



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Análise do acesso a cuidados de saúde em Portugal através
das necessidades de saúde não-satisfeitas de 2014 e 2019**

Melhorou durante a recuperação económica?

XVI Curso de Mestrado de Gestão em Saúde

Frederico Duarte Silva Gonçalves Rocha

Novembro de 2022



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Análise do acesso a cuidados de saúde em Portugal através
das necessidades de saúde não-satisfeitas de 2014 e 2019**

Melhorou durante a recuperação económica?

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a
orientação científica do Professor Doutor Julian Perelman.

Novembro de 2022

Resumo

Introdução: As necessidades de saúde não-satisfeitas (NSNS) são um importante indicador do estado do acesso a cuidados de saúde. Este estudo analisa a prevalência de NSNS em Portugal e a sua evolução entre 2014 e 2019.

Metodologia: Foram analisados os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 2014 e 2019. As NSNS foram avaliadas por 6 questões relativas ao tipo de necessidade e o motivo. Foi realizada uma análise descritiva e uma análise de associação multivariada através de regressão linear binária logística, entre cada variável que expressa NSNS e variáveis sociodemográficas na qualidade de preditores.

Resultados: A prevalência de NSNS em Portugal é maior para os cuidados de saúde oral (35,9%), cuidados de saúde mental (31,0%) e cuidados médicos devido ao tempo de espera (28,0%). Entre 2014 e 2019 ocorreu agravamento do risco de NSNS de cuidados médicos por motivos de tempo de espera ou por motivo de transporte/distância e uma diminuição do risco de NSNS de compra de medicamentos prescritos e cuidados de saúde oral. Os principais grupos vulneráveis identificados foram as mulheres, indivíduos entre os 35 e os 64 anos, desempregados, indivíduos com menores rendimentos e os indivíduos não beneficiários de seguro privado ou subsistema de saúde. Verificou-se uma grande disparidade entre regiões nacionais, com melhores resultados na região Norte.

Discussão: Persistem as prevalências elevadas de NSNS em Portugal, principalmente motivadas por dificuldades financeiras, apesar da existência de um Serviço Nacional de Saúde universal, abrangente e quase gratuito.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, disparidades nos cuidados de saúde, política de saúde, Portugal

Abstract

Background: Unmet health needs (UHN) are an important indicator of access to healthcare. This study analyses the prevalence of UHN in Portugal and its evolution between 2014 and 2019.

Methods: Data from the 2014 and 2019 National Health Surveys were analysed. The UHN were evaluated by 6 questions regarding the type and motive of unmet need. A descriptive analysis and a multivariate association analysis were performed using linear binary logistic regression, between each UHN variable and sociodemographic variables as predictors.

Results: The prevalence of UHN in Portugal are higher for oral health care (35.9%), mental health care (31.0%) and medical care due to waiting time (28.0%). From 2014 to 2019 there was an increase in the risk of UHN for medical care due to waiting time or transport/distance and a decrease in the risk of UHN for buying prescribed drugs and oral healthcare. The main vulnerable groups identified were women, individuals between the ages of 35 and 64, the unemployed, individuals with lower incomes and individuals not benefiting from private health insurance or health subsystem. There was a great disparity between country regions, with better results in the North region of Portugal.

Discussion: High prevalence of UHN in Portugal persist, mainly motivated by financial difficulties, despite the existence of a universal, comprehensive, and nearly free National Health Service.

Keywords: health services accessibility, healthcare disparities, health policy, Portugal

Índice

Introdução.....	6
Materiais e métodos.....	9
Resultados.....	15
Discussão e conclusões.....	29
Referências Bibliográficas.....	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 – caracterização da amostra	16
Tabela 2 – caracterização das necessidades não-satisfeitas	18
Tabela 3 – espera por consulta medica mais do que entende como adequado ou razoável.....	23
Tabela 4 – espera por consulta médica devido a distância ou transporte.....	24
Tabela 5 – necessidade de consulta médica não satisfeita por dificuldades financeiras	25
Tabela 6 – necessidade de consulta dentária não satisfeita por dificuldades financeiras	26
Tabela 7 – necessidade de comprar medicamentos não satisfeita por dificuldades financeiras	27
Tabela 8 – necessidade de cuidados de saúde mental não satisfeita por dificuldades financeiras	28

Introdução

O acesso é um dos aspetos mais importantes e debatidos no desempenho de serviços de saúde. Pode ser definido como a facilidade com que os potenciais utilizadores do serviço de saúde conseguem utilizá-lo quando precisam e conseguem satisfazer as suas necessidades. O acesso a cuidados de saúde é conceptualizado como a interface entre o serviço de saúde e os seus potenciais utilizadores, é assim influenciado por características do serviço de saúde e por características dos próprios utilizadores.^{1,2} O acesso em saúde contempla várias dimensões. Os serviços de saúde precisam de ser facilmente identificáveis e os potenciais utilizadores têm de ser capazes de reconhecer que estes existem, que podem ser acedidos e que podem servir as suas necessidades de saúde. Precisam de ser culturalmente e socialmente aceitáveis para que todos os grupos populacionais tenham condições de poder aceitar aceder aos serviços. Têm de ser geograficamente alcançáveis num espaço de tempo razoável tendo em conta os meios ao dispor dos seus potenciais utilizadores, e, atualmente também precisam ainda de ser alcançáveis e utilizáveis à distância (via digital ou telefone). Precisam de ser financeiramente suportáveis para os recursos que os potenciais utilizadores podem despende. Os serviços de saúde devem ser apropriados às necessidades de saúde dos seus utilizadores potenciais, de forma a oferecer os cuidados que efetivamente são necessários, sem gastar recursos em cuidados desnecessários.^{1,3}

Existem múltiplas formas de tentar mensurar ou monitorizar o acesso nos serviços de saúde. Uma das formas mais modernas e atualmente utilizadas é através das necessidades de saúde não-satisfeitas (NSNS).⁴ As NSNS são um conceito complexo e com várias definições na literatura.⁵ Uma forma de definir NSNS é dada pela diferença entre os serviços de saúde considerados necessários para lidar com uma determinada situação de saúde e os cuidados que foram realmente recebidos.⁶

Existem várias possibilidades metodológicas para avaliar as NSNS, podendo ser divididas em dois grandes grupos: as metodologias “clínicas” e “subjetivas”. As metodologias “clínicas” avaliam se o indivíduo recebeu os cuidados adequados para a sua situação, com base em linhas de orientação clínicas, aplicadas por um clínico e validadas para uma seleção limitada de situações. As metodologias “subjetivas” baseiam-se no auto-relato dos potenciais utilizadores do serviço de saúde. Estas últimas são largamente mais utilizadas e consideradas superiores, uma vez que conseguem detetar mais situações, são mais viáveis de realizar e também porque a informação relatada pelo próprio demonstrou ter qualidade para a avaliação do estado de saúde e das interações com o sistema de saúde.⁶⁻⁹

A maioria dos países europeus dispõe de sistemas de saúde com cobertura universal, mas as probabilidades de experienciar NSNS variam muito entre estes países. Esta variação é em parte explicada pelas características dos sistemas de saúde. Um dos principais determinantes para a ocorrência de NSNS parece ser o esforço financeiro que as famílias têm de fazer com a saúde. De facto, foi encontrada uma associação positiva entre a probabilidade de experienciar NSNS e a parcela de pagamentos diretos (*out-of-pocket*) no total de gastos em saúde das famílias.^{10–12} Numa realidade onde os recursos são limitados, é natural a ocorrência de NSNS, mas elevadas prevalências de NSNS devem ser um alerta porque estão associadas a pior estado de saúde da população.^{4,13} A prevalência de NSNS é geralmente heterógena, penalizando grupos populacionais vulneráveis. A identificação destes grupos e das barreiras que impedem o seu acesso a cuidados de saúde apropriados pode ajudar a definir políticas que reduzam a iniquidade.^{13,14}

No caso de Portugal, apesar da existência de um serviço de saúde com cobertura universal e tendencialmente gratuito, responsável por assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, Portugal apresenta-se como um dos países com maiores desigualdades no acesso à saúde na Europa.¹⁵ Possivelmente relacionado com este facto, Portugal é um dos países europeus com maior desigualdade de rendimentos.^{15,16} O país foi severamente afetado pela crise económica mundial que começou em 2009 e o governo foi forçado a reduzir o investimento público no sector da saúde, tendo-se verificado uma degradação do acesso à saúde, justificada pelo desinvestimento nos equipamentos, infraestruturas, recursos humanos e orçamentos.¹⁷ A introdução das medidas de austeridade impostas pela troika precipitou a deterioração do acesso à saúde em Portugal¹⁸, muito embora tenham sido tomadas medidas de proteção dos grupos vulneráveis que foram capazes de travar o alargamento do fosso das iniquidades no acesso por motivos socioeconómicos.¹⁹

Portugal apresenta um crescimento económico modesto desde 2013, mas contrariamente à maioria dos países europeus, tem continuado a reduzir a sua contribuição do PIB para a Saúde. Em 2019, Portugal gastava cerca de 9,5% do PIB na Saúde, abaixo da média da UE de 9,9%.^{20–22} Embora a cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja muito abrangente e teoricamente englobe todos os cuidados de saúde necessários, na realidade existem falhas de cobertura - a mais evidente verifica-se nos cuidados dentários, que são maioritariamente assegurados pelo setor privado. A dificuldade no acesso à saúde nos escalões de rendimento mais baixos é especialmente elevada comparativamente à média da EU.²³ Apenas 25% da população residente em Portugal é beneficiária de um subsistema de saúde ou de um seguro privado de saúde.²⁴ Em Portugal, no período pós-crise, assistiu-se a uma subida significativa da parcela da despesa total em saúde constituída por gastos privados, sobretudo sob a forma de pagamentos diretos ou copagamentos (pagamentos *out-*

of-pocket). Portugal destaca-se no seio da comunidade europeia por apresentar uma das mais elevadas parcelas de pagamentos *out-of-pocket* na despesa total em saúde, apresenta uma despesa pública em saúde significativamente abaixo da média.²⁵ A sobrecarga com pagamentos *out-of-pocket* na saúde que se verifica em Portugal (cerca de 30% da despesa total em saúde), está apenas ao nível de países europeus como a Bulgária, Grécia, Chipre, Lituânia, Malta, Hungria e Bósnia.²⁶ A parcela de despesa pública com a saúde em 2019 foi de 63.6%, o advento da pandemia por covid-19 nos anos seguintes empurrou a despesa pública para valores provisórios de 66.8% em 2020 e 66.1% em 2021.²⁷ A elevada despesa em pagamentos *out-of-pocket* justificam o crescimento que se tem verificado no sector privado da saúde, que tem investido na prestação de cuidados cada vez mais diferenciados e tem aumentado a sua capacidade para competir com o SNS. O gasto per capita em prestadores privados tem vindo a crescer e este crescimento é em parte justificado pelas listas de espera e outras barreiras no acesso ao SNS.^{21,28}

Para definir políticas de saúde eficazes em melhorar o acesso à saúde, é essencial saber onde estão as barreiras e as iniquidades no acesso. Ainda assim, verifica-se uma relativa escassez de estudos capazes de identificar os grupos mais vulneráveis e as barreiras no acesso à saúde em Portugal. O objetivo deste estudo é caracterizar a prevalência e determinantes das NSNS em Portugal e a sua evolução entre 2014 e 2019. Com este estudo espera-se identificar as principais iniquidades no acesso à saúde pela população residente em Portugal.

Materiais e métodos

Dados

Este estudo utiliza os dados colhidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 2014 e 2019. Os INS são inquéritos de base populacional realizados pelo Instituto Nacional de Estatística em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Estes têm o objetivo de caracterizar a saúde da população com 15 ou mais anos de idade, residente no território português. Os INS são harmonizados e regulamentados pelo Parlamento Europeu, visando um regime comum e comparável das estatísticas europeias. Não foram incluídos dados de INS anteriores porque apenas a partir de 2014 foi incluído um módulo harmonizado de questões sobre NSNS, o que permite uma análise mais precisa e informativa. As bases de dados anonimizadas dos INS 2014 e 2019 foram cedidas à Escola Nacional de Saúde Pública para efeitos de investigação.

Os INS seguem um esquema de amostragem estratificado e multietápico por regiões e sub-regiões em que as unidades primárias (territórios) são selecionadas sistematicamente com probabilidade proporcional à dimensão do número de alojamentos familiares de residência principal, enquanto as unidades secundárias (alojamentos) são selecionadas de forma aleatória e sistemática dentro das unidades da primeira etapa. A base de amostragem utilizada nos INS foi extraída a partir dos Censos 2011. A base de amostragem dos INS foram os alojamentos e a unidade estatística foi o agregado doméstico e o indivíduo. Os dados foram recolhidos por entrevista presencial com apoio de computador (CAPI) e por entrevista web assistida por computador (CAWI). A dimensão da amostra do INS 2014 foi de 22 538 unidades de alojamento, as respostas foram recolhidas entre 10 de setembro e 15 de dezembro de 2014 e foram obtidas 18 204 respostas válidas. A dimensão da amostra do INS 2019 foi de 22 191 unidades de alojamento, as respostas foram recolhidas entre 16 de setembro e 20 de dezembro de 2019 e foram obtidas 14 617 respostas válidas.

Para este estudo foram consideradas as amostras totais do INS 2014, constituída por 18 204 respostas válidas, e do INS 2019, constituída por 14 617 respostas válidas, totalizando 32 821 casos. Com o objetivo de reduzir o viés de seleção relativamente à dimensão da educação, optou-se por excluir os indivíduos com menos de 25 anos, uma vez que na sua generalidade não completaram a sua formação de base. Assim, da amostra inicial do INS 2014 foram excluídos 1418 casos e da amostra inicial do INS 2019 foram excluídos 1037 casos. Optou-se também por excluir os indivíduos com 80 ou mais anos, uma vez que os inquéritos não foram aplicados a pessoas institucionalizadas, que representam uma porção significativa na população com 80 ou mais anos. Assim, da amostra inicial do INS 2014 foram

excluídos 1590 casos e da amostra inicial do INS 2019 foram excluídos 1528 casos. Assim, a amostra final deste estudo apresenta é dada por 27 248 casos, 15196 que responderam ao INS 2014 e 12052 que responderam ao INS 2019.

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes, que expressam NSNS foram retiradas do módulo de questões “P – Necessidades de Saúde Não Satisfeitas”, presente nos INS de 2014 e 2019. Neste módulo são realizadas 6 questões que deram origem a 6 variáveis:

- Na pergunta P1.1. lê-se “Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável? Considere os cuidados de saúde prestados para fins diferentes (curativos, de reabilitação, continuados) e em diferentes contextos (internamento, ambulatório, hospital de dia, no domicílio).” As opções de resposta são dadas por “Sim, Não ou Não houve necessidade”. É ainda prestado o esclarecimento: “Responda “Sim” se não recebeu cuidados de saúde em tempo útil, teve de recorrer a uma alternativa (não foi possível marcar uma consulta em tempo útil, ficou em lista de espera apesar da urgência) ou desistiu de procurar cuidados devido ao tempo que teria de esperar.” Esta questão deu origem à variável “Espera de cuidados médicos além do razoável”.
- Na pergunta P1.2. lê-se “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? Não considere eventuais dificuldades relacionadas com o custo do transporte.” As opções de resposta são dadas por “Sim, Não ou Não houve necessidade.” É ainda prestado o esclarecimento: “Responda “Sim” se teve de ficar à espera devido à distância em relação ao estabelecimento de saúde ou à inexistência de meios de transporte.” Esta questão deu origem à variável “Espera de cuidados médicos devido a distância ou transporte”.
- Na pergunta P2.1. lê-se “Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou de fazer exames ou tratamentos médicos mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras? As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.” As opções de resposta são dadas por “Precisou e não satisfaz essa necessidade, precisou e satisfaz essa necessidade ou Não houve necessidade.” Esta questão deu origem à variável “Necessidade de cuidados médicos não satisfeita por dificuldades financeiras”.
- Na pergunta P2.2. lê-se “Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta dentária ou de fazer exames ou tratamentos dentários mas não satisfaz essa necessidade

por dificuldades financeiras? Considere os cuidados de saúde prestados por (ou sob a supervisão de) dentistas, estomatologistas ou ortodontistas. As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.” As opções de resposta são dadas por “Precisou e não satisfaz essa necessidade, Precisou e satisfaz essa necessidade ou Não houve necessidade.” Esta questão deu origem à variável “Necessidade de cuidados dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras”.

- Na pergunta P2.3. lê-se “Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de comprar medicamentos receitados mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras? Considere os medicamentos que só podem ser obtidos com uma receita médica (de um médico ou dentista). As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.” As opções de resposta são dadas por “Precisou e não satisfaz essa necessidade, Precisou e satisfaz essa necessidade ou Não houve necessidade.” Esta questão deu origem à variável “Necessidade de comprar de medicamentos não satisfeita por dificuldades financeiras”.

- Na pergunta P2.4. lê-se “Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia ou de tratamentos de saúde mental mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras? Considere os cuidados de saúde mental prestados por médicos psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas. As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.” As opções de resposta são dadas por “Precisou e não satisfaz essa necessidade, Precisou e satisfaz essa necessidade ou Não houve necessidade.” Esta pergunta deu origem à variável “Necessidade de cuidados de saúde mental não satisfeitos por dificuldades financeiras”.

Variáveis explicativas

Dos dados colhidos pelos INS de 2014 e 2019, foram seleccionadas as seguintes variáveis explicativas:

Ano do Inquérito – variável codificada através da base de dados de origem de cada caso. Corresponde ao ano em que o indivíduo respondeu ao INS: 2014 ou 2019

Sexo – variável obtida através da resposta à questão do INS: “sexo”. Determina o sexo do indivíduo, apresentando duas opções de resposta: “masculino ou feminino”

Grupo etário – variável obtida através da resposta à questão do INS: “Data de nascimento”, que permite calcular a idade. Para este estudo, esta variável foi recodificada para definir

grupos etários com intervalos de 10 anos, com início no grupo 25-34 anos e terminando no grupo 75-79 anos.

Naturalidade – variável obtida através da resposta à questão do INS: “Em que país nasceu?”. Designa o país de nascimento do indivíduo. Esta variável foi cedida previamente codificada em três categorias: “Portugal, Outro país da União Europeia ou Outro país fora da União Europeia”

Região – variável obtida através da localização da residência do agregado familiar. Determina a região de residência do agregado familiar, com a agregação NUTS II (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira ou Região Autónoma dos Açores)

Grau de urbanização – variável obtida através da localização da residência do agregado familiar. Representa uma tipologia de classificação do território em três categorias de densidade e dimensão populacional:

- Áreas densamente povoadas: freguesias onde que pelo menos 50% da população vive em agrupamentos de alta densidade. (quadrículas contíguas com 1 Km², com uma densidade populacional igual ou superior a 1 500 habitantes por km² e possuindo, no seu conjunto, uma população total de, pelo menos, 50 000 habitantes).
- Áreas medianamente povoadas: freguesias que, não fazendo parte de uma área densamente povoada, apresentem menos de 50% da população a viver em agrupamentos de alta densidade e menos de 50% da população a viver em quadrículas (células com 1 km²) que representam o espaço rural, isto é, quadrículas fora dos agrupamentos urbanos (entende-se por agrupamentos urbanos, agrupamentos que correspondem a um conjunto de quadrículas contíguas com 1 km², com uma densidade populacional igual ou superior a 300 habitantes por km² e possuindo, no seu conjunto, uma população total de, pelo menos, 5 000 habitantes).
- Áreas pouco povoadas: freguesias em que mais de 50% da população vive em quadrículas classificadas como espaço rural.

Escolaridade – variável obtida através da resposta à questão do INS: “Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?”. Designa o nível de escolaridade mais elevado completado pelo indivíduo. Esta variável foi cedida previamente codificada nas categorias: Nenhum ou pré-escolar / Básico 1º e 2º ciclo / Básico 3º ciclo / Secundário / Pós-secundário ou Superior. Para efeitos de simplificação da análise e para garantir uma amostra suficiente em cada grupo nas categorias, optou-se por recodificar esta variável nas categorias “Nenhum ou pré-escolar / Básico / Secundário / Superior ou pós-secundário.

Situação face ao emprego – variável obtida através da resposta à questão do INS: “Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra? Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal”. Designa a condição perante o emprego, obtida através da auto classificação do indivíduo. Esta variável foi cedida previamente codificada nas categorias: Tem um emprego ou trabalho / Desempregado / Aluno, estudante, ou em estágio curricular / Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade / Incapacitado permanente para o trabalho / Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório) / Ocupa-se de tarefas domésticas / Outra situação de inatividade. Para efeitos de simplificação da análise e para garantir uma amostra suficiente em cada grupo, optou-se por recodificar esta variável nas categorias: Empregado / Desempregado / Estudante / Reformado / Outras situações de inatividade.

Rendimento – variável obtida através do rendimento líquido mensal do agregado. Designa o quintil em que se insere o Rendimento líquido mensal do agregado do indivíduo, considerando-se o 1º quintil o mais baixo e o 5º quintil o mais elevado. A base de dados foi cedida com o rendimento já definido em quintis.

Beneficiário de subsistema ou seguro de saúde – esta variável foi obtida por codificação de 2 variáveis:

- Variável “Tem seguro de saúde” é dada pela questão do INS: “Tem seguro de saúde?”, com 2 opções de resposta possíveis: “sim ou não”.
- Variável “Subsistema de assistência na doença” é dada pela questão do INS: “Para além do Serviço Nacional de Saúde, é beneficiário de um subsistema de assistência na doença, como por exemplo ADSE ou SAMS? Não considere seguros de saúde.”, com 2 opções de resposta possíveis: “sim ou não”.

Esta variável determina se o indivíduo é beneficiário de um subsistema de saúde e/ou de um seguro de saúde, apresentando a categoria “sim” em caso de resposta “sim” a qualquer uma das variáveis anteriores e apresentando a categoria “não” em caso de resposta “não” às duas variáveis anteriores.

Análise estatística

Os dados foram trabalhados com recurso ao software de estatística SPSS®, versão 28. Primeiramente foi realizada uma análise descritiva para caracterização da amostra e posteriormente foram realizadas as análises de associação entre as variáveis dependentes (que correspondem às NSNS) e as variáveis explicativas.

Nas análises de associação, cada uma das 6 variáveis dependentes foi analisada individualmente. Para a análise de associação de cada variável dependente, foram excluídos os casos em que não houve necessidade de saúde e os em que não houve resposta. Desta forma as variáveis dependentes tornaram-se variáveis binárias, o que permitiu uma análise multivariada com recurso a regressão linear binária logística, utilizando-se as variáveis explicativas como preditores.

Aspetos éticos

A totalidade dos dados utilizados neste estudo são provenientes das bases de dados anonimizadas dos INS 2014 e 2019, cedidos à Escola Nacional de Saúde Pública para fins de investigação.

Não se declara qualquer conflito de interesse.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra final deste estudo encontra-se representada na tabela 1.

É composta por 15 196 respondentes ao INS 2014, que corresponde a 55,8% da amostra, e por 12 052 que corresponde a 44,2% da amostra.

As mulheres são predominantes, atingindo 56,2% da amostra. Os grupos etários com menor representação são o primeiro (25 aos 34 anos) com apenas 10,8%, e o último (75 a 79 anos) com apenas 8,7%. Os restantes grupos apresentam representatividade semelhante, variando entre 19,1% e 21,3%.

Quanto à representatividade por regiões do território português, verifica-se a distribuição decrescente: Centro – 17,4%, Lisboa – 16,7%, Norte – 14,9%, Madeira – 13,3%, Algarve – 13,0%, Açores – 12,6% e Alentejo – 12,1%. De referir que 35,6% dos agregados familiares residiam em áreas mediantemente povoadas, 34,3% em áreas pouco povoadas (rurais) e 30,0% em áreas densamente povoadas (urbanas).

A larga maioria da amostra é natural de Portugal – 92,0%, enquanto um grupo minoritário de indivíduos é natural de países fora da União Europeia – 5,8% e o outro grupo minoritário é natural de países que integram a União Europeia – 2,1%.

A maioria da amostra completou apenas o ensino básico – 57,8%, enquanto 18,3% completou um curso de ensino superior ou um curso de especialização pós-secundário, 15,3% completou apenas o ensino secundário e 8,6% não completou nenhum ciclo de ensino.

Relativamente à situação de emprego dos inquiridos, cerca de metade estavam empregados – 50,3%, enquanto 29,6% estavam reformados, 10,1% estavam desempregados, 9,4% encontravam-se em outras situações de inatividade e apenas 0,4% eram estudantes.

Quanto ao rendimento, a amostra está dividida em partes quase iguais para cada quintil de rendimento, variando apenas entre 19,3% e 20,6%.

Cerca de dois terços da amostra (65,0%) referiram não beneficiar de qualquer subsistema ou seguro de saúde, ao contrário dos restantes 35,0% que afirmaram ser beneficiários de pelo menos um subsistema ou seguro privado de saúde.

Tabela 1 – caracterização da amostra

	Frequência	%
Ano do Inquérito		
2014	15196	55,8%
2019	12052	44,2%
Sexo		
masculino	11946	43,8%
feminino	15302	56,2%
Grupo Etário		
25-34	2944	10,8%
35-44	5196	19,1%
45-54	5380	19,7%
55-64	5799	21,3%
65-74	5572	20,4%
75-79	2357	8,7%
Residência		
Norte	4066	14,9%
Centro	4749	17,4%
Lisboa	4544	16,7%
Alentejo	3285	12,1%
Algarve	3554	13,0%
Açores	3439	12,6%
Madeira	3611	13,3%
Grau de urbanização		
Área densamente povoada	8186	30,0%
Área mediantemente povoada	9712	35,6%
Área pouco povoada	9350	34,3%
Naturalidade		
Sem resposta	15	0,1%
Autóctone (PT)	25070	92,0%
Outro estado-membro da UE	573	2,1%
Outro país fora da UE	1590	5,8%
Escolaridade		
nenhum/pré-escolar	2334	8,6%
ensino básico	15759	57,8%
ensino secundário	4170	15,3%
ensino superior/pós-secundário	4985	18,3%
Situação de emprego		
Sem resposta	40	0,1%
Empregado	13709	50,3%
Desempregado	2749	10,1%
Estudante	112	0,4%
Reformado	8075	29,6%
Outras situações de inatividade	2563	9,4%
Rendimento		
1º quintil	5257	19,3%
2º quintil	5600	20,6%
3º quintil	5516	20,2%
4º quintil	5369	19,7%
5º quintil	5506	20,2%
Subsistema ou seguro de saúde		
Não	17698	65,0%
Sim	9550	35,0%

Caracterização das necessidades de saúde não-satisfeitas

A caracterização das variáveis dependentes encontra-se representadas na tabela 2.

A grande maioria da população referiu ter tido uma necessidade em saúde nos 12 meses anteriores à aplicação do questionário, com uma prevalência que variou entre 83,3% para cuidados médicos quando questionados sobre o tempo de espera e 59,6% para cuidados de saúde oral. A exceção foram as necessidades em saúde mental, onde 90,1% afirmou não ter tido esta necessidade.

A maior expressão de NSNS verificou-se nos cuidados de saúde oral, onde 35,9% dos que tiveram necessidade não conseguiram satisfazê-la por dificuldades financeiras. De seguida destacam-se os cuidados de saúde mental, onde apesar de apenas 9,6% da amostra ter revelado esta necessidade, 31,0% dos que tiveram a necessidade não a conseguiram satisfazer por razões de dificuldades financeiras. A necessidade de cuidados médicos não satisfeitos por motivos de tempo de espera além do razoável também atingiu uma prevalência elevada, onde 28,0% dos que tiveram a necessidade não conseguiram satisfazê-la.

No sentido oposto, a prevalência de NSNS foi mais reduzida para cuidados médicos por motivo de espera devido a distância ou transporte, onde apenas 4,1% dos que tiveram esta necessidade não a conseguiram satisfazer. Quanto à necessidade de comprar medicamentos prescritos, apenas 10,4% dos que tiveram esta necessidade não a conseguiram satisfazer por motivos financeiros. Por fim, quanto à necessidade de cuidados médicos por motivos financeiros, 15,6% dos que tiveram esta necessidade não a conseguiram satisfazer por motivos financeiros.

Tabela 2 – caracterização das necessidades de saúde não-satisfeitas

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>% dos que apresentaram necessidade</i>
<i>Espera de cuidados médicos além do razoável</i>			
<i>Sim</i>	6349	23,3%	28,0%
<i>Não</i>	16341	60,0%	72,0%
<i>Não houve necessidade</i>	4475	16,4%	-
<i>Sem resposta</i>	83	0,3%	-
<i>Espera de cuidados médicos devido a distância ou transporte</i>			
<i>Sim</i>	926	3,4%	4,1%
<i>Não</i>	21589	79,2%	95,9%
<i>Não houve necessidade</i>	4670	17,1%	-
<i>Sem resposta</i>	63	0,2%	-
<i>Necessidade de cuidados médicos não satisfeita por dif. Financeiras</i>			
<i>Precisou e não satisfez essa necessidade</i>	2954	10,8%	15,6%
<i>Precisou e satisfez essa necessidade</i>	15927	58,5%	84,4%
<i>Não houve necessidade</i>	8254	30,3%	-
<i>Sem resposta</i>	113	0,4%	-
<i>Necessidade de cuidados dentários não satisfeitos por dif. Financeiras</i>			
<i>Precisou e não satisfez essa necessidade</i>	5834	21,4%	35,9%
<i>Precisou e satisfez essa necessidade</i>	10422	38,2%	64,1%
<i>Não houve necessidade</i>	10865	39,9%	-
<i>Sem resposta</i>	127	0,5%	-
<i>Necessidade de comprar de medicamentos não satisfeita por dif. Financeiras</i>			
<i>Precisou e não satisfez essa necessidade</i>	2092	7,7%	10,4%
<i>Precisou e satisfez essa necessidade</i>	18001	66,1%	89,6%
<i>Não houve necessidade</i>	7056	25,9%	-
<i>Sem resposta</i>	99	0,4%	-
<i>Necessidade de cuidados de saúde mental não satisfeitos por dif. Financeiras</i>			
<i>Precisou e não satisfez essa necessidade</i>	806	3,0%	31,0%
<i>Precisou e satisfez essa necessidade</i>	1794	6,6%	69,0%
<i>Não houve necessidade</i>	24543	90,1%	-
<i>Sem resposta</i>	105	0,4%	-

Associação entre variáveis explicativas e necessidades de saúde não-satisfeitas

As análises de associação entre as NSNS e as variáveis explicativas encontram-se representadas nas tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Relativamente ao ano em que o inquérito foi aplicado, verifica-se que em 2019 ocorreu um risco significativamente maior, comparativamente a 2014, de se apresentar NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera elevado (+23,4% ; tabela 3) e cuidados médicos devido a distância ou transporte (+80,8% ; tabela 4). Para as NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras e de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras, as diferenças de risco não foram significativas do ponto de vista estatístico (tabelas 5 e 8). Face a 2014, verificou-se menor risco em 2019 de apresentar NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (-13% ; tabela 6) e de NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (-25% ; tabela 7).

Quanto ao sexo, todas as variáveis de necessidade de saúde não-satisfeita revelaram maior risco no sexo feminino, com exceção da NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6), onde o excesso de risco não teve significado estatístico. O excesso de risco, face ao sexo masculino, foi mais expressivo para as NSNS de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (+37,5% ; tabela 8), seguido de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (+33,2% ; tabela 4), de cuidados médicos por dificuldades financeiras (+28,7% ; tabela 5), de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (+26,4% ; tabela 7) e, por fim, de cuidados médicos por motivos de tempo de espera (+24,6% ; tabela 3).

Relativamente ao grupo etário e comparativamente ao grupo etário mais jovem (25-34 anos), para NSNS de cuidados médicos por tempo de espera (tabela 3) verificou-se maior risco para os grupos etários 35-44 anos (+18,0%) e 45-54 anos (+18,5%); para cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4), verificou-se menor risco no grupo etário 65-74 anos (-30,3%); para cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5), verificou-se maior risco nos grupos etários 35-44 anos (+20,2%) e 45-54 anos (+34,5%) e menor risco no grupo etário 75-79 anos (-40,9%); para cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6), verificou-se maior risco nos grupos etários 35-44 anos (+21,6%), 45-54 anos (+40,1%) e 55-64 anos (+38,8%); para comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (tabela 7), verificou-se um menor risco nos grupos etários 65-74 anos (-31,8%) e 75-79 anos (-45,9%); para cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (tabela 8), verificou-se maior risco nos grupos etários 35-44 anos (+63,2%), 45-54 anos (+49,6%) e 55-64 anos (+46,2%).

A análise da naturalidade dos inquiridos revela apenas uma associação com significado estatístico com as NSNS de cuidados médicos por motivo de tempo de espera acima do razoável, onde se encontrou um excesso do risco de 14,6% nos indivíduos naturais de países fora da União Europeia.

Na análise por região (NUTSII) considerou-se a região Norte como referencial de comparação. Esta região destaca-se claramente pelos melhores resultados face às demais regiões do país. Para as NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera (tabela 3), o excesso de risco foi mais expressivo na região de Lisboa e Vale do Tejo (+56,0%), seguido dos Açores (+36,4%), Algarve (+29,4%), Alentejo (+28,3%) e Madeira (+18,7%). Para as NSNS de cuidados médicos devido a distância ou transporte (tabela 4), o excesso de risco foi mais expressivo na região do Alentejo (+163,9%), seguido dos Açores (+145,3%), Lisboa e Vale do Tejo (+70,3%), Centro (+54,0%), Algarve (+45%) e Madeira (+25,4%). Para as NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5), o excesso de risco foi mais expressivo na região da Madeira e Açores (+100%), seguido de Lisboa e Vale do Tejo (+55,4%), Algarve (+52,0%), Alentejo (+43,1%) e Centro (+18,2%). Para as NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6), o excesso de risco foi mais expressivo na região do Alentejo (+64,5%), seguido do Algarve (+60,6%), Lisboa e Vale do Tejo (+59,1%) e Madeira (+49,4%). Para as NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (tabela 7), o excesso de risco foi maior na região da Madeira (+42,4%), seguida do Alentejo (+36,0%), Lisboa e Vale do Tejo (+26,9%), Açores (+23,3%) e Alentejo (+21,3%). Para as NSNS de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (tabela 8), o risco apenas foi superior nas regiões do Algarve (+93,9%) e Lisboa e Vale do Tejo (+46,2%).

Relativamente ao grau de urbanização, as áreas pouco povoadas apresentaram risco superior de NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera em 9% (tabela 3), comparativamente às áreas densamente povoadas. O risco de NSNS de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4) foi maior as áreas mediantemente povoadas (+24,1%) e nas áreas pouco povoadas (+80,9%), comparativamente às áreas densamente povoadas. O risco de NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5) foi menor nas áreas pouco povoadas (-19,9%) face às áreas densamente povoadas. O risco de NSNS de compra de medicamentos prescritos devido a dificuldades financeiras (tabela 7) foi também menor nas áreas mediantemente povoadas (-11,7%) e nas áreas pouco povoadas em (-23,4%), face às áreas densamente povoadas.

A análise por nível de escolaridade foi realizada comparativamente aos que não completaram qualquer nível de escolaridade. Para as NSNS de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4), verificou-se menor risco para quem completou o ensino

básico (-28,5%) ou o ensino secundário (-43,8%). Para as NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5), verificou-se menor risco para quem completou o ensino básico (-28,1%), o ensino secundário (-30,5%) ou o ensino secundário/curso pós-superior (-22,6%). Para as NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6), verificou-se menor risco para quem completou o ensino básico (-33,4%), o ensino secundário (-55,0%) ou o ensino secundário/curso pós-superior (-58,0%). Para as NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (tabela 7), verificou-se menor risco para quem completou o ensino básico (-39,0%), o ensino secundário (-55,0%) ou o ensino secundário/curso pós-superior (-59,4%). Para as NSNS de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (tabela 8), verificou-se menor risco para quem completou o ensino básico (-33,8%).

Quanto à situação face ao emprego, verificou-se maior risco de NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera (tabela 3), no grupo dos desempregados (+15,1%), dos estudantes (+80,6%), e dos reformados (+16,3%), comparativamente ao grupo dos empregados. Verificou-se maior risco de NSNS de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4) no grupo dos desempregados (+81,1%), dos reformados (+133,1%) e dos inativos por outras razões (+115,6%), comparativamente ao grupo dos empregados. Verificou-se maior risco de NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5) no grupo dos desempregados (+59,6%), comparativamente a estar no grupo dos empregados. Verificou-se maior risco de NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6) no grupo dos desempregados (+52,5%), comparativamente a estar no grupo dos empregados. Verificou-se maior risco de NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (tabela 7) no grupo dos desempregados (+52,5%) e no grupo dos reformados (+32%), comparativamente a estar no grupo dos empregados.

Relativamente à análise do rendimento, utilizou-se o 1º quintil de rendimento (grupo dos que auferem menor rendimento) como referencial para comparação. Para as NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera (tabela 3), verificou-se menor risco no 4º quintil (-11,7%) e no 5º quintil (-31,0%). Para as NSNS de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4), verificou-se menor risco no 2º quintil (-24,1%), no 3º quintil (-24,9%), no 4º quintil (-45,8%) e no 5º quintil (-59,4%). Para as NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (tabela 5), verificou-se menor risco no 2º quintil (-26,8%), no 3º quintil (-35,5%), no 4º quintil (-60,5%) e no 5º quintil (-76,7%). Para as NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (tabela 6), verificou-se menor risco no 2º quintil (-29,3%), no 3º quintil (-45,6%), no 4º quintil (-65,2%) e no 5º quintil (-81,2%). Para as NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (tabela 7), verificou-se menor risco no 2º quintil (-36,3%), no 3º quintil (-44,6%), no 4º quintil (-69,2%) e no 5º quintil (-81,9%). Para

as NSNS de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (tabela 8), verificou-se menor risco no 2º quintil (-30,0%), no 3º quintil (-45,6%), no 4º quintil (-51,0%) e no 5º quintil (-80,9%).

A análise de associação entre as NSNS e em ser beneficiário de um seguro ou subsistema de saúde revelou menor risco de NSNS para os indivíduos beneficiários de seguro ou subsistema de saúde, com exceção da NSNS de cuidados médicos por motivo de distância ou transporte (tabela 4), onde a redução de risco não teve significado estatístico. A redução do risco verificada nos indivíduos beneficiários de seguro ou subsistema de saúde foi maior para as NSNS de cuidados dentários por dificuldades financeiras (-42,6% ; tabela 6), seguida das NSNS de cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras (-33,4% ; tabela 8), NSNS de cuidados médicos por dificuldades financeiras (-26,7% ; tabela 5), NSNS de cuidados médicos devido a tempo de espera (-20,6% ; tabela 3) e por fim das NSNS de comprar medicamentos prescritos por dificuldades financeiras (-13,1% ; tabela 7).

Tabela 3 – espera por consulta medica mais do que entende como adequado ou razoável

Variável	Não		Sim		Odds-Ratio	95% IC inferior	95% IC superior	P-value
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	9295	73,70%	3311	26,30%	referencial	.	.	.
2019	7046	69,90%	3038	30,10%	1,234	1,162	1,31	<,001
Sexo do respondente								
Homem	6944	74,9%	2332	25,1%	referencial	.	.	.
Mulher	9397	70,1%	4017	29,9%	1,246	1,17	1,327	<,001
Grupo Etário								
25-34	1677	74,6%	572	25,4%	referencial	.	.	.
35-44	2845	72,5%	1079	27,5%	1,18	1,046	1,331	0,007
45-54	3134	71,8%	1228	28,2%	1,185	1,05	1,337	0,006
55-64	3570	72,2%	1373	27,8%	1,111	0,979	1,261	0,101
65-74	3580	71,2%	1451	28,8%	1,051	0,901	1,225	0,528
75-79	1535	70,4%	646	29,6%	1,014	0,85	1,208	0,878
Naturalidade								
Portugal	15119	72,1%	5853	27,9%	referencial	.	.	.
Outro país EU	335	76,1%	105	23,9%	0,869	0,692	1,091	0,225
Outro país fora EU	882	69,6%	386	30,4%	1,146	1,008	1,303	0,037
Região								
Norte	2646	75,7%	848	24,3%	referencial	.	.	.
Centro	3078	74,8%	1036	25,2%	1,042	0,936	1,161	0,45
LVT	2657	68,7%	1213	31,3%	1,56	1,404	1,733	<,001
Alentejo	1853	70,5%	777	29,5%	1,283	1,137	1,448	<,001
Algarve	2012	71,4%	806	28,6%	1,294	1,152	1,454	<,001
Açores	2029	69,9%	874	30,1%	1,364	1,217	1,528	<,001
Madeira	2066	72,2%	795	27,8%	1,187	1,059	1,331	0,003
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	5061	73,4%	1831	26,6%	referencial	.	.	.
Área mediantemente povoada	5766	72,0%	2239	28,0%	1,056	0,977	1,14	0,169
Área pouco povoada	5514	70,8%	2279	29,2%	1,09	1,005	1,183	0,038
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	1415	67,5%	680	32,5%	referencial	.	.	.
Básico	9465	71,1%	3843	28,9%	0,916	0,823	1,02	0,111
Secundário	2453	73,4%	891	26,6%	0,909	0,789	1,047	0,185
Superior/pós-secundário	3008	76,3%	935	23,7%	0,938	0,805	1,093	0,411
Situação de emprego								
Empregado	8022	74,1%	2800	25,9%	referencial	.	.	.
Desempregado	1472	68,4%	679	31,6%	1,151	1,033	1,283	0,011
Estudante	53	61,6%	33	38,4%	1,806	1,156	2,822	0,009
Reformado	5182	70,8%	2138	29,2%	1,163	1,039	1,302	0,009
Outras situações de inatividade	1603	69,9%	689	30,1%	1,015	0,902	1,142	0,805
Quintis do rendimento								
1º	3025	68,8%	1369	31,2%	referencial	.	.	.
2º	3318	68,6%	1519	31,4%	1,006	0,916	1,105	0,893
3º	3229	70,2%	1369	29,8%	1,002	0,908	1,105	0,973
4º	3245	73,8%	1151	26,2%	0,883	0,795	0,98	0,019
5º	3524	78,9%	941	21,1%	0,69	0,61	0,781	<,001
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	10330	69,8%	4470	30,2%	referencial	.	.	.
Sim	6011	76,2%	1879	23,8%	0,794	0,738	0,854	<,001

Tabela 4 – espera por consulta médica devido a distância ou transporte

<i>Variável</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<i>Odds-Ratio</i>	<i>95% IC inferior</i>	<i>95% IC superior</i>	<i>P-value</i>
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	12013	96,8%	398	3,2%	referencial	.	.	.
2019	9576	94,8%	528	5,2%	1,808	1,575	2,076	0
Sexo do respondente								
Homem	8913	96,8%	296	3,2%	referencial	.	.	.
Mulher	12676	95,3%	630	4,7%	1,332	1,146	1,547	<,001
Grupo Etário								
25-34	2172	96,8%	72	3,2%	referencial	.	.	.
35-44	3771	96,8%	123	3,2%	1,049	0,774	1,421	0,758
45-54	4186	96,5%	154	3,5%	0,985	0,729	1,331	0,921
55-64	4691	95,8%	207	4,2%	0,886	0,65	1,206	0,441
65-74	4744	95,2%	239	4,8%	0,697	0,488	0,995	0,047
75-79	2025	93,9%	131	6,1%	0,739	0,501	1,089	0,126
Naturalidade								
Portugal	19936	95,8%	867	4,2%	referencial	.	.	.
Outro país EU	427	96,4%	16	3,6%	1,138	0,675	1,916	0,628
Outro país fora EU	1216	96,6%	43	3,4%	1,199	0,865	1,662	0,277
Região								
Norte	3414	97,7%	82	2,3%	referencial	.	.	.
Centro	3923	95,9%	169	4,1%	1,54	1,17	2,027	0,002
LVT	3775	96,7%	130	3,3%	1,703	1,28	2,266	<,001
Alentejo	2377	92,7%	187	7,3%	2,639	1,998	3,485	<,001
Algarve	2643	96,7%	90	3,3%	1,45	1,062	1,981	0,019
Açores	2719	93,8%	181	6,2%	2,453	1,867	3,224	<,001
Madeira	2738	96,9%	87	3,1%	1,254	0,921	1,709	0,151
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	6637	97,5%	169	2,5%	referencial	.	.	.
Área mediantemente povoada	7679	96,5%	282	3,5%	1,241	1,012	1,52	0,038
Área pouco povoada	7273	93,9%	475	6,1%	1,809	1,484	2,206	<,001
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	1917	92,2%	162	7,8%	referencial	.	.	.
Básico	12553	95,5%	591	4,5%	0,715	0,585	0,873	0,001
Secundário	3238	97,4%	85	2,6%	0,562	0,409	0,773	<,001
Superior/pós-secundário	3881	97,8%	88	2,2%	0,722	0,508	1,027	0,07
Situação de emprego								
Empregado	10505	97,6%	258	2,4%	referencial	.	.	.
Desempregado	2018	94,7%	114	5,3%	1,811	1,422	2,308	<,001
Estudante	79	94,0%	5	6,0%	2,139	0,833	5,497	0,114
Reformado	6874	94,8%	377	5,2%	2,331	1,805	3,011	<,001
Outras situações de inatividade	2090	92,4%	171	7,6%	2,156	1,686	2,758	<,001
Quintis do rendimento								
1º	4079	93,3%	295	6,7%	referencial	.	.	.
2º	4537	94,8%	250	5,2%	0,759	0,625	0,922	0,005
3º	4363	95,8%	193	4,2%	0,751	0,608	0,926	0,008
4º	4211	97,4%	111	2,6%	0,542	0,422	0,696	<,001
5º	4399	98,3%	77	1,7%	0,406	0,294	0,561	<,001
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	13922	95,1%	713	4,9%	referencial	.	.	.
Sim	7667	97,3%	213	2,7%	0,866	0,724	1,035	0,113

Tabela 5 – necessidade de consulta médica não satisfeita por dificuldades financeiras

variável	Precisou e satisfez essa necessidade		Precisou e não satisfez essa necessidade		Odds- Ratio	95% IC inferior	95% IC superior	P- value
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	9267	84,4%	1711	15,6%	referencial	.	.	.
2019	6660	84,3%	1243	15,7%	1,035	0,951	1,125	0,429
Sexo do respondente								
Homem	6511	87,2%	959	12,8%	referencial	.	.	.
Mulher	9416	82,5%	1995	17,5%	1,287	1,177	1,407	<,001
Grupo Etário								
25-34	1464	84,8%	262	15,2%	referencial	.	.	.
35-44	2584	83,7%	503	16,3%	1,202	1,015	1,425	0,033
45-54	2854	81,2%	661	18,8%	1,345	1,138	1,591	<,001
55-64	3530	83,2%	715	16,8%	1,162	0,976	1,383	0,091
65-74	3766	86,4%	592	13,6%	0,857	0,692	1,061	0,158
75-79	1729	88,7%	221	11,3%	0,591	0,459	0,759	<,001
Naturalidade								
Portugal	14780	84,5%	2716	15,5%	referencial	.	.	.
Outro país EU	307	86,2%	49	13,8%	1,035	0,752	1,425	0,833
Outro país fora EU	839	81,8%	187	18,2%	1,115	0,935	1,33	0,227
Região								
Norte	2635	87,9%	363	12,1%	referencial	.	.	.
Centro	3090	87,5%	443	12,5%	1,182	1,013	1,378	0,033
LVT	2617	85,1%	459	14,9%	1,554	1,332	1,813	<,001
Alentejo	1943	85,9%	320	14,1%	1,431	1,204	1,702	<,001
Algarve	2097	84,4%	387	15,6%	1,52	1,293	1,787	<,001
Açores	1710	79,2%	450	20,8%	2,009	1,715	2,355	0
Madeira	1835	77,5%	532	22,5%	2,004	1,723	2,331	0
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	4680	84,4%	866	15,6%	referencial	.	.	.
Área mediantemente povoada	5619	83,5%	1107	16,5%	0,959	0,863	1,066	0,439
Área pouco povoada	5628	85,2%	981	14,8%	0,801	0,715	0,897	<,001
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	1451	79,0%	386	21,0%	referencial	.	.	.
Básico	9336	83,2%	1889	16,8%	0,719	0,627	0,824	<,001
Secundário	2291	86,2%	366	13,8%	0,695	0,574	0,841	<,001
Superior/pós-secundário	2849	90,1%	313	9,9%	0,774	0,625	0,958	0,019
Situação de emprego								
Empregado	7496	86,5%	1172	13,5%	referencial	.	.	.
Desempregado	1263	70,8%	522	29,2%	1,596	1,4	1,819	<,001
Estudante	55	83,3%	11	16,7%	1,016	0,519	1,991	0,962
Reformado	5551	87,3%	807	12,7%	1,072	0,915	1,254	0,39
Outras situações de inatividade	1557	78,0%	438	22,0%	1,057	0,91	1,228	0,465
Quintis do rendimento								
1º	2667	72,9%	993	27,1%	referencial	.	.	.
2º	3326	81,5%	755	18,5%	0,732	0,652	0,822	<,001
3º	3242	84,3%	606	15,7%	0,645	0,57	0,731	<,001
4º	3268	89,7%	376	10,3%	0,395	0,342	0,457	0
5º	3424	93,9%	224	6,1%	0,233	0,192	0,283	0
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	10079	81,5%	2285	18,5%	referencial	.	.	.
Sim	5848	89,7%	669	10,3%	0,733	0,659	0,816	<,001

Tabela 6 – necessidade de consulta dentária não satisfeita por dificuldades financeiras

variável	Precisou e satisfez essa necessidade		Precisou e não satisfez essa necessidade		Odds- Ratio	95% IC inferior	95% IC superior	P- value
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	5665	62,4%	3418	37,6%	referencial 0,87	. 0,81	. 0,935	. <,001
2019	4757	66,3%	2416	33,7%				
Sexo do respondente								
Homem	4336	66,3%	2203	33,7%	referencial	.	.	.
Mulher	6086	62,6%	3631	37,4%	1,051	0,976	1,132	0,191
Grupo Etário								
25-34	1307	70,4%	550	29,6%	referencial	.	.	.
35-44	2260	68,2%	1054	31,8%	1,216	1,062	1,392	0,005
45-54	2108	60,9%	1351	39,1%	1,461	1,276	1,673	<,001
55-64	2127	60,3%	1403	39,7%	1,388	1,203	1,601	<,001
65-74	1948	64,4%	1078	35,6%	1,11	0,926	1,33	0,26
75-79	672	62,8%	398	37,2%	0,938	0,754	1,166	0,564
Naturalidade								
Portugal	9501	63,8%	5384	36,2%	referencial	.	.	.
Outro país EU	262	73,4%	95	26,6%	0,806	0,62	1,047	0,106
Outro país fora EU	657	65,1%	352	34,9%	1,089	0,936	1,266	0,271
Região								
Norte	1698	66,6%	851	33,4%	referencial	.	.	.
Centro	1991	68,9%	900	31,1%	1,047	0,924	1,187	0,467
LVT	1757	64,7%	958	35,3%	1,591	1,402	1,805	<,001
Alentejo	1025	59,5%	697	40,5%	1,645	1,422	1,903	<,001
Algarve	1327	61,5%	830	38,5%	1,606	1,405	1,835	<,001
Açores	1286	67,4%	622	32,6%	1,015	0,883	1,167	0,835
Madeira	1338	57,8%	976	42,2%	1,494	1,315	1,697	<,001
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	3416	67,2%	1670	32,8%	referencial	.	.	.
Área mediantemente povoada	3811	64,5%	2100	35,5%	0,918	0,838	1,006	0,066
Área pouco povoada	3195	60,8%	2064	39,2%	0,927	0,841	1,023	0,13
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	490	42,7%	657	57,3%	referencial	.	.	.
Básico	5211	57,0%	3925	43,0%	0,666	0,58	0,764	<,001
Secundário	1972	73,2%	723	26,8%	0,45	0,378	0,535	0
Superior/pós-secundário	2749	83,9%	529	16,1%	0,42	0,348	0,508	0
Situação de emprego								
Empregado	6060	70,5%	2533	29,5%	referencial	.	.	.
Desempregado	773	43,1%	1020	56,9%	1,525	1,356	1,715	<,001
Estudante	46	70,8%	19	29,2%	0,837	0,473	1,478	0,539
Reformado	2794	65,3%	1485	34,7%	0,944	0,822	1,083	0,407
Outras situações de inatividade	744	49,2%	768	50,8%	1,048	0,914	1,201	0,502
Quintis do rendimento								
1º	1292	41,0%	1860	59,0%	referencial	.	.	.
2º	1702	52,9%	1514	47,1%	0,707	0,635	0,787	<,001
3º	1958	61,9%	1207	38,1%	0,544	0,486	0,608	0
4º	2418	74,4%	830	25,6%	0,348	0,309	0,393	0
5º	3052	87,8%	423	12,2%	0,188	0,162	0,219	0
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	5584	54,9%	4583	45,1%	referencial	.	.	.
Sim	4838	79,5%	1251	20,5%	0,574	0,527	0,626	0

Tabela 7 – necessidade de comprar medicamentos não satisfeita por dificuldades financeiras

variável	Precisou e satisfez essa necessidade		Precisou e não satisfez essa necessidade		Odds- Ratio	95% IC inferior	95% IC superior	P- value
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	10137	88,3%	1339	11,7%	referencial	.	.	.
2019	7864	91,3%	753	8,7%	0,75	0,68	0,828	<,001
Sexo do respondente								
Homem	7269	91,5%	674	8,5%	referencial	.	.	.
Mulher	10732	88,3%	1418	11,7%	1,264	1,14	1,401	<,001
Grupo Etário								
25-34	1557	90,4%	165	9,6%	referencial	.	.	.
35-44	2909	91,0%	288	9,0%	1,003	0,813	1,238	0,976
45-54	3261	88,0%	446	12,0%	1,169	0,955	1,432	0,13
55-64	4001	87,5%	570	12,5%	1,154	0,939	1,417	0,174
65-74	4364	91,0%	432	9,0%	0,682	0,532	0,874	0,002
75-79	1909	90,9%	191	9,1%	0,541	0,408	0,719	<,001
Naturalidade								
Portugal	16700	89,6%	1945	10,4%	referencial	.	.	.
Outro país EU	335	91,3%	32	8,7%	1,132	0,77	1,664	0,528
Outro país fora EU	966	89,5%	113	10,5%	1,102	0,888	1,367	0,38
Região								
Norte	2840	90,6%	296	9,4%	referencial	.	.	.
Centro	3405	90,9%	342	9,1%	1,114	0,939	1,322	0,216
LVT	2998	90,5%	316	9,5%	1,269	1,066	1,511	0,008
Alentejo	2192	89,3%	263	10,7%	1,36	1,123	1,645	0,002
Algarve	2348	89,9%	263	10,1%	1,213	1,008	1,459	0,041
Açores	2027	88,7%	258	11,3%	1,233	1,024	1,484	0,027
Madeira	2191	86,1%	354	13,9%	1,424	1,2	1,689	<,001
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	5369	89,8%	613	10,2%	referencial	.	.	.
Área mediamente povoada	6309	89,6%	734	10,4%	0,883	0,781	0,999	0,048
Área pouco povoada	6323	89,5%	745	10,5%	0,766	0,673	0,872	<,001
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	1650	82,1%	360	17,9%	referencial	.	.	.
Básico	10580	88,3%	1397	11,7%	0,61	0,529	0,704	<,001
Secundário	2534	92,7%	199	7,3%	0,45	0,361	0,56	<,001
Superior/pós-secundário	3237	96,0%	136	4,0%	0,406	0,313	0,527	<,001
Situação de emprego								
Empregado	8348	92,5%	679	7,5%	referencial	.	.	.
Desempregado	1461	77,7%	419	22,3%	1,888	1,632	2,185	0
Estudante	60	92,3%	5	7,7%	0,892	0,349	2,275	0,81
Reformado	6303	90,7%	645	9,3%	1,32	1,107	1,575	0,002
Outras situações de inatividade	1820	84,2%	341	15,8%	1,171	0,991	1,383	0,064
Quintis do rendimento								
1º	3099	79,2%	815	20,8%	referencial	.	.	.
2º	3836	87,5%	549	12,5%	0,637	0,562	0,723	<,001
3º	3657	89,9%	411	10,1%	0,554	0,482	0,637	<,001
4º	3587	94,5%	208	5,5%	0,308	0,258	0,367	0
5º	3822	97,2%	109	2,8%	0,181	0,142	0,231	0
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	11517	87,3%	1672	12,7%	referencial	.	.	.
Sim	6484	93,9%	420	6,1%	0,869	0,765	0,987	0,031

Tabela 8 – necessidade de cuidados de saúde mental não satisfeita por dificuldades financeiras

variável	Precisou e satisfez essa necessidade		Precisou e não satisfez essa necessidade		Odds- Ratio	95% IC inferior	95% IC superior	P- value
	n	%	n	%				
Ano do Inquérito								
2014	909	66,5%	458	33,5%	referencial 0,84	. 0,701	. 1,006	. 0,058
2019	885	71,8%	348	28,2%				
Sexo do respondente								
Homem	535	74,2%	186	25,8%	referencial	.	.	.
Mulher	1259	67,0%	620	33,0%	1,375	1,118	1,692	0,003
Grupo Etário								
25-34	174	72,2%	67	27,8%	referencial	.	.	.
35-44	306	67,3%	149	32,7%	1,632	1,135	2,347	0,008
45-54	377	67,1%	185	32,9%	1,496	1,046	2,141	0,027
55-64	430	67,9%	203	32,1%	1,462	1,006	2,123	0,046
65-74	366	71,6%	145	28,4%	1,299	0,827	2,041	0,256
75-79	141	71,2%	57	28,8%	1,104	0,647	1,884	0,716
Naturalidade								
Portugal	1677	69,3%	744	30,7%	referencial	.	.	.
Outro país EU	34	69,4%	15	30,6%	0,996	0,517	1,919	0,992
Outro país fora EU	83	64,3%	46	35,7%	1,24	0,824	1,866	0,302
Região								
Norte	322	70,3%	136	29,7%	referencial	.	.	.
Centro	347	74,3%	120	25,7%	0,926	0,679	1,264	0,628
LVT	320	66,1%	164	33,9%	1,462	1,09	1,96	0,011
Alentejo	196	67,1%	96	32,9%	1,254	0,88	1,786	0,21
Algarve	181	60,9%	116	39,1%	1,939	1,389	2,707	<,001
Açores	233	73,0%	86	27,0%	0,928	0,661	1,301	0,664
Madeira	195	68,9%	88	31,1%	1,102	0,787	1,544	0,571
Grau de urbanização								
Área densamente povoada	611	69,5%	268	30,5%	referencial	.	.	.
Área mediantemente povoada	633	70,1%	270	29,9%	0,829	0,661	1,04	0,105
Área pouco povoada	550	67,2%	268	32,8%	0,968	0,757	1,237	0,795
Escolaridade								
Nenhum/pré-escolar	127	56,7%	97	43,3%	referencial	.	.	.
Básico	1062	67,6%	509	32,4%	0,662	0,485	0,904	0,009
Secundário	236	70,2%	100	29,8%	0,72	0,472	1,097	0,126
Superior/pós-secundário	369	78,7%	100	21,3%	0,804	0,508	1,274	0,353
Situação de emprego								
Empregado	744	73,2%	272	26,8%	referencial	.	.	.
Desempregado	214	55,7%	170	44,3%	1,276	0,964	1,69	0,089
Estudante	10	66,7%	5	33,3%	1,237	0,394	3,882	0,716
Reformado	570	72,1%	221	27,9%	0,908	0,652	1,263	0,566
Outras situações de inatividade	254	64,8%	138	35,2%	0,86	0,632	1,169	0,335
Quintis do rendimento								
1º	347	55,0%	284	45,0%	referencial	.	.	.
2º	370	65,0%	199	35,0%	0,7	0,542	0,905	0,007
3º	355	71,0%	145	29,0%	0,544	0,412	0,72	<,001
4º	347	73,7%	124	26,3%	0,49	0,361	0,665	<,001
5º	375	87,4%	54	12,6%	0,191	0,126	0,291	<,001
Beneficiário de seguro ou subsistema de saúde								
Não	1113	64,2%	621	35,8%	referencial	.	.	.
Sim	681	78,6%	185	21,4%	0,666	0,53	0,838	<,001

Discussão e conclusões

Interpretação dos resultados principais

Este estudo caracterizou as NSNS em Portugal com base nos INS de 2014 e 2019, quanto à prevalência, evolução e fatores sociodemográficos associados. A prevalência de NSNS em Portugal é elevada, destacando-se as NSNS em cuidados de saúde oral e de saúde mental por motivos financeiros e as NSNS em cuidados médicos por motivos de tempo de espera. Os melhores resultados verificaram-se no acesso a cuidados médicos por motivos de distância ou transporte e no acesso a medicamentos prescritos por motivos financeiros. Relativamente aos outros países europeus e com sistemas de saúde semelhantes, Portugal destaca-se no topo dos países com maior prevalência de NSNS na UE.²⁹

De 2014 a 2019 verificou-se um agravamento significativo das NSNS em cuidados médicos por motivos de tempo de espera e por motivos de transporte/distância. Em sentido oposto, ocorreu melhoria do acesso aos medicamentos prescritos e também uma melhoria discreta do acesso aos cuidados de saúde oral por motivos financeiros. O período entre 2014 e 2019 foi um período de condições económicas favoráveis, num claro clima de recuperação após uma crise económica global, que atingiu Portugal de forma particularmente severa. Este período é caracterizado pela inflexão da trajetória descendente do PIB, que cresceu durante este período com taxas anuais entre 0,79% e 3,51%³⁰, assim como se verificou também redução do défice e do desemprego.¹⁷ 2015 foi o primeiro ano onde o investimento público na saúde aumentou, após 4 anos sucessivos de desinvestimento.²⁷ A nível do medicamento, as políticas de contenção adotadas na crise foram eficazes em melhorar a eficiência dos gastos com medicamentos e conseguiram reduzir os preços dos medicamentos em ambulatório praticados em Portugal.¹⁷ Os preços reduzidos para o doente aliados ao maior poder de compra pela recuperação económica podem ajudar a explicar a melhoria do acesso aos medicamentos prescritos entre 2014 e 2019. A melhoria discreta no acesso aos cuidados de saúde oral neste período pode ser explicada pela implementação da prestação de cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, ainda que de forma muito reduzida e experimental, e, também, pelo aumento do poder de compra, uma vez que o acesso a cuidados de saúde oral em Portugal é altamente dependente de pagamentos diretos (*out-of-pocket*). O agravamento do acesso a cuidados médicos por motivos de tempo de espera e de distância/transporte entre 2014 e 2019 podem ser uma tradução da tendência de falta de investimento público na saúde que se agravou com as medidas de austeridade impostas pela troika e continuou a ocorrer entre 2014 e 2019. Entre 2010 e 2014 houve um desinvestimento

público na saúde, 69,7% da despesa total em saúde era pública em 2010 e em 2014 era apenas de 64,6%. Entre 2014 e 2019 houve um investimento público na saúde, mas que não acompanhou o aumento da despesa total em saúde, desta forma em 2019 apenas 63,9% da despesa total em saúde era pública.²⁷ Estes dados suportam a teoria de que os efeitos do desinvestimento em infraestruturas, equipamentos, serviços e recursos humanos que ocorreu no período da crise não foram suficientemente contrariados e continuaram a manifestar-se e a agravar-se a nível do acesso à saúde, até 2019. No caso do acesso a cuidados médicos e a cuidados de saúde mental por motivos financeiros, não foi encontrado significado estatístico entre o risco de NSNS em 2014 e 2019. Estes resultados podem ter acontecido pela ação de dois fatores em sentidos opostos: por um lado o insuficiente investimento público na saúde que agravou o acesso aos serviços públicos e por outro lado a melhoria do poder de compra que aumentou a capacidade de pagar diretamente por cuidados de saúde privados.

O sexo feminino está consistentemente associado ao maior risco de NSNS. Este excesso de risco face ao sexo masculino pode atingir 37,5% em algumas necessidades de saúde. Estes resultados são consistentes com os outros estudos sobre NSNS em países desenvolvidos³¹⁻³⁵ e estão também de acordo com outros resultados que apontam para uma desvantagem das mulheres noutros indicadores de saúde. Esta desvantagem aparenta ser superior nos países do sul da Europa em comparação com os países do norte da Europa^{36,37}. Têm sido avançadas múltiplas explicações para o excesso de necessidades de saúde pelo sexo feminino, admitindo-se a contribuição de fatores biológicos (genéticos, anatómicos, endócrinos, entre outros)^{36,37}, mas mesmo que estes fatores pudessem explicar uma maior procura, são incapazes de justificar a disparidade de necessidades de saúde não satisfeitas. Nos indicadores de saúde reportados pelo próprio, é muitas vezes invocada a crença de que as mulheres têm tendência para sobrevalorizar e reportar mais problemas de saúde enquanto os homens reportam menos problemas em situações semelhantes, apesar deste fenómeno estar desacreditado pela literatura.³⁸ Os fatores sociais e económicos parecem ser importantes fatores que contribuem a desvantagem do sexo feminino. Em alguns estudos, esta desvantagem é mitigada e por vezes até anulada após a correção para variáveis socioeconómicas como a educação, emprego e rendimento.^{36,37} Ainda assim, no presente estudo, a relação entre NSNS e o género foi ajustada para esses fatores socioeconómicos (rendimento, educação, emprego, escolaridade) e mesmo assim verificou-se um significativo excesso de risco no sexo feminino. Estes resultados indicam que existem outros fatores a condicionar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde em Portugal. As mulheres podem estar a ser discriminadas no acesso ou na prestação de cuidados³⁹ ou podem estar limitadas na procura de cuidados pelas próprias famílias. As dinâmicas familiares podem dificultar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde através da sobrecarga com tarefas e

responsabilidades domésticas e familiares, como por exemplo o desempenho do papel de cuidadoras das gerações descendentes e ascendentes.

No presente estudo, os grupos etários em maior risco de apresentar NSNS foram os grupos entre os 35 e os 64 anos, que correspondem à faixa etária da meia-idade. Ter idade superior a 65 anos demonstrou ser um fator protetor para o risco de apresentar algumas NSNS. A relação entre a idade e o risco de NSNS não está bem estabelecida em estudos prévios. O risco acrescido de NSNS em população mais jovem também foi identificado em múltiplos outros estudos.^{7,32,40} O papel protetor da idade avançada é suportado por alguns estudos^{32,35} e contrariado por outros³⁴. Estudos prévios identificam a coexistência de sintomatologia depressiva e não sair de casa como principais fatores que contribuem para o risco de NSNS na população idosa.^{41,42} Os indivíduos em idades mais jovens apresentam menor risco de necessidades de saúde, contudo parecem não conseguir satisfazer as suas necessidades de saúde. As causas do risco aumentado de NSNS na população de meia-idade devem ser investigadas, fatores como o *stress*, *burnout*, sintomas depressivos, falta de suporte social e familiar e sobrecarga horária com o emprego podem ajudar a explicar a iniquidade nesta população. A população em idade mais avançada, em grande parte reformada, tem menor dificuldade em ir a consultas durante o período onde existe maior oferta (9h-17h), tem menor dificuldade em deslocar-se várias vezes ao local de prestação para realizar agendamentos e outros pedidos, tem também menor dificuldade em aguardar numa sala de espera por várias horas se assim for necessário para obter cuidados de saúde. A falta de oferta de cuidados de saúde fora do horário laboral e a dificuldade em agendar consultas e comunicar com o prestador de cuidados sem ser necessário uma deslocação física pode contribuir para esta desvantagem da população mais jovem.

A distribuição da prevalência de NSNS pelo território nacional demonstrou grandes assimetrias no acesso. Existe grande destaque para a região Norte pelos melhores resultados, enquanto a região Centro ocupa o segundo lugar. Todas as outras regiões apresentam um excesso de risco muito expressivo face ao norte do país. Sobressai a magnitude do excesso de risco em apresentar NSNS de cuidados médicos por motivos de distância/transporte no Alentejo e Açores e do excesso de risco em apresentar NSNS de cuidados médicos por motivos financeiros na região da Madeira e Açores. Um dos principais fatores que pode ajudar a explicar estas assimetrias entre regiões é a cobertura por médicos de família, na ARS Norte existe 96,70% de cobertura enquanto na ARS Alentejo verifica-se 89,15%, na ARS Algarve verifica-se 84,65% e na ARS Lisboa e Vale do Tejo verifica-se apenas 76,3%.⁴³ A eficiência dos centros hospitalares que servem cada região também desempenha um papel na resposta às necessidades de saúde. Fazendo referência aos doentes inscritos para cirurgia, na região Norte 84,7% dos doentes apresentam um tempo de

espera inferior ao Tempo Máximo de Resposta Garantida de 180 dias, enquanto na região de Lisboa e Vale do Tejo são apenas 58,6% e no Algarve apenas 48,9%.⁴⁴

O grau de urbanização parece ser particularmente importante para o risco de apresentar NSNS de cuidados médicos por motivos de distância/transporte, com piores resultados quanto menos povoada for a região. Este resultado é facilmente explicável pela concentração de prestadores nas áreas onde existe maior densidade populacional. As áreas densamente povoadas apresentam, contudo, piores resultados no acesso a medicamentos prescritos e a cuidados médicos, devido a dificuldades financeiras. As áreas metropolitanas concentram uma grande parcela da população socioeconomicamente mais vulnerável, o ajustamento realizado neste estudo pode ter sido insuficiente para evitar o confundimento. Por outro lado, nas regiões metropolitanas existe menor cobertura por médico de família, particularmente na região metropolitana de Lisboa que exhibe a maior proporção de população sem acesso a médico de família⁴³, o que mais uma vez pode ajudar a explicar este fenómeno.

De acordo com o presente estudo, ser natural de outro país não é um fator com impacto significativo no risco de sofrer NSNS em Portugal, apesar de resultados opostos em alguns outros estudos em países europeus.^{31,40}

A educação parece ser importante no risco de NSNS, especialmente até à obtenção do nível de escolaridade básico. Não se verificaram diferenças muito importantes entre o grupo que completou o ensino básico e os grupos que completaram o ensino secundário ou superior. A educação não parece ser um fator determinante para o risco de ocorrência de NSNS na Europa.³⁴

Possivelmente porque a maioria da população tem pelo menos um nível de educação básico. As pessoas com maior nível de educação podem ter mais facilidade em resolver as suas necessidades de saúde, mas por outro lado têm maior probabilidade de não recorrer aos serviços de saúde quando necessitam devido a constrangimentos de tempo.³⁵

Estar em situação de desemprego demonstrou ser uma situação de especial vulnerabilidade para o risco de se apresentar NSNS, com resultados claramente piores do que outros grupos considerados vulneráveis, como os reformados, estudantes ou indivíduos em outras situações de inatividade. A fragilidade económica que acompanha a perda de emprego é a explicação mais natural para este resultado, principalmente porque os desempregados são especialmente vulneráveis às NSNS nos países onde se verifica maior peso dos pagamentos *out-of-pocket*⁴⁵, como é o caso de Portugal. No entanto, os resultados deste estudo surgem após o ajustamento para o rendimento, o que indica que existem outros fatores explicativos. Outra explicação natural é o estado de saúde, os indivíduos com pior estado de saúde têm maior dificuldade em conseguir um emprego e mantê-lo, assim como

têm mais necessidades de saúde. Contudo, outro estudo demonstra que mesmo após o ajustamento para o estado de saúde, os desempregados continuam a ser mais vulneráveis a sofrer NSNS.⁴⁵ Outro fator que pode ajudar a explicar este fenómeno encontra-se na relação entre o capital social e as NSNS. Os indivíduos com maior rede de amigos com quem convivem frequentemente e com maior capacidade para lhes pedir ajuda apresentam menor risco de NSNS.³⁵ A falta de suporte social pode prejudicar esta subpopulação a navegar no sistema de saúde e assim ajudar a explicar esta vulnerabilidade dos desempregados.

O rendimento é o principal determinante do risco de sofrer NSNS, neste estudo verificou-se associação muito forte entre maior risco de NSNS e quintil de rendimento inferior. Estes resultados são transversais a outros trabalhos relativos a NSNS.^{7,31,33–35,46} Os resultados deste estudo evidenciam uma diferença de grande magnitude no risco de NSNS causadas por dificuldades financeiras entre o quintil de rendimento mais baixo e o mais alto - cerca de cinco vezes superior. Esta marcada iniquidade em função dos rendimentos que se verifica em Portugal, que dispõe de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, com cobertura muito abrangente e quase gratuito, é um alarmante indicador do desempenho do SNS. Outros motivos além da dificuldade em pagar para aceder a cuidados de saúde privados podem impedir estes indivíduos de satisfazer as suas necessidades de saúde, como por exemplo dificuldade em faltar ao emprego por insegurança laboral ou perda de rendimentos, falta de suporte familiar e social para poder faltar a responsabilidades domésticas ou familiares enquanto frequentam os serviços de saúde.³⁴

Ser beneficiário de um subsistema de saúde ou de um seguro privado de saúde está claramente associado a um risco mais reduzido de apresentar NSNS em Portugal. Esta redução de risco é muito significativa, com reduções do risco que chegam aos 42,6%, sobretudo nas NSNS mais prevalentes em Portugal, como é o caso da saúde oral e saúde mental. A relação inversa entre o risco de sofrer NSNS e estar coberto por um seguro ou subsistema de saúde é consistente com outros estudos.^{10,46} Em Portugal, cerca de 25% da população é beneficiária de um seguro privado de saúde e este número tem vindo a subir²¹, o que poderá ser explicado pela vantagem protetora de NSNS que estas pessoas têm em comparação com os que dependem apenas do SNS e de pagamentos *out-of-pocket* para *satisfazer as suas necessidades de saúde*.

Limitações do estudo

Neste estudo foram caracterizadas as NSNS em Portugal com base nos dados recolhidos no INS de 2014 e de 2019, a sua interpretação deve acautelar algumas limitações.

Os INS de 2014 e 2019 não foram aplicados a pessoas institucionalizadas, como por exemplo idosos em lares. Estas pessoas encontram-se em situação de saúde e autonomia mais degradada e espera-se que apresentem mais necessidades de saúde. Se por um lado podem incorrer em maior risco de NSNS por este motivo, podem também ter mais facilidade em satisfazer as suas necessidades se as instituições promoverem os cuidados. Assim, esta subpopulação não está representada neste estudo, as NSNS da população podem estar subestimados ou sobrestimados devido à não -inclusão exclusão deste grupo.

As NSNS foram identificadas através da aplicação de um questionário assistido, onde são inquiridos acerca de NSNS nos últimos 12 meses. Desta forma os dados colhidos foram expostos a um viés de memória, mas também de resposta. O conceito de NSNS é subjetivo e está sujeito à interpretação do inquirido do que é uma necessidade de saúde, do que seria a sua correta resolução e do que pode esperar dos serviços de saúde que estão ao seu dispor. Uma vez que as necessidades são reportadas por quem as sente, mas não são validadas clinicamente, podem ser reportadas falsas necessidades de saúde e, por outro lado, podem ser excluídas necessidades de saúde não reconhecidas pelos inquiridos. As respostas são influenciadas pelas perceções subjetivas dos inquiridos e pelo seu contexto cultural e social. Esta fragilidade é compensada por se conseguir uma amostra de grande dimensão que é representativa da população, o que não seria possível com a metodologia que envolve a avaliação clínica das necessidades. As metodologias de avaliação das necessidades “subjetivas”, como a que foi utilizada, são superiores e largamente mais utilizadas.⁶⁻⁹

A análise entre as NSNS e as variáveis explicativas estabelece associações, não devem ser assumidas conexões de causalidade. Aferir causalidade não era o objetivo deste estudo, seria necessário recorrer a outro tipo de dados e métodos.

Este estudo avalia as NSNS através de dois conjuntos de dados, colhidos na aplicação do INS de 2014 e na aplicação do INS de 2019. Desta forma, apenas conseguimos avaliar o que aconteceu em 2014 e em 2019, não sendo possível conhecer a trajetória das NSNS previamente a 2014 nem saber o que aconteceu nos anos intermédios entre 2014 e 2019. Esta limitação dificulta a interpretação dos dados e dificulta a inferência de relações com políticas implementadas ou com outro tipo de fatores que impactaram as NSNS em Portugal.

Apesar das limitações identificadas, a avaliação das NSNS através deste tipo de metodologias demonstrou validade como indicador do acesso e da equidade.⁴ Por este motivo as NSNS são atualmente utilizadas na avaliação e monitorização dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos.

Implicações para as políticas de saúde

O acesso à saúde no sistema de saúde português é caracterizado neste estudo pela elevada prevalência de NSNS, sobretudo para a saúde oral, saúde mental e para cuidados médicos. O principal motivo apontado para estas NSNS foram dificuldades financeiras, mas também o tempo de espera. A redução das iniquidades no acesso à saúde requer intervenções no sistema de saúde em conjunto com políticas de proteção social e económica. Este estudo identifica várias subpopulações vulneráveis através do excesso de risco em apresentar NSNS. Estes dados podem ser utilizados no apoio à tomada de decisão.

O agravamento do acesso a cuidados médicos por motivos de tempo de espera ou por motivos de transporte/distância entre 2014 e 2019 e a melhoria do acesso aos medicamentos prescritos e aos cuidados de saúde oral neste período podem ser lições importantes para as políticas do futuro, sobretudo quando se perspetiva uma nova crise económica global precipitada pela pandemia por covid-19 e pela guerra entre a Rússia e a Ucrânia. A contenção da despesa pública em contexto de crise económica pode ser uma boa oportunidade para melhorar a eficiência de alguns sectores, mas a contenção de investimento público em estruturas, equipamentos, serviços e recursos humanos fundamentais causam impacto no acesso à saúde que é difícil contrariar nos anos seguintes. Entre 2014 e 2019, sob um clima económico favorável, parece ter existido uma contenção da despesa pública em saúde, através de investimento que não acompanhou o crescimento da despesa total em saúde do país. Para melhorar o acesso à saúde há que aumentar a contribuição pública para a saúde, investindo nas áreas onde existem mais NSNS.

O fator que melhor prediz o risco de se apresentar NSNS continua a ser o rendimento auferido, mesmo existindo um SNS universal e quase gratuito, assim como um sistema de proteção social abrangente de que dispomos atualmente. A elevada despesa em pagamentos *out-of-pocket* num sistema de saúde é um dos principais fatores que contribuem para a prevalência e iniquidade ao nível das NSNS.^{10,12} A elevada dependência do rendimento para satisfazer as necessidades de saúde em Portugal pode estar relacionado com o facto do país se destacar na Europa por níveis muito elevados de pagamentos *out-of-pocket*, em contraste com uma despesa pública em saúde relativamente reduzida. Futuras reformas na saúde que visem reduzir as iniquidades no acesso devem ambicionar diminuir a dependência deste tipo de pagamentos para se conseguir resolver necessidades de saúde em Portugal.

Os cuidados de saúde oral e também de saúde mental merecem especial atenção das políticas de saúde uma vez que são onde se registam os maiores números de NSNS. Reconhecem-se os esforços que têm sido feitos nestas áreas, sobretudo através do

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e do Programa Nacional para a Saúde Mental. É, contudo, evidente que estas melhorias até agora traduziram-se em resultados apenas discretos. Ainda prevalecem dificuldades muito grandes no acesso a estas áreas.

As grandes disparidades observadas entre as regiões do país podem ter várias explicações. Realça-se a concordância entre maiores prevalências de NSNS e falta de cobertura por médico de família. Enquanto na região Norte do país está quase terminada a reforma de cuidados de saúde primários que visa atribuir um médico de família a cada cidadão, nas regiões com mais prevalência de NSNS ainda há um longo caminho para percorrer. Os contrastes de eficiência entre centros hospitalares também podem ajudar a explicar estas disparidades e devem ser abordados.

As mulheres, as pessoas de meia-idade e os desempregados são grupos vulneráveis a NSNS em Portugal, mesmo após ajustamento para os outros fatores. Estas subpopulações devem ser alvo de reflexão e investigação que esclareça as causas pelas quais não conseguem satisfazer as suas necessidades de saúde. Deve ser avaliado se existe discriminação na forma como são interpretadas e solucionadas as necessidades de saúde reportadas pelas mulheres. As pessoas de meia-idade podem beneficiar do alargamento dos horários de atendimento para o período pós-laboral, maior flexibilidade em obter dispensa não-punitiva dos deveres laborais quando existe necessidade de recorrer aos serviços de saúde e viabilização de interações à distância com os prestadores. Os desempregados podem ser beneficiados por medidas que reduzam a dependência em incorrer em pagamentos *out-of-pocket* para se satisfazer as necessidades de saúde.

Tendo em conta a capacidade protetora de NSNS que é conferida pelos seguros privados de saúde e pelos subsistemas de saúde, deve ser considerado a implementação de estratégias que visem o alargamento da cobertura destes serviços. Podem ser consideradas estratégias como aumentar os benefícios fiscais para quem contrata um seguro de saúde privado ou a criação de um seguro de saúde público, subsidiado pelo Estado para cobrir os cidadãos que não têm condições de pagar um seguro de saúde privado nem são abrangidos por um subsistema de saúde.

Existe na literatura evidência consistente de que os indivíduos que reportam mais NSNS apresentam pior estado de saúde a têm maior probabilidade de morrer nos anos seguintes.^{4,7-9,13,47} Os dados das NSNS em Portugal devem suscitar preocupação e motivar ações para diminuir prevalências e iniquidades.

Referências Bibliográficas

1. 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 Mar 11;12(1):1–9.
2. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Changes in unmet health care needs. *Health Rep*. 2002;13(3):15–21.
3. Fortney JC, Burgess JF, Bosworth HB, Booth BM, Kaboli PJ. A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *J Gen Intern Med*. 2011 Oct 12;26 Suppl 2(2):639–47.
4. Gibson G, Grignon M, Hurley J, Wang L. Here comes the SUN: Self-assessed unmet need, worsening health outcomes, and health care inequity. *Health Econ*. 2019 Jun 1;28(6):727–35.
5. Smith S, Connolly S. Re-thinking unmet need for health care: introducing a dynamic perspective. *Health Econ Policy Law*. 2020 Oct 1;15(4):440–57.
6. Carr W, Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Health Serv*. 1976;6(3):417–30.
7. Allin S, Grignon M, le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med*. 2010 Feb;70(3):465–72.
8. Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health*. 2020 May 1;48(3):267–74.
9. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health*. 1997;87(3):365–70.
10. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *Eur J Health Econ*. 2015 Sep 14;16(7):781–96.
11. Fjaer EL, Stornes P, Borisova L V., McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl_1):82–9.

12. Quintal C, Lourenço Ó, Ramos LM, Antunes M. No unmet needs without needs! Assessing the role of social capital using data from European social survey 2014. *Health Policy*. 2019 Aug 1;123(8):747–55.
13. Bataineh H, Devlin RA, Barham V. Does unmet health care lead to poorer health outcomes? No 1803E, Working Papers, University of Ottawa, Department of Economics. 2018;
14. Ramos LM, Quintal C, Lourenço Ó, Antunes M. Unmet needs across Europe: Disclosing knowledge beyond the ordinary measure. *Health Policy*. 2019 Dec 1;123(12):1155–62.
15. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health*. 2016 Feb 16;15(1).
16. Saúde Procuram-se Novos Caminhos. Relatório de Primavera 2016. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).
17. Morais Nunes A, Cunha Ferreira D, Campos Fernandes A. Financial Crisis in Portugal: Effects in the Health Care Sector. *Int J Health Serv*. 2019 Apr 1;49(2):237–59.
18. Legido-Quigley H, Karanikolos M, Hernandez-Plaza S, de Freitas C, Bernardo L, Padilla B, et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy (New York)*. 2016 Jul 1;120(7):833–9.
19. Dimitrovová K, Perelman J. Changes in access to primary care in Europe and its patterning, 2007-12: a repeated cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2018 Jun 1;28(3):398–404.
20. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021. Estado da Saúde na UE. Paris: OECD Publishing; 2021.
21. de Almeida Simoes J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2017 Mar;19(2):1–184.
22. Healthcare expenditure statistics [Internet]. eurostat. [cited 2022 Oct 4]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
23. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Paris: OECD Publishing; 2019.

24. De Almeida J, Gonalo S, Augusto F, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Health Systems in Transition - Portugal. Portugal Health system review. 2017;19(2).
25. OECD Publishing. Health expenditure by financing scheme. In: Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD; 2021. (Health at a Glance).
26. Current healthcare expenditure, analysed by source of financing, 2019 (% of current healthcare expenditure) [Internet]. eurostat. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
27. Portugal: Current expenditure on healthcare: total and by type of funding agent [Internet]. Pordata. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.pordata.pt>
28. Petmesidou M, Guillén AM, Pavolini E. Health care in post-crisis South Europe: Inequalities in access and reform trajectories. Soc Policy Adm. 2020 Sep 1;54(5):666–83.
29. Unmet health care needs statistics - Statistics Explained [Internet]. [cited 2022 Oct 13]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care
30. Portugal: Real GDP growth rate | [Internet]. Pordata. [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://www.pordata.pt>
31. V M, M S, M RC, J B, L H. Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg. BMJ Open. 2021 Aug 3;11(8).
32. Allan I, Ammi M. Evolution of the determinants of unmet health care needs in a universal health care system: Canada, 2001-2014. Health Econ Policy Law. 2021 Oct 18;16(4):400–23.
33. Connolly S, Wren MA. Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. Health Policy. 2017 Apr 1;121(4):434–41.
34. Fjaer EL, Stornes P, Borisova L v., McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Eur J Public Health. 2017;27:82–9.
35. Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries. Int J Health Econ Manag. 2020 Mar 1;20(1):79–98.

36. Schmitz A, Lazarevič P. The gender health gap in Europe's ageing societies: universal findings across countries and age groups? *Eur J Ageing*. 2020 Dec 1;17(4):509–20.
37. Roxo L, Bambra C, Perelman J. Gender Equality and Gender Inequalities in Self-Reported Health: A Longitudinal Study of 27 European Countries 2004 to 2016. *International Journal of Health Services*. 2021 Apr 1;51(2):146–54.
38. Oksuzyan A, Daňko MJ, Caputo J, Jasilionis D, Shkolnikov VM. Is the story about sensitive women and stoical men true? Gender differences in health after adjustment for reporting behavior. *Soc Sci Med*. 2019 May 1;228:41–50.
39. Perelman J, Mateus C, Fernandes A. Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. *Soc Sci Med*. 2010 Jul;71(1):25–9.
40. Holleder A, Wildner M. Unmet Medical Need in Germany: Analyses of EU-SILC-Survey from 2005 to 2014. *Dtsch Med Wochenschr*. 2019;144(1):E1–11.
41. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *The European Journal of Public Health*. 2014 Oct 1;24(5):808.
42. Stein J, Liegert P, Dorow M, König HH, Riedel-Heller SG. Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15;245:998–1006.
43. Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários — Transparência [Internet]. [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios>
44. Inscritos em LIC dentro do TMRG (180 dias) — Transparência [Internet]. [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/inscritos-em-lic-dentro-do-tmrg-180-dias>
45. Madureira-Lima J, Reeves A, Clair A, Stuckler D. The Great Recession and inequalities in access to health care: a study of unemployment and unmet medical need in Europe in the economic crisis. *Int J Epidemiol*. 2018 Feb 1;47(1):58–68.
46. L S, GD S. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med*. 2005 Feb;20(2):148–54.
47. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21–37.