



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tânia Gonçalves Portugal Henriques

Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconómico

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Prof. Doutor Óscar Lourenço e Prof. Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2012

Agradecimentos

À minha mãe e ao meu marido, pelo apoio e incentivo, aos meus filhos, Mariana e Miguel, pela compreensão demonstrada face aos meus momentos de ausência, para dedicação a este trabalho.

Aos meus orientadores, Óscar e Carlota, por tudo o que me ensinaram e pela sua disponibilidade constante.

A todos os meus familiares, amigos e colegas, por fazerem parte do meu percurso de vida.

Resumo

As políticas de saúde devem promover o acesso aos cuidados de forma independente da condição socioeconómica dos indivíduos, garantindo igual utilização dos serviços de saúde públicos para iguais necessidades clínicas, de acordo com os princípios da equidade e com o preconizado na legislação. Em Portugal, o sistema de saúde é essencialmente público, com um custo monetário relativamente baixo para acesso aos cuidados. O tempo de espera é uma das formas mais equitativas de moderação deste acesso porque não depende das condições socioeconómicas dos indivíduos. Contudo, alguns estudos revelam que estas condições podem ter influência no tempo de espera. Foi objetivo deste trabalho testar empiricamente a influência destas condições no tempo de espera para consultas médicas, de forma a verificar se existe equidade no acesso a cuidados de saúde públicos eletivos, em Portugal. Face aos objetivos apresentados e à natureza dos dados disponíveis, foi inicialmente utilizado um método estatístico descritivo para uma breve análise exploratória. De seguida, para verificar o efeito do gradiente socioeconómico nos tempos de espera para acesso a consultas, foi especificado e estimado um modelo de contagem (binomial negativo). Foram utilizados os dados do quarto inquérito nacional de saúde, relativos aos anos de 2005 e 2006 e definidas duas variáveis dependentes: *tempo de espera para consulta médica no centro de saúde* e *tempo de espera para consulta médica em hospital*. Como variáveis do gradiente socioeconómico foram utilizadas o *rendimento* e o *nível de educação*, e como variáveis de controlo o *estado geral de saúde*, a *ocupação*, a *região de residência* e a *idade* do indivíduo. Da análise exploratória obteve-se a indicação de iniquidade no acesso às consultas médicas em centro de saúde, sendo o tempo médio de espera influenciado pelas variáveis socioeconómicas e por outros fatores de não necessidade, como a *ocupação* e a *região de residência*. Na análise empírica, com a

utilização do Modelo de Regressão Binomial Negativa (NBRM), confirmou-se a existência de iniquidade para acesso a consultas médicas no centro de saúde, com diferenças estatisticamente significativas para as variáveis *ocupação* e a *região* de residência. Conclui-se com este estudo que, apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas face às variáveis socioeconómicas, o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por variáveis não legítimas, como a *ocupação* e a *região* de residência, existindo alguma iniquidade no acesso a cuidados de saúde públicos eletivos, em Portugal.

Palavras chave: Tempo de espera, equidade, condição socioeconómica, acesso, consultas médicas

Abstract

Health policies should promote access to care independently of individuals socio-economic status, ensuring equal utilization of health care for equal clinical needs, following the principles of equity and the recommended legislation. In Portugal, the health system is mainly public, with a relatively low monetary cost for access to care. Waiting time is regarded as one of the most equitable access moderation since it does not depend on individuals socio-economic conditions. However, some previous studies show that these conditions may influence waiting time. This study aimed to test empirically the influence of these conditions on the waiting time for doctor visits, to see if there is equity in access to elective public health care in Portugal. Given the objectives presented and the nature of available data, it was initially used a statistical method to a brief descriptive exploratory analysis. Then, to verify the effect of the socioeconomic gradient in waiting times for access to doctor visits, it was specified and estimated a counting model (negative binomial). It was used data from the fourth national health survey, covering the years 2005 and 2006, and defined two dependent variables: waiting time for doctor visits at the health center and the waiting time for doctor visits in hospital. As socioeconomic variables it was used income and education level, and for control variables the general state of health, occupation, region of residence and age of the individual. Exploratory analysis yielded indication of inequity in access to doctor visits at the health center, and the average waiting time influenced by socioeconomic variables and other illegitimate factors, such as occupation and region of residence. In empirical analysis, using the Negative Binomial Regression Model (NBRM), it was confirmed evidence of inequity for access to doctor visits at the health center, with statistically significant differences for the variables occupation and region of residence. From this study, it is concluded that,

although there are no statistically significant differences regarding socioeconomic variables, waiting time for doctor visits is influenced by illegitimate variables, such as occupation and region of residence, meaning some inequity in access to elective public health care in Portugal.

Key words: Waiting times, equity, socioeconomic status, access, doctor visits

Siglas e acrónimos

CHT – Consulta a Tempo e Horas

INS – Inquérito Nacional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRM – Modelo de Regressão de Poisson

NBRM – Modelo de Regressão Binomial Negativa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Sumário

Introdução.....	1
1. Equidade e tempos de espera para acesso aos cuidados de saúde – enquadramento conceptual.....	9
1.1 Conceito de Acesso.....	9
1.2 Conceito de Equidade.....	11
1.3 Tempos de espera no acesso aos cuidados de saúde.....	13
1.4 Critérios de priorização no acesso.....	16
1.5 Fatores que influenciam os tempos de espera.....	19
2. Dados e variáveis.....	21
2.1 Fonte de dados.....	21
2.2 Variáveis dependentes.....	23
2.3 Variáveis independentes.....	27
2.4 Variáveis dependentes vs variáveis independentes.....	34
3. Metodologia econométrica.....	43
3.1 Modelos económicos e econométricos.....	43
3.2 Expressão da média do modelo.....	45
3.3 Resultados.....	46
3.4 Discussão.....	50
4. Conclusões.....	53
5. Lista das Referências Bibliográficas.....	57

Lista de tabelas

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES POR LOCAL DE REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA.....	22
TABELA 2. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	24
TABELA 3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	26
TABELA 4. CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	26
TABELA 5. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES CATEGORIZADAS, RELATIVAMENTE AO TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA (DIAS).....	27
TABELA 6. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EXPLICATIVAS.....	28
TABELA 7. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	29
TABELA 8. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS: RENDIMENTO E NÍVEL DE EDUCAÇÃO....	30
TABELA 9. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS: IDADE E OCUPAÇÃO.....	30
TABELA 10. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO NÍVEL DE EDUCAÇÃO.....	31
TABELA 11. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO RENDIMENTO.....	32
TABELA 12. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DA OCUPAÇÃO.....	32
TABELA 13. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO ESTADO GERAL DE SAÚDE.....	32
TABELA 14. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO SEXO.....	33
TABELA 15. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DA IDADE.....	33
TABELA 16. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DA REGIÃO.....	33
TABELA 17. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEIS INDEPENDENTES – NÍVEL DE EDUCAÇÃO E RENDIMENTO.....	34
TABELA 18. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEL INDEPENDENTE OCUPAÇÃO.....	36
TABELA 19. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEL INDEPENDENTE ESTADO GERAL DE SAÚDE.....	37
TABELA 20. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEL INDEPENDENTE SEXO.....	38
TABELA 21. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEL INDEPENDENTE IDADE.....	38
TABELA 22. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES VS VARIÁVEL INDEPENDENTE REGIÃO DE RESIDÊNCIA.....	39
TABELA 23. MODELO DE REGRESSÃO BINOMIAL NEGATIVA PARA TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MÉDICA NO CENTRO DE SAÚDE (DIAS).....	48
TABELA 24. MODELO DE REGRESSÃO BINOMIAL NEGATIVA PARA TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL (DIAS).....	49

Lista de figuras

FIGURA 1. PROCURA BASEADA NA NECESSIDADE VS CAPACIDADE DE PAGAR.....	5
----------------------------------------------------------------------	---

Lista de gráficos

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL <i>TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MÉDICA EM CENTRO DE SAÚDE (DIAS)</i>	25
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL <i>TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MÉDICA EM HOSPITAL (DIAS)</i>	25
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Introdução

A economia “(...) é o estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem a utilização da moeda, a aplicação de recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos, para produzir variados bens para consumo atual ou futuro (...)” (Pereira, 1992, pp. 13, apoiado em Samuelson, 1977, citados por Frederico, 2000). Segundo Barros (2009, pp. 15), a afetação destes recursos escassos está associada a “(...) necessidades virtualmente ilimitadas”. A economia da saúde, segundo o mesmo, é o estudo da afetação de recursos, ou seja, da análise económica, aplicada ao setor da saúde.

McGuire, Henderson e Mooney (1988) referem que, num panorama de escassez de recursos, a escolha da alocação dos mesmos terá de ser efetuada tendo em conta a redução dos custos de oportunidade. Assim, a economia está estritamente relacionada com os cuidados de saúde, uma vez que permite analisar a sua distribuição tendo em conta as necessidades da população. “Do ponto de vista económico, o objetivo de decidir a distribuição de recursos em cuidados de saúde é o de chegar o mais próximo possível da maximização do valor dos benefícios para a comunidade” (Frederico, 2000, pp. 17).

Nesta linha de raciocínio, existem alguns conceitos chave da economia (Henderson, 1999) que também se aplicam à economia da saúde, entre os quais a escassez de recursos e a escolha, o custo de oportunidade, a análise marginal (alocação ótima de recursos), o interesse próprio (tomada de decisão), a oferta e procura e o mercado e preço.

Segundo o modelo de mercados competitivos, estes são avaliados por dois critérios essenciais: **eficiência** económica e **equidade** social. **Eficiência** implica que o consumidor compre um determinado bem até que o preço marginal iguale o benefício

marginal (Henderson, 1999). **Equidade** pode ser medida em termos de resultados ou em termos de oportunidade, sendo que “(...) equidade em saúde implica o acesso de todos os cidadãos aos bens que promovem a saúde.” (Pereira, 1991, pp. 38). Contudo, o acesso a cuidados médicos, ou a sua necessidade, difere de acordo com as circunstâncias de cada indivíduo, tais como a idade, sexo e condição socioeconómica (Henderson, 1999).

O princípio de equidade está subjacente às políticas dos sistemas de saúde públicos, o qual pretende que o acesso e utilização dos cuidados de saúde sejam cada vez menos dependentes do estatuto socioeconómico, nomeadamente do rendimento dos cidadãos, devendo estes ser discriminados positivamente, com base nas maiores necessidades ou por serem mais desfavorecidos (Giraldes, 1991).

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que é salvaguardado o direito à proteção da saúde e se preconiza a garantia de um igual acesso à prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição socioeconómica, devendo este direito ser gratuito e universal (Portal da Saúde, 2010).

De uma forma resumida, de acordo com o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, o estado deve “(...) garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica (...)” e, tendo em conta a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), destacam-se algumas das características do SNS, tais como o de ser universal, garantir a prestação de cuidados integrados e globais, ser tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições socioeconómicas, e garantir a equidade no acesso, atenuando os efeitos de desigualdades económicas ou outras. Deve assim verificar-se igual

utilização de serviços de saúde públicos para iguais necessidades, independentemente de outras características não relacionadas com a saúde (Regidor, et al., 2008).

“(...) alcançar equidade nos cuidados de saúde em Portugal parece requerer a equalização do acesso entre grupos socioeconómicos.” (Pereira, 1991, pp. 41).

Os sistemas de cuidados de saúde em países com sistemas baseados em serviços públicos, como em Portugal, onde o custo monetário do consumo de cuidados de saúde é relativamente baixo, podendo gerar excesso de procura, necessitam de mecanismos que permitam gerir a procura desses cuidados, tal como a introdução de um preço ou valor, uma vez que os recursos não são ilimitados. Assim, os sistemas de cuidados de saúde utilizam os tempos de espera como uma medida para racionar o acesso aos cuidados de saúde. Ou seja, como os recursos são insuficientes para fornecer tratamento médico imediato a todos os utentes, é introduzido um preço ou valor, que pode ser monetário ou não, tal como é o caso dos tempos de espera (Culyer, Jones and Propper, 2000). Estes tempos de espera funcionam então como um preço que o utente paga para aceder aos cuidados de saúde, sendo este um resultado de uma escolha e investimento individual (Grossman, 1972), aceite pelos médicos.

“Waiting has been perceived as a reflection of excess demand at zero user cost.” (Culyer, Jones and Propper, 2000, pp. 1233).

O tempo de espera está normalmente associado a uma lista de espera, a qual funciona como uma “(...) sala de espera imaginária, com doentes a serem chamados mais cedo do que outros para serem tratados.” (Justo, 2003).

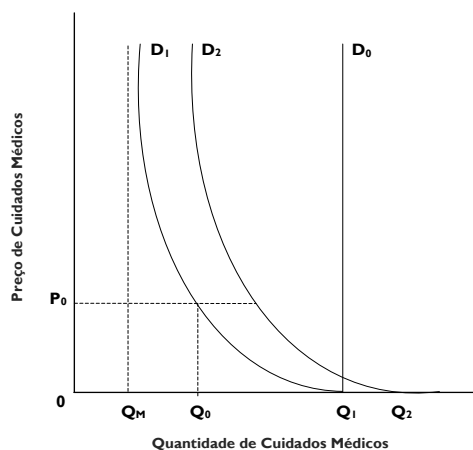
No âmbito das Políticas de Saúde, o impacto dos tempos de espera no acesso a cuidados de saúde pode ser muito importante (Lourenço, 2007), pois o mesmo tem custos associados. O consumo de um bem numa data posterior pode diminuir a sua utilidade e implica um custo de oportunidade (McGuire, Henderson e Mooney, 1988). Esta questão tem também associado o parâmetro da incerteza, essencialmente ao nível da decisão dos utentes (relativamente ao seu estado de saúde, necessidade de cuidados, custo e respetivo tratamento) (Ferreira, 2009), pelo que um bem que não é logo consumido pode nunca o vir a ser ou o indivíduo pode já não necessitar dele (pode piorar ou melhorar o seu estado de saúde).

Para além do custo de oportunidade, a espera pode trazer riscos acrescidos para o utente, causando insatisfação, degradação do estado de saúde, prolongamento do sofrimento e ansiedade (Sharma, Siciliani and Harris, 2011), assim como pode significar a ausência de indicação para um tratamento.

Funcionando como um preço a pagar, o tempo de espera pode ter ainda influência no próprio consumo de cuidados médicos. Na figura seguinte, a curva D_0 representa o nível de cuidados sem ser considerado o preço, sendo que Q_1 representa os cuidados desejados. Assim, à medida que o preço dos cuidados é alterado, a quantidade de cuidados procurada também se altera, sendo para um aumento do preço de 0 para P_0 , a quantidade de cuidados procurados decresce para Q_0 . Esta curva pode ainda ser alterada

para D_2 se o nível de saúde piorar, aumentando também as necessidades clínicas para Q_2 (Henderson, 1999).

Figura I. Procura baseada na necessidade vs capacidade de pagar.



Fonte: Adaptado de Henderson, 1999, pp. 151.

Tal como referido por Barros, “(...) o tempo de acesso a cuidados de saúde faz parte do preço pago e afeta a procura (...)” (2009, pp. 96).

Os tempos de espera e a existência de co-pagamentos são então duas formas de moderar o acesso aos cuidados de saúde, sendo considerados barreiras ao acesso (Siciliani e Verzulli, 2009). Contudo, a moderação pelo preço gera iniquidade no acesso, pois este depende das condições socioeconómicas, ao contrário dos tempos de espera, que apesar de também terem custos para o utente, são consideradas formas mais equitativas, geridas em função das suas necessidades.

Contudo, alguns estudos revelam que existem outros fatores, para além da condição clínica do utente e a sua consequente necessidade de cuidados, que influenciam o tempo de espera, em sistemas de saúde essencialmente públicos, nomeadamente as

condições socioeconómicas. Na Austrália (Johar *et al.*, 2011) e em Espanha (Regidor *et al.*, 2006), foi demonstrado que o estatuto socioeconómico tem efeitos independentes e significativos no tempo de espera, favorecendo as classes de maior rendimento. Também em Espanha, num estudo com base no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1993 (Regidor *et al.*, 1996), verificou-se que indivíduos com baixo nível educacional tinham tempos de espera mais longos, em especial para admissão, sendo que esta diferença só foi significativa relativamente ao tempo de espera no dia da consulta médica. Posteriormente, Lostao *et al.* (2001) utilizou também dados do INS de Espanha, de 1987 e 1995-97, mas com duas características socioeconómicas em simultâneo – *nível de educação* e *grupo socioeconómico*, tendo também verificado diferenças significativas no tempo de espera para visita ao médico. Um estudo recente, realizado na Noruega (Carlsen and Kaarboe, 2010), utilizou dados administrativos dos hospitais para investigar se o estatuto socioeconómico, também medido através de duas variáveis - *rendimento* e *educação*, afetava o tempo de espera. Este autor incluiu outras variáveis explicativas, como o sexo dos indivíduos. No grupo dos homens foi observada pouca evidência de discriminação relativamente ao rendimento e à educação, apesar de existir alguma indicação para discriminação nos homens com baixa educação, os quais têm menor probabilidade de terem tempo de espera ‘zero’. Contudo, no grupo das mulheres, foi observada uma discriminação “pro-educacional” – mulheres apenas com educação primária esperam cerca de 9% mais que as mulheres com educação secundária.

A existência de bibliografia com indicações de alguma iniquidade nos tempos de espera para acesso a cuidados de saúde, nomeadamente para consultas médicas, relativamente ao grupo socioeconómico do utente, o preconizado na legislação portuguesa de que a espera para acesso aos cuidados de saúde apenas deve depender da

necessidade clínica de cuidados médicos e a indicação, por parte de alguns autores de que apesar da iniquidade em saúde em Portugal ser amplamente estudada, não existirem estudos sobre as desigualdades socioeconómicas nos tempos de espera por consultas de especialidade (Bago D’Uva, 2010), foram a principal motivação que esteve na base da definição do tema do presente trabalho.

É então objetivo deste trabalho testar empiricamente se o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por variáveis socioeconómicas, de forma a identificar se existe equidade no acesso a cuidados de saúde públicos eletivos, em Portugal. Para tal foram utilizados os dados do quarto inquérito nacional de saúde, à semelhança de outros estudos (Regidor *et al.*, 1996 e Lostao *et al.*, 2001), o qual abrangeu todo o território português.

Da amostra inicial foram apenas selecionados os indivíduos que tiveram consulta em centro de saúde e hospitais, visto serem os locais representativos do serviço nacional de saúde e foram utilizadas as variáveis socioeconómicas *rendimento* e *nível de educação*, como nos estudos supra mencionados (Lostao *et al.*, 2001 e Carlsen and Kaarboe, 2010), para analisar a sua influência no tempo de espera.

Pretende-se, desta forma, dar um contributo para o conhecimento dos fatores que podem influenciar o tempo de espera no acesso aos cuidados, para que as estratégias e linhas de orientação políticas sejam eficientes e eficazes, permitindo atuar sobre esses fatores e reduzir as desigualdades nos tempos de espera para acesso aos cuidados.

A estrutura deste trabalho é constituída por quatro partes: a primeira é uma parte conceptual, com uma abordagem da temática da equidade e dos modelos dos sistemas de saúde que permitem explicar as diferentes formas de acesso aos cuidados de saúde. Nesta

parte é ainda efetuada uma revisão da literatura relativamente aos fatores que influenciam os tempos de espera no acesso aos cuidados, nomeadamente às consultas médicas. Para tal, foi realizada uma pesquisa documental, com base em fontes de bases de dados eletrónicas e consulta de legislação aplicável, artigos académicos e livros da área temática em estudo. A segunda parte debruça-se sobre a descrição dos dados, a caracterização do quarto INS e dos grupos de questões relacionadas com o tema em estudo e apresenta a metodologia utilizada para a estatística descritiva e para o estudo econométrico. A terceira parte apresenta os resultados empíricos relativos à influência das variáveis socioeconómicas no tempo de espera para consultas médicas e a discussão desses resultados. Por fim, na quarta e última parte do trabalho, são apresentadas as conclusões do estudo empírico efetuado.

I. Equidade e tempos de espera para acesso aos cuidados de saúde – enquadramento conceptual

De há várias décadas a esta parte se tem verificado um aumento da procura de cuidados de saúde, devido ao envelhecimento da população, à maior prevalência de doenças crónicas e a “(...) *um maior nível educacional da população, uma melhoria nas redes de cuidados ambulatoriais e hospitalar, (...) um aumento na qualidade dos atos de diagnóstico e terapêutica e, ainda, a extensão da cobertura de cuidados de saúde (...)*” (Lima, 1993, pp. 36).

Contudo, o aumento da procura de cuidados médicos começou a colocar em causa a equidade dos acessos. Estas questões relativas ao acesso aos cuidados começaram a ter alguma importância política quando a escassez de recursos na saúde se começou a sentir, na década de 80 (Campos, 1991), tendo merecido uma preocupação crescente por parte do governo, o qual tem definido algumas linhas de orientação e normas para a reestruturação dos serviços de saúde.

De forma a se poder analisar a influência dos vários fatores nos sistemas de saúde é necessário entender os seus conceitos subjacentes, nomeadamente no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde. Dois conceitos básicos que devem ser refletidos são então o *acesso* e a *equidade*.

I.1 Conceito de Acesso

A definição de *acesso* aos cuidados de saúde é um conceito complexo, que varia entre autores e ao longo dos tempos (Travassos e Martins, 2004).

De acordo com Donabedian (1973; 2003), citado por Travassos e Martins (2004), o *acesso* é um dos aspetos da oferta de serviços, relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, podendo estas características limitar ou facilitar a utilização destes serviços, sendo uma medida do grau de facilidade na obtenção de cuidados de saúde.

Tendo em conta o definido por Andersen (1995), também citado por Travassos e Martins (2004), *acesso* é um dos elementos dos sistemas de saúde que se refere à entrada no serviço e à continuidade do tratamento, sendo a influência deste acesso mediada por fatores individuais. Em jeito de resumo, e tendo em conta os autores supra referidos, “(...) *acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde*” (Travassos e Martins, 2004, pp. 3).

Outros autores (Culyer e Wagstaff, 1993, citados por Bago D’Uva, 2010) referem que o *acesso* não é só a utilização de cuidados médicos mas também a quantidade de recursos monetários e de tempo que são necessários para receber esses cuidados, tendo em conta o nível máximo de consumo possível.

O mesmo é indicado por Furtado e Pereira (2010), que referem que o *acesso* aos cuidados de saúde depende da oferta desses cuidados e das eventuais barreiras (socioeconómicas, organizacionais, culturais, ...) à sua utilização apropriada, sendo a permissão do acesso dos utentes ao seu potencial de saúde.

O conceito de *acesso* é indissociável da *equidade* do sistema de saúde (Furtado e Pereira, 2010), pois a equidade no acesso serve apenas para atingir o objetivo desejado de equidade na saúde (Williams e Cookson, 2000, citados por Bago D’Uva, 2010).

I.2 Conceito de Equidade

“A equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspecto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos” (Furtado e Pereira, 2010, pp. 4).

De acordo com alguns autores citados por Frederico (2000), equidade é *“(...) um conjunto de recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais”* (Serrão et al. 1998, pp. 113); *“(...) uma distribuição justa de determinado atributo populacional”* (Pereira, 1992, pp. 15); *“(...) é um meio corretivo para atingir no fim, a igualdade”* (Lucas, 1987, pp. 284).

De acordo com Pereira (2003b), citado por Barros (2009), o conceito de equidade pode ter seis abordagens distintas: a da “igualdade” (igual tratamento para igual necessidade), a dos “direitos” (direitos adquiridos de forma justa), a do “mínimo decente” (quantidade mínima de cuidados médicos), a do “utilitarismo” (maximização da utilidade esperada), a do “*maximim* (Rawls)” (maximização da posição do pior elemento da sociedade antes de saber a posição que ocupa, ou seja, maximização do bem estar do indivíduo que se encontra em piores condições (Simões, Paquete e Araújo, 2008)) e a do “*envy-free*” (pessoa não disposta a ter cabaz de consumo de qualquer outra pessoa).

Outros conceitos definem equidade como a maximização da saúde (Barros, 2009) e como a relação com os direitos pessoais, justiça, capacidade e as próprias características do indivíduo (Simões, Paquete e Araújo, 2008).

De uma forma global, a equidade no acesso aos cuidados de saúde requer igual tratamento para igual necessidade (Simões, Paquete e Araújo, 2008), ou seja, indivíduos com igual necessidade deveriam ter uma utilização semelhante dos cuidados de saúde (Bago D’Uva, 2010) – o que corresponde à perspetiva de equidade horizontal. Por outro lado, devem existir diferenças apropriadas entre a utilização de cuidados de saúde por indivíduos com diferentes necessidades – perspetiva de equidade vertical.

Tendo em conta os fatores de necessidade, a equidade na saúde pode ser analisada através de uma abordagem normativa (Bago D’Uva, 2010), onde existem fatores que influenciam legítima (fatores de necessidade) e ilegítimamente (fatores de não necessidade) a utilização dos cuidados de saúde. Os primeiros fatores referidos podem gerar *desigualdades* em saúde, por diferentes níveis de utilização, tendo em conta diferentes estados de saúde dos indivíduos e o seu sexo ou idade. Nos segundos, pode ser gerada *iniquidade* em saúde, pois pode verificar-se diferente utilização por indivíduos com diferente estatuto socioeconómico (rendimento, nível de educação, região, grupo étnico,...), ainda que as suas necessidades clínicas sejam semelhantes.

Apesar da equidade no acesso aos cuidados de saúde constituir, conforme exposto anteriormente, um dos princípios do SNS, estudos realizados com dados de Portugal, a maioria utilizando o número de consultas médicas de clínica geral e especialidade (Bago D’Uva, 2010), encontraram evidência de iniquidade no acesso a estes cuidados de saúde eletivos, sendo a distribuição dos cuidados primários a favor das populações mais pobres e a distribuição dos cuidados especializados a favor dos mais ricos. De acordo com Van Doorslaer *et al.* (2004), citados por Bago D’Uva (2010), para esta iniquidade podem contribuir fatores como o rendimento e a região de residência dos indivíduos.

I.3 Tempos de espera no acesso aos cuidados de saúde

As organizações de saúde são sistemas abertos, constituídos por elementos que se relacionam dinamicamente, interagindo para a obtenção de um objetivo – a prestação de cuidados de saúde. Contudo, apesar de serem sistemas abertos, existem barreiras ao seu acesso, as quais podem funcionar como dificuldade ou como uma forma de racionar o acesso a recursos disponíveis limitados (Chiavenato, 1992, citado por Frederico, 2000).

No caso da saúde, nem sempre o preço é um mecanismo de equilíbrio, pois existem outras variáveis económicas, como o tempo (Barros, 2009), que permitem racionar o acesso aos cuidados e que fazem “(...) *parte do preço pago* (...)” (Barros, 2009, pp. 96).

O tempo de espera ou a existência de listas de espera são então uma forma de racionamento da procura de cuidados de saúde, em alternativa ao preço, existindo essencialmente em sistemas públicos de saúde, onde o preço é praticamente nulo no momento do consumo dos cuidados (Barros, 2009). Este instrumento de racionamento é considerado mais equitativo do que o racionamento baseado no preço monetário, porque não pretende restringir o acesso com base em características socioeconómicas (Bago D’Uva, 2010).

Contudo, apesar de ser um racionamento mais equitativo, o tempo de espera pode gerar custos potenciais para o utente, conforme já referido anteriormente neste trabalho, pois um acesso tardio aos cuidados de saúde pode afetar negativamente os resultados em saúde, pelo atraso no diagnóstico e no próprio tratamento, trazendo danos pessoais para os indivíduos, como a degradação do seu estado de saúde e a existência de ansiedade associada à incerteza de todo o processo de decisão. Para além destes efeitos negativos, o tempo de espera pode gerar um custo de oportunidade, podendo significar uma perda

de rendimento ou de produtividade para o indivíduo. Assumindo este tempo como um custo, a procura de cuidados de saúde, por parte destes indivíduos, diminui (Ferreira, 2012). A valorização do tempo de espera e a sua associação a uma perda de utilidade fazem com que um dos efeitos do tempo de espera seja a redução da procura e consequente redução da utilização dos cuidados de saúde (Cauley, 1987, citado por Ferreira, 2012).

Do ponto de vista económico, e dado que estes tempos de espera trazem custos para os indivíduos, é desejada uma gestão adequada das listas de espera, de forma a reduzir os tempos de espera, com o objetivo último de aumentar o bem estar dos utentes e melhorar a performance das instituições de saúde. As medidas utilizadas para a gestão destes tempos de espera carecem da análise da sua principal causa.

Se o tempo de espera aparece pelo excesso de procura, uma das alternativas de redução é aumentar a oferta (Culyer, Jones and Propper, 2000):

- Otimizar a utilização dos espaços (gabinetes médicos, no caso das consultas médicas);
- Estabelecer políticas de incentivos para os médicos;
- Encorajar a oferta privada (Barros, 2009).

Contudo, a intensificação da utilização dos recursos pode gerar riscos a nível da qualidade dos cuidados prestados e o aumento da oferta pode também originar um aumento na procura.

Uma outra forma de gestão das listas de espera é a seleção dos utentes com base em critérios previamente definidos, tais como (Culyer and Cullis, 1976, citados por Culyer, Jones and Propper, 2000, pp. 1240):

- *“Tempo gasto em lista de espera;*
- *Urgência baseada na deterioração esperada da condição do utente;*
- *Urgência baseada no estado de saúde do utente;*
- *Urgência baseada na produtividade social do utente e no número de dependentes económicos;*
- *Urgência baseada em outros fatores sociais.”*

O equilíbrio da procura e oferta de cuidados pode então ser conseguido através do estabelecimento de prioridades, com definição de tempos médios de espera, com base na condição clínica dos utentes (Barros, 2009), tendo em conta a gravidade e urgência dos casos, a necessidade, o benefício esperado e a equidade, o que permite a redução do sofrimento e a morbimortalidade associada e torna o sistema mais eficiente (Justo, 2003).

Tendo em conta motivos económicos, não se pretende que o tempo de espera seja nulo, uma vez que aumentando a importância do tempo de espera dos doentes se poderá também aumentar os períodos de inatividade dos médicos, o que pode gerar custos superiores aos do tempo de espera. Assim, e para que se verifique equilíbrio no sistema de procura e oferta dos cuidados, não se pretende reduzir a zero o tempo de espera, pois o tempo clinicamente aceitável faz parte do processo de gestão de recursos (Barros, 2009). O tempo de espera ótimo ocorre quando uma alocação social de recursos foi providenciada e os utentes estão ordenados, em lista de espera, de uma forma ótima (Culyer, Jones and Propper, 2000), de acordo com as suas reais necessidades.

I.4 Critérios de priorização no acesso

No que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde não emergentes, os tempos de espera deveriam refletir as reais necessidades dos utentes, tendo em conta o seu estado clínico, sendo que os casos mais urgentes deveriam ter mais prioridade. Esta situação representa uma *equidade vertical* no acesso aos cuidados, uma vez que diferentes necessidades devem gerar uma diferente utilização.

Em muitos países, os tempos de espera, ou seja, a priorização de acessos, estão definidos em diplomas legais, tendo em conta indicadores de necessidade clínica (Johar, et al., 2011). Relativamente à maioria dos países europeus, ao Canadá, Nova Zelândia e Austrália, a equidade é um dos objetivos principais dos sistemas de saúde, estando o acesso baseado em necessidades clínicas e não na capacidade de pagamento (Greengross et al., 1999, Commonwealth of Australia, 2009, citados em Johar, et al., 2011).

Relativamente à Austrália, é utilizado um sistema de classificação de urgência clínica, com três categorias que recomendam um máximo de tempo de espera, de acordo com a situação clínica do doente. O tempo máximo é de 30 dias para utentes cuja condição tem potencial de deteriorar rapidamente, podendo tornar-se uma emergência, de 90 dias para utentes cuja condição pode causar dor ou disfunção, mas não é passível de deteriorar rapidamente ou de se tornar numa emergência, e de 365 dias para utentes cuja condição não causa dor ou causa dor mínima e que é improvável que deteriore rapidamente ou se torne uma situação de emergência (Johar, et al., 2011).

Em Portugal, onde o sistema de saúde é semelhante ao sistema australiano, o acesso aos cuidados de saúde tem também motivado o desenvolvimento de vários estudos

científicos e económicos, de forma a se analisar se existem condições que permitam prestar cuidados de saúde com equidade, qualidade e em tempo útil a todos os utentes do SNS, tendo sido definidos alguns programas de promoção do acesso aos cuidados de saúde eletivos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 previa a prioridade aos mais pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde através de ações dirigidas a grupos vulneráveis (Portal da Saúde, 2008). O PNS 2011-2016, que se encontra para discussão pública, volta a apresentar ênfase nas questões relacionadas com a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde.

A Carta dos Direitos de Acesso (Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto) estabelece que a prestação de cuidados de saúde deve ser efetuada num período de tempo clinicamente aceitável, sendo que os utentes têm direito à informação referente ao acesso e capacidade de resposta das instituições, e preconiza ainda a elaboração anual de relatórios sobre o acesso aos cuidados.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados eletivos, nomeadamente a primeiras consultas de especialidade, foram definidos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), tendo em conta o nível de acesso e o tipo de cuidados (Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro) e foi publicado um diploma legal (Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho) – Consulta a tempo e horas (CTH) – que pretende que os acessos aos cuidados de saúde sejam mais céleres e os seus procedimentos mais transparentes e eficazes, garantindo tempos máximos de resposta, tendo em conta a prioridade clínica, sendo de 30 dias, se a realização da consulta for considerada como muito prioritária, 60 dias, se a

realização da consulta for considerada como prioritária e 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.

Estes sistemas de classificação de prioridade clínica são considerados sistemas pouco formais, por utilizarem apenas 3 níveis de prioridade (Siciliani e Verzulli, 2009). Os sistemas mais formais atribuem uma pontuação, com vários itens de avaliação, tendo em conta a necessidade de cada utente – maior pontuação é equivalente a um menor tempo de espera (Siciliani and Hurst, 2005, citados em Siciliani e Verzulli, 2009).

Apesar destas formas de controlo do acesso aos serviços de saúde, muitos sistemas de saúde públicos apresentam elevados tempos de espera para acessos eletivos, quer para cirurgia quer para consultas de especialidade (Siciliani and Hurst, 2005, citados em Siciliani e Verzulli, 2009).

Em Portugal, por exemplo, dados apresentados no Relatório de Primavera de 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2011) demonstram que, relativamente ao tempo de espera para acesso a uma consulta de especialidade (dados referentes a 31 de dezembro de 2010), 62% das consultas (dos 497.090 em espera) encontravam-se fora dos tempos máximos de resposta garantida, sendo o tempo médio de espera de 361.5 dias, sendo as consultas classificadas como “*muito prioritárias*” as que apresentam maior tempo de espera, face aos tempos definidos na legislação, comparativamente com as consultas classificadas como “*normais*”.

I.5 Fatores que influenciam os tempos de espera

Como já referido anteriormente, os critérios de priorização pretendem garantir equidade no acesso aos cuidados, sendo uma equidade vertical, que preconiza que indivíduos com necessidades clínicas mais urgentes devam ter um tempo de espera inferior, logo um acesso mais célere, e também uma equidade horizontal, na qual indivíduos com a mesma necessidade clínica esperam o mesmo tempo. A condição clínica do indivíduo é então considerado um fator de necessidade, que influencia legitimamente o acesso e a utilização dos cuidados de saúde, podendo ser verificada desigualdade por existirem diferentes necessidades clínicas.

Existem outros fatores não legítimos, como o rendimento ou o nível de educação, que não deveriam ter qualquer impacto no tempo de espera, por não serem fatores de necessidade. Contudo, pela análise de bibliografia existente, constata-se que, em alguns países com sistemas de saúde essencialmente públicos, se verifica influência destes fatores no tempo de espera, o que gera iniquidade no acesso aos cuidados. Alguns estudos demonstram que o tempo de espera varia tendo em conta o rendimento e o nível de educação (Siciliani e Verzulli, 2009; Regidor *et al.*, 2006), outros apresentam, para além do rendimento, diferenças no tempo de espera entre homens e mulheres (Carlsen and Kaarboe, 2010) e outros referem ainda estas diferenças tendo em conta a região de residência (Johar *et al.*, 2011), a qual poderá ter importância na acessibilidade aos cuidados médicos, dada a existência de locais com maior e melhor oferta de serviços médicos.

Como alguns estudos apontam para a existência de iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, com tempos de espera favorecendo indivíduos com diferentes condições

socioeconómicas, torna-se imperativa a análise do efeito destes fatores não legítimos nos tempos de espera para acesso a consultas médicas, no território português, para se perceber a realidade nacional face aos outros países com semelhantes sistemas de saúde.

2. Dados e variáveis

2.1 Fonte de dados

Para o presente trabalho foi utilizada informação obtida no quarto Inquérito Nacional de Saúde (INS), o qual permitiu a recolha de dados por entrevista direta, no domicílio, a uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal. Os dados foram recolhidos entre fevereiro de 2005 e fevereiro de 2006 (INSA, 2006a). Este foi o primeiro inquérito com dados de todo o território português: continente e arquipélagos dos Açores e Madeira.

O inquérito está dividido em vários grupos de questões, tendo sido utilizada para esta análise informação de quatro desses grupos. Do primeiro grupo, referente à caracterização sociodemográfica do indivíduo, retirou-se informação relativamente à idade, estado civil, nacionalidade, nível de ensino e ocupação dos indivíduos. Do segundo grupo, que recolhe informações gerais de saúde do indivíduo, obteve-se informação sobre o estado geral de saúde do indivíduo. Do sexto grupo, com informação sobre os cuidados de saúde utilizados pelos indivíduos, designadamente sobre consultas médicas, local de realização da última consulta médica, o tipo de consulta, relativamente à especialidade, o tempo de espera desde a marcação até ao dia da realização dessa consulta e o tempo de espera no dia da consulta desde a hora marcada até que foi atendido. Do grupo dez, direcionado para as despesas e rendimentos, foi retirada informação sobre o rendimento mensal da família.

Uma breve análise da amostra do quarto INS permite perceber que, relativamente aos cuidados de saúde, a maioria da população portuguesa, à data de realização do INS, não

tinha qualquer seguro de saúde privado e utilizava essencialmente o SNS para acesso aos cuidados (80% da população) (INSA, 2006b). Esta questão tem particular importância, uma vez que se pretende analisar os tempos de espera para acesso aos cuidados de saúde públicos.

Da amostra inicial do INS, 20847 indivíduos responderam ter tido acesso a consulta médica nos últimos três meses à data da entrevista (56.6%) (INSA, 2006b). Contudo, esta amostra continha indivíduos que foram a consultas em instituições públicas, privadas e outras.¹ Para o presente trabalho foram utilizados os dados referentes a consultas em centro de saúde e consultas em hospital, o que representa a tipologia de indivíduos sobre os quais se quer analisar o efeito do gradiente socioeconómico relativamente ao tempo de espera. Assim, o tratamento estatístico foi efetuado com esta amostra reduzida (N=11592), dos quais 41.92% (8781 indivíduos) representam as consultas em *Centro de Saúde (posto de consultas)* e 13.42% (2811 indivíduos) representam consultas em *Hospitais do Estado (consulta externa do hospital ou maternidade)*.

Tabela 1. Distribuição dos utentes por local de realização de consulta médica.

LOCAL DA CONSULTA MÉDICA	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Centro de Saúde		
Posto de consultas do Centro de Saúde	8.781	41.92
Hospitais do Estado		
Consulta externa do hospital ou maternidade	2.811	13.42
TOTAL	11592	55.38

Fonte: INS (2005-2006).

¹ Em anexo está apresentada a tabela com a distribuição completa dos indivíduos por local de realização de consulta.

2.2 Variáveis dependentes

De acordo com Travassos e Martins (2004, pp. 1), “o comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contacto com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contactos subsequentes”. O acesso aos cuidados de saúde depende então da necessidade de saúde dos utentes e das suas características socio-demográficas, em primeira linha, mas também da própria organização e das políticas de saúde, sendo que cada um destes fatores tem a sua própria influência no acesso, dependendo do tipo de serviço e da proposta assistencial (Travassos e Martins, 2004). Ou seja, para consultas de clínica geral no centro de saúde, é o utente o responsável pelo primeiro contacto com as instituições de saúde, enquanto que, para consultas de especialidade em hospital, o acesso já depende dos próprios médicos, quer seja do clínico geral, na identificação da necessidade de consulta de especialidade, quer do especialista, na triagem e agendamento da consulta da respetiva especialidade. Este contacto também pode ser diferente se se trata de uma primeira consulta ou de consultas subsequentes. Nas consultas subsequentes o tempo de espera pode ser imposto pelo próprio médico, tendo em conta a avaliação clínica efetuada ao indivíduo e os recursos existentes na instituição, tais como os gabinetes disponíveis, as vagas existentes para os dias de consulta e a disponibilidade de outros técnicos, nomeadamente de pessoal de enfermagem, em especialidades que necessitam de apoio de enfermagem. Contudo, os dados do inquérito apenas referem o tempo de espera para a última consulta, não se sabendo se se trata de primeira ou consulta subsequente, o que pode trazer algumas dificuldades na interpretação dos resultados.

Neste caso, foram consideradas duas vias de acesso a consultas médicas – uma referente ao acesso aos cuidados primários (centro de saúde) e outra referente aos cuidados especializados (hospital), os quais apresentam características específicas inerentes à própria instituição e ao seu sistema de gestão. Face ao exposto, a análise do gradiente socioeconómico no acesso a consultas do centro de saúde e hospital foi efetuada em modelos diferentes.

O tempo de espera para obter uma consulta médica pode então ser medido tendo em conta o número de dias desde a identificação da necessidade de consulta até a data de realização da mesma, podendo ser esta necessidade demonstrada através da marcação de consulta no centro de saúde ou, pelo médico de clínica geral, na solicitação de marcação de uma consulta de especialidade, em hospital. É nesta última situação que se enquadram as listas de espera para acesso a consulta médica.

Tendo em conta esta forma de medir o tempo de espera, no presente trabalho foram utilizadas duas variáveis dependentes:

- *tempo de espera para consulta médica (dias) no centro de saúde;*
- *tempo de espera para consulta médica (dias) no hospital.*

Tabela 2. Descrição das variáveis dependentes.

Variável dependente	Descrição
Tempo de espera para consulta médica no centro de saúde	Número de dias que o utente esperou desde que foi marcada a consulta até que foi visto numa consulta de clínica geral
Tempo de espera para consulta médica no hospital	Número de dias que o utente esperou desde que foi marcada a consulta até que foi visto numa consulta de especialidade

A distribuição empírica destas variáveis é apresentada nos gráficos seguintes.

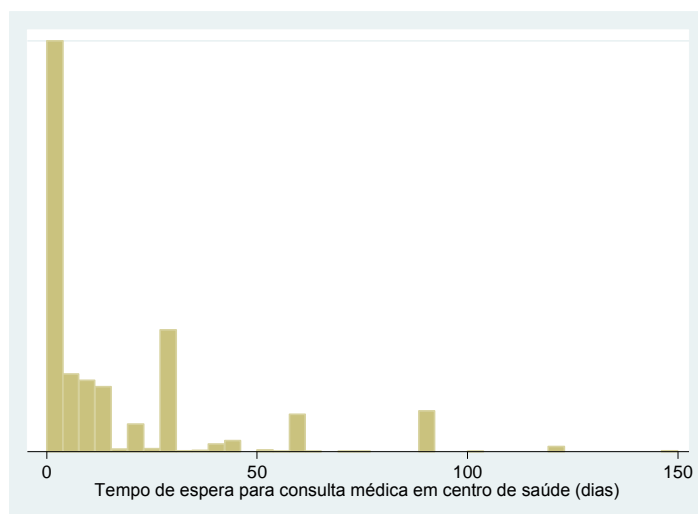


Gráfico 1. Distribuição da variável *Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)*.

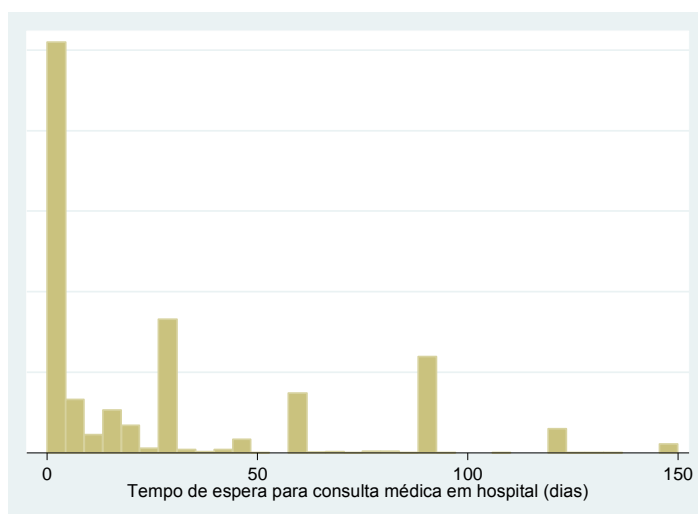


Gráfico 2. Distribuição da variável *Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)*.

Relativamente aos tempos médios de espera, verifica-se que, para acesso a consulta médica no Centro de Saúde, o tempo médio de espera é de 16 dias, com uma

mediana de 5 dias, e para consulta de especialidade, em Hospital, o tempo médio de espera é de 27 dias, com uma mediana de 8 dias.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis dependentes.

Variável dependente	N	média	mínimo	máximo	desvio padrão
Tempo de espera para consulta médica (dias) no centro de saúde	8703	16.11	0	150	24.48
Tempo de espera para consulta médica (dias) no hospital	2771	26.96	0	150	35.36

Fonte: INS (2005-2006).

Para facilitar a interpretação da análise, as variáveis dependentes foram agrupadas em categorias, de acordo com o apresentado na tabela seguinte.

Tabela 4. Categorização das variáveis dependentes.

Tempo de espera para consulta médica (dias)
1 - 0 dias
2 - Entre 1 a 30 dias
3 - Entre 31 e 60 dias
4 - Entre 61 e 150 dias

Relativamente à variável categorizada, observa-se que cerca de 50% dos indivíduos espera até 30 dias para acesso a uma consulta médica, nos centros de saúde e hospitais. Contudo, existe uma quantidade significativa de indivíduos – cerca de 37% no centro de

saúde e 29% nos hospitais - que refere não ter tido tempo de espera para acesso a consulta (tempo de espera “zero”).

Tabela 5. Análise das variáveis dependentes categorizadas, relativamente ao tempo de espera para consulta (dias).

Tempo de espera para consulta	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
0 dias	Centro de Saúde	3209	37.52	37.52
	Hospital	813	29.34	29.34
Até 30 dias	Centro de Saúde	4282	50.06	87.58
	Hospital	1288	46.48	75.82
Entre 31 e 60 dias	Centro de Saúde	586	6.85	94.43
	Hospital	252	9.09	84.92
Entre 61 e 150 dias	Centro de Saúde	476	5.57	100.00
	Hospital	418	15.08	100.00

N (Centro Saúde) = 8553

N (Hospital) = 2771

2.3 Variáveis independentes

Como variáveis explicativas foram utilizadas duas medidas do estatuto socioeconómico dos indivíduos: o *nível de educação* e o *rendimento*. Como variáveis de controlo foram ainda incluídas as variáveis *estado geral de saúde*, *ocupação*, *idade*, *sexo* e *região* de residência.

As variáveis socioeconómicas *nível de educação* e *rendimento* foram escolhidas tendo em conta alguns estudos já realizados nesta área, tal como Lostao *et al.* (2001) e Carlsen and Kaarboe (2010), que as utilizam em simultâneo para a análise do seu efeito no tempo de espera. Para além destas referências, das questões apresentadas no INS, estas variáveis são as que se considera melhor se adequarem ao presente estudo.

As restantes variáveis explicativas usadas no modelo também são referenciadas em estudos sobre esta temática, como podendo ter influência no tempo de espera, como é o caso das variáveis *sexo* e *região* de residência, referidas por Carlsen and Kaarboe (2010) e Johar *et al.* (2011), respetivamente.

Tabela 6. Descrição das variáveis explicativas.

Variável explicativa	Descrição
Nível de educação	Nível de ensino mais elevado que o utente frequenta ou, se já não estuda, que frequentou
Rendimento	Rendimento líquido total da família do utente, no mês anterior a responder ao questionário, em euros (inclui ordenado, salário, honorários, rendas e pensões, abonos e subsídios de todas as pessoas da família)
Ocupação	Descrição da ocupação principal do utente, nas últimas 2 (duas) semanas antes de responder ao questionário
Estado geral de saúde	Caracterização geral do estado de saúde do utente
Sexo	Género Masculino ou Feminino
Idade	Idade do utente, em anos
Região	Região de residência do utente

Tendo em conta as variáveis escolhidas, foi efetuada uma análise descritiva das mesmas, conforme se apresenta na tabela seguinte.

Tabela 7. Análise descritiva das variáveis independentes.

Variável independente	N	média	mínimo	máximo	desvio padrão
Nível de educação					
Centro de saúde	8700	2.41	1	10	1.55
Hospital	2716	2.73	1	10	1.83
Rendimento					
Centro de saúde	8552	5.60	1	10	2.12
Hospital	2715	6.03	1	10	2.24
Ocupação					
Centro de saúde	8703	4.54	1	15	3.60
Hospital	2771	4.56	1	15	3.63
Estado geral de saúde					
Centro de saúde	6955	3.01	1	5	0.96
Hospital	2161	3.14	1	5	0.97
Idade					
Centro de saúde	8489	52.22	0	96	22.37
Hospital	2771	48.28	0	95	22.99

Para o estudo das variáveis e a análise da sua influência nos tempos médios de espera para consulta médica, foram definidas categorias para as variáveis *Rendimento*, *Nível de Educação* e *Ocupação*, de acordo com as tabelas abaixo apresentadas.

Tabela 8. Definição das categorias das variáveis socioeconómicas: *Rendimento* e *Nível de Educação*.

Nível de Educação	Rendimento
1 - Nível de educação baixo (nenhum e nível de ensino básico do 1º ciclo)	1 - Rendimento baixo (Até 500€)
2 - Nível de educação intermédio (nível de ensino básico do 2º e 3º ciclo, ensino secundário e pós-secundário)	2 - Rendimento intermédio (De 501€ a 1500€)
3 - Nível de educação elevado (nível de ensino superior - bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento)	3 - Rendimento elevado (Mais de 1500€)

Tabela 9. Definição das categorias das variáveis: *Idade* e *Ocupação*.

Ocupação	Idade
1 - Exerce uma profissão	1 - Dos 10 aos 16 anos
2 - Estudante	2 - Dos 17 aos 30 anos
3 - Serviço militar	3 - Dos 31 aos 50 anos
4 - Tarefas domésticas	4 - Dos 51 aos 80 anos
5 - Sem ocupação (desempregado, reformado, doente, férias e outros)	5 - Mais de 80 anos

Para melhor se definirem as variáveis independentes, foi efetuada a análise da sua frequência face à amostra em estudo, tendo-se observado o seguinte, conforme apresentado nas tabelas que se seguem:

Centro de Saúde:

- 71% dos utentes inquiridos tem um *nível de educação baixo*;
- 56% dos utentes inquiridos apresentam um *rendimento intermédio*;
- 45% dos utentes inquiridos está *sem ocupação*;

- 42% dos utentes inquiridos define o seu estado de saúde como *razoável*;
- 60% dos utentes inquiridos são do sexo *feminino*.
- 55% dos utentes inquiridos está o grupo etário dos *51 - 80 anos*;
- As 7 regiões em estudo estão representadas de uma forma muito semelhante, entre os 14 e os 19%, sendo que a Madeira e os Açores apresentam uma percentagem ligeiramente inferior de inquiridos, estando abaixo dos 10%.

Hospital

- 64% dos utentes inquiridos tem um *nível de educação baixo*;
- 57% dos utentes inquiridos apresentam um *rendimento intermédio*;
- 45% dos utentes inquiridos está *sem ocupação*;
- 42% dos utentes inquiridos define o seu estado de saúde como *razoável*;
- 55% dos utentes inquiridos são do sexo *feminino*.
- 48% dos utentes inquiridos está no grupo etário dos *51 – 80 anos*;
- As 7 regiões em estudo estão representadas de uma forma muito semelhante, ente os 12 e os 17%, sendo que a Madeira apresenta uma percentagem ligeiramente inferior de inquiridos, estando abaixo dos 10%;

Tabela 10. Análise das variáveis do *Nível de Educação*.

Nível de Educação	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>Nível de Educação Baixo</i>	Centro de Saúde	6104	70.80	70.80
	Hospital	1751	63.60	63.60
<i>Nível de Educação Intermédio</i>	Centro de Saúde	2215	25.69	96.50
	Hospital	807	29.31	92.92
<i>Nível de Educação Elevado</i>	Centro de Saúde	302	3.50	100.00
	Hospital	195	7.08	100.00

N (Centro Saúde) = 8621 N (Hospital) = 2753

Tabela 11. Análise das variáveis do *Rendimento*.

Rendimento	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>Rendimento baixo</i>	Centro de Saúde	2891	33.54	33.54
	Hospital	738	26.81	26.81
<i>Rendimento intermédio</i>	Centro de Saúde	4853	56.31	89.85
	Hospital	1581	57.43	84.24
<i>Rendimento elevado</i>	Centro de Saúde	875	10.15	100.00
	Hospital	434	15.76	100.00

N (Centro Saúde) = 8619 N (Hospital) = 2753

Tabela 12. Análise das variáveis da *Ocupação*.

Ocupação	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>Exerce uma profissão</i>	Centro de Saúde	3028	35.12	35.12
	Hospital	891	32.36	32.36
<i>Estudante</i>	Centro de Saúde	640	7.42	42.55
	Hospital	340	12.35	44.71
<i>Serviço Militar</i>	Centro de Saúde	0	0.00	42.55
	Hospital	1	0.04	44.75
<i>Tarefas domésticas</i>	Centro de Saúde	1042	12.09	54.63
	Hospital	289	10.50	55.25
<i>Sem ocupação</i>	Centro de Saúde	3911	45.37	100.00
	Hospital	1232	44.75	100.00

N (Centro Saúde) = 8621 N (Hospital) = 2753

Tabela 13. Análise das variáveis do *Estado Geral de Saúde*.

Estado Geral Saúde	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>Muito Bom</i>	Centro de Saúde	331	4.81	4.81
	Hospital	83	3.86	3.86
<i>Bom</i>	Centro de Saúde	1681	24.41	29.21
	Hospital	450	20.90	24.76
<i>Razoável</i>	Centro de Saúde	2931	42.56	71.77
	Hospital	903	41.94	66.70
<i>Mau</i>	Centro de Saúde	1495	21.71	93.48
	Hospital	525	24.38	91.08
<i>Muito Mau</i>	Centro de Saúde	449	6.52	100.00
	Hospital	192	8.92	100.00

N (Centro Saúde) = 6887 N (Hospital) = 2153

Tabela 14. Análise das variáveis do sexo.

Variável Sexo	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>masculino</i>	Centro de Saúde	3.430	39.41	39.41
	Hospital	1.247	45.00	45.00
<i>feminino</i>	Centro de Saúde	5.273	60.59	100.00
	Hospital	1.524	55.00	100.00

N (Centro Saúde) = 8703 N (Hospital) = 2771

Tabela 15. Análise das variáveis da *Idade*.

Idade	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
<i>0 – 16 anos</i>	Centro de Saúde	841	9.66	9.66
	Hospital	387	13.97	13.97
<i>17 – 30 anos</i>	Centro de Saúde	784	9.01	18.67
	Hospital	273	9.85	23.82
<i>31 – 50 anos</i>	Centro de Saúde	1845	21.20	39.87
	Hospital	670	24.18	48.00
<i>51 – 80 anos</i>	Centro de Saúde	4783	54.96	94.83
	Hospital	1334	48.14	96.14
<i>Mais de 80 anos</i>	Centro de Saúde	450	5.17	100.00
	Hospital	104	3.86	100.00

N (Centro Saúde) = 8703 N (Hospital) = 2771

Tabela 16. Análise das variáveis da *Região*.

Região	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
Norte	Centro de Saúde	1.527	17.55	17.55
	Hospital	461	16.64	16.64
Centro	Centro de Saúde	1.666	19.14	36.69
	Hospital	445	16.06	32.70
Lisboa e Vale do Tejo	Centro de Saúde	1.383	15.89	52.58
	Hospital	447	16.13	48.83
Alentejo	Centro de Saúde	1.267	14.56	67.14
	Hospital	392	14.15	62.97
Algarve	Centro de Saúde	1.285	14.77	81.90
	Hospital	335	12.09	75.06
Açores	Centro de Saúde	825	9.48	91.38
	Hospital	418	15.08	90.15

Região	Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
Madeira	Centro de Saúde	750	8.62	100.00
	Hospital	273	9.85	100.00

N (Centro Saúde) = 8703 N (Hospital) = 2771

2.4 Variáveis dependentes vs variáveis independentes

Para se completar o estudo exploratório dos dados, através da análise univariável, foi cruzada a informação do tempo de espera para consulta em centro de saúde e consulta em hospital, para cada grupo socioeconómico, utilizando as variáveis indicadas nos pontos anteriores.

Tabela 17. Análise das variáveis dependentes vs variáveis independentes – *Nível de educação e Rendimento.*

Variável independente	Nível de Educação baixo	Nível de Educação intermédio	Nível de Educação elevado	Rendimento baixo	Rendimento intermédio	Rendimento elevado
Tempo de espera (dias) no Centro de Saúde	média – 17.17 sd – 25.62 min – 0 max – 150 N=6107	média – 13.81 sd – 21.59 min – 0 max – 150 N=2211	média – 13.10 sd – 21.16 min – 0 max – 120 N=302	média – 16.51 sd – 25.26 min – 0 max – 150 N=2862	média – 16.39 sd – 24.56 min – 0 max – 150 N=4779	média – 14.61 sd – 22.67 min – 0 max – 120 N=847
Tempo de espera (dias) no Hospital	média – 27.36 sd – 35.44 min – 0 max – 150 N=1752	média – 26.13 sd – 34.45 min – 0 max – 150 N=823	média – 27.01 sd – 38.42 min – 0 max – 150 N=195	média – 25.44 sd – 34.25 min – 0 max – 150 N=728	média – 28.17 sd – 35.79 min – 0 max – 150 N=1558	média – 25.85 sd – 36.49 min – 0 max – 150 N=429

Relativamente ao tempo médio de espera para consulta médica no centro de saúde, o maior tempo de espera verifica-se para o *nível de educação baixo*, em relação aos

outros dois grupos de educação, com 17 dias. Relativamente ao *rendimento* as diferenças não parecem tão acentuadas. Contudo, os indivíduos de *rendimento elevado* apresentam um menor tempo médio de espera, com 15 dias, em comparação com os indivíduos de maior rendimento.

Considerando os indivíduos dos hospitais, não parece existir grande diferença entre os tempos médios de espera para consulta médica, estando os diferentes grupos com valores entre os 25 e os 28 dias.

Tendo em conta o resultado de alguns estudos com objetivos semelhantes, tal como o estudo realizado com dados do SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), em nove países europeus, estes resultados também parecem dar indicações de alguma iniquidade nos tempos médios de espera, favorecendo indivíduos com maior *nível de educação* e, em menor expressão, indivíduos de maior *rendimento*, quando comparados com os de nível educação e rendimento mais baixos, nomeadamente ao nível dos cuidados primários (Siciliani and Verzulli, 2009). No estudo europeu supra mencionado, foi identificado que, para consultas de especialidade no setor público, indivíduos com maior nível de educação tinham menores tempos de espera, quando comparados com indivíduos de menor nível de educação. Também foram evidenciados alguns efeitos do rendimento no tempo de espera, embora menos significativos.

Tabela 18. Análise das variáveis dependentes vs variável independente *ocupação*.

Ocupação	Exerce uma profissão	Estudante	Serviço Militar	Tarefas Domésticas	Sem Ocupação
Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)	média – 14.49 sd – 22.62 min – 0 max – 150 N=2966	média – 12.07 sd – 20.15 min – 0 max – 120 N= 628	média – ... sd – ... min – ... max – ... N= 0	média – 18.67 sd – 26.62 min – 0 max – 120 N= 1029	média – 17.64 sd – 25.99 min – 0 max – 150 N= 3866
Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)	média – 27.16 sd – 35.11 min – 0 max – 150 N= 901	média – 26.76 sd – 35.50 min – 0 max – 150 N= 337	média – 30 sd – ... min – 30 max – 30 N= 1	média – 29.67 sd – 36.37 min – 0 max – 150 N=295	média – 26.23 sd – 35.28 min – 0 max – 150 N= 1237

Quanto à ocupação, e tendo em conta o tempo médio de espera para consulta em centro de saúde, verifica-se que os *estudantes* têm menor tempo médio de espera em comparação com os restantes grupos, sendo que o grupo *Tarefas domésticas* apresenta, em média um tempo de espera maior (19 dias), em comparação com os restantes grupos.

A nível hospitalar, os tempos médios de espera foram muito semelhantes para os diferentes grupos, embora sendo também superiores para o grupo *Tarefas domésticas* (30 dias), relativamente aos restantes.

Tabela 19. Análise das variáveis dependentes vs variável independente *Estado geral de saúde*.

Estado geral de saúde	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)	média – 15.51 sd – 23.46 min – 0 max – 120 N= 328	média – 15.52 sd – 24.04 min – 0 max – 120 N= 1664	média – 17.11 sd – 5.52 min – 0 max – 150 N= 2917	média – 16.63 sd – 25.01 min – 0 max – 150 N= 1480	média – 18.22 sd – 27.25 min – 0 max – 150 N= 448
Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)	média – 21.64 sd – 32.89 min – 0 max – 120 N= 80	média – 22.35 sd – 32.33 min – 0 max – 150 N= 455	média – 31.02 sd – 37.91 min – 0 max – 150 N= 910	média – 27.33 sd – 34.70 min – 0 max – 150 N= 522	média – 26.29 sd – 34.21 min – 0 max – 122 N= 194

Tendo em conta o *estado geral da saúde*, e para o tempo de espera para consulta médica, os utentes que referiram um melhor estado de saúde – *Muito Bom*, foram os utentes que tiveram um tempo médio de espera mais baixo, em comparação com os restantes grupos que referem um pior estado de saúde, quer para consultas de clínica geral quer de especialidade.

Estas observações parecem contrariar o princípio preconizado para o acesso aos cuidados de saúde, tendo em conta a gravidade dos casos, no qual deve ser garantido que utentes com pior estado de saúde têm um menor tempo de espera. Estes primeiros resultados parecem dar indicação de existência de desigualdade no acesso a consultas médicas (Bago D’Uva, 2010).

Tabela 20. Análise das variáveis dependentes vs variável independente sexo.

Sexo	Masculino	Feminino
Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)	média – 15.73 sd – 24.26 min – 0 max – 150 N= 3349	média – 16.59 sd – 24.84 min – 0 max – 150 N= 5140
Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)	média – 27.48 sd – 36.01 min – 0 max – 150 N= 1247	média – 26.54 sd – 34.82 min – 0 max – 150 N=1524

Quanto ao género dos utentes, de uma forma global, verificam-se ligeiras diferenças no tempo médio de espera para consulta no centro de saúde, tendo as mulheres, em média, um tempo de espera superior, em comparação com o grupo dos homens. Relativamente às consultas em hospital, são os homens que apresentam maior tempo de espera, como identificado em outros estudos (Carlsen and Kaarboe, 2010), onde se verifica menor tempo de espera no grupo das mulheres. Apesar das diferenças no tempo médio de espera, estas não parecem ser significativas.

Tabela 21. Análise das variáveis dependentes vs variável independente *Idade*.

Idade	0-16 anos	17-30 anos	31-50 anos	51-80 anos	Mais de 80 anos
Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)	média – 15.22 sd – 23.62 min – 0 max – 120 N= 824	média – 12.73 sd – 21.69 min – 0 max – 150 N= 752	média – 15.04 sd – 22.80 min – 0 max – 150 N= 1789	média – 17.46 sd – 25.74 min – 0 max – 150 N= 4683	média – 16.28 sd – 25.25 min – 0 max – 120 N= 441

Idade	0-16 anos	17-30 anos	31-50 anos	51-80 anos	Mais de 80 anos
Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)	média – 24.43 sd – 34.90 min – 0 max – 150 N= 387	média – 26.65 sd – 34.86 min – 0 max – 150 N= 273	média – 26.37 sd – 33.70 min – 0 max – 150 N= 670	média – 28.30 sd – 36.50 min – 0 max – 150 N= 1334	média – 23.93 sd – 33.68 min – 0 max – 120 N= 107

Quanto à idade, o grupo etário onde se observou um maior tempo médio de espera para consulta médica foi o grupo dos 51 aos 80 anos, comparativamente com os restantes grupos etários, sendo este também o grupo etário mais representativo da amostra em estudo. Verifica-se ainda que o tempo médio de espera para consulta médica, no centro de saúde, favorece indivíduos do grupo etário dos 17 aos 30 anos, relativamente aos restantes.

Tabela 22. Análise das variáveis dependentes vs variável independente *Região* de residência.

Variável independente regioao	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
Tempo de espera para consulta médica em centro de saúde (dias)	média – 16.40 sd – 24.89 min – 0 max – 150 N= 1513	média – 12.93 sd – 21.62 min – 0 max – 150 N= 1596	média – 13.12 sd – 22.09 min – 0 max – 150 N= 1341	média – 14.56 sd – 23.59 min – 0 max – 150 N= 1244	média – 16.69 sd – 22.59 min – 0 max – 150 N= 1225	média – 25.37 sd – 31.30 min – 0 max – 120 N= 825	média – 20.68 sd – 27.61 min – 0 max – 120 N= 745
Tempo de espera para consulta médica em hospital (dias)	média – 25.20 sd – 35.94 min – 0 max – 150 N= 461	média – 30.22 sd – 37.57 min – 0 max – 150 N= 445	média – 26.20 sd – 33.47 min – 0 max – 150 N= 447	média – 27.10 sd – 34.94 min – 0 max – 150 N= 392	média – 24.14 sd – 33.12 min – 0 max – 150 N=335	média – 27.44 sd – 36.46 min – 0 max – 150 N= 418	média – 28.42 sd – 35.07 min – 0 max – 150 N= 273

Tendo em conta a região de residência dos indivíduos, verificou-se que, relativamente ao tempo médio de espera para consulta médica em centro de saúde, os indivíduos da região centro têm um menor tempo de espera e os dos arquipélagos apresentam um maior tempo de espera, quando comparados com as restantes regiões. A nível hospitalar, os resultados não são semelhantes, sendo que os indivíduos da região centro apresentam um tempo médio de espera superior ao das restantes regiões.

Desta análise exploratória parece então haver alguma indicação de influência das variáveis socioeconómicas *nível de educação* e *rendimento* no tempo médio de espera para consultas de clínica geral, sendo que os indivíduos de rendimento baixo, quando comparados com os de maior rendimento, têm um maior tempo de espera.

Quanto às variáveis independentes, relativamente ao tempo de espera para consulta médica, quer para consultas de clínica geral quer para as de especialidade, existem diferenças nos tempos médios de espera, tendo em conta a *ocupação*, onde o maior tempo médio de espera se observou nas *Tarefas domésticas*, o *estado geral de saúde* dos indivíduos, com maiores tempos de espera para indivíduos com pior estado de saúde, a *idade*, com tempos médios de espera superiores para o grupo etário dos 51 aos 80 anos, e a *região* de residência. Para esta última variável, os indivíduos da região centro são os que apresentam menor tempo de espera em centro de saúde, mas um tempo de espera maior, quando em hospital.

Estas observações podem indicar a existência de iniquidade, uma vez que o tempo de espera é influenciado por fatores de não necessidade (Bago D'Uva, 2010), tal como o nível de educação, o rendimento, a ocupação e a região de residência.

Tendo em conta os fatores legítimos ou de necessidade, como a idade e o estado de saúde, parece também haver indicação de existência de desigualdades relativamente ao acesso a consultas médicas.

Os resultados apresentados apenas relacionam o tempo de espera com cada variável independente isolada. Assim, para tornar a análise de dados mais rigorosa e completa, foi elaborado um estudo multivariável, cuja metodologia a seguir se apresenta.

3. Metodologia econométrica

3.1 Modelos económicos e econométricos

A econometria é baseada no desenvolvimento de métodos estatísticos para estimar relações económicas, testar teorias económicas e avaliar a implementação de políticas governamentais. Tem evoluído como uma disciplina independente da estatística matemática, pela recolha e análise de dados económicos não experimentais (dados observacionais, não obtidos através de experiências controladas) (Wooldridge, 2002).

Esta análise empírica utiliza então dados para testar uma teoria ou testar uma relação, em situações de interesse económico e importantes do ponto de vista da implementação de políticas. São estimados parâmetros para o modelo e são testadas hipóteses sobre esses parâmetros. O valor e o sinal dos parâmetros determinam a validação de uma teoria económica e dos efeitos de determinadas políticas (Wooldridge, 2002).

Numa fase inicial pode ser definido um modelo económico, o qual consiste numa equação matemática que descreve, ainda que de forma aproximada, várias relações ou comportamentos (Wooldridge, 2002).

Para se determinar a existência de influência do gradiente socioeconómico no tempo de espera para consulta, ou seja, se existe diferença significativa dos tempos de espera para consulta nos diferentes grupos socioeconómicos, foi aplicado um método estatístico inferencial, através de um modelo econométrico – Modelo de Regressão Binomial Negativa (NBRM). Nesta análise econométrica, foram analisadas as duas variáveis dependentes, definidas anteriormente, em separado.

Para as variáveis dependentes em estudo (*Tesp*) e tendo em conta as variáveis explicativas identificadas como podendo influenciar a variável dependente (*edu* – nível de

educação; *rend* – rendimento; *ocup* – ocupação; *saude* – estado geral de saúde; *idade*, *sexo* e *região* de residência), é apresentada a seguinte equação:

$$Tesp = f(\textit{edu}, \textit{rend}, \textit{ocup}, \textit{saude}, \textit{idade}, \textit{sexo}, \textit{regiao})$$

Assim, tendo em conta o modelo matemático supra e os resultados da análise exploratória dos dados, foram incluídos no modelo econométrico os seguintes fatores que influenciam o tempo de espera, e em que a especificação da média é feita através do modelo exponencial:

$$Tesp = \exp(\alpha_0 + \alpha_1 \textit{edu} + \alpha_2 \textit{rend} + \alpha_3 \textit{ocup} + \alpha_4 \textit{saude} + \alpha_5 \textit{idade} + \alpha_6 \textit{regiao} + \epsilon)$$

Para o presente trabalho foi então especificado e estimado um modelo de regressão de contagem (binomial negativo), pois as diferentes variáveis dependentes apresentam a característica de apenas terem valores não negativos e inteiros. Neste caso em concreto, poder-se-ia ter utilizado o Modelo de Regressão de Poisson (PRM), tendo em conta outros estudos realizados com variáveis de contagem (Cameron and Trivedi, 1986, citados por Long, 1997). Este modelo considera a média da distribuição como função das variáveis independentes e tem a característica de que a média condicional é igual à variância condicional. Contudo, em dados que refletem o comportamento dos indivíduos, esta variância excede em geral a média (Long, 1997). Tendo em conta este fator e a heterogeneidade não observada, dada pelas diferenças entre os indivíduos da amostra, com o PRM poderiam existir situações de sobredispersão de dados. Assim, foi utilizado o Modelo de Regressão Binomial Negativa (NBRM), à semelhança das opções

metodológicas de outros autores que desenvolveram estudos com objetivos e dados semelhantes (e.g. Sicilliani and Verzulli, 2009).

Os modelos PRM e NBRM têm a mesma estrutura relativamente à média das variáveis e podem ser comparados através do teste do parâmetro de dispersão α , sendo que quando $\alpha = 0$, o modelo PRM é reduzido ao NBRM (Long, 1997).

3.2 Expressão da média do modelo

Tendo em conta os fatores já referidos, a expressão da média do modelo econométrico proposto é a seguinte²:

$$E(y|x) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{edu} + \alpha_2 \text{rend} + \alpha_3 \text{ocup} + \alpha_4 \text{saude} + \alpha_5 \text{idade} + \alpha_6 \text{regiao} + \alpha_k x_k + \varepsilon$$

Os parâmetros $\alpha_0, \alpha_1, \dots, \alpha_k$ do modelo econométrico descrevem a direção e a dimensão da relação entre o tempo de espera para consulta médica e os fatores usados para determinar esse tempo de espera no modelo. Assim, se o valor de α_1 tem sinal negativo, o rendimento (*rend*) influencia negativamente o tempo de espera, ou seja, com redução do rendimento prevê-se um aumento no tempo médio de espera. Se α_1 for positivo, indivíduos com maior rendimento (*rend*) têm maior tempo médio de espera. O ε é um termo de erro aleatório que contém todos os fatores não observados e que influenciam o tempo de espera.

² As variáveis independentes são genéricas e representam os fatores que influenciam o tempo de espera.

3.3 Resultados

Para a aplicação do modelo econométrico, foram utilizadas as variáveis *dummy* das variáveis independentes, tendo em conta a categorização das mesmas, apresentadas no ponto 2.3..

Para a variável *nível de educação* foram criadas 2 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a do nível de educação elevado. Para a variável *rendimento* foram criadas 2 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a do rendimento elevado. Para a variável *ocupação* foram criadas 4 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a dos indivíduos sem ocupação. Para a variável *estado de saúde* foram criadas 4 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a do estado de saúde muito mau. Para a variável *idade* foram criadas 4 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a dos indivíduos com mais de 80 anos. Finalmente, para a variável *região* foram criadas 6 variáveis *dummy*, sendo que a categoria omitida foi a da região norte.

Das variáveis analisadas, nem todas apresentam significância estatística, não demonstrando ter influência nos tempos de espera analisados.

A primeira tabela apresentada (**Tabela 24**) diz respeito à variável dependente *tempo de espera para consulta médica em centro de saúde*, na qual se pode verificar que apenas as variáveis relativas à *ocupação* e *região* de residência é que têm significância estatística ($p < 0.01$), representando alguma influência neste tempo de espera. Relativamente à variável *ocupação*, os indivíduos que desempenham uma profissão e os estudantes, face aos indivíduos que não têm ocupação (categoria excluída), esperam em média menos tempo para uma consulta médica no centro de saúde, dado pelo coeficiente de valor negativo. Relativamente à *região*, o facto de os indivíduos serem da região centro e de Lisboa e Vale do Tejo, aumenta em média o seu tempo de espera, face aos da região

norte (categoria excluída), visto que o coeficiente destas variáveis também apresenta valor negativo. Contrariamente, e dado o coeficiente de valor positivo, os indivíduos dos arquipélagos dos Açores e Madeira têm, em média, um tempo de espera superior, face aos da região norte. Estes resultados confirmam alguns dos obtidos na análise exploratória.

Tabela 23. Modelo de Regressão Binomial Negativa para tempo de espera para consulta médica no centro de saúde (dias).

Variável	Coefficiente	Erro padrão	z	Valor de P	Intervalo de confiança 95%	
edu_inter	-.0345765	.0973553	-0.36	0.722	-.2253893	.1562364
edu_baixo	.0202916	.0993979	0.20	0.838	-.1745247	.2151079
rend_inter	.1361219	.0549817	2.48	0.013	.0283597	.2438841
rend_baixo	.1067185	.0605736	1.76	0.078	-.0120036	.2254406
ocup_prof	-.1199561	.0435385	-2.76	0.006	-.2052899	-.0346222
ocup_est	-.3728684	.0906558	-4.11	0.000	-.5505505	-.1951863
ocup_domst	-.0375574	.0521321	-0.72	0.471	-.1397344	.0646196
saude_mbom	.0572064	.0921716	0.62	0.535	-.1234466	.2378595
saude_bom	.0588704	.0526502	1.12	0.264	-.0443221	.1620629
saude_raz	.0705464	.0433766	1.63	0.104	-.0144703	.1555631
saude_mau	-.0011477	.0527016	-0.02	0.983	-.1044409	.1021455
id_0_16	-.0050113	.1123135	-0.04	0.964	-.2251417	.2151192
id_17_30	-.1383379	.1072895	-1.29	0.197	-.3486213	.0719456
id_31_50	-.0471155	.090261	-0.52	0.602	-.2240237	.1297928
id_51_80	.0633628	.0793118	0.80	0.424	-.0920855	.2188112
regiao_centro	-.2529879	.0570351	-4.44	0.000	-.3647745	-.1412012
regiao_lvt	-.2069015	.0597595	-3.46	0.001	-.324028	-.089775
regiao_alen	-.1401439	.0601116	-2.33	0.020	-.2579604	-.0223274
regiao_al	-.0037707	.0543298	0.07	0.945	-.1027138	.1102553
regiao_acores	.4651913	.595274	7.81	0.000	.3485197	.5818628
regiao_mad	.2181073	.0637211	3.42	0.001	.0932162	.3429985
cons	2.691414	.1336408	20.14	0.000	2.429483	2.953345

A segunda tabela apresentada (**Tabela 25**) diz respeito à variável dependente *tempo de espera para consulta médica em hospital*, na qual se verifica que apenas a variável relativa ao estado de saúde razoável têm significância estatística, representando alguma influência neste tempo de espera. Nesta situação, os indivíduos que indicam ter um estado de saúde razoável, face aos indivíduos com um estado de saúde muito mau (categoria excluída), esperam em média mais tempo para uma consulta (valor positivo do coeficiente). Este

resultado confirma o obtido na análise exploratória, relativamente ao estado de saúde, e está de acordo com o estabelecido na perspetiva de equidade vertical – devem existir diferenças apropriadas entre a utilização de cuidados de saúde por indivíduos com diferentes necessidades (Bago D’Uva, 2010).

Tabela 24. Modelo de Regressão Binomial Negativa para tempo de espera para consulta médica no hospital (dias).

Variável	Coefficiente	Erro padrão	z	Valor de P	Intervalo de confiança 95%	
edu_inter	-.0418661	.1159453	-0.36	0.718	-.2691147	.1853824
edu_baixo	-.0075792	.1192703	-0.06	0.949	-.2413448	.2261864
rend_inter	.1159464	.0741072	1.56	0.118	-.0293011	.261194
rend_baixo	-.0254957	.0877425	-0.29	0.771	-.1974678	.1464765
ocup_prof	.0137922	.066921	0.21	0.837	-.1173706	.1449549
ocup_est	.1463127	.1265791	1.16	0.248	-.1017776	.3944031
ocup_milt	.1821543	.1211114	1.50	0.133	-.0552196	.4195282
ocup_domst	.0835146	.0857698	0.97	0.330	-.0845912	.2516203
saude_mbom	-.106427	.1785066	-0.60	0.551	-.4562935	.2434395
saude_bom	-.0893719	.0891735	-1.00	0.316	-.2641487	.085405
saude_raz	.2209198	.0645068	3.42	0.001	.0944888	.3473507
saude_mau	.0775786	.0757832	1.02	0.306	-.0709538	.226111
id_0_16	-.0793676	.1857617	-0.43	0.669	-.4434539	.2847186
id_17_30	.1047886	.1765237	0.59	0.553	-.2411914	.4507686
id_31_50	.0486201	.1535038	0.32	0.751	-.2522419	.3494821
id_51_80	.1263668	.1425357	0.89	0.375	-.152998	.4057317
regiao_centro	.1752157	.0902052	1.94	0.052	-.0015832	.3520145
regiao_lvt	.0378629	.0908507	0.42	0.677	-.1402012	.2159269
regiao_alen	.0970096	.0947564	1.02	0.306	-.0887094	.2827287
regiao_al	-.0532732	.1008206	-0.53	0.597	-.2508779	.1443315
regiao_acores	.0871492	.0969211	0.90	0.369	-.1028126	.2771109
regiao_mad	.1030749	.1019488	1.01	0.312	-.0967412	.3028909
cons	3.002311	.1955695	15.35	0.000	2.619002	3.38562

3.4 Discussão

Relativamente ao tempo de espera para consulta médica, a iniquidade verificada é relativa aos cuidados primários, tendo em conta a *ocupação* e a *região* de residência. Para o primeiro fator, existe favorecimento dos indivíduos estudantes e que desempenham uma profissão, apresentando estes grupos um tempo médio de espera inferior, face aos indivíduos que não têm ocupação. Para o segundo fator, verifica-se que os indivíduos da região centro e Lisboa e Vale do Tejo beneficiam de um menor tempo médio de espera e que os residentes nas regiões dos Açores e Madeira são prejudicados tendo um maior tempo médio de espera, face aos da região norte. Estas variáveis não são consideradas fatores de necessidade, uma vez que não têm influência na necessidade clínica dos indivíduos (Bago D’Uva, 2010). Neste caso, quanto à *ocupação*, os indivíduos que exercem uma profissão e os estudantes poderão ter associado um maior custo de oportunidade, pois o esperar pelos cuidados de saúde adia a maximização da sua função de utilidade (Ferreira, 2012). Assim, apesar de não terem influência direta no tempo de espera, poderão, face aos melhores conhecimentos sociais e do funcionamento do sistema de saúde, exercer uma maior pressão sobre o próprio (Laudicella, Siciliani and Cookson, 2010). O facto dos indivíduos pertencerem a uma determinada região também favorece o acesso aos cuidados de saúde, tal como identificado por outros autores (Van Doorslaer et al., 2004, citado por Bago D’Uva, 2010). Tendo em conta a *região* de residência, apesar das características da própria região e das suas instituições poderem ter efeitos sobre o tempo de espera, e.g. nos arquipélagos não existir tanta escolha a nível de instituições de saúde, sendo os recursos mais limitados, este poderá não ser um efeito direto, mas sim um efeito subestimado do gradiente socioeconómico, uma vez que as diferentes regiões

podem ter acumulação de agregados familiares com maior ou menor rendimento (Johar *et al.*, 2011).

Tendo em conta os dados do quarto INS, apenas foram analisadas características do indivíduo. Assim, existem outras variáveis, com base em características da própria região, organização e estrutura dos centros de saúde e hospitais, e até dos próprios clínicos, que podem ser importantes para a explicação dos resultados. Tal como identificado por Sicilliani and Verzulli (2009), existem algumas limitações que podem ter influência nos resultados: a) os dados não incluírem informação por parte das instituições de saúde e dos seus profissionais, tal como já mencionado; b) serem excluídos da amostra indivíduos que foram a consultas médicas em locais privados; c) os dados serem reportados pelos próprios indivíduos, o que pode induzir em erro os resultados (Bishai and Lang, 2000, citados por Sicilliani and Verzulli, 2009);³ d) os indivíduos, face ao elevado tempo de espera, desistirem da consulta e até optarem pelo não tratamento. Estudos futuros deverão contemplar estas características, de forma a se aprofundar o conhecimento sobre os fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde.

Contrariamente ao verificado ao nível dos cuidados primários, para os dados analisados, foi verificada equidade no acesso a consultas médicas em hospital. Neste caso, a desigualdade verificada no tempo médio de espera para consulta médica para os indivíduos com estado de saúde razoável, face aos de estado de saúde muito mau, representa um sinal de equidade vertical, como já referido anteriormente onde, para uma diferente necessidade clínica, existem diferentes tempos de espera, favorecendo os de maior necessidade, uma vez que se considera que a influência do estado de saúde é

³ A maioria dos estudos utiliza dados de inquéritos, os quais têm o tempo de espera reportado pelos próprios indivíduos (e.g. Siciliani and Verzulli, 2009). Contudo, a utilização de dados administrativos das instituições de saúde (Carlsen and Kaarboe, 2010) parecem ser mais fidedignos da realidade dos sistemas de saúde.

legítima (Bago D'Uva, 2010). Estas diferenças relativas ao centro de saúde e hospital poderão ser devidas à proximidade que os cuidados primários têm com a comunidade onde estão inseridos, sendo os hospitais estruturas mais complexas e com menor propensão para responder a pressões externas. Poderá aqui também ser verificado um efeito de seleção, estando na amostra em estudo apenas os indivíduos que podem esperar, sendo que, a nível do centro de saúde, como o primeiro contacto é da responsabilidade do indivíduo, os que têm maior conhecimento e capacidade financeira, poderão, face a uma previsão de maior tempo de espera, optar por outros cuidados de saúde que não os do SNS, recorrendo a entidades privadas. O mesmo pode ser aplicado à região de residência, dado os recursos de algumas regiões, a nível privado, serem também superiores, como poderá acontecer para a região centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

4. Conclusões

O principal objetivo deste trabalho foi testar empiricamente se o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por variáveis socioeconómicas, de forma a identificar se existe equidade no acesso a cuidados de saúde públicos eletivos, em Portugal.

Para que exista equidade no acesso, a sua moderação deve ser efetuada tendo em conta critérios de necessidade, e não tendo por base condições socioeconómicas dos indivíduos.

Para o presente estudo foram utilizados os dados do quarto inquérito nacional de saúde. Da amostra inicial deste inquérito, foi constituída outra amostra mais reduzida, contendo apenas indivíduos que tinham tido acesso a consulta médica no centro de saúde (N=8781) e em hospital (N=2811), visto ser esta a tipologia de utentes sobre os quais se pretendia analisar o efeito do gradiente socioeconómico relativamente ao tempo de espera (N=11592).

Tendo em conta a forma de medir o tempo de espera apresentada (tempo desde a identificação da necessidade até à data da consulta), foram utilizadas duas variáveis dependentes: *tempo de espera para consulta médica (dias) no centro de saúde* e *tempo de espera para consulta médica (dias) no hospital*.

Da análise empírica foi observado que existe influência das variáveis *ocupação* e *região* de residência no tempo de espera para consulta médica em centro de saúde.

Face aos resultados obtidos, conclui-se que o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por variáveis socioeconómicas, existindo iniquidade no acesso a

cuidados de saúde eletivos, no serviço nacional de saúde, nomeadamente, no acesso a cuidados primários.

Apesar da legislação aplicável mencionar a equidade no acesso aos cuidados como um alicerce fundamental, verifica-se que existem ainda algumas lacunas no que diz respeito à promoção, implementação e controlo dessa equidade (Furtado e Pereira, 2010).

Na altura de realização do quarto INS não tinham sido ainda publicados os diplomas referentes ao programa de promoção do acesso aos cuidados de saúde eletivos, definidos na Portaria n.º 1529/2008 e 615/2008, respetivamente relativos aos TMRG e CTH, nos quais são estabelecidos tempos de espera máximos tendo em conta a necessidade clínica e urgente dos indivíduos, ou seja, introduzem o conceito de equidade vertical. Esta equidade pode não ser sinónimo de igualdade, uma vez que dentro do mesmo grupo de prioridades podem existir indivíduos que esperem um ou dois dias e outros que esperam trinta dias. Contudo, apesar destas limitações, estes tempos serviram de referência para a interpretação das variáveis dependentes, tendo sido também tido em conta a Lei de Bases da Saúde e a Constituição, que preconizam esta necessidade de equidade, tendo em conta as condições socioeconómicas (Portal da Saúde, 2011). A priorização estipulada no articulado da lei portuguesa e as propostas por outros autores, tais como a optimização dos espaços de consulta nas instituições de saúde e o incentivo dos médicos (Culyer, Jones and Propper, 2000) poderão assegurar uma melhor resposta às necessidades clínicas dos indivíduos e melhorar a distribuição dos tempos de espera.

Após o INS, foram já realizados alguns relatórios, tal como o Relatório de Primavera de 2011 (OPSS, 2011), onde se demonstra que existem ainda muitas situações em que os tempos de espera para acesso a uma consulta se encontram fora dos tempos

máximos de resposta garantida. Para além deste tempo de espera, é também importante que, com dados recentes, sejam efetuados estudos sobre os fatores de influência no tempo de espera, uma vez que apesar dos TMRG não estarem a ser cumpridos na sua maioria, poderá não se verificar iniquidade no acesso aos cuidados, desde que não se verifiquem desigualdades sistemáticas devido a fatores não legítimos. Assim, na definição de políticas e medidas de melhoria do acesso aos cuidados deve ser tido em conta a interação dos diferentes fatores sociais, económicos e demográficos (Furtado e Pereira, 2010), devendo estas políticas ser regularmente acompanhadas de uma avaliação dos seus efeitos (Bago D’Uva, 2010), podendo assim ser garantida a “(...) ausência de diferenças sistemáticas (...) entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente.” (Furtado e Pereira, 2010, pp. 4), no SNS.

5. Lista das Referências Bibliográficas

- Bago D'Uva, T.. 2010. Equidade no setor da saúde em Portugal. em: Simões, J., Coord. 2010. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Almedina. pp. 83-112.
- Barros, P. P., 2009. *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 2ª Edição revista. Coimbra: Almedina, pp. 91-109.
- Campos, A.C.. 1991. Estudar as desigualdades na saúde. Porquê? Em: Pereira, Giraldes e Campos, Coord., 1991. *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Instituto de Estudo para o Desenvolvimento. Caderno 19. Cap. I. pp.15-25.
- Carlsen and Kaarboe, 2010. Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. *Working paper in Economics*. N.º 08/10. Department of Economics – University of Bergen. [pdf] Disponível em: <<http://www.uib.no/filearchive/wp0810.pdf>> [Acedido a 14 de abril de 2012].
- Culyer, A.J., Jones, P.R. and Propper, C.. 2000. Waiting list and medical treatment. Em: Culyer and Newhouse, 2000. *Handbook of health economics* Vol. 1B: North-Holland. Capítulo 23. pp. 1201-1245.
- Ferreira, A.M., 2012. *O efeito do tempo de espera na procura de cuidados de saúde. Evidência em pírica para Portugal*. Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, J. R., 2009. *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*. Mestrado. Instituto Superior Técnico – UNL. [pdf] Disponível em: <<https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/578435/1/Dissertacao.pdf>> [Acedido a 23 de novembro de 2011].
- Frederico, M. 2000. *Princípios da economia da saúde*. Edições Sinais Vitais – Coleção complementos n.º2. Editora FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Furtado, C. e Pereira, J., 2010. *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade de Lisboa. [pdf] Disponível em: <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EAI.pdf>> [Acedido a 6 de novembro de 2011].
- Giraldes, M.R.. 1991. Contributos para uma distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários. Em: Pereira, Giraldes e Campos, Coord., 1991. *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Instituto de Estudo para o Desenvolvimento. Caderno 19. Cap. 9. pp. 175-206.
- Grossman, M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy* (Mar.-Apr., 1972), pp. 223-255. [e-jornal] 80 (2). Disponível em: <[http://porter.ssc.upenn.edu/~hfang/teaching/socialinsurance/readings/Grossman72\(3.1\).pdf](http://porter.ssc.upenn.edu/~hfang/teaching/socialinsurance/readings/Grossman72(3.1).pdf)> [Acedido a 22 de novembro de 2011].

Hendersen, J.. 1999. *Health economics & policy*. South-Western College Publishing.

INSA, 2006a. *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. [on line] Disponível em: <<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>> [Acedido a 14 de novembro de 2011].

INSA, 2006b. *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. [pdf] Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf> [Acedido a 9 de novembro de 2011].

Johar, M. et al., 2011. Discrimination in a universal health system: Explaining socioeconomic waiting time gaps. *Working paper no. 165*. School of finance and economics.

Justo, C.. 2003. *Acesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [pdf] Disponível em: <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/acesso-aos-cuidados-de-saude-o-caso-das-listas-de-espera-em-cirurgia.pdf>> [Acedido a 20 de março de 2011].

Laudicella, M., Siciliani, L. and Cookson, R., 2010. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *HEDG Working paper 10/05*. The University of York. [pdf] Disponível em: <http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_05.pdf> [Acedido a 9 de novembro de 2011].

Lei n.º 56/77, de 15 de setembro. *Serviço Nacional de Saúde*. [pdf] Disponível em: <<http://dre.pt/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>> [Acedido a 7 de julho de 2012].

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. *Lei de Bases da Saúde*. [pdf] Disponível em: <<http://dre.pt/pdf/dip/1990/08/19500/34523459.pdf>> [Acedido a 7 de julho de 2012].

Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto. *Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*. [pdf] Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B4C04A01-5165-4350-90C5-76F77D21243D/0/Lei412007_CartaDireitosAcessoUtentesSNS.pdf> [Acedido a 7 de julho de 2012].

Lima, M.E., 1993. *A economia dos cuidados de saúde: um contributo para o estudo dos custos do subsector hospitalar*. Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Long, J.S.. 1997. *Regression models for categorical and limited dependent variables*. *Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences Series*. 7. SAGE Publications. pp. 217-249.

Lostao, L. et al., 2001. Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995-97. *Rev. Esp. Salud Publica*, 2001 mar-apr; **75**(2):115-27 [e-journal]. Apenas resumo. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=changes%20in%20socioeconomic%20differences%20in%20the>

[%20utilization%20of%20and%20accessibility%20to%20health%20services%20in%20spain](#)> [Acedido a 20 de dezembro de 2011].

Lourenço, O.M., 2007. *Unveiling health care consumption groups: a latent class approach in the Portuguese health data context*. Chapter 6. pp. 221–304. Doutoramento. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G.. 1988. *The economics of health care. An introductory text*. Routledge – London and New York.

OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde), 2011. *Relatório de Primavera 2011: Da depressão da crise, para a governação prospectiva da saúde*. [on line] Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf> [Acedido em 19 de novembro de 2011].

Pereira, J.. 1991. Objetivos da equidade na saúde portuguesa. Em: Pereira, Giraldes e Campos, Coord., 1991. *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Instituto de Estudo para o Desenvolvimento. Caderno 19. Cap. 2 – pp.29-44.

Portal da Saúde. 25.09.2008. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. [pdf] Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_voll.pdf> [Acedido em 7 de julho de 2012].

Portal da Saúde. 24.02.2010. *História do Serviço Nacional de Saúde*. [on line] Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>> [Acedido a 16 de janeiro de 2012].

Portal da Saúde. 18.07.2011. *Enquadramento legal*. [on line] Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>> [Acedido a 16 de janeiro de 2012].

Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho. *Consulta a Tempo e Horas (CTH)*. [pdf] Disponível em: <http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/carta-dos-direitos/Portaria%20615-08%20-Consulta%20Tempo%20e%20Horas.pdf/view> [Acedido a 16 de outubro de 2011].

Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. *Fixação dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)*. [pdf] Disponível em: <http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/carta-dos-direitos/Portaria%20n.o%201529-2008-%20de%2026%20de%20Dezembro%20-%20Fixa%20os%20tempos%20maximos%20de%20resposta%20garantidos%20-TMRG-%20para%20o%20acesso%20a%20cuidados%20de%20saude...pdf/view> [Acedido em 16 de outubro de 2011].

Regidor, E. et al., 1996. Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain. *Med Cli (Barc)*. 1996 sep 14; **107**(8):285-8 [e-journal] Apenas resumo. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8965491>> [Acedido a 20 de dezembro de 2011].

Regidor, E. et al., 2006. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit*. 2006;20(5):352-9 [pdf] Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/gsv20n5/original2.pdf>> [Acedido a 20 de dezembro de 2011].

Regidor, E. et al., 2008. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *Research article - BMC Health Services Research* 2008, **8**:183 [pdf] Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-183.pdf>> [Acedido a 20 de dezembro de 2011].

Sharma, A., Siciliani, L. and Harris, A., 2011. Waiting times and socioeconomic status: does sample selection matter? *HEDG Working paper 11/22*. The University of York. [pdf] Disponível em: <http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/11_22.pdf> [Acedido a 13 de novembro de 2011].

Siciliani, L. and Verzulli, R., 2009. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health economics*. 18(11):1295-306.

Simões, A., Paquete, A. e Araújo, M., 2008. Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Vol. 26. Janeiro/junho 2008*. [pdf] Disponível em: <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2008-1/04.PDF>> [Acedido a 12 de julho de 2012].

Travassos, C. e Martins, M. 2004. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2*:S190-S198, 2004. [pdf] Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> [Acedido a 1 de julho de 2012].

Wooldridge, J.M. 2002. *Introductory Econometrics*. A modern approach. 2E. South Western.

Anexo

Local de realização de consultas médicas. Fonte: INS (2005-2006)

Local de realização de consulta médica	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Centro de Saúde		
Telefone	1	0.00
Domicílio	63	0.30
Posto de consultas do Centro de Saúde	8.781	41.92
Posto de consultas para urgências - CATUS	230	1.10
Posto de serviço de atendimento permanente - SAP	990	4.73
Outro	69	0.33
Hospitais do Estado		
Domicílio	1	0.00
Consulta externa do hospital ou maternidade	2.811	13.42
Serviço de urgência do hospital ou maternidade	1.251	5.97
Noutro local	33	0.16
Outros serviços de saúde do estado		
Domicílio	2	0.01
Consulta no organismo a que pertence	67	0.32
Noutro local	37	0.18
Serviços de saúde militares ou paramilitares		
Posto clínico dos serviços	29	0.14
Hospital militar	38	0.18
Noutro local	5	0.02
Empresa		
Domicílio	5	0.02
Posto Clínico da empresa	423	2.02
Consultório do médico	110	0.53
Noutro local	63	0.30
Instituição sem fins lucrativos		
Domicílio	1	0.00
Posto clínico da instituição	137	0.65
Clínica particular / Consultório médico	14	0.07
Noutro local	19	0.09
Médico Particular		
Telefone	24	0.11
Domicílio	81	0.39

Local de realização de consulta médica	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Consultório do médico	4.082	19.49
Clínica particular	1.200	5.73
Noutro local	113	0.54
Médico Amigo		
Telefone	13	0.06
Domicílio	50	0.24
Consultório do médico	30	0.14
Noutro local	22	0.11
Companhia de seguros		
Consultório do médico	34	0.16
Posto clínico da companhia de seguros	25	0.12
Noutro local	24	0.11
Outros tipos		
Próprio médico	4	0.02
Médico no Estrangeiro	14	0.07
Outra situação	37	0.18
TOTAL	20.933	100.00