de cuidados. A presente revisão narrativa avalia o conhecimento atual sobre este tema. Apresenta-se uma breve resenha das características do sistema de saúde português que poderão influenciar a consecução do objetivo de equidade no acesso. É também descrita a evidência empírica disponível. Observa-se que, em Portugal, a equidade no acesso não tem sido atingida para a maioria dos cuidados de saúde. Sobretudo nos cuidados de saúde especializados, os indivíduos com maiores níveis de rendimento apresentam, para um mesmo nível de necessidade, maior utilização de cuidados. Estas situações de iniquidade deverão ser analisadas e corrigidas; deverão ser consideradas as potenciais barreiras ao acesso no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, já que é ao sistema público que compete garantir a equidade.

Palavras-chave: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Disparidades nos Cuidados de Saúde; Equidade na Saúde; Portugal; Prestação de Cuidados de Saúde

ABSTRACT

In Portugal, constitutional and legal norms stipulate that the healthcare system should be organized to ensure equity in access to healthcare. To guarantee this objective, it is usually assumed that individuals from different socio-economic groups presenting equal levels of need should have access to the same level of care. The present narrative review describes current knowledge on this topic. It provides a brief overview of the characteristics of the Portuguese healthcare system, which may influence the achievement of the objective of equity in health care access. The empirical evidence on this issue is also presented. In Portugal, equity in access has not been achieved for most types of health care. Particularly in the case of specialized health care, better-off groups of the population used more care for a given level of need. The situations where inequity exists should be examined and corrected; potential access barriers within the National Health Service should be considered, as the public healthcare system bears the responsibility for ensuring equity.

Keywords: Delivery of Health Care; Health Equity; Health Services Accessibility; Healthcare Disparities; Portugal

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a equidade em saúde traduz-se na ausência de diferenças sistemáticas, evitáveis e injustas desse atributo entre diferentes grupos populacionais.^{1,2} Este é um tema que aporta implicações de carácter ético e moral,^{1,2} pois pressupõe que exista justiça na distribuição da saúde.³

Os documentos legislativos e políticos que norteiam sistemas de saúde como o português referem o objetivo da equidade no acesso à saúde.⁴⁻⁷ Apesar de a equidade na própria saúde ser o objetivo primordial a atingir,⁸⁻¹⁰ o foco não se encontra neste resultado final, mas sim nos processos de produção do mesmo.¹¹ Levesque *et al* definem o acesso aos cuidados de saúde como a possibilidade de identificar as necessidades de saúde, procurar os serviços, obter ou utilizar os cuidados e, por fim, ver satisfeitas as necessidades de cuidados de saúde.¹² Sendo um conceito abrangente, é de esperar que haja uma grande complexidade de fatores associados ao acesso, tanto do lado da oferta como da procura.

A perspetiva comumente aceite nos países europeus é a de que, para proporcionar equidade no acesso, o sistema de saúde deve estar organizado de forma que a prestação de cuidados se faça de acordo com as necessidades dos cidadãos, não havendo discriminação de acordo com as suas características socioeconómicas.⁹

Este princípio tem sido empiricamente testado pelo cumprimento da premissa “utilização igual para necessidades iguais”.^{8,13} Caso se verifique que, para idêntica necessidade, os indivíduos de maior estatuto socioeconómico utilizam mais cuidados de saúde estaremos perante uma situação de iniquidade a favor destes. Poderá também ocorrer a situação inversa, de favorecimento dos indivíduos de menor estatuto socioeconómico (quando estes utilizam mais cuidados, para as mesmas necessidades). O parâmetro socioeconómico mais frequentemente utilizado nas análises empíricas é o rendimento familiar, averiguando assim se estamos perante situações de equidade no acesso a cuidados ou de iniquidades a favorecer os indivíduos mais ricos ou mais pobres.

1. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Direção de Informação e Planeamento Estratégico. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED). Lisboa. Portugal.

3. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP). Comprehensive Health Research Centre (CHRC). Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Joana Fernandes. joanarcfernandes@gmail.com

Recebido/Received: 14/04/2024 - Aceite/Accepted: 19/08/2024 - Publicado Online/Published Online: 09/12/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



Os estudos internacionais em que são realizadas análises comparativas mostram que Portugal faz parte de um conjunto de países em que existem maiores iniquidades a favorecer os indivíduos de maior rendimento, achado este que justifica a revisão.^{14,15}

Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão narrativa do conhecimento atual relativo à consecução do princípio da equidade no acesso a diferentes cuidados de saúde em Portugal.

O sistema de saúde português e a sua relação com a equidade no acesso

A equidade é um objetivo explícito do sistema de saúde português. A Constituição da República Portuguesa determina que cumpre ao Estado “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”.⁵ Por conseguinte, esta questão apresenta-se como um dos fundamentos das políticas de saúde descritos na Lei de Bases da Saúde,⁷ e dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2030.⁶

A responsabilidade do Estado pelo direito à proteção da saúde efetiva-se pela existência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral e tendencialmente gratuito.⁷ Cabe ao SNS garantir a equidade, “promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis”.⁷ Apesar do papel determinante do SNS para que se atinja a equidade na prestação, algumas características do sistema poderão interferir na consecução deste objetivo.

Para além do SNS, o sistema de saúde português caracteriza-se pela existência de subsistemas, representando determinados grupos profissionais, e de seguros de saúde privados voluntários.¹⁶ Estes sistemas suplementam o papel do SNS, sendo financiados diretamente pelas contribuições dos seus beneficiários, e indiretamente por deduções fiscais no imposto de rendimento das empresas prestadoras e dos consumidores.¹⁶ Esta característica estrutural poderá ser potenciadora de iniquidades, uma vez que estes indivíduos poderão apresentar uma maior utilização de cuidados.¹⁷

Em Portugal, os pagamentos *out-of-pocket* (copagamentos e pagamentos diretos) constituem uma parte considerável do financiamento da saúde. O elevado peso das despesas de saúde no orçamento das famílias portuguesas¹⁸ poderá desincentivar a utilização de cuidados pelos indivíduos com menor capacidade para pagar. Contudo, o SNS emprega alguns mecanismos de proteção, como a isenção das taxas moderadoras.¹⁹ Este copagamento no sistema público foi progressivamente eliminado ao longo do tempo, subsistindo apenas nalgumas situações de utilização dos serviços de urgência^{20,21}; outro exemplo consiste na existência de um regime especial de comparticipação de medicamentos, em que é tido em conta o rendimento dos pensionistas.²²

Para além do papel de financiador da saúde, o SNS é também prestador de serviços, sendo de esperar que tenha uma oferta que abranja todos os tipos de cuidados. No entanto, alguns cuidados são prestados em grande parte pelo setor privado, ainda que com financiamento público (p.ex. exames complementares de diagnóstico).^{16,23}

Um aspeto que poderá ser potenciador de iniquidades é a oferta demorada ou insuficiente de alguns cuidados pelo SNS. O elevado número de utentes sem médico de família,²⁴ o sistema de referenciação pelo médico de família (*gatekeeping*) para acesso aos cuidados hospitalares não urgentes e as listas de espera (que se verificam, sobretudo, para cuidados hospitalares e exames de diagnóstico)¹⁶ poderão constituir uma barreira. Indivíduos de maior estatuto socioeconómico e/ou que beneficiem de dupla/tripla cobertura conseguem contornar estes constrangimentos recorrendo (mais facilmente) à prestação privada. Este fenómeno poderá, ainda, ocorrer nas áreas em que têm sido identificadas lacunas ao nível da oferta do SNS, como no caso da saúde mental, dos cuidados dentários²⁵ e dos cuidados paliativos.¹⁶

Dadas as especificidades na utilização de diferentes tipos de cuidados, sumarizam-se na Tabela 1 algumas possíveis barreiras à utilização de cuidados prestados pelo SNS. Estas poder-se-ão traduzir em iniquidades, caso existam diferenças na utilização de cuidados que sejam determinadas por outros fatores que não a necessidade.

MÉTODOS

Efetuuou-se uma revisão narrativa da literatura,^{26,27} com o objetivo de saber até que ponto o princípio de equidade no acesso a cuidados de saúde tem sido atingido em Portugal. Inicialmente, pesquisou-se a PubMed (inclui MEDLINE), identificando artigos de língua portuguesa e inglesa, entre os anos 1990 e 2023. Foram pesquisados os termos “healthcare equity” OR “healthcare inequity” OR “health services accessibility” OR “healthcare use” OR “healthcare delivery” OR “horizontal inequity” OR “healthcare utilization” AND “income” AND “Portugal”, e foram encontrados 47 artigos, dos quais foram selecionados os mais pertinentes. As referências bibliográficas destes estudos foram pesquisadas e foram também contactados especialistas nacionais da área com o objetivo de encontrar publicações adicionais. No final, foram incluídos não apenas artigos de revistas científicas, mas também capítulos de livro, relatórios de organismos internacionais, teses

e dissertações.

Os critérios de seleção usados incidiram particularmente em estudos de cariz económico, que utilizaram a metodologia das curvas e índices de concentração,⁹ ou outras técnicas comparáveis, para medir o grau de equidade no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Considerámos apenas estudos que se basearam em amostras representativas da população portuguesa, o que excluiu análises a nível local; e seleccionámos unicamente trabalhos que consideraram o nível socioeconómico como critério de segmentação da população. A maior parte dos estudos recorre ao rendimento familiar como critério, embora não tivéssemos excluído outros indicadores de nível socioeconómico, como a educação ou profissão. Foram consideradas fora do âmbito da revisão análises que tiveram como objetivo medir o acesso em relação a fatores demográficos, como o sexo, região, nacionalidade ou etnia.

É importante atentar as seguintes definições para melhor entendimento da revisão. Ao estudarem a equidade de acesso, a maior parte dos autores consideram que este objetivo se alcança, em termos práticos, quando o tratamento está de acordo com a necessidade. Habitualmente, é focada a ideia de equidade horizontal (utilização igual para necessidades iguais). A revisão considera diferentes tipos de cuidados, consultas da especialidade de medicina geral e familiar (MGF), consultas de outras especialidades médicas, cuidados dentários, consultas de saúde mental, internamento hospitalar, consumo de medicamentos e cuidados preventivos e de diagnóstico. A literatura propõe várias definições para o conceito de necessidade.^{3,28} Nos estudos sobre equidade, a operacionalização empírica deste conceito parte do princípio de que a necessidade pode ser estimada através de informação sobre o estado de saúde atual dos indivíduos, pelo que se utilizam indicadores de saúde associados a dados demográficos.^{8,13} Finalmente, a noção de rendimento considerada por todos os autores nos trabalhos passados em revista é a de rendimento familiar equivalente, ou seja, corrigido pela dimensão e estrutura das famílias.

Equidade no acesso aos cuidados de saúde – evidência empírica para Portugal

Desde há três décadas, a metodologia preferencial para a realização de estudos sobre a equidade na prestação de cuidados tem sido a desenvolvida por Wagstaff e Van Doorslaer.^{29,30} O método, baseado em curvas e índices de concentração, verifica inicialmente se existem desigualdades na utilização de cuidados. Eventuais desigualdades não implicam obrigatoriamente uma quebra do princípio de equidade; se resultarem de diferenças de necessidade, são consideradas justas. Numa segunda fase, os estudos empíricos ajustam as características de necessidade dos indivíduos (recorrendo a dados sobre o seu estado de saúde, idade e sexo, e eventualmente a variáveis como tipo de família, região, isolamento social, etc.) para avaliar a equidade. Se a utilização padronizada para a necessidade for distribuída de igual forma ao longo da distribuição do rendimento dos indivíduos, estaremos perante uma situação de equidade; distribuições desiguais, favorecendo os mais ricos ou os mais pobres, serão consideradas iníquas.

Apesar do relevo dado pelos documentos legislativos e políticos à equidade em saúde, o estudo empírico da equidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal não tem sido frequente. A primeira análise no nosso país foi realizada por Pereira, tendo por base dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1987.^{31,32} Foi considerada a despesa global proveniente da utilização de consultas de clínica geral, consultas de especialidade e internamentos hospitalares (conforme classificados à época). Verificou-se um favorecimento dos indivíduos com maior rendimento – para a mesma necessidade, apresentavam maior utilização.

Estudos posteriores fazem a análise desagregada dos diferentes tipos de cuidados, pelo que, nesta revisão, são apresentados por categorias.

Consultas

Consultas de medicina geral e familiar

No caso das consultas de medicina geral e familiar (MGF), os resultados têm sido heterogêneos. Simões *et al*,³³ utilizando dados do INS 1998 – 1999, observaram maior utilização destas consultas entre indivíduos de menor rendimento. Porém, ao considerarem a necessidade dos indivíduos, avaliando indicadores de morbidade, identificaram iniquidade a favor dos mais ricos. Lopes³⁴ construiu indicadores a partir de diferentes questões do inquérito; além disso, utilizou a metodologia entretanto proposta por Wagstaff e Van Doorslaer,²⁹ tendo concluído haver favorecimento dos mais pobres. Também Furtado,³⁵ com dados do INS 2005/2006, encontrou iniquidades a favorecer os indivíduos de maior rendimento. Estudos mais recentes, com dados de 2014³⁶ e 2019^{37,38} não obtiveram índices estatisticamente significativos, sugerindo equidade na prestação.

Esta diversidade de resultados também se verificou em comparações internacionais. Bago d'Uva *et al*,³⁹ num estudo longitudinal com dados entre 1994 e 2001, identificaram iniquidade a favor dos indivíduos de maior rendimento em

Portugal, um dos poucos países com este resultado. Van Doorslaer *et al*,⁴⁰ com dados de 1996, não encontraram evidência estatisticamente significativa de iniquidade. Já um estudo do *Health Equity Research Group* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com dados de 2000,^{14,15} apontou para algum favorecimento dos indivíduos de maior rendimento no número de consultas de MGF.

Numa análise distinta, Tavares *et al*⁴¹ analisaram dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* 2011 e observaram favorecimento dos indivíduos com maior nível socioeconómico. Este estudo incidiu sobre a população com idade igual ou superior a 50 anos, tendo utilizado a educação (anos de escolaridade) como indicador socioeconómico.

Consultas de outras especialidades

Nas consultas de outras especialidades (não MGF, excluindo também as de medicina dentária, que são tratadas na secção seguinte) a evidência empírica tem mostrado uma maior utilização por parte dos indivíduos de maior rendimento. Quando contemplada a informação sobre a necessidade, identificaram-se iniquidades a favorecerem também os indivíduos de maior rendimento.³⁴⁻³⁷ Simões *et al*³³ estudaram a prestação de consultas de cardiologia e chegaram a idêntica conclusão. O nível de iniquidade das consultas de outras especialidades parece ter diminuído durante o período de intervenção económica por parte do Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco Central Europeu (2011 - 2014), mas voltou a subir quando considerada informação mais recente de 2019.³⁴⁻³⁸

Em estudos internacionais,^{39,41} Portugal foi o país em que se verificou maior favorecimento dos indivíduos de maior nível socioeconómico na prestação de consultas de outras especialidades. No estudo da OCDE, considerando dados de 2000,^{14,15} o índice de iniquidade foi superior apenas nos Estados Unidos da América, México e Finlândia. Na comparação mais recente da OCDE, com dados de 2014,⁴² os resultados estavam de acordo com os anteriores, surgindo Portugal como o terceiro país, entre 32, com maior iniquidade nestas consultas. Numa análise de decomposição do nível de iniquidade em consultas de outras especialidades, Van Doorslaer *et al*⁴⁴ mostraram que, no caso português, o rendimento familiar, a região e o grau de urbanização da área de residência contribuem substancialmente para a iniquidade a favor dos mais ricos.

Cuidados dentários

À semelhança do que se verifica para as consultas de outras especialidades não MGF, também a utilização de consultas de medicina dentária é superior nos indivíduos de maior rendimento.^{14,33,35,37,42}

Este foi o tipo de consulta para o qual Simões *et al* encontraram índices de iniquidade mais elevados,³³ e o segundo mais elevado na análise de Fernandes.³⁷ Tem sido observado favorecimento dos indivíduos de maior rendimento no acesso a consultas de medicina dentária em todos os países da OCDE, mas Portugal destaca-se com iniquidades particularmente expressivas.^{14,42}

Furtado³⁵ calculou índices para consultas de medicina dentária com fins preventivos e também observou um favorecimento dos indivíduos de maior rendimento, o mais expressivo entre os cuidados avaliados no estudo.

Consultas de saúde mental

O primeiro estudo que analisa a equidade na prestação de cuidados de saúde mental em Portugal foi realizado por Fernandes.³⁷ Foram consideradas as consultas com psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra, tendo-se verificado a existência de maior utilização para idêntica necessidade entre os indivíduos de maior rendimento.

Todas as consultas médicas

Vários estudos analisaram a equidade nas consultas médicas totais, ou seja, sem desagregação por especialidades. Lopes³⁴ identificou índices de iniquidade positivos para todos os preditores de necessidade estudados. O favorecimento de indivíduos de maior rendimento foi também demonstrado em estudos posteriores,^{35,36} e no mais recente, com dados de 2019, de Antunes *et al*.³⁸

Alguns trabalhos internacionais^{14,15,42} avaliaram a probabilidade de ter uma consulta médica e o número de consultas utilizadas. Em ambos os casos, Portugal apresentou iniquidades a favorecer os indivíduos de maior rendimento, destacando-se em relação à maioria dos países, pois estes atingiram equidade na distribuição do número de consultas.

Internamento hospitalar

Os estudos da OCDE avaliaram a equidade na probabilidade de admissões hospitalares. No primeiro estudo, com dados do *European Community Household Panel* 2000, foi observada iniquidade significativa a favorecer os indivíduos de

maior rendimento (tendo Portugal, aliás, o valor mais elevado entre os países estudados).¹⁴ No entanto, no estudo mais recente,⁴² com dados de 2014, o índice obtido não foi estatisticamente significativo. Os estudos que analisaram a equidade na prestação relativamente ao número de dias de internamento^{14,37} também não obtiveram resultados estatisticamente significativos, pelo que não foi excluída a existência de equidade.

Consumo de medicamentos

Furtado³⁵ e Fernandes³⁷ analisaram a equidade no acesso aos medicamentos em Portugal. Os resultados mostraram que, para idêntica necessidade, a probabilidade de utilização de medicamentos foi superior nos indivíduos de maior rendimento. No entanto, observaram-se diferenças consideráveis entre os índices de equidade obtidos para os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e para os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Para estes últimos, os índices obtidos em ambos os estudos foram muito superiores, indicando iniquidades mais expressivas a favorecer os indivíduos com rendimento mais elevado.

Cuidados preventivos e de diagnóstico

O estudo da equidade na prestação de cuidados preventivos tem incidido sobre diferentes cuidados. Lopes³⁴ concluiu que, para idênticas necessidades, indivíduos de maior rendimento utilizam mais testes laboratoriais, raio-X e eletrocardiograma.

O trabalho de Furtado³⁵ analisou os seguintes cuidados preventivos: vacina da gripe, controlo da pressão arterial, controlo do colesterol, mamografia, citologia cervicovaginal (CCV) e cuidados dentários preventivos (já mencionados). Para todos, verificou favorecimento dos indivíduos de maior rendimento, mais expressivo nalguns cuidados, nomeadamente, nos cuidados dentários e realização de CCV. Noutros, como o controlo da pressão arterial, a distribuição aproximou-se da equitativa.

Um trabalho da OCDE⁴² analisou alguns cuidados preventivos, tendo sido observado que, em Portugal, existiam iniquidades a favorecer os indivíduos de maior rendimento na probabilidade de realização de CCV e na probabilidade de realização de rastreio do cancro colorretal (pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia). Para a vacinação contra a gripe e para as mamografias não foram observadas iniquidades.

Numa análise específica aos rastreios do cancro do colo do útero e do cancro da mama, Quintal *et al*.⁴³ observaram iniquidades para citologias, favorecendo os indivíduos de maior rendimento; no caso das mamografias não foram observadas iniquidades.

Os dados mais recentes relativos à equidade nos cuidados preventivos em Portugal são de 2019 e mostram iniquidades a favor dos indivíduos de maior rendimento para todos os cuidados preventivos analisados (controlo da tensão arterial e do colesterol, mamografias, CCV e colonoscopias).³⁷ Estas foram mais expressivas para as colonoscopias.

DISCUSSÃO

A evidência empírica mostra que, em Portugal, o objetivo de equidade na prestação de cuidados de saúde não tem sido atingido, salvo algumas exceções. Para a maioria dos cuidados, parece existir um favorecimento dos indivíduos com mais elevados níveis de rendimento. Este é mais expressivo em cuidados especializados, como as consultas de outras especialidades não MGF e as consultas de medicina dentária, em que, mesmo nas comparações internacionais, Portugal se destaca pela negativa.

Existem características do sistema de saúde português que se podem relacionar com estes resultados: a existência do sistema de referenciação no SNS para cuidados hospitalares contrapõe-se à maior facilidade em recorrer à prestação privada por parte dos indivíduos de maior rendimento; a abertura de novas instituições privadas nos últimos anos aumentou também a oferta de cuidados fora do sistema público.⁴⁴ Para além da maior disponibilidade para pagar, os indivíduos de maior rendimento poderão, ainda, beneficiar de mecanismos adicionais de cobertura. As diferenças no nível educacional e na literacia em saúde⁴⁵ também poderão contribuir para uma maior procura de cuidados de saúde por parte destes indivíduos, já que poderão mais facilmente perceber a necessidade de cuidados.

As análises empíricas têm sido unânimes ao indicar que existem iniquidades na prestação de cuidados dentários. Têm sido implementadas algumas medidas com vista a promover o acesso, com destaque para o chamado 'cheque-dentista' e para a disponibilização de consultas pelos cuidados de saúde primários.⁴⁶ No entanto, a expansão da oferta do SNS aparenta ser insuficiente, com a grande maioria da prestação a ser feita pelo setor privado.

O estudo empírico da equidade no acesso aos cuidados de saúde mental conta apenas com dados de 2019. Verificou-se que a prestação é iníqua, com favorecimento dos indivíduos de maior rendimento. Esta observação vai ao encontro

da multiplicidade de problemas conhecidos no âmbito da saúde mental.^{47,48} Os dados avaliados disponibilizam apenas informação sobre consultas com psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra.³⁷ No futuro, o estudo da equidade na prestação deste tipo de cuidados deverá ser aprofundado.

Relativamente aos medicamentos, os estudos disponíveis apontam iniquidades a favorecer os indivíduos de estatuto socioeconómico mais elevado. Estas são mais acentuadas no acesso aos MNSRM. Apesar dos MNSRM serem disponibilizados sem necessidade de prescrição, o custo é, neste caso, suportado integralmente pelos utentes. A maior disponibilidade para pagar e maior literacia em saúde poderão fazer com que os indivíduos mais ricos utilizem mais MNSRM.⁴⁹ Ainda que não tão expressivas, foram observadas também iniquidades para os MSRM. Apesar de existirem mecanismos de proteção dos mais vulneráveis (regimes especiais de comparticipação, complemento solidário para idosos, entre outros), os indivíduos de maior rendimento terão mais facilidade em obter uma prescrição médica, uma vez que acedem mais facilmente às consultas de especialidade.

Quanto aos cuidados preventivos, os estudos têm também mostrado, salvo algumas exceções, um tendencial favorecimento dos indivíduos de maior rendimento. As iniquidades parecem ser mais expressivas em cuidados altamente especializados, como as colonoscopias. A este propósito, importa salientar que, em Portugal, têm sido reportadas dificuldades de acesso dos utentes do SNS a prestadores com financiamento público que poderão justificar as iniquidades observadas, nomeadamente lacunas na rede de prestadores públicos e convencionados, com assimetrias regionais.⁵⁰ Em contraste, nalguns estudos, a equidade no acesso foi verificada (ou esteve próxima) para cuidados cujo acesso apresenta, à partida, menos barreiras, como a vacina contra a gripe ou o controlo da pressão arterial.³⁵

Estudos recentes têm sido unânimes quanto ao atingimento da equidade na prestação de consultas de MGF e nos internamentos,^{36,37,42} sugerindo que, no SNS, estes terão menos barreiras ao acesso relativamente a outros cuidados de saúde. No entanto, relativamente às consultas de MGF, é de considerar que os indivíduos de maior rendimento poderão ter preferência pela utilização direta de cuidados mais especializados, apresentando, assim, menor procura destas consultas, comparativamente aos indivíduos mais pobres. Em consequência destes fatores, os resultados referentes às consultas totais mostram que, embora a equidade no acesso às consultas de MGF seja alcançada, o acesso às consultas médicas em geral permanece iníquo. No caso dos internamentos, importa referir que estes refletem apenas a prestação de cuidados hospitalares nas situações que são mais graves, ou seja, os dados dos estudos apresentados neste âmbito não permitem inferir sobre a prestação de cuidados em ambulatório, o que seria relevante, dado que o número tem vindo a aumentar.²³

Mesmo considerando que a metodologia dos estudos considerados é a mais consensual atualmente, é importante ter em conta as limitações das análises empreendidas para o estudo da equidade de acesso. Em primeiro lugar, garantir a igualdade na utilização dos serviços para iguais necessidades é um objetivo necessário, mas não suficiente para a equidade de acesso. Um contacto com o sistema só poderá traduzir-se em melhores resultados de saúde se a prestação de cuidados estiver alinhada com as melhores práticas médicas. Assim, seria importante considerar a equidade na qualidade dos cuidados, aspeto que nenhum estudo em Portugal até hoje analisou explicitamente e que permitiria, por exemplo, aferir se o nível de atenção, tempo e esforço dedicados aos utentes é ou não equitativo.¹

Poder-se-á considerar que os cuidados preventivos se baseiam em recomendações clínicas e, portanto, podem ser utilizados, em certa medida, para medir a qualidade dos sistemas de saúde. No entanto, esta abordagem é limitada, uma vez que a qualidade dos cuidados é um conceito mais abrangente e multidimensional. Justifica-se, assim, no futuro, uma análise mais detalhada das diferenças na qualidade dos cuidados recebidos pela população.

A literatura empírica que considerámos nesta revisão analisa o cumprimento da equidade pela premissa de que deverá existir igual utilização para iguais necessidades. Embora reúna consenso na literatura económica,^{9,13} esta abordagem não permite capturar todas as dimensões do acesso. O acesso resulta da interação entre diversos fatores de acessibilidade aos serviços e a forma como as pessoas interagem com esses fatores (capacitação). A acessibilidade é influenciada por fatores como localização geográfica, custos, continuidade e adequação dos cuidados. Como fatores de capacitação destacam-se a literacia em saúde, crenças, valores sociais, autonomia, mobilidade, ambiente, capacidades financeiras e envolvimento com os cuidados de saúde.¹²

Adicionalmente, há pelo menos dois outros aspetos que são relevantes para a questão da equidade no acesso e que não foram considerados nesta revisão. Por um lado, as diferenças nas necessidades não satisfeitas de cuidados. Veja-se, a este propósito, trabalhos^{42,51} que avaliaram indicadores como a probabilidade de atraso/ausência de cuidados devido à distância ou a longos tempos de espera e a não satisfação de necessidades por razões financeiras. Por outro lado, a questão da proteção financeira para os custos dos cuidados de saúde (equidade no financiamento).^{52,53} Embora estejam para além do âmbito desta revisão, estes elementos proporcionariam uma base para discussão mais completa das

opções políticas a adotar.

A pandemia de COVID-19 poderá ter tido impacto ao nível da equidade no acesso. Os constrangimentos e adaptações na atividade assistencial, como a redução da atividade presencial, poderão ter desprotegido os mais vulneráveis. Espera-se que futuros estudos tragam alguma evidência sobre este tema.

CONCLUSÃO

Existem, em Portugal, iniquidades no acesso a grande parte dos cuidados de saúde, com especial relevo para as consultas de especialidade não-MGF, cuidados dentários, saúde mental e cuidados preventivos.

O papel do SNS é essencial para que se atinja a equidade no acesso. As insuficiências e lacunas do sistema público têm impacto no acesso das populações aos cuidados de saúde, sobretudo nas que apresentam menos rendimentos, pelo que devem ser avaliadas e mitigadas.

A generalidade das análises disponíveis considera o rendimento familiar como variável fundamental para avaliar a existência de iniquidades no acesso. No entanto, os restantes determinantes sociais e económicos da saúde também poderão contribuir para os resultados observados.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JF: Pesquisa bibliográfica, redação e aprovação final do manuscrito.

CF: Revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

JP: Redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
- Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
- Pereira J. Economia da Saúde - um glossário de termos e conceitos. Documento de trabalho 1/93. 4ªed. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2004.
- Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and improvement in OECD health systems. OECD labour market and social policy occasional papers, no. 47. Paris: OECD Publishing; 2001.
- Portugal. Decreto de aprovação da constituição, de 10 de abril. *Diário da República, I Série, n.º 86 (1976/04/10)*. p.738-75.
- Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2030 saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: DGS; 2022.
- Portugal. Lei n.º 95/2019. *Diário da República, I Série, n.º 169 (2019/09/04)*. p.55-66.
- Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects Health economics, policy and management. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in healthcare finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics. Amsterdam: North-Holland; 2000.
- Sen A. Why health equity? *Health Econ.* 2002;11:659-66.
- Pereira J. What does equity in health mean? *J Soc Policy.* 1993;22:19-48.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013;12:1-9.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: World Bank; 2008.
- Van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. OECD Health Working Papers, no. 14. Paris: OECD Publishing; 2004.
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174:177-83.
- Simões JD, Augusto GF, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Syst Transit.* 2017;19:1-184.
- Moreira S, Barros PP. Double health insurance coverage and healthcare utilisation: evidence from quantile regression. *Health Econ.* 2010;19:1075-92.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2021.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 113/2011. *Diário da República, I Série, n.º 229 (2011/11/29)*.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 37/2022. *Diário da República, I Série, n.º 103 (27/05/2022)*. p.3-4.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 96/2020. *Diário da República, I Série, n.º 215 (2020/11/04)*. p.11-12.
- Portugal. Portaria n.º 91/2006. *Diário da República, I Série-B, n.º 20 (2006/01/27)*.
- Ministério da Saúde. Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. 2022. [consultado 2024 jun 29]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>.
- Serviço Nacional de Saúde. Utentes Inscrições em cuidados de saúde primários — transparência. 2024. [consultado 2024 mar 12]. Disponível em: <https://>

- tinyurl.com/yj5suaym.
25. Portugal. Despacho n.º 8861-A. Diário da República, II Série, (2018/09/18). p.25678-(2-3).
 26. Sukhera J. Narrative reviews in medical education: key steps for researchers. *J Grad Med Educ.* 2022;14:418-9.
 27. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med.* 2006;5:101-17.
 28. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ.* 1993;12:431-57.
 29. Wagstaff A, Doorslaer EV. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *J Hum Resour.* 2000;35:716-33.
 30. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
 31. Pereira J. Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: Vianna SM, Piola S, editors. *Economia da saúde conceito e contribuição para a gestão de saúde.* Brasília: IPEA; 2002.
 32. Pereira J. Horizontal equity in the delivery of health care in Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 1992;10:35-46.
 33. Simões AP, Paquete AT, Araújo M. Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2008;26:39-52.
 34. Lopes S. *Equity in the delivery of health care in Portugal: evidence from the 1998/99 National Health Interview Survey.* Heslington: University of York; 2004.
 35. Furtado C. *Equidade na utilização de medicamentos em Portugal.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2013.
 36. Quintal C, Antunes M. Equity in usage of medical appointments in Portugal: In sickness and in health, in poverty and in wealth? *Acta Med Port.* 2020;33:93-100.
 37. Fernandes J. *Equidade na prestação de cuidados de saúde - um estudo empírico com base no Inquérito Nacional de Saúde 2019.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2022.
 38. Antunes M, Quintal C. Acesso para quem quer ou para quem pode? Equidade na utilização de consultas médicas em Portugal com base no INS 2019. *Cien Saude Colet.* 2023;28:107-22.
 39. Bago d'Uva T, Jones AM, van Doorslaer E. Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *J Health Econ.* 2009;28:280-9.
 40. van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.* 2004;13:629-47.
 41. Tavares LP, Zantomio F. Inequity in healthcare use among older people after 2008: the case of southern European countries. *Health Policy.* 2017;121:1063-71.
 42. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health for everyone?: Social inequalities in health and health systems.* Paris: OECD Health Policy Studies; 2019.
 43. Quintal C, Antunes M. Mirror, mirror on the wall, when are inequalities higher, after all? Analysis of breast and cervical cancer screening in 30 European countries. *Soc Sci Med.* 2022;312:115371.
 44. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas da saúde 2022.* 2024. [consultado 2024 jun 29]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>.
 45. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019-2021. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:e4225.
 46. Direção-Geral da Saúde. *Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025.* Lisboa: DGS; 2021.
 47. Conselho Nacional de Saúde. *Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.* Lisboa: CNS; 2019.
 48. Direção-Geral da Saúde. *Programa nacional para a saúde mental 2017.* Lisboa: DGS; 2017.
 49. Quintal C, Sarmento M, Raposo V. Fatores explicativos do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Acta Farm Port.* 2015;4:53-66.
 50. Entidade Reguladora da Saúde. *Informação de monitorização - acesso a serviços de endoscopia gastroenterológica.* 2022. [consultado 2024 jul 01]. Disponível em: https://www.ers.pt/media/ftbbaeff/im-acesso-a-servi%C3%A7os-de-endoscopia-gastroenterol%C3%B3gica_2022.pdf.
 51. Antunes M, Ramos LM, Lourenço Ó, Quintal C. Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro? *Cad Saúde Publica.* 2020;36.
 52. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van Der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ.* 1999;18:1999-263.
 53. Pereira J, Pinto CG. Portugal. In: Van Doorslaer E, Wagstaff Adam, Rutten F, editors. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University Press; 1993.

Tabela 1 – Características do financiamento e prestação que poderão constituir potenciais barreiras à utilização de cuidados de saúde no SNS no período em análise (1980-2019)

Tipo de cuidado	Características de financiamento no SNS		Fatores relacionados com a organização e oferta de cuidados
	Encargo dos utilizadores	Mecanismos de proteção	
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Copagamento (até janeiro de 2020) ¹⁹	Isenção de taxas moderadoras em determinados grupos populacionais, entre os quais situação de insuficiência económica. ¹⁹	Elevado número de pessoas sem médico de família. ²⁴
Consulta de outras especialidades	Copagamento (até junho de 2022) ¹⁹		Sistema de referênciação (através do Médico de Família). Listas de espera. ¹⁶
Consultas de saúde mental	Copagamento (até junho de 2022) ¹⁹		Sistema de referênciação (através do Médico de Família). Reduzida oferta de cuidados (inclusivamente não médicos, como por exemplo, psicólogos). Assimetrias geográficas. ⁴⁸
Exames complementares de diagnóstico e terapêutica	Copagamento (até janeiro de 2021) ¹⁹		Listas de espera. ¹⁶
Consultas de medicina dentária	<i>Out-of-pocket</i>	Cheque dentista: destinado inicialmente a crianças e jovens, mas posteriormente alargado a outros grupos, entre os quais idosos carenciados. ⁴⁶	Prestação maioritariamente privada. Integração de cuidados dentários na rede de Cuidados de Saúde Primários (implementada e com expansão relativamente recente). ²⁵
Medicamentos sujeitos a receita médica	Copagamento consoante o grupo terapêutico	Comparticipação adicional para beneficiários do complemento solidário para idosos. Regime especial de participação. ²²	-
Medicamentos não sujeitos a receita médica	<i>Out-of-pocket</i>	-	-
Internamento	N.A.	-	Lista de espera para procedimentos eletivos. ¹⁶

N.A.: não se aplica.

Notas: Elaboração própria.