

As Desigualdades Socioeconómicas na Atribuição de Médicos de Família em Portugal estão a Diminuir?

Are Socioeconomic Inequalities in the Process of Registration with Family Physicians Decreasing in Portugal?



Ana MOURA¹, Pedro Pita BARROS^{2,3}

Acta Med Port 2018 Dec;31(12):730-737 • <https://doi.org/10.20344/amp.9873>

RESUMO

Introdução: A percentagem de utentes inscritos em unidades da rede de cuidados de saúde primários sem médico de família atribuído atingiu 16,6% em 2011. O Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional, então em funções, adotou em 2012 um conjunto de medidas com vista a que, no final de 2014, toda a população tivesse acesso a médico de família. Neste artigo avaliamos a evolução das desigualdades socioeconómicas na atribuição de médicos de família em Portugal entre 2009 e 2014.

Material e Métodos: Utilizamos dados anuais relativos ao número de utentes com e sem médico de família em cada unidade de prestação de cuidados de saúde primários, bem como ao poder de compra médio da população servida por cada unidade. A análise é realizada com recurso a medidas de concentração.

Resultados: A maior concentração da proporção de utentes sem acesso a médico de família encontra-se em unidades que servem populações economicamente mais favorecidas, embora a magnitude da mesma se tenha vindo a reduzir ao longo dos anos analisados. Entre as unidades que servem populações mais desfavorecidas, verifica-se uma situação próxima da igualdade.

Discussão: Os resultados obtidos podem refletir o facto de populações economicamente mais favorecidas estarem localizadas em zonas urbanas com maior escassez de médicos de família, mas também o facto de estas optarem por não ter médico de família, recorrendo a prestadores privados.

Conclusão: Os resultados apontam para uma diminuição das desigualdades socioeconómicas ao longo dos anos em análise, nomeadamente entre as populações em que estas desigualdades eram mais expressivas.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Disparidades nos Níveis de Saúde; Factores Socioeconómicos; Medicina Familiar; Portugal; Prestação de Cuidados de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The percentage of citizens who were not registered with a family physician in Portugal reached 16.6% in 2011. In 2012 the Ministry of Health implemented several measures aiming at improving access to family physicians. One clear objective was that all individuals would be registered with a family physician by 2014. We evaluate the evolution of the socioeconomic inequalities regarding registration with family physicians in Portugal between 2009 and 2014.

Material and Methods: We use data at the primary health care unit level on the number of individuals who are not registered with a family physician and the purchasing power of the population served by each unit. The analysis is done using concentration measures.

Results: We find a higher concentration of individuals not registered with a family physician among units serving populations with higher socioeconomic status, although this has been decreasing over the years analyzed. Amongst units serving the most disadvantaged populations, we find a situation close to perfect equality.

Discussion: Our results may reflect the fact that populations with higher economic status live in urban areas where there is greater shortage of family physicians. Alternatively, it may be that these populations choose not to have a family physician within the public system, thus relying on private providers.

Conclusion: Our findings convey a reduction in existing socioeconomic inequalities in terms of registration with a primary care physician, during the period under analysis. This reduction took place among the populations which experienced more inequality.

Keywords: Delivery of Health Care; Family Practice; Health Status Disparities; Portugal; Primary Health Care; Socioeconomic Factors

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) são amplamente reconhecidos como o principal pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A natureza das suas funções é holística, abrangendo a prevenção e prestação de cuidados de saúde na doença, a promoção da saúde, a continuidade de cuidados e a articulação com outros serviços de saúde.

Idealmente, os CSP constituirão o primeiro ponto de contacto do cidadão com o SNS. No âmbito dos CSP, o médico de família tem um papel fundamental, que passa

não só pela gestão do primeiro contacto do cidadão com o SNS e pelo acompanhamento de problemas agudos e crónicos, mas também pela articulação de cuidados de saúde de especialidade, através da referenciação.¹

Em 2011, 16,6% dos utentes inscritos em unidades da rede de cuidados de saúde primários não tinha médico de família atribuído.² Um utente sem médico de família atribuído enfrenta tempos de espera mais longos nas unidades de prestação de CSP e, como tal, mais rapidamente

1. CentER. Tilburg University. Tilburg. Holanda.

2. NOVA School of Business and Economics. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.

3. Center for Economic Policy Research - CEPR. London. United Kingdom.

✉ Autor correspondente: Ana Moura. a.c.moura@tilburguniversity.edu

Recebido: 30 de outubro de 2017 - Aceite: 29 de agosto de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



opta por recorrer diretamente ao serviço de urgência hospitalar em detrimento das unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente em casos de doença aguda.³ A sobre utilização dos serviços de urgência hospitalar causa desperdícios de recursos e gera custos evitáveis para o SNS. Ainda que ter médico de família atribuído não seja condição necessária para ter acesso a cuidados de saúde primários, é sem dúvida um fator facilitador.

É, pois, natural que haja uma preocupação com o acesso a cuidados de saúde e, em particular, com a proporção de utentes sem médico de família atribuído, em termos de políticas de saúde. No início da sua legislatura, em Junho de 2011, o Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional avançou com a intenção de, no final de 2014, “ter um médico de família para cada português”.⁴ O objetivo concreto expresso no Plano do XIX Governo Constitucional era ligeiramente diferente, consistindo em “garantir a cobertura dos cuidados de saúde primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso...”.⁵

No sentido de cumprir o objetivo proposto no Plano do XIX Governo Constitucional, foi adotado em 2012 um conjunto de medidas previamente acordadas com representantes dos dois sindicatos médicos. A principal medida passava pelo aumento do número de utentes na lista do médico de família, de 1550 para 1900.⁶ As expectativas do Ministério da Saúde eram de que, numa primeira fase, esta medida possibilitaria a atribuição de um médico de família a 700 000 utentes, sendo o objetivo atingir um milhão de utentes a médio prazo. Simultaneamente, foi alargado o horário de trabalho dos médicos, de 35 para 40 horas semanais. Ambas as medidas entraram em vigor a 1 de janeiro de 2013.⁶

Outras medidas foram adotadas ao longo do mandato do XIX Governo Constitucional, no sentido de aumentar o número de médicos de família (através da abertura de concursos para novos especialistas, do aumento de vagas na especialidade de Medicina Geral e Familiar, da fixação de médicos em zonas carenciadas,⁷ da contratação de serviços de consulta a instituições particulares de solidariedade social, bem como o recrutamento de médicos estrangeiros⁸ e aposentados⁹) e de aumentar a produtividade do médico de família [através da abertura de novas unidades de saúde familiar (USF) e a passagem de USFs modelo A para modelo B¹⁰ – ambos estes pontos estão em conformidade com o que havia sido acordado no Memorando de Entendimento assinado no âmbito da ajuda financeira internacional a Portugal].¹¹

Adicionalmente, foi instituída a publicação periódica, por parte da ACSS, de um relatório de acesso aos CSP, como forma de contribuir para um conhecimento generalizado das condições de acesso. Inicialmente a ACSS disponibilizou informação agregada a nível nacional acerca da evolução da proporção de utentes sem acesso a médico de família.² Mais recentemente, o mesmo organismo passou a disponibilizar informação relativa ao acesso a CSP em moldes distintos e de forma mais desagregada.^{12,13}

Contudo, e apesar de tanto o discurso político nacional como a legislação implementada expressarem frequentemente uma preocupação com desigualdades e assimetrias de acesso, a informação divulgada pela ACSS não permite tirar conclusões no que toca a esse aspeto. A informação reportada pela ACSS prende-se exclusivamente com o número e proporção de utentes sem médico de família atribuído a nível nacional, ignorando a distribuição destes agregados por diferentes áreas do território nacional, com realidades socioeconómicas distintas.

Um estudo realizado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos concerne os fluxos de entrada e saída do SNS por especialidade, incluindo médicos de família. A entrada no sistema dá-se através da formação pré e pós-graduada, sendo que as saídas do sistema se dão por limite de idade. Para além das entradas e saídas de médicos a nível global, o estudo reconhece a existência de desigualdades na distribuição geográfica dos mesmos pelo território nacional. No entanto, tais desigualdades não são quantificadas.¹⁴

O objetivo do presente artigo é dar o primeiro passo para o preenchimento dessa lacuna. Mais concretamente, neste artigo analisou-se a evolução das desigualdades existentes em termos de proporção e número de utentes sem médico de família atribuído, entre unidades de prestação de CSP localizadas em diferentes áreas do território português e, como tal, servindo populações de diferentes escalões socioeconómicos. O período em análise compreende os anos de 2009 a 2014. Durante este período, foram implementadas várias medidas com o objectivo de reduzir a proporção de utentes sem médico de família atribuído, como sendo o aumento do número de utentes na lista do médico de família em 2012. É possível que estas medidas produzam efeitos ao nível das desigualdades que analisamos neste artigo, mas uma quantificação do impacto causal da sua adopção está para além dos objectivos do presente estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise estatística

Em primeiro lugar, procedemos a uma breve análise descritiva da evolução da proporção de utentes inscritos em unidades de prestação de CSP sem médico de família atribuído, durante o período de 2009 a 2014.

De seguida, calculamos medidas de desigualdade na distribuição da proporção de utentes sem acesso a médico de família. Esta análise é realizada ao nível da unidade de prestação de CSP, com recurso a curvas e índices de concentração.¹⁵⁻¹⁹

Existem duas variáveis chave na construção de curvas de concentração: uma variável que captura o agregado de interesse e que, no nosso caso, é a proporção de indivíduos com inscrição ativa em unidades de prestação de CSP e sem médico de família atribuído; e uma variável que captura o poder de compra médio da população servida pela unidade de CSP, sendo para este efeito utilizado um indicador de poder de compra, detalhado adiante no texto.

Para cada ano do horizonte temporal analisado, as

unidades de CSP são ordenadas de forma crescente de acordo com o poder de compra dos concelhos de origem dos utentes inscritos (eixo horizontal). A concentração, por sua vez, é medida na proporção de utentes sem médico de família atribuído em cada unidade de CSP (eixo vertical). Em termos gráficos, a leitura das curvas de concentração pode ser feita relativamente a uma reta de 45° que parte da origem. Esta reta representa uma situação de igualdade, na medida em que a proporção de utentes sem médico de família atribuído é a mesma em qualquer unidade de prestação de CSP, independentemente do estatuto socioeconómico da população servida pelas mesmas. Isto é, x% das unidades de prestação de CSP que servem a população mais desfavorecida têm x% da proporção de utentes sem médico de família atribuído.

Caso as curvas de concentração não coincidam com a reta de igualdade perfeita, a diferença entre as duas indica se os indivíduos sem médico de família atribuído se encontram mais ou menos concentrados em unidades que servem populações com menor poder de compra.

Para efeitos da nossa análise, pretendemos quantificar:

a) a percentagem do total de indivíduos sem médico de família em Portugal que se encontra no top 10% de unidades de CSP que servem uma população mais desfavorecida em termos de poder de compra; b) a percentagem do total de indivíduos sem médico de família atribuído que se encontra no top 10% de unidades de CSP que servem a população com maior nível de poder de compra. Uma vez que a análise é realizada separadamente para cada um dos anos incluídos no horizonte temporal analisado, é possível avaliar a evolução das desigualdades de acesso a CSP ao longo dos anos.

No que toca ao índice de concentração, este é simplesmente uma forma de quantificar as desigualdades ilustradas pelas curvas de concentração. Formalmente, o índice de concentração é definido como o dobro da área entre a curva de concentração e a reta de igualdade perfeita e toma valores entre -1 e 1. Numa situação de igualdade perfeita, o índice de concentração toma valor zero. Por convenção o índice de concentração toma valores negativos caso a curva de concentração se situe acima da reta de igualdade perfeita, indicando uma concentração desproporcional de unidades com elevada proporção de utentes sem médico de família atribuído em regiões mais desfavorecidas.

Toda a análise estatística foi realizada em *Stata*. Nomeadamente, no que respeita aos índices de concentração, estes foram calculados utilizando o comando *conindex*.²⁰

Tanto as curvas como os índices de concentração são formas simples de ganhar conhecimento sobre as desigualdades socioeconômicas em termos da proporção de utentes sem médico de família atribuído, tomando como unidade observacional a unidade de prestação de CSP. Note-se, contudo, que neste contexto, é possível ter igualdade entre unidades de CSP quando estas têm igual proporção de utentes sem médico de família atribuído, o que configura uma situação de desigualdades na atribuição de

médicos de família ao nível das unidades de CSP. Desta forma, complementámos a análise com informação acerca do número total de indivíduos em cada unidade de CSP com e sem médico de família atribuído. Tal permite analisar a evolução das desigualdades socioeconômicas entre unidades de prestação de CSP, em termos do número absoluto de utentes sem médico de família atribuído.

Dados

A nossa análise utiliza dados ao nível da unidade de prestação de CSP, de periodicidade anual, disponibilizados pela ACSS a 8 de junho de 2015. A base de dados tem uma natureza de painel, uma vez que as unidades observacionais (unidades de prestação de CSP) são observadas ao longo do horizonte temporal em análise e consistia, inicialmente, em 4789 observações distintas. O painel é não balanceado, pois durante o período analisado, tiveram lugar tanto a criação de novas unidades de prestação de CSP como a extinção de unidades existentes.

Das 4789 observações iniciais, excluímos 109 que correspondiam a casos em que a unidade de prestação de CSP tinha uma percentagem de utentes inscritos sem médico de família atribuído superior a 90%. Estas eram unidades que estavam prestes a sofrer uma alteração de estatuto ou a ser fundidas com outra unidade, o que sugere tratar-se de uma questão de registo de dados originada pela transição. Não foi possível obter qualquer esclarecimento junto da ACSS relativamente a esta matéria, pelo que optámos por excluir as observações em causa. Desta forma, a base de dados final consiste em 4680 observações.

Para além de informação acerca do número absoluto e proporção de utentes sem médico de família atribuído, a base de dados contém também informação relativa ao concelho de residência dos utentes inscritos em cada unidade de prestação de CSP. Tal possibilitou o cruzamento da mesma com um índice de poder de compra a nível concelhio compilado pela Marktest, o *sales index*.²¹ O *sales index* é expresso em per milagem e permite quantificar a importância que cada concelho tem face a uma variável (ou conjunto de variáveis) no total do continente, que corresponde a 1000 em cada ano. Ou seja, para cada ano, o *sales index* consiste numa hierarquia de concelhos em termos de poder de compra e a soma do valor do *sales index* dos concelhos de Portugal continental totaliza 1000. Este índice é frequentemente utilizado como medida de poder de compra municipal, dada a inexistência de estatísticas alternativas a nível concelhio.^{22,23} Uma vez que utentes de cada unidade de prestação de CSP provinham de vários concelhos, foi criado um ponderador para o peso de cada concelho no total de inscritos em cada unidade. Este ponderador possibilita o cálculo de uma média ponderada do poder de compra do utente médio de cada unidade de prestação de CSP.

RESULTADOS

A evolução da percentagem média de utentes a quem não havia sido atribuído um médico de família entre 2009

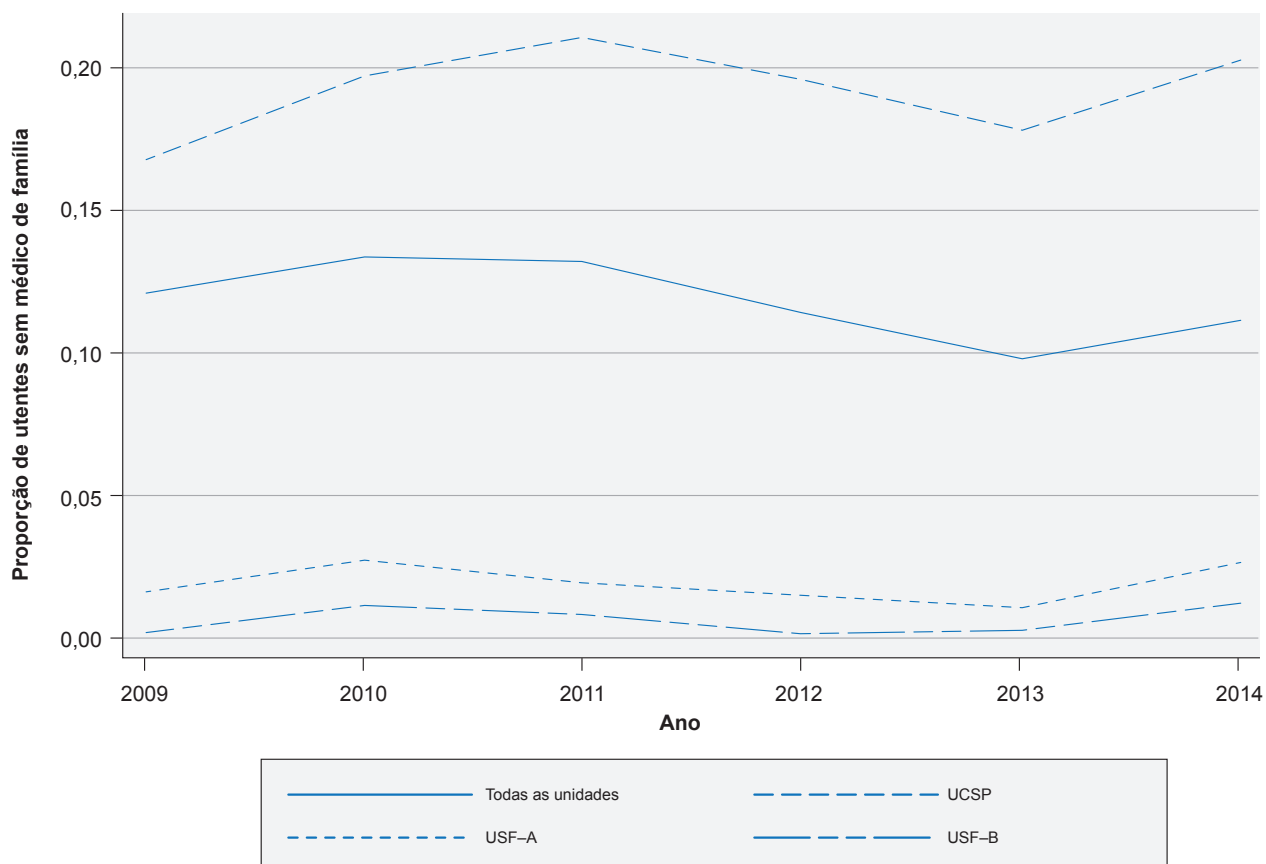


Figura 1 – Evolução da proporção de inscritos em unidades de CSP sem médico de família atribuído. Para a construção desta Figura foram utilizadas 4680 observações, correspondendo a unidades de prestação de cuidados de saúde primários observadas ao longo de 2009 - 2014. Do total de observações, 2731 são relativas a unidades de cuidados de saúde personalizados; 1056 e 893 correspondem a unidades de saúde familiar de modelo A e B, respetivamente. Cada uma das linhas representa a proporção média de utentes sem médico de família atribuído, para cada tipo de unidades de prestação de cuidados de saúde primários.

Fonte: Elaboração própria.

e 2014 é ilustrada na Fig. 1, para o total de unidades de prestação de CSP, bem como por tipo de unidade (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCSP; Unidade de Saúde Familiar de modelo A, USF-A; e Unidade de Saúde Familiar de modelo B, USF-B). Em média, a percentagem de utentes a quem não havia sido atribuído um médico de família entre o total de unidades de prestação de CSP foi de 11,6 durante o período em questão. A nível global registou-se uma diminuição na proporção de utentes sem médico de família atribuído nos anos anteriores a 2013, sendo que esta tendência se inverteu em 2014. Verifica-se, adicionalmente, que a proporção de utentes sem médico de família atribuído é bastante mais elevada nas UCSP do que nas USF. Tal decorre das próprias obrigações das USF no momento da sua criação, já que, por definição, as USF não podem ter utentes sem médico de família atribuído. Desta forma, os utentes sem médico de família atribuído estão afetos às UCSP. O facto de se verificar na Fig. 1 uma proporção positiva de utentes sem médico de família atribuído no conjunto das USF será consequência de situações transitórias, decorrentes da atribuição de utentes a médicos, mobilidade de médicos entre unidades de cuidados de saúde primários, ou colocação de novos médicos.

A Fig. 2 apresenta os principais resultados relativos ao cálculo das curvas de concentração.

De acordo com a Fig. 2, em 2009 as unidades que servem populações economicamente mais favorecidas são aquelas onde se verifica maior concentração da proporção de utentes sem acesso a médico de família, uma vez que a curva de concentração estimada se encontra abaixo da linha de igualdade perfeita. No caso das unidades de prestação de CSP que servem população com menor poder de compra, verificamos uma situação próxima da igualdade. De facto, em 2009 a curva de concentração estimada coincide com a linha de igualdade perfeita para as unidades de prestação de CSP cuja população servida se situa no primeiro quintil de poder de compra médio.

Entre 2009 e 2014 a curva de concentração da proporção de utentes sem médico de família atribuído tem vindo a aproximar-se da situação de igualdade perfeita, registando uma evolução favorável. Note-se que, nos anos de 2013 e 2014, as curvas de concentração se encontram muito próximas da reta de igualdade perfeita.

A Tabela 1 apresenta, para cada um dos anos em análise, o valor do índice de concentração de forma a facilitar a análise da evolução ao longo dos anos. Os valores

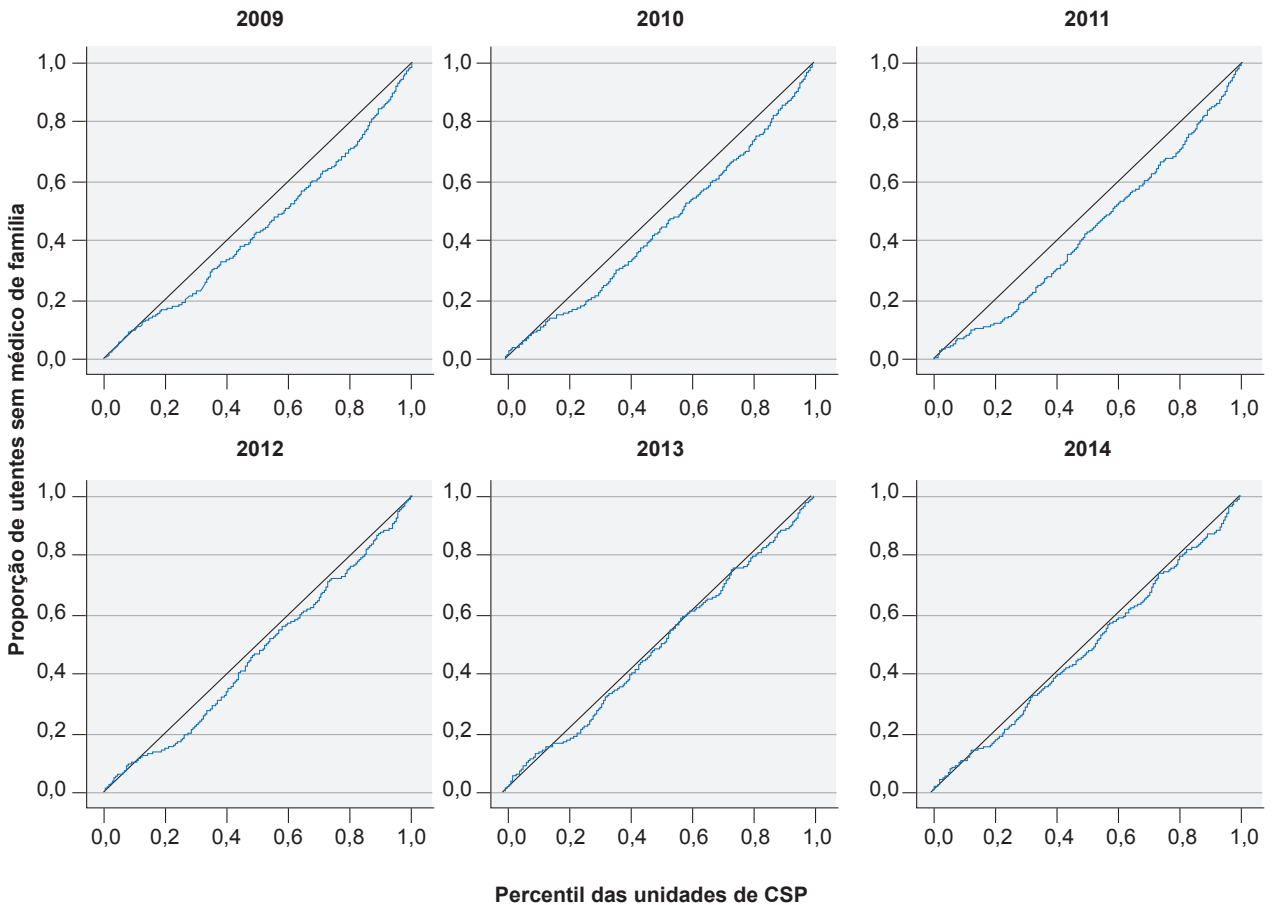


Figura 2 – Curvas de concentração da proporção de utentes sem médico de família atribuído. O eixo horizontal de cada um dos gráficos indica o percentil das unidades de prestação de CSP em termos do poder de compra da população que servem. A concentração (eixo vertical) é calculada na proporção de utentes sem médico de família atribuído em cada unidade de CSP, separadamente para cada ano. A reta a 45° que parte da origem representa a situação de igualdade perfeita entre unidades de CSP. O facto da curva de concentração se ter vindo a aproximar da reta de igualdade perfeita indica uma redução das desigualdades existentes entre unidades de prestação de cuidados de saúde primários, no que toca à proporção de utentes sem médico de família atribuído.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Resultados do cálculo do índice de concentração, 2009 a 2014. Para o cálculo do índice de concentração, a concentração é calculada na proporção de utentes sem médico de família atribuído em cada unidade de CSP, separadamente para cada ano.

Ano	Índice de concentração	Erro padrão	Número de observações
2009	0,115	0,028	717
2010	0,109	0,027	748
2011	0,153	0,029	786
2012	0,074	0,032	792
2013	0,010	0,035	815
2014	0,035	0,032	822

Fonte: elaboração própria.

confirmam as conclusões acima mencionadas, sendo que em 2013 e 2014 o índice toma valores estatisticamente indistinguíveis de zero, não permitindo rejeitar a hipótese de igualdade perfeita entre unidades de prestação de CSP no que toca à proporção de utentes sem médico de família atribuído.

Note-se, contudo, que o valor do índice de concentração é informativo apenas em relação ao total da distri-

Tabela 2 – Percentis das curvas de concentração estimadas, 2009 e 2014. Percentil indica o percentil das unidades de prestação de CSP em termos do poder de compra da população que servem. A concentração é calculada na proporção de utentes sem médico de família atribuído em cada unidade de CSP, separadamente para 2009 e 2014.

Percentil	2009	2014
1%	0,012	0,014
5%	0,050	0,051
10%	0,099	0,106
25%	0,186	0,221
50%	0,427	0,471
75%	0,655	0,740
90%	0,848	0,870
95%	0,924	0,924
99%	0,982	0,987

Fonte: elaboração própria.

buição. De forma a avaliar se a evolução foi semelhante ao longo de toda a distribuição, a Tabela 2 apresenta, para os anos de 2009 e 2014, os principais percentis das

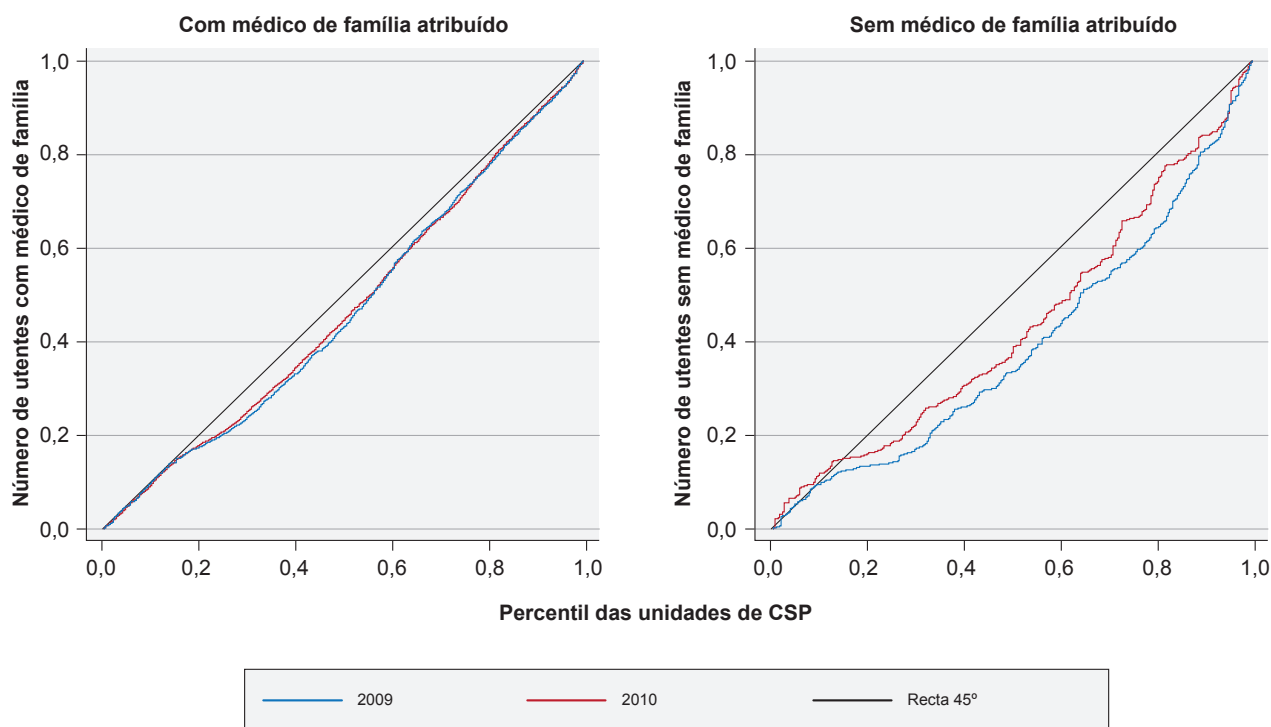


Figura 3 – Curvas de concentração do número de utentes com e sem MF atribuído. O eixo horizontal de cada um dos gráficos indica o percentil das unidades de prestação de CSP em termos do poder de compra da população que servem. A concentração (eixo vertical) é calculada no número de utentes com e sem médico de família atribuído (painel esquerdo e direito, respetivamente) em cada unidade de CSP, separadamente para 2009 e 2014. A reta a 45° que parte da origem representa a situação de igualdade perfeita entre unidades de CSP. O facto de as curvas de concentração se encontrarem abaixo da reta de igualdade perfeita indica uma concentração desproporcional de utentes sem médico de família atribuído nas unidades que servem populações economicamente mais favorecidas. A redução das desigualdades entre unidades ocorreu essencialmente no número de utentes sem médico de família atribuído.

Fonte: Elaboração própria.

curvas de concentração estimadas (apresentadas na Fig. 2). No geral, não ocorreram alterações significativas nos percentis mais baixos da distribuição, onde se manteve uma situação igualitária. No entanto, verifica-se uma evolução positiva, no sentido de diminuição das desigualdades, para percentis acima do 25.

Mais concretamente, em 2009, o decil das unidades de prestação de CSP que servem as populações mais desfavorecidas tem 9,9% da proporção acumulada de utentes sem médico de família atribuído. Em 2014, este valor é de 10,6%, mantendo-se praticamente inalterado.

No caso do decil das unidades que servem populações mais favorecidas (percentis 90 e acima), estas tinham, em 2009, 15,2% ($= [1 - 0,848] * 100$) da proporção acumulada de utentes sem acesso a médico de família. O valor para 2014 corresponde a 13% ($= [1 - 0,870] * 100$).

Finalmente, estimamos curvas de concentração semelhantes às acima apresentadas, calculando a concentração no número de indivíduos com e sem médico de família atribuído (ao invés de na proporção). Os resultados desta análise são apresentados na Fig. 3.

A Fig. 3 ilustra uma melhoria no acesso a CSP em termos absolutos, confirmando que os resultados acima apresentados não derivam de uma redução de acesso em unidades cuja proporção de utentes sem médico de família atribuído era menor. Enquanto a distribuição do número

de inscritos com médico de família atribuído se manteve inalterada entre 2009 e 2014, a distribuição do número de utentes sem médico de família atribuído registou uma evolução positiva, no sentido de diminuição das desigualdades existentes. As mesmas conclusões são suportadas pelo índice de concentração: para a distribuição do número de inscritos com médico de família atribuído, este toma os valores de 0,072 e 0,065, respetivamente em 2009 e 2014. Já para a distribuição do número de utentes sem médico de família atribuído, os valores do índice de concentração são de 0,221 e 0,137 para 2009 e 2014.

DISCUSSÃO

O principal resultado da análise realizada é o da diminuição das desigualdades socioeconómicas em termos na proporção de utentes sem médico de família atribuído, durante o período compreendido entre 2009 e 2014. Esta diminuição ocorreu nomeadamente em unidades cuja população servida se encontra acima do primeiro decil em termos da distribuição do poder de compra, sendo que para unidades que servem populações mais desfavorecidas, já se verificava uma situação igualitária em 2009 e esta se manteve inalterada durante o período analisado.

É necessário interpretar este resultado de forma cuidada, uma vez que pode refletir, por um lado, o facto de as populações economicamente mais favorecidas estarem

localizadas em zonas urbanas com maior escassez de médicos de família em serviço nas unidades do SNS. Por outro lado, as populações economicamente mais favorecidas podem simplesmente optar por não ter médico de família no SNS. Enquanto o primeiro caso reflete uma insuficiência por parte da oferta de cuidados de saúde, o segundo caso pode apenas refletir as preferências de um grupo específico da população, atuando portanto do lado da procura de cuidados de saúde. A nossa análise não permite distinguir entre os dois efeitos, sendo esta uma questão que merece ser explorada em trabalhos futuros.

Outro ponto que merece especial atenção prende-se com a possibilidade de os utentes poderem optar por não ter médico de família no SNS. A nossa análise tem como denominador comum o número de utentes em cada unidade de prestação de CSP a quem não foi atribuído um médico de família, sugerindo que todos os utentes desejam ter um médico de família no SNS. Contudo, uma parte dos utentes pode optar por não ter médico de família. Tal como descrito no parágrafo anterior, esta opção pode ser particularmente relevante no caso de populações economicamente mais favorecidas, que recorrem maioritariamente a serviços de saúde privados, em detrimento do SNS. Nos meses de fevereiro e maio de 2015, a ACSS divulgou informação relativa a esta matéria.^{4,5} De acordo com a mesma, a proporção de utentes que optou explicitamente por não ter médico de família é de 0,3% do total de utentes inscritos. Não é possível analisar a evolução deste agregado, pois a ACSS não deu continuidade à sua divulgação. No entanto, a sua reduzida dimensão em 2015 sugere que o *opting-out* do sistema não foi um dos determinantes da recente diminuição da proporção de utentes sem acesso a médico de família.

Ademais, a nossa análise tem especial enfoque no acesso, expresso em termos de atribuição de médico de família. Outras variáveis relevantes neste contexto são a utilização efetiva de CSP, pois ter médico de família atribuído não implica utilização do serviço, bem como os tempos de espera para acesso a CSP. Dada a indisponibilidade de informação relativa a utilização e tempos de espera para consultas nos CSP, a presente análise não se debruça sobre esses aspetos.

A diminuição das desigualdades socioeconómicas entre unidades de CSP ocorreu essencialmente nos anos de 2013 e 2014, coincidindo com o período pós-aumento do número de utentes na lista dos médicos de família (uma medida de natureza essencialmente administrativa, passível de produzir efeitos imediatos). Apesar de bastante sugestivo, este resultado não é suficiente para nos permitir estabelecer uma relação causal entre a medida em questão e a diminuição das desigualdades socioeconómicas em termos da atribuição de médico de família.

Finalmente, importa salientar uma limitação do nosso trabalho, decorrente da natureza dos dados utilizados. Dado que a unidade observacional é a unidade de prestação de CSP, pode haver igualdade entre unidades de CSP havendo em cada uma delas desigualdade entre a

população servida, sendo que tal não é capturado na presente análise.

CONCLUSÃO

Neste artigo analisamos a evolução das desigualdades socioeconómicas em termos da proporção de utentes em unidades de prestação de CSP sem médico de família atribuído. Em particular, a nossa análise é realizada para um período em que foram adotadas várias medidas com vista a alargar a cobertura de médico de família à generalidade da população.

Os objetivos iniciais do Ministério da Saúde eram claros: no final de 2014, todos os portugueses teriam acesso a um médico de família no SNS. O objetivo, quando colocada desta forma, não foi cumprido, independentemente das medidas adotadas.

No entanto, outro dos objetivos do Ministério da Saúde prendia-se com a minimização das assimetrias de acesso. Estas assimetrias, quando medidas em termos da proporção de utentes sem médico de família atribuído, não tinham uma magnitude particularmente elevada. Com base nos resultados das medidas de concentração, concluímos que as unidades de prestação de CSP com maior proporção de utentes sem acesso a médico de família não estão desproporcionalmente localizadas em concelhos cuja população é mais desfavorecida. Antes pelo contrário, a concentração de unidades de prestação de CSP com maior proporção de utentes sem acesso a médico de família está em zonas onde residem populações com maior poder de compra. Houve, ainda assim, uma melhoria ao longo dos anos em análise, no que toca à eliminação de desigualdades socioeconómicas. De facto, as curvas de concentração estimadas vão se aproximando cada vez mais da reta de igualdade perfeita, tanto em termos da proporção de utentes sem médico de família atribuído, como em termos de valores absolutos.

PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram que este trabalho foi parcialmente financiado pelo Ministério da Saúde da República Portuguesa.

REFERÊNCIAS

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, et al. A definição europeia de medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2005;21:511-6.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2014. Lisboa: ACSS; 2015.
- Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: health system review. *Health Syst Transit*. 2017;19:1–184.
- RTP Noticias. Ministro da Saúde promete médico de família para todos os Portugueses. Notícia datada de 11 de Janeiro de 2012. [consultado 2018 mai 21]. Disponível em: http://www.rtp.pt/noticias/saude/ministro-da-saude-promete-medico-de-familia-para-todos-os-portugueses_v517190.
- Presidência do Conselho de Ministros. Programa do XIX Governo Constitucional, 2011-2015. [consultado 2018 mai 21]. Disponível em: https://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 266-D/2012. 31 de Dezembro de 2012.
- Portugal. Ministério da Saúde. Despacho nº 8056-C/2013. 20 de Junho de 2013.
- Público. Nova vaga de médicos de Cuba a caminho de Portugal, notícia datada de 9 de Fevereiro de 2012. [consultado 2018 mai 21]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2012/02/09/jornal/nova-vaga-de-medicos-de-cuba-a-caminho-de-portugal-23952364>.
- Ministério da Saúde. Despacho nº 9532-A/2013. 19 de Julho de 2013.
- Ministérios das Finanças e da Saúde. Despacho n. 4586-A/2013. 1 de Abril de 2013.
- Portugal: memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. 17 May 2011. [consultado 2018 mai 21]. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 1ª publicação periódica sobre o número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Lisboa: ACSS; 2015.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2ª publicação periódica sobre o número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Lisboa: ACSS; 2015.
- Santana P, Peixoto H, Loureiro A, Costa C, Nunes C, Duarte N. Estudo de evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde. Lisboa: OM; 2013.
- Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Sci Med*. 1991;33:545-57.
- Kakwani, NC. Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Econ J*. 1977;87:71–80.
- Kakwani NC. Income inequality and poverty: methods of estimation and policy applications. NY: Oxford University Press; 1980.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington: The World Bank; 2008.
- Kakwani NC, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. *J Econometrics*. 1997;77:87-104.
- O'Donnell O, O'Neill S, Van Ourti T, Walsh B. Conindex: estimation of concentration indices. *Stata J*. 2016;1:112-38.
- Marktest. Sales index (variável ID_DESENV.ID61). 2009-2014. Lisboa: Marktest; 2009.
- Pereira AM, Pereira RM, Santos JP. For whom the bell tolls: road safety effects of tolls on uncongested SCUT highways in Portugal. *GEE Papers* 0074. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Estudos, Ministério da Economia; 2017.
- Martins R, Veiga F. Does voter turnout affect the votes for the incumbent government? *Eur J Polit Econ*. 2014;36:274–86.