
“O impacto dos determinantes sociais da saúde na utilização de consultas nos cuidados de saúde primários”

Diana Raquel Capela Oliveira

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Ricardo Oliveira Braga Moreira Biscaia

2022

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento dirige-se ao professor Ricardo Biscaia, por quem tive o privilégio de ser orientada, com tanto empenho e dedicação. Agradeço-lhe a disponibilidade demonstrada ao longo deste último ano e o profundo rigor e sabedoria com que me acompanhou em todo o desenrolar do meu trabalho.

Agradeço também à USF Famílias e a todos os seus profissionais, por me terem acolhido ao longo destes anos do meu internato médico e por toda a colaboração e apoio na realização desta investigação.

Por último, dirijo uma palavra especial à minha família, em particular à minha mãe, por serem uma constante fonte de apoio, tendo sempre uma palavra encorajadora nos momentos mais difíceis.

Resumo

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que influenciam o seu estado de saúde. Alguns exemplos destes determinantes são: o rendimento, inclusão social, educação, emprego, alimentação, habitação e o acesso a serviços de saúde. Existem vários estudos sobre os DSS e a sua influência na saúde, contudo ainda pouco se investigou acerca destes determinantes e a sua ação na procura de cuidados de saúde. Este estudo pretende determinar a influência dos DSS na utilização de consultas nos cuidados de saúde primários (CSPs) e refletir sobre como é que estes podem ser organizados de forma mais eficiente e equitativa. Foi realizada uma análise observacional e retrospectiva, que tem como população-alvo os utentes de uma unidade de saúde familiar (USF), com idade igual ou superior a 28 anos ($n=8.781$), e utiliza uma análise multivariada (regressão linear múltipla) para determinar se as variáveis independentes (DSS) influenciam a variável dependente (número de consultas nos últimos 10 anos), analisando ano a ano e realizando uma comparação entre o período pré e pós-pandemia COVID-19. Através desta investigação concluímos que os DSS têm influência na utilização de consultas nos CSPs, tais como: o sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), rendimento, escolaridade, situação profissional, disfunção familiar, distância da habitação à USF, o facto de ser não fumador e o consumo de drogas. Quanto à análise dos períodos pré e pós-pandemia COVID-19, verificou-se que esta teve impacto na mudança de alguns padrões de comportamento por parte dos utentes. Assim, acredita-se que atuando a nível destes determinantes, é possível melhorar a igualdade ao acesso aos cuidados de saúde e, por sua vez, a equidade no estado de saúde.

Palavras-Chave: Determinantes sociais da saúde, determinantes da utilização de consultas, cuidados de saúde primários.

Abstract

The social determinants of health (SDH) are the circumstances in which people are born, grow, live, work and age, which influence their health status. Some examples of these determinants are income, social inclusion, education, employment, food, housing and access to health services. There are several studies on social determinants and their influence on health, however little has been investigated about these determinants and their action in the search for primary health care. This study aims to determine the influence of SDH on the use of consultations in primary health care and to reflect on how these can be organized more efficiently and equitably. An observational and retrospective analysis was carried out in a health center, whose target population is patients aged 28 years or older (n=8.781). It uses a multivariate analysis (multiple linear regression) to determine whether the independent variables (SDH) influence the dependent variable (number of consultations in the last 10 years), analyzing year by year and performing a comparison between the period pre and post COVID-19 pandemic. Through this investigation, we concluded that the SDH have an influence on the use of consultations in primary health care, such as: sex, age, body mass index, income, education, professional situation, family dysfunction, distance from home to the health center, the fact that being a non-smoker and drug use. As for the analysis of the period pre and post COVID-19 pandemic, it was found that this had an impact on changing some patterns of behavior on the part of patients. Thus, it is believed that acting at the level of these determinants, it is possible to improve equity in access to health care and equity in health status.

Keywords: Social determinants of health, healthcare utilization determinants, primary healthcare.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Lista das Tabelas	v
Lista dos Gráficos.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
Introdução	1
Revisão da Literatura.....	4
Determinantes Sociais da Saúde	4
Estudos Empíricos sobre os Determinantes Sociais e a sua Influência na Saúde	12
Serviço de Saúde e Cuidados de Saúde Primários.....	14
Determinantes da Utilização de Consultas	17
Estado de Saúde.....	17
Determinantes Sociais da Saúde.....	18
Metodologia e Dados	21
Resultados	36
Discussão	48
Conclusão.....	54
Considerações Éticas.....	56
Referências.....	57

Lista das Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Variável Dependente.....	22
Tabela 2 - Total do número de consultas de Saúde de Adultos por ano, de 2012 a 2021 ...	24
Tabela 3 - Caracterização das Variáveis Independentes	25
Tabela 4 - Idade e classes etárias dos utentes da USF Famílias, em dezembro de 2021	29
Tabela 5 - Idade dos utentes da amostra, em dezembro de 2021	30
Tabela 6 - Sexo dos utentes da amostra, em dezembro de 2021	30
Tabela 7 - Códigos ICPC-2 ativos nos utentes da amostra, em dezembro de 2021	33
Tabela 8 - Comportamentos de risco nos utentes da amostra, em dezembro de 2021	34
Tabela 9 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 ..	36
Tabela 10 - Consulta de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 (continuação)	37
Tabela 11 - Consulta de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021...	40
Tabela 12 - Consulta de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 (continuação)	41
Tabela 13 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade	43
Tabela 14 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade (continuação)	44
Tabela 15 - Consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade	44
Tabela 16 - Consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade (continuação)	44
Tabela 17 - Consultas de Saúde de Adultos, durante o período pós e pré-covid.....	45
Tabela 18 - Consultas de Saúde de Adultos, durante o período pós e pré-covid – Apenas escolaridade.....	47
Tabela 19 - Tabela-resumo dos determinantes sociais da saúde e a sua influência na procura por consultas nos CSPs, de 2012 a 2021	48
Tabela 20 - Tabela-resumo dos determinantes sociais da saúde e a sua influência na procura por consultas nos CSPs, de 2012 a 2021, entre a época pré e pós-pandemia COVID-19...	51

Lista dos Gráficos

Gráfico 1 - Modelo de Diderichsen e Hallqvist - Fonte: Diderichsen et al. “The Social Basis of Disparities in Health.” (2001).	6
Gráfico 2 - Modelo de Dahlgren e Whitehead - Fonte: (Buss and Filho 2007)	7
Gráfico 3 - Estrutura Concetual da CSDH - Fonte: (CSDH 2008)	9
Gráfico 4 - Total do número de consultas de Saúde de Adultos por ano, de 2012 a 2021 .	24
Gráfico 5 - Pirâmide etária dos utentes da USF Famílias, em dezembro de 2021	30
Gráfico 6 - Escolaridade dos utentes da amostra, em dezembro de 2021	31
Gráfico 7 - Situação profissional dos utentes da amostra, em dezembro de 2021.....	32
Gráfico 8 - Situação profissional dos utentes da amostra, de acordo com o sexo, em dezembro de 2021	32
Gráfico 9 - Isenção por insuficiência económica nos utentes da amostra, em dezembro de 2021.....	33
Gráfico 10 - Comportamentos de risco nos utentes da amostra, de acordo com o sexo, em dezembro de 2021	34
Gráfico 11 - Estimativa para a influência da idade na frequência a consultas de Saúde de Adultos, com a presença do utente, na USF Famílias, em 2019	39
Gráfico 12 - Estimativa para a influência da idade na frequência a consultas de Saúde de Adultos, sem a presença do utente, na USF Famílias, em 2019.....	40

Lista de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CIT – Certificado de Incapacidade Temporária

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

CSPs – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESS R7 – European Social Survey Round 7

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

IMC – Índice de massa corporal

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OCDE – Organização Europeia de Cooperação Económica

OLS – Ordinary Least Squares

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SVIT – Serviço de Verificação de Incapacidades Temporárias

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Os determinantes sociais da saúde (DSS) influenciam o estado de saúde, tendo sido perceptível que também condicionam a procura por cuidados de saúde. Em 2020, após o início da pandemia COVID-19, verificou-se um aumento da procura por consultas nos cuidados de saúde primários (CSPs), o que veio realçar a escassez de médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Mais de um milhão de utentes não tem médico de família atribuído, o que se torna alarmante pois o SNS é caracterizado por ter uma cobertura universal, com o princípio de fornecer acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente do nível socioeconómico.

Como se acredita que ao atuar a nível dos DSS, é possível melhorar a igualdade ao acesso aos cuidados de saúde e, por sua vez, a equidade no estado de saúde, este estudo tem como intuito compreender os condicionantes da utilização de consultas e perceber se existe alguma forma de atuar sobre estes. Assim, ao compreender estes determinantes, podemos retirar conclusões sobre formas de racionalização de recursos, para que toda a população portuguesa tenha acesso aos CSPs.

Na literatura, existem vários estudos sobre os DSS e a sua influência na saúde, contudo ainda pouco se investigou acerca destes determinantes e a sua ação na procura de CSPs. Verificou-se que, na maioria dos países europeus, os indivíduos com rendimentos superiores e um maior grau de escolaridade têm maior probabilidade de recorrer a uma consulta médica. Contudo, em Portugal, o número de consultas é desproporcionalmente concentrado nos indivíduos com menos rendimentos. Foi perceptível que a disfunção familiar, eventos de vida negativos, desemprego, mulheres, indivíduos com sobrepeso ou obesidade, solteiros, divorciados ou viúvos têm maior probabilidade de recorrer a uma consulta. Também esta probabilidade aumenta depois dos 50 anos de idade e com a proximidade ao centro de saúde.

Este estudo é observacional e retrospectivo, tendo como população-alvo os utentes de uma unidade de saúde familiar (USF), com idade igual ou superior a 28 anos, e utiliza uma análise multivariada (regressão linear múltipla) para determinar se as variáveis independentes (DSS, como escolaridade, situação profissional, rendimento, suporte social, habitação e comportamentos de risco) influenciam a variável dependente (número de consultas, com e

sem a presença do utente, nos últimos 10 anos), analisando ano a ano e realizando uma comparação entre o período pré e pós-pandemia COVID-19.

Em dezembro de 2021, a USF em estudo tinha 11.793 utentes inscritos, tendo sido analisada a frequência a consulta dos utentes de idade igual ou superior a 28 anos. Assim, a amostra em estudo incluiu 8.781 utentes, com uma média de idades de 54,58 anos, variando entre os 28 aos 109 anos, em que 52,3% eram mulheres. Através da análise multivariada e para o período de 2012-2021, estima-se que a propensão para frequentar consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente (total de 165.922 consultas, durante 10 anos) era superior para as mulheres ($p<0,001$), utentes não ativos como situação profissional ($p<0,020$) e ativos em contraste com situação profissional desconhecida ($p<0,048$), assim como essa propensão aumenta com a diminuição do grau de escolaridade ($p<0,001$) e com o aumento da proximidade à USF ($p<0,017$), o facto de ser obeso ou ter excesso de peso ($p<0,001$), ter problemas com a família ($p<0,020$) ou com os cuidados de saúde ($p<0,041$) e em caso de pobreza ($p<0,036$) ou insuficiência económica ($p<0,026$). Ainda, foi identificado que a idade tem uma distribuição quadrática ($p<0,027$), pelo que se demonstrou que os utentes recorrem mais a consultas entre os 50 e os 70 anos. Em relação às consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente (total de 135.705 consultas, durante 10 anos), a propensão à frequência de consultas também se mostrou superior para as mulheres ($p<0,001$) e utentes não ativos como situação profissional ($p<0,001$), assim como para a diminuição do grau de escolaridade ($p<0,020$), ser obeso ($p<0,016$) ou ter excesso de peso ($p<0,001$), ter problemas com a família ($p<0,029$) e em caso de insuficiência económica ($p<0,001$). Da mesma forma, a idade também tem uma distribuição quadrática ($p<0,030$), contudo, os utentes recorrem mais após os 80 anos de idade. Em contraste, as consultas sem a presença do utente também se demonstraram superiores para os reformados ($p<0,001$). Ainda, realizou-se uma outra análise para se estudar a diferença entre os DSS na recorrência a consultas, no período pré e pós-pandemia COVID-19, pelo que se verificou que em ambas as épocas, as mulheres, os desempregados, os obesos ou com sobrepeso, a disfunção familiar, a proximidade do local da habitação à USF e um menor grau de escolaridade estão associados a um aumento da frequência a consultas médicas. Por outro lado, a nacionalidade portuguesa, os reformados, os não fumadores, a pobreza, a isenção de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica, a situação profissional desconhecida e a toxicodependência mostraram influência no consumo de consultas apenas na época pré-pandemia COVID-19. Por fim, os estudantes e os utentes com problemas com a habitação e com o trabalho apenas

se revelaram estatisticamente significativas no consumo de consultas na época pós-pandemia COVID-19.

Através desta investigação concluímos que os DSS têm influência na utilização de consultas nos CSPs, tal como, o sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), rendimento, escolaridade, situação profissional, disfunção familiar e a distância da habitação à USF. Ainda, concluímos que a pandemia COVID-19 teve influência na modificação de alguns padrões de utilização de consulta por parte dos utentes.

Em suma, o presente estudo pretende determinar a influência dos DSS na utilização de consultas nos CSPs, tendo como objetivo secundário extrapolar algumas conclusões acerca da gestão das consultas, distribuição dos médicos e racionalização de recursos, ponderando se há utentes com mais necessidade de utilizar serviços de saúde e a quem deve ser atribuído um médico de família.

O próximo capítulo versa sobre os resultados da revisão da literatura acerca dos DSS, estudos sobre a sua influência no estado de saúde e na utilização de consultas, assim como será realizada uma pequena abordagem sobre os CSPs e o SNS em Portugal. Posteriormente, serão apresentados os métodos, dados e resultados desta investigação e, por fim, a discussão e conclusão.

Revisão da Literatura

Determinantes Sociais da Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os DSS são as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que influenciam o seu estado de saúde.¹ Estes determinantes incluem fatores intangíveis, como as condições políticas, socioeconómicas e culturais, mas também fatores tangíveis como o sistema de saúde e de educação, a alimentação, as condições ambientais e de habitação.² A 7ª Edição do Inquérito Social Europeu (*European Social Survey Round 7 – ESS R7*) divide os determinantes sociais em três conjuntos: determinantes comportamentais (atividade física, consumo de frutas e vegetais, IMC, tabagismo e consumo de álcool), determinantes ocupacionais (riscos materiais e ergonómicos, trabalho e estatuto profissional) e condições de vida (dificuldades financeiras, conflitos domésticos na infância e adolescência, qualidade da habitação, dificuldades financeiras e suporte social).³

Estes determinantes levam a iniquidades em saúde, ou seja, a disparidades injustas e evitáveis no estado de saúde,¹ não só por afetarem diretamente este último, mas também por influenciarem o estilo de vida, as decisões individuais e o acesso aos cuidados de saúde (Sousa 2013). É uniforme em várias fontes de literatura, que quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, pior é o nível de saúde e, por outro lado, indivíduos com um estatuto socioeconómico e nível de escolaridade superior têm mais baixa morbilidade e maior esperança média de vida.³ Acredita-se que os DSS estejam na génese dos principais problemas de saúde atuais, como a obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes.² Desta forma, atuando a nível dos DSS é possível melhorar a igualdade ao acesso aos cuidados de saúde, promovendo, por sua vez, a equidade no estado de saúde (Sousa 2013).

Os DSS também interagem entre si, como por exemplo, um nível de escolaridade ou saúde inferior pode afetar as oportunidades de emprego que, por sua vez, influencia o

¹ Social Determinants of Health. World Health Organization (WHO). Disponível em https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (acesso a 14/03/2022).

² Social Determinants of Health (SDOH). NEJM Catalyst. Disponível em <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312?targetBtn=articleToolSaveBtn> (acesso a 26/03/2022).

³ Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes. Resultados em Destaque da 7ª Edição do Inquérito Social Europeu (ESS) http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/TL6_Health-Portuguese.pdf (acesso a 25/04/2022).

rendimento. Desta forma, um rendimento inferior pode afetar o acesso a cuidados de saúde e uma alimentação saudável. Estas condições podem causar um aumento da ansiedade, pelo que levam a comportamentos nocivos, como o abuso de substâncias. Assim, cada vez mais se acredita que os DSS têm um maior impacto na saúde da população que os cuidados de saúde por si só.²

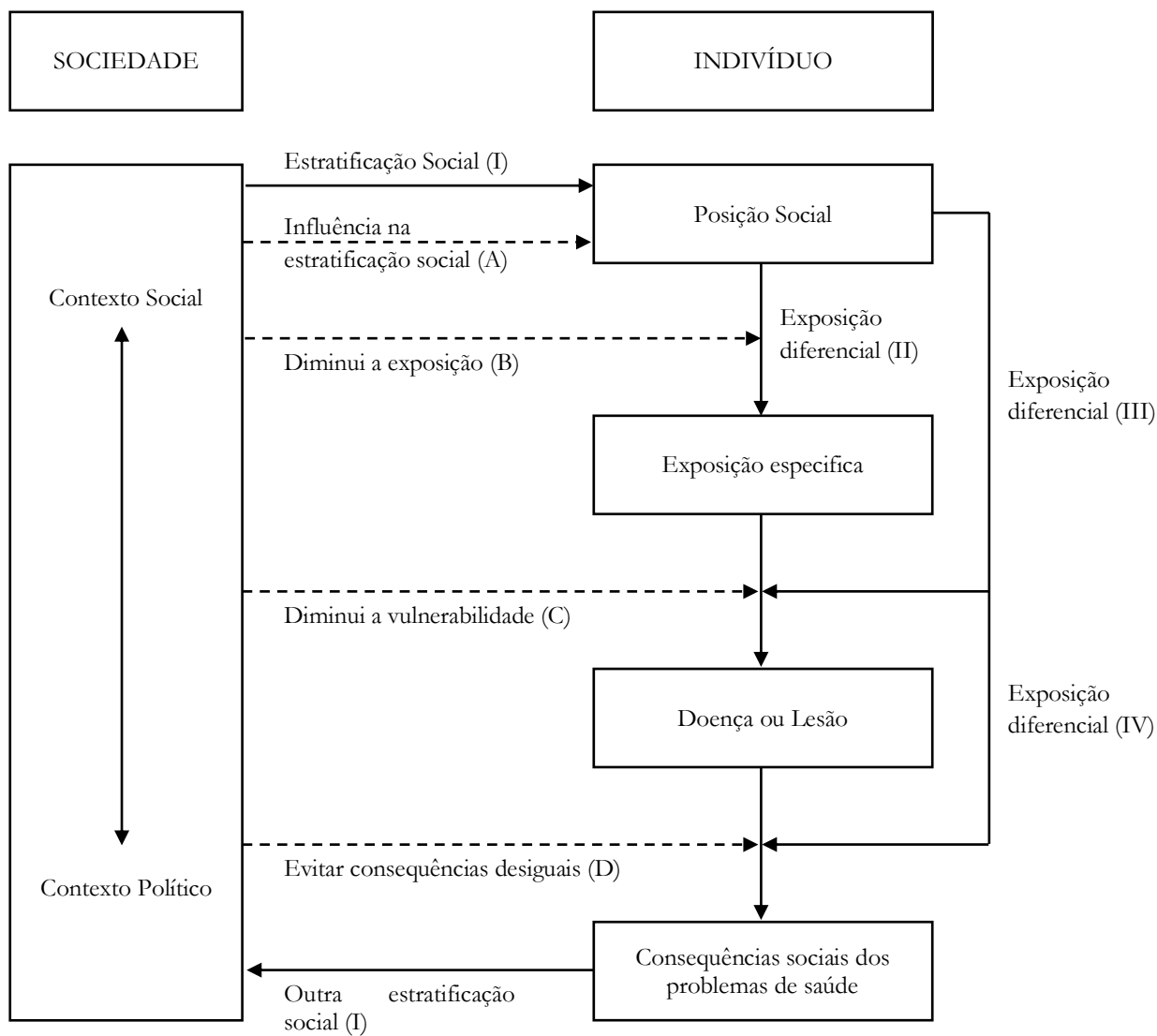
Por outro lado, os DSS podem influenciar a utilização de cuidados de saúde. A educação, cultura, ocupação, etnia e a rede de suporte social e familiar modificam as crenças em relação à saúde e aos cuidados de saúde, que, por sua vez, pode condicionar a utilização destes serviços. Ainda, fatores como o rendimento, a classe socioeconómica e a área de residência também vão influenciar o acesso aos cuidados de saúde (Sousa 2013). Conseguimos concluir que os DSS afetam os cuidados que são prestados aos utentes e, desta forma, o impacto que têm na saúde e na equidade entre a população, pelo que devem ser integrados na prática clínica (Byhoff et al. 2020).

No início do século XXI, foram desenvolvidas várias explicações teóricas para esclarecer a produção social da saúde. Estas teorias enfatizam fortemente o conceito de “posição social”, que desempenha um papel central nos DSS (Solar and Irwin 2010). Segundo Diderichsen et al. 2001, o modelo representado no Gráfico 1 realça como as diferenças na posição social são responsáveis pelas iniquidades em saúde. Este modelo afirma que os contextos sociais criam uma estratificação, colocando os indivíduos em diferentes posições sociais, o que leva a uma exposição diferenciada a condições prejudiciais à saúde, assim como, diferente disponibilidade de recursos materiais, que conduzem a consequências económicas e sociais.

Através da análise do modelo de Diderichsen e Hallqvist, representado no Gráfico 1, é perceptível que a estratificação social (I) representa a posição social que o indivíduo ocupa como consequência de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. Consoante a posição social, os indivíduos são expostos a diferentes fatores de risco (II) que prejudicam a saúde, assim como, estão sujeitos a um diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença (III) e a um diferencial de consequências sociais ou

² Social Determinants of Health (SDOH). NEJM Catalyst. Disponível em <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312?targetBtn=articleToolSaveBtn> (acesso a 26/03/2022).

físicas (IV), uma vez contraída a doença. As consequências sociais correspondem ao impacto que a doença pode ter na situação socioeconômica do indivíduo (Buss and Filho 2007; Diderichsen et al. 2001).



Legenda:

————> Mecanismos que afetam a estratificação do estado de saúde

-----> Ação política

Gráfico 1 - Modelo de Diderichsen e Hallqvist - Fonte: Diderichsen et al. "The Social Basis of Disparities in Health." (2001).

Existe outro modelo teórico que dispõe os DSS por camadas, o modelo de Dahlgren e Whitehead. Através da análise do Gráfico 2, é perceptível que na base estão os determinantes individuais, como a idade, sexo e fatores hereditários, que influenciam as condições de saúde. Na camada mais superficial estão os macrodeterminantes, como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, que influenciam todos os restantes níveis. A segunda camada pertence aos estilos de vida individuais, que também devem ser considerados parte dos DSS pela sua influência na saúde. Na camada seguinte temos as redes sociais e comunitárias, que é de extrema importância para a saúde da sociedade, e depois temos as condições de vida e trabalho, como a educação e a habitação, que influenciam a exposição a condições prejudiciais para a saúde (Buss and Filho 2007).

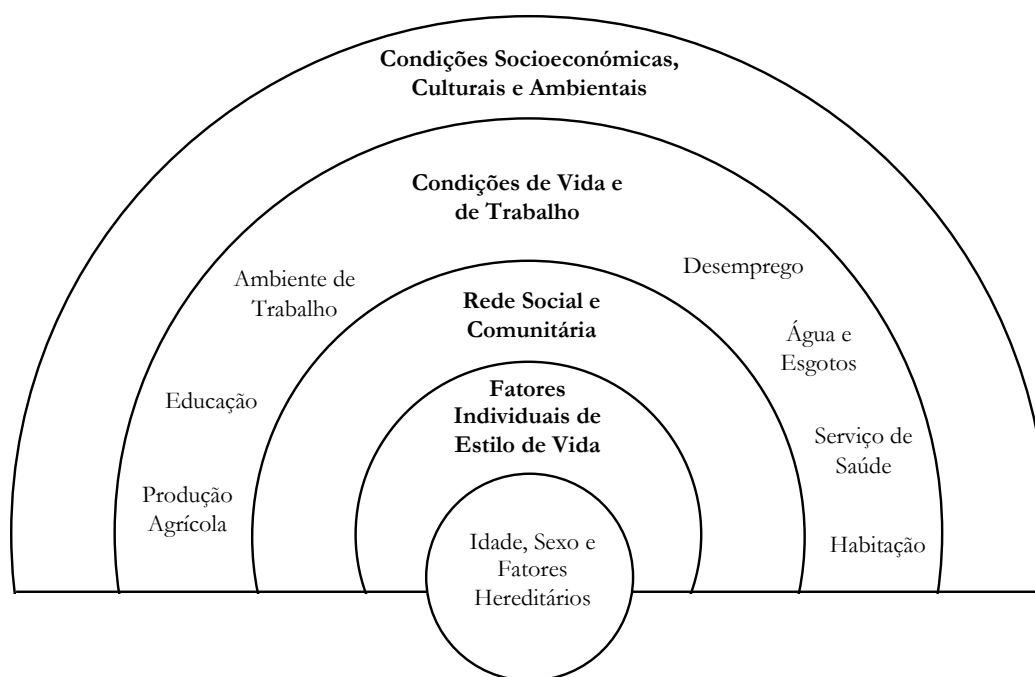


Gráfico 2 - Modelo de Dahlgren e Whitehead - Fonte: (Buss and Filho 2007)

A par destas teorias, em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), de forma a compreender como se pode promover a equidade na saúde e como alcançá-la. As recomendações gerais desta comissão caracterizam-se por: melhorar as condições da vida diária, diminuir a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos e aumentar o conhecimento e a consciencialização sobre os DSS. Estas recomendações baseiam-se nos seguintes pressupostos: o

desenvolvimento durante a primeira infância tem influência no desenvolvimento de habilidades, na educação e nas oportunidades de trabalho, modificando as oportunidades de vida e saúde subsequentes; o local e as condições de habitação, o emprego, assim como o acesso e a utilização dos cuidados de saúde são vitais para uma saúde boa e equitativa, considerando-se assim o sistema de saúde em si é um determinante social da saúde; o governo e a economia têm potencial para afetar a saúde e a equidade em saúde; e, por último, os mercados trazem novas tecnologias, bens e serviços que melhoram as condições de vida, mas também podem prejudicar a saúde devido a desigualdades económicas, a utilização excessiva dos recursos, a poluição ambiental ou a condições de trabalho precárias (CSDH 2008).

A CSDH desenhou um esquema (Gráfico 3) que demonstra que o contexto do indivíduo, que inclui todos os mecanismos socioeconómicos e políticos, como por exemplo, o mercado de trabalho, sistema educacional e as instituições políticas, levam a hierarquias sociais. No Gráfico 3, os mecanismos estruturais estratificam e definem a posição socioeconómica, como por exemplo a classe social, género, etnia, escolaridade, ocupação e rendimento. Assim, o contexto, os mecanismos estruturais e a posição socioeconómica são determinantes estruturais, também denominados por determinantes sociais das iniquidades em saúde. Estes determinantes estruturais influenciam os determinantes específicos do estado de saúde (determinantes intermediários) que, por sua vez, moldam os resultados da saúde. Tal como já referido acima, consoante a sua posição social, os indivíduos estão expostos a diferentes condições de vulnerabilidade, que comprometem a saúde. Ainda, a doença pode condicionar a posição social, por exemplo, ao comprometer oportunidades de trabalho que, por sua vez, reduzem o rendimento do indivíduo (Solar and Irwin 2010).

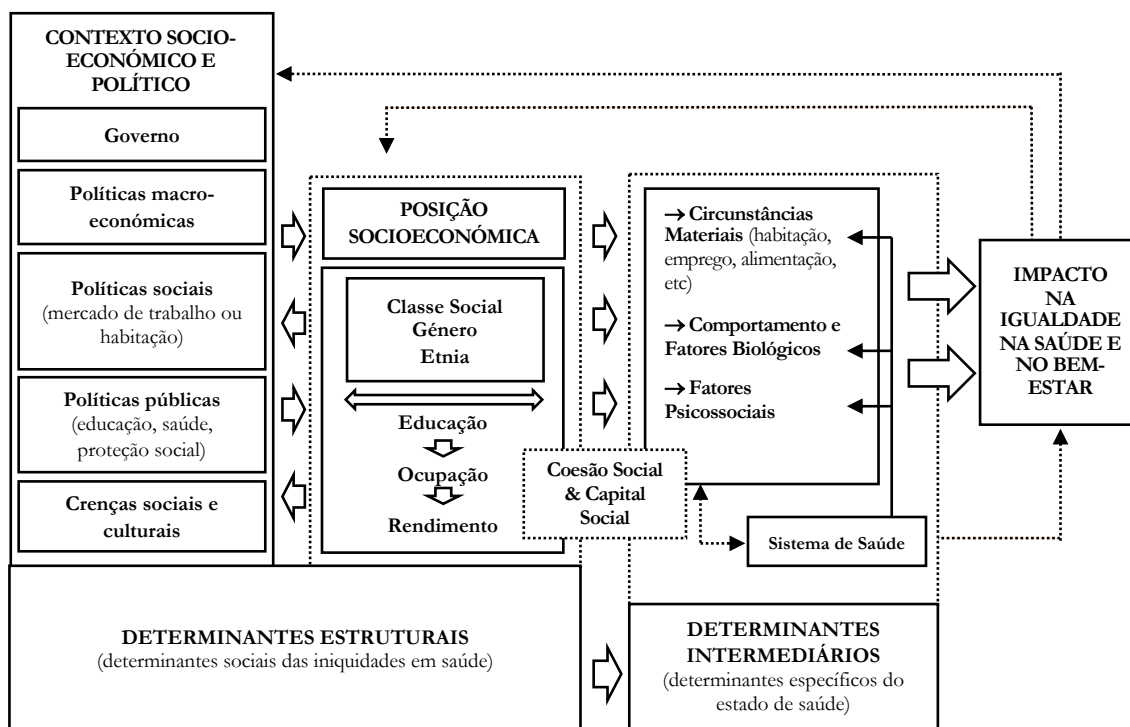


Gráfico 3 - Estrutura Conceitual da CSDH - Fonte: (CSDH 2008)

Estão incluídos nos determinantes específicos do estado de saúde (determinantes intermediários) as circunstâncias materiais (habitação, qualidade do bairro, poder de compra e ambiente físico de trabalho) e psicossociais (circunstâncias de vida, relacionamentos, suporte social, estratégias de *coping*), os fatores comportamentais e biológicos (nutrição, atividade física, consumo de tabaco ou álcool, fatores genéticos) e o próprio sistema de saúde. O papel do sistema de saúde torna-se particularmente relevante tendo em conta a questão do acesso, desempenhando um papel importante na mediação das consequências da doença na vida dos indivíduos (Solar and Irwin 2010).

Para reduzir estas iniquidades em saúde, devem existir respostas políticas abrangentes e direcionadas aos mais desfavorecidos, de forma a melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades (OECD 2019b). A CSDH também questiona a ação política, identificando duas abordagens: eliminar as lacunas de saúde entre grupos favorecidos e desfavorecidos e abordar o tema sobre o gradiente social de saúde a toda população (Solar and Irwin 2010). Por conseguinte, outras formas de reduzir as desigualdades em saúde passam por: regulamentação do mercado de trabalho, medidas de política fiscal redistributiva, habitação digna e melhoria do acesso à escolaridade (Forster et al. 2018). Por outro lado, devem ser

utilizadas políticas mais personalizadas para reduzir as desigualdades nos comportamentos de risco, podendo-se concentrar em grupos populacionais específicos mais vulneráveis, principalmente aqueles com níveis de escolaridade inferiores (OECD 2019b).

Através dos modelos de Dahlgren e Whitehead e o de Diderichsen consegue-se determinar quais os pontos fundamentais para as intervenções políticas, de forma a diminuir o efeito dos DSS originados pela posição social. Neste primeiro modelo, para atuar a nível da camada relacionada com os estilos de vida, são necessárias políticas que promovam mudanças de comportamento que abranjam toda a população, através de projetos de educação para a saúde, da comunicação social, do acesso facilitado a alimentos saudáveis, da promoção da prática de desporto e exercício físico, assim como da proibição da publicidade de tabaco e álcool (Buss and Filho 2007). Em Portugal, foram implementadas várias medidas para redução de fatores de risco como o excesso do consumo de sal e açúcar, assim como o consumo de tabaco.

Em relação ao tabagismo, a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto implementa normas para redução da procura de tabaco.⁴ Segundo a evidência, as restrições em fumar em locais de trabalho e em locais públicos afeta, predominantemente, os indivíduos com níveis ocupacionais mais elevados, apesar de não haver evidências científicas fortes (Thomas et al. 2008). Verificou-se também que o aumento do preço do tabaco, através do aumento dos impostos, é uma medida mais eficaz na redução do tabagismo em adultos com baixo rendimento, mas também em jovens e jovens adultos, beneficiando assim os grupos mais desfavorecidos, o que contribui para uma redução das desigualdades em saúde (Bader et al. 2011; Thomas et al. 2008).

Em relação ao consumo de sal e açúcar, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), da Direção-Geral da Saúde (DGS), desenvolveu um plano para incentivar a redução do teor de sal e açúcar dos produtos alimentares.⁵ Nas últimas décadas, o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade têm preocupado muitos países, verificando-se uma distribuição heterogénea entre os grupos socioeconómicos. A evidência mostrou que as intervenções preventivas têm um impacto favorável, quer na redução das desigualdades na idade de morte entre os grupos socioeconómicos, quer nas desigualdades

⁴ Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto. 1.ª série - N.º 156 - 14 de Agosto de 2007

⁵ Programa Nacional Para a Promoção Da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde. 2020.

na esperança média de vida. Desta forma, as intervenções que mostraram maior impacto são as que conseguem atingir um maior número de indivíduos, como as campanhas pelos meios de comunicação ou medidas fiscais, mesmo demonstrando menos efeitos a nível individual. Por outro lado, os cuidados de saúde primários também podem causar um grande impacto sobre a obesidade, selecionando e aconselhando indivíduos de alto risco (Sassi et al. 2009). Assim, deve-se promover a educação para a saúde de forma a aumentar a consciencialização e compreensão sobre estilos de vida saudáveis, reduzindo os comportamentos de risco (OECD 2019b).

Em relação às intervenções políticas nas restantes camadas do modelo de Dahlgren e Whitehead, para o segundo nível das redes sociais e comunitárias são necessárias políticas que procurem estabelecer redes de apoio na comunidade, especialmente para os grupos mais vulneráveis, de forma a melhorar as suas condições de saúde e bem-estar. Para a camada das condições de vida e de trabalho, são essenciais políticas que melhorem as condições materiais e psicossociais, como a habitação adequada, com saneamento e água limpa, a alimentação saudável, emprego seguro e ambiente de trabalho saudável, assim como, serviços de saúde e de educação de qualidade. Quanto ao último nível dos macrodeterminantes, devem ser utilizadas políticas que visem promover o desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades socioeconómicas, assim como a degradação ambiental (Buss and Filho 2007).

Estudos Empíricos sobre os Determinantes Sociais e a sua Influência na Saúde

Através da revisão da literatura, é perceptível que os DSS têm um forte impacto no estado de saúde dos indivíduos. Em 2019, a Organização Europeia de Cooperação Económica (OCDE) realizou uma análise sobre as desigualdades na saúde de 33 países. Em relação à escolaridade e a exposição a fatores de risco, concluíram que as pessoas com menor escolaridade têm maior probabilidade de apresentar excesso de peso, hábitos tabágicos e consumo alcoólico excessivo, sendo que existe um risco maior de mulheres com baixa escolaridade serem obesas ou com sobrepeso e, no caso dos homens, são mais propensos a fumar e a ter um consumo alcoólico nocivo. Quanto ao estado de saúde e a empregabilidade, em média, há uma maior percentagem de pessoas saudáveis empregadas em comparação com pessoas com pelo menos um problema de saúde. Concluíram também que, no trabalho, as pessoas com problemas de saúde são menos produtivas e quase metade destas ausentam-se do trabalho pelo menos uma vez por ano, em comparação com um quarto das pessoas saudáveis. No total, um terço dos indivíduos com problemas de saúde está empregado e não apresenta numa incapacidade temporária para o trabalho, em comparação com a metade dos indivíduos saudáveis (OECD 2019b).

Em relação às desigualdades na saúde e a escolaridade, neste estudo, todos os países apresentam desigualdades em saúde perante as pessoas com menos escolaridade, mostrando que estes têm uma maior probabilidade de mencionar um problema de saúde. No geral, pessoas com escolaridade mais baixa, têm uma probabilidade duas vezes maior de desenvolver algum problema de saúde. Portugal encontra-se nos países onde há maiores desigualdades relacionadas com a educação e o estado de saúde, em detrimento de uma menor escolaridade (OECD 2019b). Em relação ao rendimento, um outro estudo verificou que o nível de saúde melhora à medida que o rendimento aumenta, apesar deste benefício ser superior para rendimentos inferiores. Ainda, foi perceptível que medidas políticas relativas a salários e benefícios como incapacidades temporárias para o trabalho remuneradas, aumenta a segurança financeira, pelo que, por sua vez, melhora o nível de saúde da população e reduz as desigualdades (Adler et al. 2016).

Em concordância com o apresentado acima, de acordo com um estudo baseado no ESS R7, realizado em 20 países europeus, a educação, o rendimento e a ocupação influenciam os indivíduos a comportamentos de risco nocivos à saúde. Em relação à escolaridade,

verificou-se que a probabilidade de um indivíduo consumir vegetais ou salada uma ou mais vezes ao dia, de ser fisicamente ativo 3 ou mais dias por semana e de não ser fumador é maior em pessoas com ensino superior em comparação com pessoas com ensino médio ou inferior. Pelo contrário, a probabilidade de beber álcool várias vezes por semana é superior em pessoas com ensino superior, em comparação com pessoas com o ensino médio ou inferior. Em relação ao rendimento, nos países europeus inquiridos, os indivíduos com rendimentos mais elevados têm maior probabilidade de fazer uma dieta mais saudáveis (comer mais frutas, vegetais e saladas), de ser fisicamente mais ativos e de não ter hábitos tabágicos, contudo, o rendimento superior também está relacionado com uma maior frequência de consumo de álcool. Em relação à ocupação, apenas conseguiram verificar que a probabilidade de comer frutas ou vegetais uma ou mais vezes ao dia e ser fisicamente ativo é maior para classes profissionais superiores. Em relação às diferenças regionais nos vários países da Europa, as pessoas do grupo do sul da Europa, ao qual pertence Portugal, são mais propensas a consumir frutas uma ou mais vezes por dia, mas também são pessoas menos ativas fisicamente (Morkevičius et al. 2020). Em relação ao género, verificou-se uma discrepância em relação à ocorrência de cefaleias, que se demonstrou ser superior no sexo feminino. Por outro lado, a obesidade e o excesso de peso são mais prevalentes na população masculina. Os homens, principalmente em Portugal, ingerem o dobro da quantidade de alimentos em relação às mulheres e duplicam o seu consumo ao fim-de-semana. Em contraste, a ingestão de fruta e outros vegetais é superior no sexo feminino.³

Um outro estudo, realizado em 22 países da Europa, também sobre as desigualdades socioeconómicas na saúde, concluiu que a mortalidade é maior por todas as causas, exceto cancro de mama, entre aqueles com menos escolaridade. Ainda, em todos os países, um menor nível socioeconómico estava correlacionado com uma pior autoavaliação da sua saúde (Mackenbach et al. 2008).

³ Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes. Resultados em Destaque da 7ª Edição do Inquérito Social Europeu (ESS) http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/TL6_Health-Portuguese.pdf (acesso a 25/04/2022).

Serviço de Saúde e Cuidados de Saúde Primários

Segundo a Declaração de Alma-Ata de 1978, os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias, de uma determinada comunidade, com o sistema de saúde. Eles oferecem cuidados de saúde essenciais e contínuos, próximos do local onde os indivíduos vivem e trabalham. Para além dos cuidados com o intuito curativo, o objetivo dos cuidados de saúde primários também inclui a promoção da saúde e a prevenção da doença.⁶ Após este primeiro contacto, se for necessário um nível mais alto de atenção ou cuidados mais especializados, os utentes podem ser encaminhados para os cuidados de saúde secundários ou terciários. Geralmente, estes níveis de atendimento são hospitais equipados com tecnologias de ponta e com vários tipos de especialidades médicas e cirúrgicas (WHO 2010).

Em Portugal, a especialidade médica orientada para os cuidados de saúde primários denomina-se Medicina Geral e Familiar (MGF). Esta especialidade proporciona aos utentes um acesso aberto e ilimitado, lidando com todo o tipo de problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica do utente. O médico de MGF, também conhecido por médico de família, possui uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade e, para muitos, é o contacto mais constante com o serviço de saúde e, frequentemente, correspondem a uma porta de entrada para o tratamento médico subsequente. Assim, os cuidados de saúde primários são considerados o pilar do SNS, por serem responsáveis por cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram (Allen et al. 2002).

Na maioria dos países da OCDE, como em Portugal, o serviço de saúde abrange uma cobertura universal ou quase universal, incluindo consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e atendimento hospitalar. Os sistemas de saúde dos países da OCDE regem-se pelo princípio de fornecer acesso a cuidados de saúde de alta qualidade a toda a população, independentemente do nível socioeconómico. Todavia, este acesso pode ser limitado por diversas razões, como a disponibilidade insuficiente ou a acessibilidade aos serviços de saúde (OECD 2021). Por exemplo, em Portugal, segundo os dados publicados pelo SNS, em agosto de 2022, existiam 9.233.966 utentes com médico de família, o que corresponde a

⁶ Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 (acesso a 26/02/22)

87,6% do total, pelo que estavam 1.306.462 dos utentes, ou seja, 12,4%, sem médico atribuído. Esta percentagem de utentes é maioritariamente concentrada na Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo, podendo atingir, em algum Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), um máximo de 34,68% de utentes sem médico de família atribuído, em contraste com a ARS Norte com uma percentagem máxima de 7,96%.⁷

Em relação à utilização de consultas, em 2019, a média de consultas médicas por pessoa por ano da OCDE foi de 6,8, variando entre quatro e dez, permanecendo relativamente estável desde 2009 (OECD 2021). Em 2017, a média de consultas médicas por pessoa por ano, em Portugal, era de 4,1 (OECD 2019a). No ESS R7, foi perceptível que, em 2014, três quartos dos inquiridos recorram a um médico de clínica geral.³

A percentagem de população coberta pelo sistema de saúde concede uma avaliação inicial do acesso a cuidados de saúde e proteção financeira, contudo, é apenas uma medida parcial do acesso e da abrangência. A satisfação com a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade oferece mais informações sobre se a cobertura é eficaz do que as taxas de cobertura da população. No caso de Portugal, apesar de ter uma abrangência de 100% (em 2019), a satisfação com a disponibilidade dos serviços é de apenas 67% (em 2020). Em 2019, verificou-se que as necessidades de cuidados não atendidas devido ao custo, distância ou tempo de espera, em média em 27 países da OCDE, foi de apenas 2,6%, encontrando-se Portugal abaixo desta média (OECD 2021). Quanto ao nível socioeconómico e ao rendimento, verificou-se que as divergências entre os níveis sociais são significativas na maioria dos países da OCDE, sendo que as pessoas com rendimentos mais baixos têm maiores necessidades não atendidas em saúde que pessoas mais abastadas. Em média, em 2019, as pessoas com rendimento mais baixo tinham uma probabilidade três vezes maior de relatar necessidades não atendidas do que as pessoas com rendimentos mais altos (OECD 2021). Em 2014, no ESS R7, este facto também se verificou, onde Portugal se encontrava nos países com percentagens mais elevadas de necessidade não satisfeitas de obtenção de cuidados de saúde, em conjunto com a Finlândia, França, Alemanha, Estónia, Polónia e Israel.³

³ Desigualdades Sociais na Saúde e seus Determinantes. Resultados em Destaque da 7ª Edição do Inquérito Social Europeu (ESS) http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/TL6_Health-Portuguese.pdf (acesso a 25/04/2022).

⁷ Serviço Nacional de Saúde - Transparência.

Disponível em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/?flg=pt&disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=periodo&refine.periodo=2022> (acesso a 14/02/2022)

Em 2020, o acesso aos serviços de saúde esteve limitado na maioria dos países da OCDE devido à pandemia COVID-19. Em média, mais de uma em cada cinco pessoas mencionou ter desistido de um exame ou tratamento médico durante os primeiros 12 meses da pandemia. Nesse ano, Portugal destacou-se como o segundo país com níveis mais elevados de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, com mais de um terço da população a relatar ter desistido de um exame ou tratamento médico durante a primeira vaga da pandemia (OECD 2021).

Determinantes da Utilização de Consultas

Esta investigação tem como principal objetivo determinar alguns dos fatores que influenciam a utilização de consultas nos CSPs. Deste modo, o próximo capítulo aborda de que forma o estado de saúde e os DSS afetam a frequência a consultas médicas.

Estado de Saúde

Tal como era de esperar, o estado de saúde, mais concretamente as doenças crónicas, síndromes depressivos e a necessidade de cuidados médicos afetam significativamente a utilização de consultas nos cuidados de saúde primários (Luppa et al. 2020).

Vários estudos concluíram que, em média, aqueles que reportam um pior estado de saúde, dificuldades nas atividades da vida diária ou condições de saúde crónicas têm uma maior probabilidade de visitar um médico de clínica geral ou um especialista (Jusot et al. 2012; Or et al. 2008). Da mesma forma, um estudo semelhante realizado na Grécia, em 2001, também conclui que os indivíduos com uma autoavaliação de “muito bom” ou “bom” do seu estado de saúde apresentaram menor probabilidade de procurar serviços de saúde primários em comparação com aqueles com uma autoavaliação de “moderado”, “mau” ou “muito mau” (Geitona et al. 2007). Também, verificou-se que a perceção de estar a ficar doente aumentou a frequência a consultas (Luppa et al. 2020).

Diversos estudos realizados em Espanha, verificaram que indivíduos com doenças crónicas, especificamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, somatização, ansiedade, depressão e disfunção social frequentam mais os cuidados de saúde primários (Gili et al. 2011; Luciano et al. 2010; Robles et al. 2009). Contudo, ao contrário do esperado, um ensaio clínico, publicado em 2001, concluiu que a frequência das consultas ao médico de clínica geral, não é modificada pela natureza específica do estado da doença, pois as taxas de consultas eram superiores até aos 4 anos de idade, diminuindo após esta faixa etária, e depois só votavam a aumentar após os 75 anos (Field et al. 2001).

Determinantes Sociais da Saúde

Em relação aos fatores que influenciam a procura de cuidados de saúde, existem vários estudos acerca do nível socioeconómico e do rendimento em função da utilização de consultas. Contudo, ainda existem poucos ensaios clínicos acerca dos outros determinantes sociais da saúde, como a escolaridade, emprego, habitação, estado civil, obesidade, excesso de peso e consumos de risco em relação à utilização de cuidados de saúde.

Quanto ao nível socioeconómico e ao rendimento, um estudo realizado em 2001, na Grécia, verificou que indivíduos com um rendimento mensal entre os 440€ e 880€ tiveram maior probabilidade de procurar cuidados de saúde primários em comparação com aqueles com rendimentos inferiores a 440€ (Geitona et al. 2007). Da mesma forma, a par de se averiguar que indivíduos com rendimentos superiores têm uma maior probabilidade de recorrer a uma consulta médica (Devaux 2015; Jusot et al. 2012; OECD 2013), foi perceptível que a disparidade na utilização dos cuidados de saúde e nas necessidades médica não atendidas pode resultar em condições de saúde mais precárias e aumentar as desigualdades em saúde (OECD 2013).

A OCDE realizou um estudo em 2013, com 18 países, e outro em 2019, com 33 países, onde também concluíram que as pessoas com rendimentos mais baixos têm menos probabilidade de consultar um médico, contudo foi perceptível que pessoas com rendimentos mais baixos são tão propensas a consultar um médico de clínica geral como aquelas com rendimentos mais altos (Devaux 2015; OECD 2019b). Apesar deste último facto, as pessoas com um rendimento menor têm uma utilização mais baixa dos serviços de medicina preventivos, o que parece indicar uma baixa compreensão da população para a prevenção primária. Na maioria dos países, após o primeiro contacto com um médico de clínica geral, os indivíduos com menores rendimentos têm o mesmo número de consultas que os com rendimento maior. Por outro lado, em Portugal, o número de visitas médicas é desproporcionalmente concentrado nos indivíduos com menos rendimentos. Este estudo dividiu os países em três grupos consoante grau de desigualdades relacionadas com o rendimento e os serviços de saúde, ficando Portugal incluído no grupo intermédio (OECD 2019b). Em concordância com o que acontece em Portugal, um estudo realizado entre 2008 e 2011, na Alemanha, verificou que a probabilidade de um indivíduo recorrer a uma consulta nos cuidados de saúde primários é superior no estatuto socioeconómico mais baixo (Luppa et al. 2020).

Quanto à escolaridade, em Portugal e em vários países da Europa, a probabilidade de visitar um médico de clínica geral é significativamente superior em indivíduos com um maior grau de escolaridade, em comparação com os que têm apenas o 4º ano (Fjaer et al. 2017; Jusot et al. 2012; Or et al. 2008). Pelo contrário, vários estudos realizados em Espanha, verificaram que quanto menor a escolaridade, maior a frequência a consultas nos cuidados de saúde primários (Gili et al. 2011; Luciano et al. 2010; Robles et al. 2009).

Quanto à ocupação, verificou-se que os desempregados recorrem a mais consultas em comparação com os empregados e, em relação ao tipo de atividade, os estudantes e os trabalhadores não manuais têm maiores taxas de frequência a consultas (Field et al. 2001; Gili et al. 2011; Robles et al. 2009). Pelo contrário, um outro estudo mostrou que os estudantes recorrem menos a consultas médicas (Scaife et al. 2000). Ainda, a reforma antecipada mostrou-se estar relacionada com o aumento da frequência a consultas nos cuidados de saúde primários (Luppa et al. 2020).

Quanto ao sexo e à idade, em média, as mulheres têm uma maior probabilidade de visitar um médico de clínica geral ou um especialista e esta probabilidade também aumenta depois dos 50 anos de idade (Geitona et al. 2007; Jusot et al. 2012; Or et al. 2008; Robles et al. 2009; Scaife et al. 2000). Pelo contrário, um estudo concluiu que a frequência das consultas diminuía com o aumento da idade, pelo que depois dos 15 anos diminuía e voltava novamente a aumentar após os 75 anos, sendo que a taxa de utilização era superior na faixa etária dos 0-15 anos do que indivíduos com mais de 65 anos. Este fenómeno sugere que a frequência das consultas não é modificada pela natureza específica do estado da doença (Field et al. 2001). Quanto ao sobrepeso e obesidade, verificou-se que estes indivíduos têm uma maior probabilidade de consultar um médico de clínica geral (Or et al. 2008).

Quanto à habitação, demonstrou-se que as pessoas que vivem em grandes cidades e áreas metropolitanas têm uma maior probabilidade de consultar um médico em comparação com indivíduos que vivem em cidades pequenas e áreas rurais (Or et al. 2008; Scaife et al. 2000). Em relação à distância ao centro de saúde, verificou-se que pessoas que vivem mais perto do centro de saúde tem maior probabilidade de recorrer a uma consulta (Scaife et al. 2000). Pelo contrário, um estudo mostrou que aqueles que os que utilizam maior percentagem de consultas são os que vivem a mais de 8km, de seguida os que vivem a menos de 1,6km e depois os que vivem entre 6,4 a 8km de distância. Em geral, o aumento da

distância, do custo e do tempo de viagem provoca um maior entrave ao acesso aos cuidados de saúde. Esta dificuldade normalmente é mais percebida pelos que não têm acesso a um carro e pelos residentes em regiões rurais em comparação com os residentes em áreas urbanas, devido aos meios de transporte (Field et al. 2001).

Quanto aos fatores sociais, como apoio familiar, eventos de vida, apoio social ou solidão, verificou-se que a disfunção familiar e eventos de vida negativos levam a um aumento da probabilidade de recorrência a consultas, assim como, no caso dos solteiros, divorciados, viúvos, pais com filhos com menos de 5 anos e pessoas que arrendam casa (Scaife et al. 2000; Smits et al. 2014; Vedsted and Christensen 2005). Pelo contrário, um estudo mostrou que eventos de vida favoráveis e homens com moderado ou alto apoio social estavam relacionados com um aumento da frequência a consultas nos cuidados de saúde primários (Luppa et al. 2020).

Metodologia e Dados

O objetivo desta investigação é compreender se existe uma relação entre os DSS e a utilização de consultas nos CSPs, utilizando os utentes inscritos numa USF e as consultas realizadas nos últimos 10 anos. Este estudo é observacional, analítico, transversal e retrospectivo, que tem como população-alvo os utentes inscritos na USF Famílias, com idade igual ou superior a 28 anos. A maioria dos dados foram recolhidos através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e algumas variáveis foram fornecidas pela ARS Norte. A escolaridade do utente foi recolhida através da plataforma *SClinico*.

Realizou-se uma estatística descritiva para caracterizar a amostra e, posteriormente, efetuou-se uma análise multivariada, utilizando métodos de dependência, como a regressão linear múltipla, com variáveis quantitativas dependentes e independentes, com o objetivo de determinar se as variáveis independentes, que representam os DSS, influenciam a dependente (número de consultas) e de que forma. Esta análise visa caracterizar a população inscrita na USF Famílias, estimar a utilização de consultas por parte dos utentes inscritos, nos últimos 10 anos, e estimar o efeito de cada DSS no número de consultas utilizadas pelos utentes nos CSPs.

Foi utilizada uma regressão linear múltipla em vez de uma regressão linear simples, pelo facto de esta última utilizar apenas duas variáveis. A regressão linear simples examina as alternâncias da variável dependente em função da modificação do fator preditor (variável independente), apresentando a relação causa-efeito entre as variáveis. Por vezes, uma única variável independente não proporciona todas as explicações acerca da variável dependente, logo é necessário considerar vários fatores preditores, através de uma regressão linear múltipla. A principal vantagem desta última regressão é que a estimativa do efeito causado por cada variável independente na variável dependente é isolado do efeito das outras variáveis independentes.

O modelo utilizado foi o *Ordinary Least Squares* (OLS). Apesar dos modelos de *Poisson* ou *Negative Binomial* serem mais adequados quando as variáveis dependentes são variáveis de contagem, neste caso, como os coeficientes tem uma interpretação não-linear nesses métodos de estimação, optou-se pela regressão OLS pela capacidade de interpretação mais direta dos coeficientes.

Assim, o modelo a estimar escreve-se:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p + \varepsilon$$

Nesta equação, Y é a variável dependente, que neste contexto será o número de consultas frequentadas por cada indivíduo na USF. X são o conjunto de p variáveis explicativas, que neste caso são os DSS. Assim, β_j são os coeficientes de regressão, que estabelecem a relação linear entre a variação de uma unidade da variável explicativa X_j e a variável dependente Y . ε é a parte não explicada pelo modelo de regressão.

Este estudo foi dividido em três partes. Uma primeira parte, onde se analisou a influência dos DSS na utilização de consultas nos CSPs, com ou sem a presença do utente, para cada um dos anos da amostra, sem incluir a variável escolaridade. Para robustez do estudo, realizou-se a análise anual para compreender se o padrão da frequência a consultas se modifica de ano para ano. Na segunda parte, analisou-se a influência da variável escolaridade na utilização de consultas nos CSPs, com ou sem a presença do utente, para cada um dos anos da amostra. Por fim, uma terceira parte, onde se repete a análise anterior, mas agregando os anos pré e pós pandemia Covid-19, utilizando como variável dependente a média do número de consultas por ano e por utente nesses períodos.

A variável dependente selecionada é o número de consultas de Saúde de Adultos realizadas por utente e por ano, nos últimos 10 anos (desde 1 de janeiro de 2012 até dia 31 de dezembro de 2021) e foram recolhidas com base nos dados dos utentes em dezembro de 2021 (Tabela 1). Estas consultas incluem Consulta Aberta, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e excluem Planeamento Familiar/Rastreio Oncológico, Saúde Materna e Saúde Infantojuvenil. Ainda, as consultas estão divididas em consultas com e sem a presença do utente.

Tabela 1 - Caracterização da Variável Dependente

Variável		Fonte	Descrição
Saúde de Adultos	Com a Presença do Utente	MIM@UF	Nº de consultas por utente e por ano, nos últimos 10 anos (desde 1 de janeiro de 2012 até dia 31 de dezembro de 2021) Valor mínimo: 0 Valor máximo: 42 (com a presença do utente) e 31 (sem a presença do utente)
	Sem a Presença do Utente	MIM@UF	

Apenas se analisou como variável independente o número de consultas de Saúde de Adultos porque são as consultas da iniciativa do utente, mais comumente realizadas na USF. Excluiu-se as consultas de Planeamento Familiar/Rastreio Oncológico, Saúde Materna e Saúde Infantojuvenil pois são consultas em que os utentes são convocados com frequência pelo médico ou enfermeiro de família. No caso do Planeamento Familiar/Rastreio Oncológico, normalmente são consultas agendadas pela iniciativa do médico ou enfermeiro, de 3 em 3 anos ou de 5 em 5 anos. Na Saúde Materna, as mulheres são convocadas, em média, de 4 em 4 semanas. Por fim, as consultas de Saúde Infantojuvenil, no primeiro ano de vida, os lactentes são convocados, em média, de 2 em 2 meses, no segundo ano de vida são convocados, pelo menos, de 6 em 6 meses, e, posteriormente, as consultas são agendadas, pelo menos, nas idades-chave para a vacinação. Assim, ao excluirmos estas tipologias de consultas, eliminamos um viés, que iria aumentar o consumo de consultas independentemente dos DSS apresentados pelo utente, pois não são consultas da iniciativa deste.

O número de consultas é descarregado através da plataforma MIM@UF, pelo que as consultas de Saúde de Adultos incluem Consulta Aberta, ou seja, consulta de urgência agendada no próprio dia, mas também consultas de vigilância da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Tal como as consultas referidas acima, os utentes diabéticos são convocados de 4 em 4 meses e os utentes hipertensos pelo menos 1 vez por ano. Assim, nesta investigação estas variáveis serão utilizadas como variáveis de controlo, porque é expetável que estes doentes sejam utilizadores mais frequentes de consultas nos CSPs.

As consultas sem a presença do utente são consultas utilizadas para a renovação de medicação crónica, registo de exames complementares de diagnóstico, pedidos de relatórios médicos, registo de notas de alta ou cartas de outros profissionais de saúde, entre outras. Durante a pandemia COVID-19, muitas das consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente foram convertidas em consultas telefónicas, de forma a se realizar a vigilância dos utentes infetados pelo vírus SARS-CoV2, que no início eram realizadas diariamente, durante 14 dias, desde o início dos sintomas até ao fim do período de isolamento. Assim, estas consultas passaram a ser classificadas como consultas sem a presença do utente.

De 2012 a 2021, na USF Famílias, foram realizadas um total de 165.922 consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, o que dá uma média de mais de 16.500 consultas

por ano, e 135.705 consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, o que dá uma média de mais de 13.500 consultas por ano (Tabela 2).

Tabela 2 - Total do número de consultas de Saúde de Adultos por ano, de 2012 a 2021

Anos	Consulta de Saúde de Adultos <u>com</u> a presença do utente	Consulta de Saúde de Adultos <u>sem</u> a presença do utente	Total
2012	17577	9624	27201
2013	16373	9412	25785
2014	17269	9418	26687
2015	18696	9775	28471
2016	19055	10534	29589
2017	18990	10942	29932
2018	18636	12019	30655
2019	17829	13829	31658
2020	7196	27064	34260
2021	14301	23088	37389

No Gráfico 4 é visível que o número total de consultas por ano tem vindo a aumentar, pelo que de 2019 (pré-pandemia COVID-19) para 2021 (pós-pandemia COVID-19) houve um incremento de quase 6.000 consultas, principalmente consultas sem a presença do utente. Este aumento pode ser explicado pelo próprio contexto pandémico, com o aparecimento das consultas telefónicas para vigilância dos utentes infetados pelo vírus SARS-CoV2. Ainda, este aumento do número de consultas por ser justificado por um incremento da consciencialização para a saúde e pela procura por cuidados preventivos por parte dos utentes.

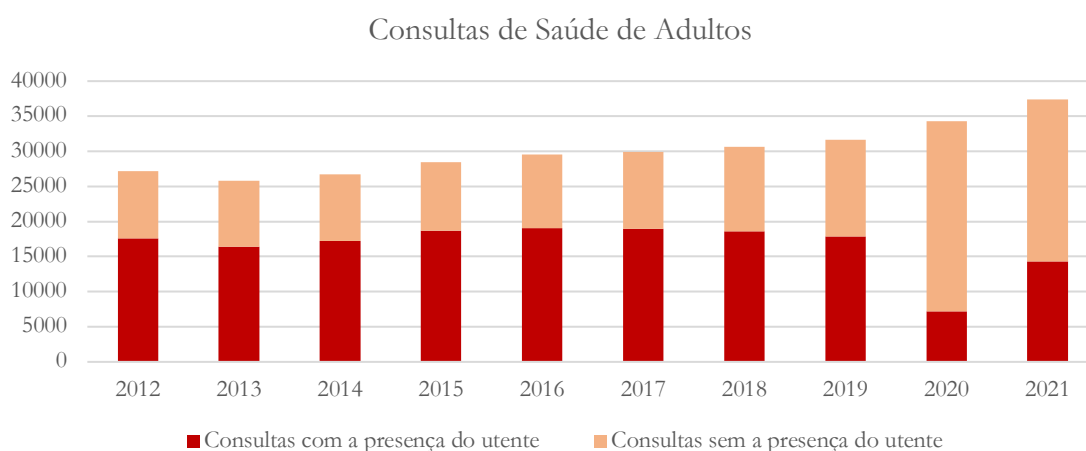


Gráfico 4 - Total do número de consultas de Saúde de Adultos por ano, de 2012 a 2021

Quanto às variáveis independentes que foram incluídas no estudo, estas são explicadas na Tabela 3 e também foram recolhidas com base nos dados dos utentes em dezembro de 2021. As variáveis selecionadas foram os DSS passíveis de serem colhidos através das plataformas mencionadas. O sexo, idade, escolaridade, emprego, rendimento e problemas sociais são dos determinantes mais abordados e estudados na literatura. Desta forma, nesta investigação também foram incluídos a nacionalidade e os hábitos e estilos de vida, como tabagismo, alcoolismo, toxicodependência, obesidade e excesso de peso, para perceber se existe alguma correlação com a frequência às consultas nos CSPs.

Tabela 3 - Caracterização das Variáveis Independentes

Variável	Fonte	Descrição
Idade	MIM@UF	Valor mínimo: 28 anos Valor máximo: 109 anos
Idade ao Quadrado	MIM@UF	
Sexo	MIM@UF	1 – Mulher 0 – Homem
Km de Distância à USF	MIM@UF	Foi calculada uma estimativa da distância a partir da freguesia de habitação do utente à freguesia da USF. Valor mínimo: 0 km Valor máximo: 534 km
Nacionalidade	MIM@UF	1 – Não Portuguesa 0 – Portuguesa
Escolaridade	SClínico	1 – Menos de 4 anos escolaridade 2 – 4 anos de escolaridade 3 – 6 anos de escolaridade 4 – 9 anos de escolaridade 5 – 11 anos de escolaridade 6 – 12 anos de escolaridade 7 – Curso tecnológico/profissional nível III 8 – Curso de especialização tecnológica 9 – Bacharelato 10 – Licenciatura 11 – Pós-graduação 12 – Mestrado 13 – Doutoramento
Problema com a Educação	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo Z07 - Problema com a Educação 0 – Sem o código ICPC-2 ativo

Não Ativo como Situação Profissional	ARS Norte	1 – Não Ativo 0 – Ativo, Estudante, Reformado ou Desconhecido
Estudante como Situação Profissional	ARS Norte	1 – Estudante 0 – Ativo, Não Ativo, Reformado ou Desconhecido
Reformado como Situação Profissional	ARS Norte	1 – Reformado 0 – Ativo, Não Ativo, Estudante ou Desconhecido
Desconhecido como Situação Profissional	ARS Norte	1 – Desconhecido 0 – Ativo, Não Ativo, Estudante ou Reformado
Problema com o Trabalho	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo Z05 - Problema com o Trabalho 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Problema de Desemprego	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo Z06 - Problema de Desemprego 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Insuficiência Económica	MIM@UF	1 – Isento do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica 0 – Não isento
Pobreza	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo Z01 - Pobreza/Problema Económico 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Problemas no Seio Familiar	MIM@UF	1 – Pelo menos 1 dos seguintes códigos ICPC-2 ativos: – Z12 - Problema relacional com o parceiro – Z13 - Problema comportamental do parceiro – Z14 - Problema por doença do parceiro – Z15 - Perda/Falecimento do parceiro – Z16 - Problema relacionado com uma criança – Z17 - Problema com uma criança doente – Z18 - Perda/Falecimento de uma criança – Z20 - Problema relacional com pai/mãe/membro da família – Z21 - Problema comportamental do pai/mãe/membro da família – Z22 - Problema por doença do pai/mãe/membro da família – Z23 - Perda/Falecimento do pai/mãe/membro da família – Z24 - Problema relacional com amigo – Z29 - Problema social NE 0 – Sem os códigos ICPC-2 ativos

Problemas com a Habitação	MIM@UF	1 – Pelo menos 1 dos seguintes códigos ICPC-2 ativos: – Z02 - Problema com a água/alimentação – Z03 - Problema com a habitação/vizinhança – Z08 - Problema com o sistema de segurança social – Z09 - Problema legal 0 – Sem os códigos ICPC-2 ativos
Problemas com o Serviço de Saúde	MIM@UF	1 – Pelo menos 1 dos seguintes códigos ICPC-2 ativos: – Z10 - Problema com o sistema de saúde – Z11 - Problema com o estar doente/adesão 0 – Sem os códigos ICPC-2 ativos
Violência	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo Z25 - Problema por agressão/acontecimento violento 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Tabagismo	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo P17 - Abuso do tabaco 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Alcoolismo	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo P15 - Abuso crónico do álcool 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Toxicodependência	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo P19 - Abuso de droga 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Obesidade	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo T82 - Obesidade 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Excesso de Peso	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo T83 - Excesso de Peso 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Diabetes Mellitus	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo T89 - Diabetes insulino-dependente ou T90 - Diabetes não insulino-dependente 0 – Sem o código ICPC-2 ativo
Hipertensão Arterial	MIM@UF	1 – Código ICPC-2 ativo K86 - Hipertensão sem complicações ou K87 - Hipertensão com complicações 0 – Sem o código ICPC-2 ativo

Apenas foram incluídos utentes com idade igual ou superior a 28 anos (em 2021), de forma que, quando se estudasse o ano de 2012, todos estes fossem maiores de idade e, assim, contabilizados para os utentes que recorrem a consultas de Saúde de Adultos. Todavia, foi realizada uma estatística descritiva de todos os utentes da USF Famílias. Se incluíssemos os utentes menores de idade, que apenas utilizam consultas de Saúde Infantojuvenil, como estas

são agendadas, normalmente, pelo médico ou enfermeiro de família, não iríamos conseguir estudar quais as condicionantes que trazem os utentes às consultas nos CSPs. Ainda, ao quantificarmos a idade ao quadrado conseguimos perceber se a frequência a consultas tem uma distribuição quadrática, ou seja, se os utentes recorrem mais a consultas nos CSPs em determinados pontos da sua vida, já que poderá podendo não haver uma relação linear entre a idade e o número de consultas.

Quanto à variável “Km de distância à USF”, foi calculada uma estimativa da distância a partir da freguesia de habitação do utente à USF, de forma a perceber se a distância da habitação tem influência na utilização de consultas.

Quanto à escolaridade, foi determinada uma pontuação crescente, desde 1 a 13, consoante o aumento do grau de escolaridade, que vai desde menos de 4 anos de escolaridade a doutoramento, respetivamente. Foi utilizada uma distribuição tão detalhada da escolaridade porque a amostra tem uma grande proporção de utentes com apenas o 6º ano de escolaridade ou menos. Este facto pode ser explicado porque a freguesia onde se localiza a USF é caracterizada pela sua forte presença na indústria da cortiça e do calçado, pelo que, descedo, os jovens começaram a trabalhar neste tipo de produção, não prolongando os seus estudos. Ainda, é de realçar que esta variável é definida e atualizada pelo médico assistente, podendo conduzir a um viés.

Determinou-se quais os utentes que têm isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica de forma a compreender se rendimentos inferiores têm influência na utilização de consultas dos CSPs. Contudo, após o início da pandemia COVID-19, em 2020, o pagamento de taxas moderadoras foi suspenso. Esta isenção é colocada no processo do utente de forma administrativa, sendo independente da atualização ou codificação pelo médico assistente.

A Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) é utilizada pelos técnicos de saúde para classificar elementos importante da consulta médica como os motivos que levam o utente à consulta, diagnósticos ou problemas e procedimentos. Esta classificação é realizada pelo médico a cada consulta, pelo que os códigos ativos são dependentes da codificação por este, podendo condicionar um viés de seleção. Assim, foram determinados quais os utentes com certos códigos do ICPC-2 ativos relacionados com problemas psicossociais, como “Problema com a Educação”, “Problema com o Trabalho”, “Problema de Desemprego”, “Pobreza/Problema Económico”, códigos relacionados com

problemas no seio familiar como “Problema relacional com o parceiro” ou “Perda/Falecimento de uma criança”, códigos relacionados com problemas na habitação como “Problema com a água/alimentação” ou “Problema com a habitação/vizinhança”, códigos relacionados com problemas com o serviço de saúde como “Problema com o sistema de saúde” ou “Problema com o estar doente/adesão” e o código “Problema por agressão/acidente violento”. Também foram determinados os utentes com os códigos do ICPC-2 ativos relacionados com comportamentos de risco como “Abuso do tabaco”, “Abuso crónico do álcool”, “Abuso de droga”, “Obesidade” e “Excesso de Peso”. Ainda, como variáveis de controlo definimos os utentes com Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial através dos códigos do ICPC-2 que os correspondem.

A maioria das variáveis são de duas categorias, mas para determinar a situação profissional o coeficiente é entre a situação profissional “não ativo”, “reformado”, “estudante”, “desconhecido” e a categoria base (“ativo”). Tal como a escolaridade e os códigos do ICPC-2, a situação profissional é determinada e atualizada pelo médico assistente.

Em dezembro de 2021, a USF Famílias tinha 11.793 utentes inscritos, com médico de família atribuído. A média de idades era de 44,47 anos, variando entre os 0 aos 109, em que 51,8% eram mulheres (Tabela 4). A classe etária com mais indivíduos é a dos 50 aos 59 anos, seguida da classe dos 40 aos 49 anos (Gráfico 5).

Tabela 4 - Idade e classes etárias dos utentes da USF Famílias, em dezembro de 2021

Classes Etárias	Homens		Mulheres		Total	
	n	% do total	n	% do total	n	%
0-9 anos	423	3,6	424	3,6	847	7,2
10-19 anos	545	4,6	549	4,7	1094	9,3
20-29 anos	665	5,6	672	5,7	1337	11,3
30-39 anos	737	6,2	740	6,3	1477	12,5
40-49 anos	909	7,7	922	7,8	1831	15,5
50-59 anos	929	7,9	988	8,4	1917	16,3
60-69 anos	782	6,6	833	7,1	1615	13,7
70-79 anos	457	3,9	603	5,1	1060	9,0
80-89 anos	212	1,8	330	2,8	542	4,6
90-99 anos	23	0,2	45	0,4	68	0,6
100-109 anos	1	0,0	4	0,0	5	0,0
Total	5683	48,2	6110	51,8	11793	100
Média		44,47		Mínimo		0
Mediana		46		Máximo		109
Moda		55				

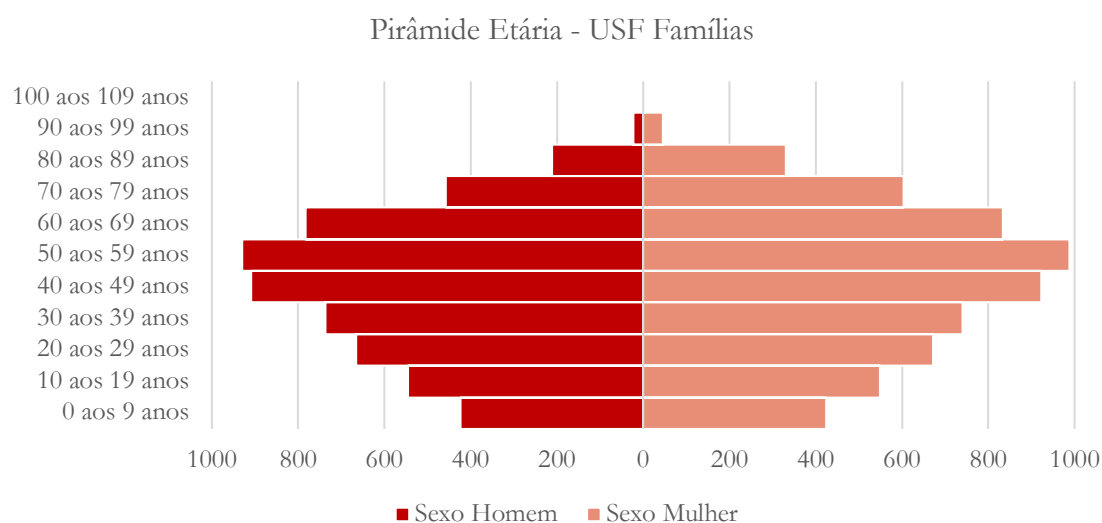


Gráfico 5 - Pirâmide etária dos utentes da USF Famílias, em dezembro de 2021

A amostra utilizada para a realização deste estudo apenas inclui utentes com idade igual ou superior a 28 anos, pelo que ficamos com um total de 8.781 utentes, com uma média de idades de 54,58 anos, em que 52,3% são mulheres (Tabela 5 e Tabela 6). A amostra é maioritariamente de nacionalidade portuguesa, com apenas 0,62% dos utentes de outras nacionalidades. A maioria dos utentes desta amostra, 4973 (56,6%), vive na freguesia onde se localiza a USF. Dos restantes utentes, a média da distância da sua habitação à USF é de 9,07km. No total, a média da distância da sua habitação do utente à USF é de 3,85km.

Tabela 5 - Idade dos utentes da amostra, em dezembro de 2021

	Idade (anos)
Média	54,58
Mediana	46
Moda	55
Mínimo	28
Máximo	109

Tabela 6 - Sexo dos utentes da amostra, em dezembro de 2021

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mulher	4591	52,3
Homem	4190	47,7
Total	8781	100

Quanto à escolaridade, estes dados foram recolhidos em apenas 2.503 dos utentes com idade igual ou superior a 28 anos, com uma média de idades de 53,94 anos. Foram seleccionadas duas listas de dois médicos da USF, para seleccionar a amostra de forma aleatória, tornando-a o mais representativa possível do total dos utentes inscritos na USF.

A maior proporção desta amostra tem apenas o 4º ano de escolaridade (35,5%), seguida do 6º ano de escolaridade (15,5%). Apenas 25,70% da amostra tem o 12º ano ou mais de escolaridade e 5,90% tem menos do 4º ano de escolaridade. Ainda, existem alguma discrepância da escolaridade entre os géneros, com o dobro das mulheres com uma licenciatura em comparação com os homens (Gráfico 6). Como apenas foi possível obter dados da escolaridade em cerca de 2.500 utentes, de forma a não se perder observações na regressão principal, realizou-se uma análise distinta da influência da escolaridade na frequência a consultas, mas que conteve todas as outras variáveis independentes.

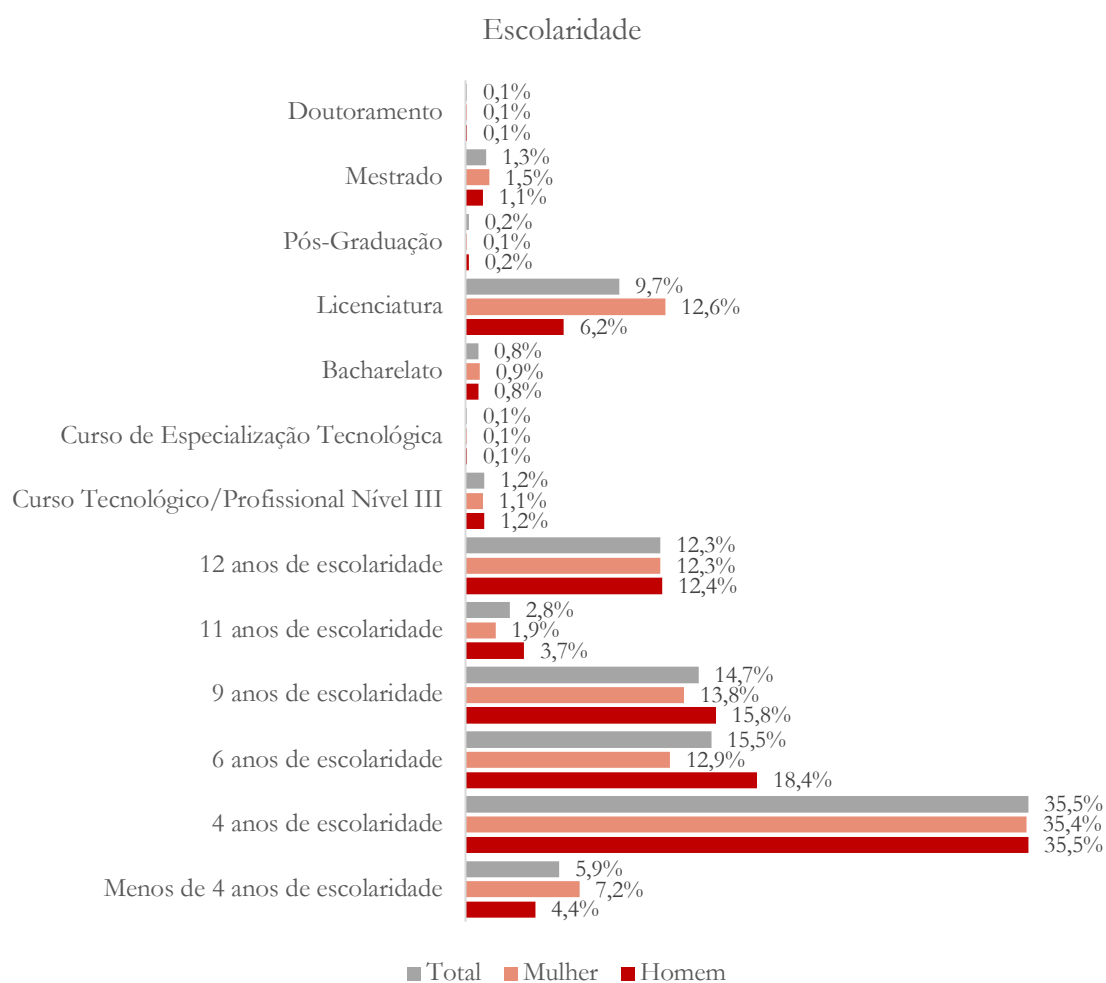


Gráfico 6 - Escolaridade dos utentes da amostra, em dezembro de 2021

Quanto à situação profissional, 58,8% dos utentes estão “ativos”, 15,6% “reformados”, 5,5% “estudantes”, 15,0% “não ativos” e 5,1% dos utentes não estava preenchido (Gráfico 7). A proporção de mulheres não ativas ou reformadas é maior em comparação com os homens, enquanto o contrário se constata nos estudantes (Gráfico 8). A primeira parte pode ser explicada por alguns costumes e tradições onde apenas os homens integram no mercado de trabalho e, a segunda parte, pela maior esperança média de vida das mulheres. Estes dados são preenchidos pelo médico assistente, pelo que, em norma, considera população não ativa os desempregados ou indivíduos que nunca estiveram no mercado de trabalho.

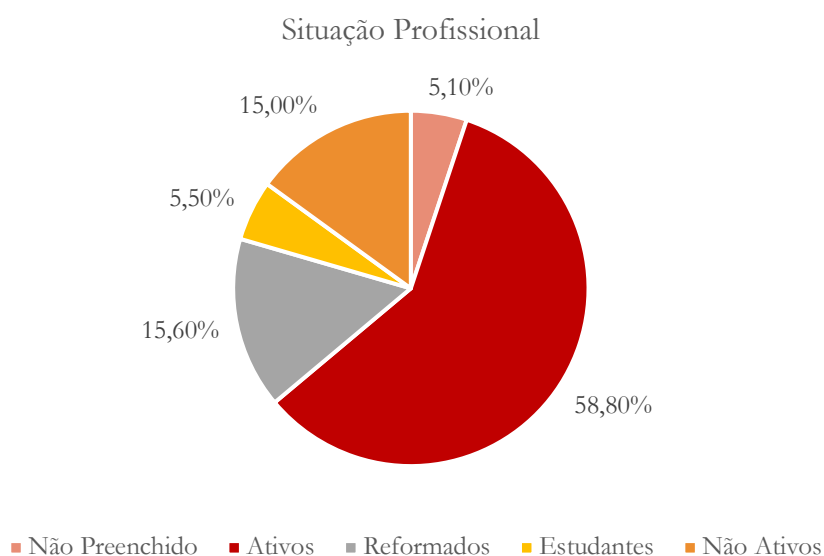


Gráfico 7 - Situação profissional dos utentes da amostra, em dezembro de 2021

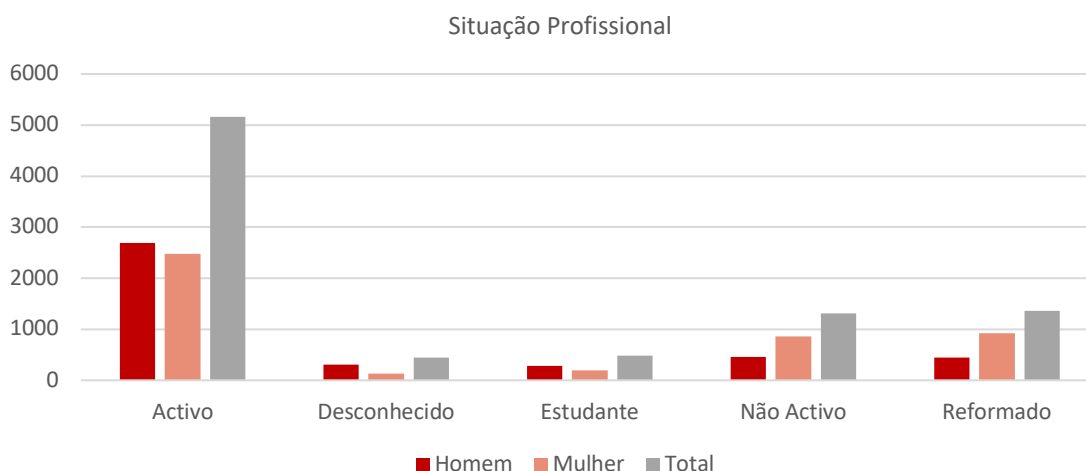


Gráfico 8 - Situação profissional dos utentes da amostra, de acordo com o sexo, em dezembro de 2021

Quanto aos códigos ativos de ICPC-2, como estes também são dependentes da codificação pelo médico assistente, apenas estavam presentes em 448 utentes da amostra (Tabela 7). Os códigos mais frequentes foram os relacionados com problemas no seio familiar (287, apenas 3,3% dos utentes), seguido do código de Problema com os Cuidados de Saúde (53, apenas 0,60% dos utentes) e do código de Pobreza/Problema Económico (51, apenas 0,60% dos utentes). Apesar deste último código apenas estar ativo em menos de 1% dos utentes da amostra, 28% destes têm isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica, sendo que estes últimos dados são recolhidos de forma administrativa (Gráfico 9).

Tabela 7 - Códigos ICPC-2 ativos nos utentes da amostra, em dezembro de 2021

	Problema com a Educação	Problema com o Trabalho	Problema de Desemprego	Pobreza
n	1	19	11	51
%	0,00	0,20	0,10	0,60
	Problema do seio familiar	Violência	Problema com a Habitação	Problema com os Cuidados de Saúde
n	287	9	17	53
%	3,30	0,10	0,20	0,60

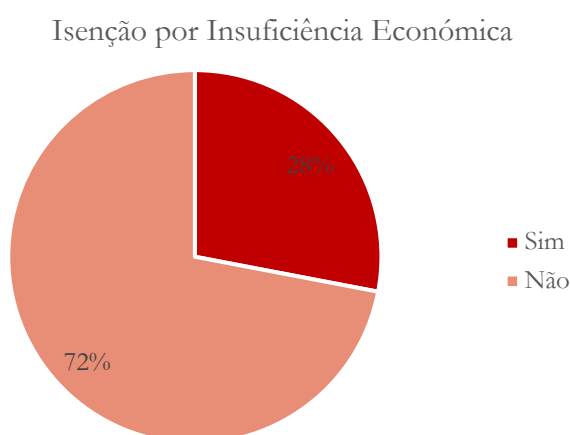


Gráfico 9 - Isenção por insuficiência económica nos utentes da amostra, em dezembro de 2021

Em relação a comportamentos e fatores de risco, 18.98% dos utentes é fumador, 3.66% tem consumo crónico de álcool, 1.06% tem abuso de droga, 16.36% é obeso, 36.81% tem excesso de peso, 10.52% é diabético e 29.09% é hipertenso (Tabela 8). Nesta amostra, os homens têm mais hábitos de risco, como o abuso de tabaco, álcool e drogas, enquanto as mulheres apresentam mais excesso de peso ou obesidade (Gráfico 10).

Tabela 8 - Comportamentos de risco nos utentes da amostra, em dezembro de 2021

	Abuso do Tabaco	Abuso Crónico de Álcool	Abuso de Droga	Obesidade	Excesso de Peso	Diabetes Mellitus	Hipertensão Arterial
Homem	1201	286	82	509	1561	453	1155
Mulher	466	35	11	928	1671	471	1399
Total	1667	321	93	1437	3232	924	2554
% Total	18,98	3,66	1,06	16,36	36,81	10,52	29,09

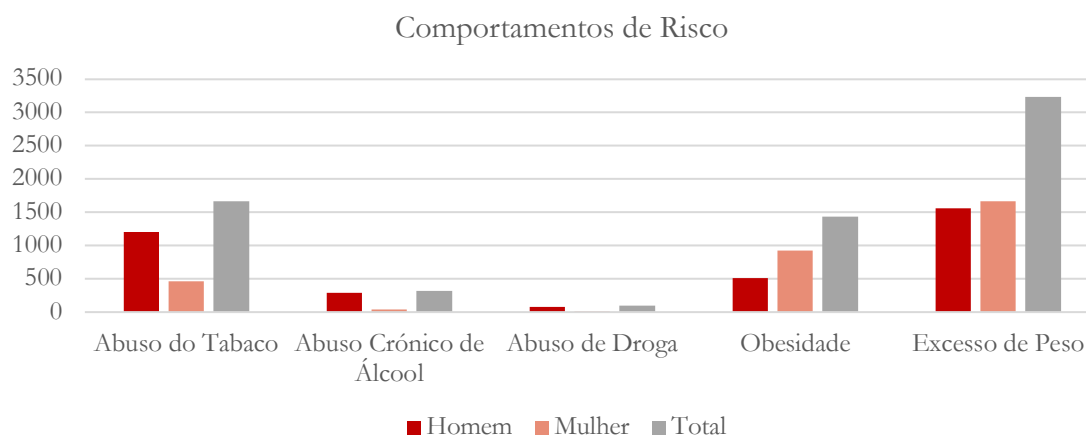


Gráfico 10 - Comportamentos de risco nos utentes da amostra, de acordo com o sexo, em dezembro de 2021

Por fim, na terceira parte do estudo, que compara anos pré (2012-2019) e pós (2020-2021) a pandemia COVID-19, repetiu-se a análise anterior e foi feita uma média do número de consultas por ano e por utente separando estes dois períodos. A análise entre estas duas épocas foi concretizada com o objetivo de compreender se a pandemia teve interferência nos determinantes à frequência a consultas nos CSPs.

A média de consulta de Saúde de Adultos com a presença do utente, por ano, no período pré-pandemia COVID-19, é de cerca de 18.000 em comparação com 11.000, no período pós-pandemia. Em relação às consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, por ano, no período pré-pandemia COVID-19 foram de 11.000, pelo que no período pós-pandemia foram de 25.000. Tal como já referido acima, durante a pandemia existiu um incremento do número de consultas telefónicas (consultas sem a presença do utente) para a vigilância dos utentes infetados com o vírus SARS-CoV2, o que pode explicar o aumento observado na média do número de consultas sem a presença do utente.

Resultados

Através da primeira análise, realizada por ano com os utentes com 28 anos ou mais, para as consultas de Saúde de Adultos com presença do utente, estima-se que a propensão para a frequência de consultas era superior para: mulheres ($p < 0,001$); utentes não ativos como situação profissional ($p < 0,020$); utentes ativos em contraste com situação profissional desconhecida ($p < 0,048$); isentos de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica ($p < 0,026$); utentes com problemas no seio familiar ($p < 0,020$); obesos ($p < 0,001$); com excesso de peso ($p < 0,001$); com o aumento da proximidade do local da habitação com a USF ($p < 0,017$); utentes com problema com os cuidados de saúde ($p < 0,041$); utentes com o problema de pobreza ($p < 0,036$; estatisticamente significativo em apenas metade dos anos estudados) (Tabela 9 e Tabela 10).

Tabela 9 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021

	2021	2020	2019	2018	2017
Sexo	0,286 *** (0,044)	0,105 *** (0,027)	0,423 *** (0,051)	0,469 *** (0,054)	0,494 *** (0,055)
Idade	0,046 *** (0,010)	0,023 *** (0,006)	0,059 *** (0,012)	0,041 *** (0,012)	0,046 *** (0,012)
Idade ao quadrado	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)
Nacionalidade	-0,377 (0,266)	-0,250 (0,166)	-0,166 (0,311)	-0,447 (0,324)	-0,380 (0,332)
KM distância à USF	-0,003 *** (0,001)	-0,002 ** (0,001)	-0,003 *** (0,001)	-0,005 *** (0,001)	-0,004 *** (0,001)
Problema com a Educação	1,790 (1,871)	0,062 (1,168)	0,326 (2,188)	-1,150 (2,280)	-1,240 (2,335)
Não Ativo	0,142 ** (0,060)	0,087 ** (0,037)	0,167 ** (0,070)	0,241 *** (0,073)	0,338 *** (0,075)
Reformado	0,054 (0,082)	-0,003 (0,051)	0,089 (0,096)	0,091 (0,100)	0,128 (0,103)
Estudante	-0,142 (0,100)	-0,147 ** (0,063)	-0,212 * (0,117)	-0,353 *** (0,122)	-0,215 * (0,125)
Situação Profissional Desconhecida	-0,393 ** (0,199)	-0,217 * (0,124)	-0,290 (0,233)	-0,526 ** (0,243)	-0,835 *** (0,249)
Problema com o Trabalho	1,324 *** (0,430)	0,906 *** (0,268)	0,532 (0,502)	0,541 (0,524)	0,189 (0,536)
Problema de Desemprego	-0,143 (0,567)	0,114 (0,354)	0,654 (0,663)	-0,224 (0,691)	0,169 (0,707)
Insuficiência Económica	-0,043 (0,049)	0,080 *** (0,030)	0,230 *** (0,057)	0,148 ** (0,059)	0,135 ** (0,061)
Pobreza	0,506 * (0,282)	0,022 (0,176)	0,692 ** (0,329)	1,003 *** (0,343)	0,397 (0,351)
Problema no seio familiar	0,749 *** (0,117)	0,170 (0,073) **	0,786 *** (0,137)	0,597 *** (0,143)	0,735 *** (0,146)

Problema de Violência	-0,215 (0,626)	-0,252 (0,391)	0,419 (0,732)	1,061 (0,763)	-0,473 (0,781)
Problema com a Habitação	1,757 *** (0,455)	0,874 *** (0,284)	0,725 (0,532)	0,599 (0,554)	0,024 (0,567)
Tabagismo	-0,042 (0,056)	-0,022 (0,035)	0,006 (0,066)	-0,071 (0,069)	-0,050 (0,070)
Alcoolismo	0,139 (0,114)	0,010 (0,071)	0,127 (0,133)	0,125 (0,139)	0,055 (0,142)
Droga	0,314 (0,203)	0,150 (0,127)	0,361 (0,238)	0,735 *** (0,248)	0,570 ** (0,254)
Obesidade	0,551 *** (0,062)	0,288 *** (0,039)	0,568 *** (0,073)	0,555 *** (0,076)	0,478 *** (0,077)
Excesso de Peso	0,558 *** (0,048)	0,249 *** (0,030)	0,662 *** (0,056)	0,614 *** (0,058)	0,487 *** (0,059)
Problema com os Cuidados de Saúde	0,839 *** (0,272)	0,880 *** (0,170)	0,533 * (0,318)	0,865 *** (0,332)	0,476 (0,340)
Diabetes Mellitus	1,334 *** (0,074)	0,963 *** (0,046)	1,280 *** (0,086)	1,480 *** (0,090)	1,192 *** (0,092)
Hipertensão Arterial	0,295 *** (0,057)	0,184 *** (0,035)	0,448 *** (0,066)	0,422 *** (0,069)	0,607 *** (0,071)
(Constante)	-0,492 * (0,270)	-0,314 * (0,168)	-0,738 ** (0,315)	-0,209 (0,328)	-0,375 (0,336)
N	8294	8294	8294	8294	8294
R2	0,133	0,136	0,135	0,139	0,134

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente.*

Tabela 10 - Consulta de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 (continuação)

	2016	2015	2014	2013	2012
Sexo	0,426 *** (0,055)	0,531 *** (0,054)	0,441 *** (0,051)	0,372 *** (0,048)	0,440 *** (0,053)
Idade	0,037 *** (0,012)	0,034 *** (0,012)	0,022 * (0,011)	0,013 (0,011)	0,044 *** (0,012)
Idade ao quadrado	-0,000 * (0,000)	-0,000 * (0,000)	-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,000 ** (0,000)
Nacionalidade	-0,880 *** (0,334)	-0,672 ** (0,324)	-0,686 ** (0,307)	-0,763 *** (0,289)	-0,597 * (0,321)
KM distância à USF	-0,006 *** (0,001)	-0,006 *** (0,001)	-0,005 *** (0,001)	-0,004 *** (0,001)	-0,004 *** (0,001)
Problema com a Educação	0,653 (2,351)	-0,406 (2,285)	-1,108 (2,161)	-0,127 (2,035)	0,462 (2,259)
Não Ativo	0,225 *** (0,075)	0,299 *** (0,073)	0,287 *** (0,069)	0,273 *** (0,065)	0,238 *** (0,072)
Reformado	0,043 (0,104)	0,196 * (0,101)	0,236 ** (0,095)	0,405 *** (0,090)	0,595 *** (0,100)
Estudante	-0,196 (0,126)	-0,141 (0,123)	-0,075 (0,116)	-0,078 (0,109)	-0,038 (0,121)
Situação Profissional Desconhecida	-0,919 *** (0,250)	-0,997 *** (0,243)	-0,866 *** (0,230)	-0,799 *** (0,217)	-0,873 *** (0,240)
Problema com o Trabalho	0,353 (0,540)	1,185 ** (0,525)	1,414 *** (0,496)	-0,053 (0,467)	0,108 (0,519)

Problema de Desemprego	0,696 (0,712)	-0,117 (0,692)	-0,226 (0,655)	0,682 (0,616)	0,341 (0,684)
Insuficiência Económica	0,073 (0,061)	0,163 *** (0,059)	0,094 * (0,056)	0,205 *** (0,053)	0,209 *** (0,059)
Pobreza	0,945 *** (0,354)	1,260 *** (0,344)	0,558 * (0,325)	1,569 *** (0,306)	-0,002 (0,340)
Problema no seio familiar	0,688 *** (0,147)	0,789 *** (0,143)	0,780 *** (0,135)	0,642 *** (0,127)	0,661 *** (0,142)
Problema de Violência	-0,577 (0,787)	-0,354 (0,765)	-0,885 (0,723)	-0,482 (0,681)	-1,180 (0,756)
Problema com a Habitação	0,596 (0,571)	-0,339 (0,555)	1,233 ** (0,525)	-0,106 (0,495)	-0,559 (0,549)
Tabagismo	-0,069 (0,071)	0,018 (0,069)	-0,107 (0,065)	-0,118 * (0,061)	-0,193 *** (0,068)
Alcoolismo	0,058 (0,143)	0,247 * (0,139)	0,001 (0,132)	-0,047 (0,124)	-0,081 (0,138)
Toxicod dependência	0,596 ** (0,255)	0,088 (0,248)	0,266 (0,235)	0,074 (0,221)	0,092 (0,245)
Obesidade	0,626 *** (0,078)	0,472 *** (0,076)	0,419 *** (0,072)	0,359 *** (0,067)	0,334 *** (0,075)
Excesso de Peso	0,549 *** (0,060)	0,422 *** (0,058)	0,393 *** (0,055)	0,322 *** (0,052)	0,322 *** (0,057)
Problema com os Cuidados de Saúde	0,912 *** (0,342)	0,678 ** (0,332)	0,527 * (0,314)	0,769 *** (0,296)	-0,123 (0,329)
Diabetes Mellitus	1,114 *** (0,093)	1,087 *** (0,090)	0,874 *** (0,085)	0,781 *** (0,080)	0,881 *** (0,089)
Hipertensão Arterial	0,602 *** (0,071)	0,686 *** (0,069)	0,741 *** (0,066)	0,662 *** (0,062)	0,759 *** (0,069)
(Constante)	-0,069 (0,339)	-0,150 (0,329)	0,188 (0,311)	0,332 (0,293)	-0,500 (0,325)
N	8294	8294	8294	8294	8294
R2	0,133	0,151	0,144	0,165	0,168

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente.*

Para estas consultas de Saúde de Adultos, com a presença do utente, a nacionalidade portuguesa ($p < 0,038$) e os utentes com um problema com o trabalho ($p < 0,024$), apenas foi significativo em 4 dos 10 anos estudados. No caso dos reformados como situação profissional ($p < 0,013$), utentes com problemas na habitação ($p < 0,019$) e utentes toxicod dependentes ($p < 0,025$), apenas foi significativo em 3 dos 10 anos estudados. Todavia, não se demonstraram estatisticamente significativas as seguintes variáveis: tabagismo, alcoolismo, utentes com problema de desemprego, problema com a educação ou problema de violência (Tabela 9 e Tabela 10).

Quanto à interpretação dos coeficientes β , será utilizado um ano representativo, como o ano de 2019, pois é o mais recente antes do início da pandemia COVID-19. Portanto, em 2019, para as consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente estima-se que,

assumindo que tudo o resto é constante, as mulheres utilizem, por ano, 0,423 mais consultas do que os homens. Da mesma forma, por cada diminuição de 1 km da distância da habitação à USF é estimado que os utentes tenham 0,003 mais consultas por ano; os utentes não ativos como situação profissional têm mais 0,167 consultas por ano; utentes com isenção do pagamento de taxas moderadores por insuficiência económica recorram a 0,230 mais consultas; os utentes com o problema de pobreza frequentem 0,692 vezes mais consultas por ano; utentes com problemas no seio familiar têm mais 0,786 consultas por ano; utentes obesos recorram a 0,568 mais consultas por ano e os com excesso de peso recorram a mais 0,662 consultas por ano; por fim, estima-se que os utentes com Diabetes Mellitus tenham mais 1,280 vezes consultas por ano, assim como os utentes com Hipertensão Arterial (0,448 vezes mais consultas por ano) (Tabela 9). Os coeficientes para as outras variáveis independentes não se revelaram estatisticamente significativos, pelo que não têm relevância.

Ao quantificar a idade ao quadrado foi perceptível que a frequência a consultas tem uma distribuição quadrática em praticamente todos os anos estudados, o que significa que os utentes recorrem mais a consultas nos CSPs em determinadas idades, que no caso das consultas com a presença do utente é entre os 50 e os 70 anos ($p < 0,027$) e o no caso das consultas sem a presença do utente é a partir dos 80 anos ($p < 0,030$). No Gráfico 11 estão representadas as consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, durante o ano de 2019, onde o ponto máximo de frequência a consulta foi aos 62,8 anos ($p < 0,01$). No Gráfico 12 estão representadas as consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, durante o ano de 2019, onde o ponto máximo de frequência a consulta foi aos 96,2 anos ($p < 0,005$).

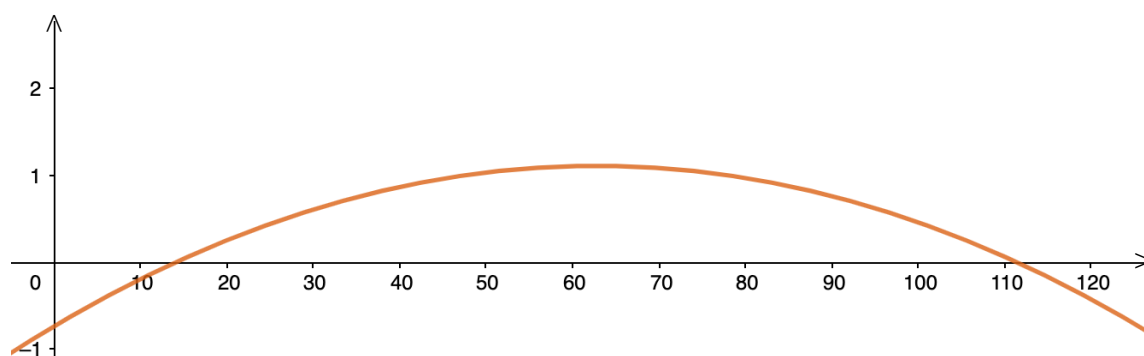


Gráfico 11 - Estimativa para a influência da idade na frequência a consultas de Saúde de Adultos, com a presença do utente, na USF Famílias, em 2019

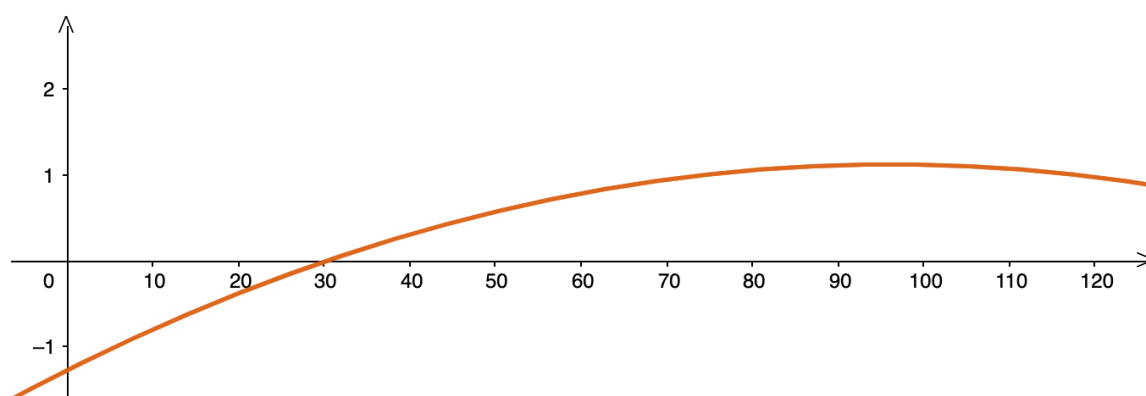


Gráfico 12 - Estimativa para a influência da idade na frequência a consultas de Saúde de Adultos, sem a presença do utente, na USF Famílias, em 2019

Para as consultas de Saúde de Adultos sem presença do utente, estima-se que a propensão para a frequência de consultas era superior para: mulheres ($p < 0,001$); utentes não ativos e reformados como situação profissional ($p < 0,001$); isentos de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica ($p < 0,001$); utentes com problemas no seio familiar ($p < 0,029$); obesos ($p < 0,016$) e com excesso de peso ($p < 0,001$) (Tabela 11 e Tabela 12).

Tabela 11 - Consulta de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021

	2021	2020	2019	2018	2017
Sexo	0,360 *** (0,065)	0,605 *** (0,075)	0,202 *** (0,046)	0,136 *** (0,043)	0,197 *** (0,040)
Idade	0,055 *** (0,015)	0,060 *** (0,017)	0,050 *** (0,010)	0,038 *** (0,010)	0,040 *** (0,009)
Idade ao quadrado	-0,000 ** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 * (0,000)	-0,000 ** (0,000)
Nacionalidade	-0,901 ** (0,394)	-0,945 ** (0,450)	-0,384 (0,278)	-0,401 (0,261)	-0,291 (0,242)
KM distância à USF	-0,003 * (0,002)	-0,004 ** (0,002)	-0,003 ** (0,001)	-0,002 * (0,001)	-0,002 * (0,001)
Problema com a Educação	-4,187 (2,773)	-4,619 (3,172)	-3,532 * (1,961)	-3,212 * (1,839)	-2,829 * (1,702)
Não Ativo	0,357 *** (0,089)	0,327 *** (0,102)	0,370 *** (0,063)	0,424 *** (0,059)	0,377 *** (0,055)
Reformado	1,066 *** (0,122)	1,302 *** (0,140)	1,244 *** (0,086)	1,122 *** (0,081)	0,996 *** (0,075)
Estudante	-0,159 (0,149)	-0,481 *** (0,170)	0,021 (0,105)	0,005 (0,099)	0,068 (0,091)
Situação Profissional Desconhecida	-0,337 (0,295)	-0,463 (0,338)	0,122 (0,209)	-0,252 (0,196)	-0,290 (0,181)
Problema com o Trabalho	0,172 (0,637)	0,582 (0,728)	-0,214 (0,450)	-0,575 (0,422)	-0,267 (0,391)

Problema de Desemprego	1,301 (0,840)	0,500 (0,961)	0,241 (0,594)	1,174 ** (0,557)	0,725 (0,516)
Insuficiência Económica	0,268 *** (0,072)	0,392 *** (0,083)	0,439 *** (0,051)	0,313 *** (0,048)	0,341 *** (0,044)
Pobreza	0,375 (0,417)	1,090 ** (0,477)	0,866 *** (0,295)	0,739 *** (0,277)	0,342 (0,256)
Problema no seio familiar	0,525 *** (0,174)	0,546 *** (0,199)	0,388 *** (0,123)	0,126 (0,115)	0,209 * (0,107)
Problema de Violência	0,756 (0,928)	0,597 (1,062)	-0,413 (0,656)	0,028 (0,616)	-0,225 (0,570)
Problema com a Habitação	2,165 *** (0,674)	1,862 ** (0,771)	0,097 (0,477)	0,435 (0,447)	0,709 * (0,414)
Tabagismo	-0,115 (0,083)	-0,130 (0,096)	-0,078 (0,059)	-0,059 (0,055)	-0,062 (0,051)
Alcoolismo	-0,011 (0,169)	-0,026 (0,193)	0,057 (0,119)	0,049 (0,112)	0,056 (0,104)
Toxicodependência	0,011 (0,301)	0,046 (0,345)	-0,378 * (0,213)	-0,401 ** (0,200)	-0,237 (0,185)
Obesidade	0,607 *** (0,092)	0,702 *** (0,105)	0,243 *** (0,065)	0,201 *** (0,061)	0,151 *** (0,056)
Excesso de Peso	0,604 *** (0,070)	0,731 *** (0,081)	0,356 *** (0,050)	0,246 *** (0,047)	0,203 *** (0,043)
Problema com os Cuidados de Saúde	0,562 (0,403)	0,366 (0,461)	0,275 (0,285)	0,084 (0,268)	-0,266 (0,248)
Diabetes Mellitus	0,154 (0,109)	1,140 *** (0,125)	-0,154 ** (0,077)	-0,234 *** (0,073)	-0,188 *** (0,067)
Hipertensão Arterial	1,112 *** (0,084)	1,353 *** (0,096)	0,884 *** (0,059)	0,796 *** (0,056)	0,721 *** (0,052)
(Constante)	-0,743 * (0,399)	-0,600 (0,457)	-1,276 *** (0,282)	-0,995 *** (0,265)	-1,035 *** (0,245)
N	8294	8294	8294	8294	8294
R2	0,179	0,199	0,246	0,229	0,216

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente.*

Tabela 12 - Consulta de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 (continuação)

	2016	2015	2014	2013	2012
Sexo	0,155 *** (0,038)	0,167 *** (0,036)	0,243 *** (0,036)	0,257 *** (0,036)	0,240 *** (0,039)
Idade	0,044 *** (0,009)	0,037 *** (0,008)	0,041 *** (0,008)	0,039 *** (0,008)	0,015 * (0,009)
Idade ao quadrado	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	-0,000 *** (0,000)	0,000 (0,000)
Nacionalidade	-0,400 * (0,229)	-0,385 * (0,219)	-0,394 * (0,216)	-0,353 (0,219)	-0,339 (0,237)
KM distância à USF	-0,002 ** (0,001)	-0,002 ** (0,001)	-0,002 * (0,001)	-0,001 (0,001)	-0,002 * (0,001)
Problema com a Educação	-2,715 * (1,615)	-2,655 * (1,545)	0,547 (1,524)	-2,715 * (1,540)	-2,138 (1,669)
Não Ativo	0,368 *** (0,052)	0,397 *** (0,050)	0,330 *** (0,049)	0,359 *** (0,049)	0,284 *** 9(0,054)

Reformado	0,991 *** (0,071)	0,916 *** (0,068)	0,921 *** (0,067)	1,034 *** (0,068)	1,106 *** (0,074)
Estudante	0,123 (0,087)	0,124 (0,083)	0,097 (0,082)	0,129 (0,083)	0,063 (0,090)
Situação Profissional Desconhecida	-0,311 * (0,172)	-0,270 (0,164)	-0,364 ** (0,162)	-0,429 *** (0,164)	-0,334 * (0,178)
Problema com o Trabalho	-0,126 (0,371)	0,232 (0,355)	0,026 (0,350)	-0,324 (0,354)	-0,093 (0,383)
Problema de Desemprego	-0,010 (0,489)	0,100 (0,468)	-0,328 (0,462)	0,746 (0,466)	0,616 (0,506)
Insuficiência Económica	0,411 *** (0,042)	0,349 *** (0,040)	0,373 *** (0,040)	0,263 *** (0,040)	0,246 *** (0,043)
Pobreza	0,706 *** (0,243)	0,267 (0,233)	0,040 (0,229)	0,443 * (0,232)	0,276 (0,251)
Problema no seio familiar	-0,011 (0,101)	0,113 (0,097)	0,334 *** (0,096)	0,210 ** (0,096)	0,260 ** (0,105)
Problema de Violência	0,050 (0,541)	0,202 (0,517)	0,047 (0,510)	-0,295 (0,515)	0,260 (0,559)
Problema com a Habitação	0,502 (0,393)	0,284 (0,375)	-0,132 (0,370)	-0,532 (0,374)	-0,027 (0,406)
Tabagismo	-0,169 *** (0,049)	-0,087 * (0,047)	-0,062 (0,046)	-0,121 *** (0,046)	-0,115 ** (0,050)
Alcoolismo	-0,001 (0,098)	-0,053 (0,094)	-0,092 (0,093)	-0,139 (0,094)	-0,161 (0,102)
Toxicodependência	-0,137 (0,175)	-0,003 (0,168)	0,116 (0,166)	0,075 (0,167)	-0,007 (0,181)
Obesidade	0,198 *** (0,054)	0,124 ** (0,051)	0,054 (0,051)	0,089 * (0,051)	0,080 (0,055)
Excesso de Peso	0,232 *** (0,041)	0,197 *** (0,039)	0,165 *** (0,039)	0,155 *** (0,039)	0,182 *** (0,042)
Problema com os Cuidados de Saúde	0,380 (0,235)	-0,012 (0,225)	0,076 (0,222)	0,088 (0,224)	-0,145 (0,243)
Diabetes Mellitus	-0,120 * (0,064)	0,086 (0,061)	0,131 ** (0,060)	0,133 ** (0,061)	0,174 *** (0,066)
Hipertensão Arterial	0,612 *** (0,049)	0,567 *** (0,047)	0,341 *** (0,046)	0,324 *** (0,047)	0,309 *** (0,051)
(Constante)	-1,103 *** (0,233)	-0,928 *** (0,222)	-1,028 *** (0,220)	-1,022 *** (0,222)	-0,460 * (0,240)
N	8294	8294	8294	8294	8294
R2	0,225	0,211	0,191	0,204	0,212

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente.*

Ainda, para estas consultas de Saúde de Adultos sem presença do utente, a proximidade do local da habitação com a USF ($p < 0,041$), os utentes com problema de pobreza ($p < 0,022$) e os não-fumadores ($p < 0,022$), apenas se revelaram significativos em 3 dos 10 anos estudados. Por outro lado, não se demonstrou estatisticamente significativo as seguintes variáveis: nacionalidade; estudante como situação profissional; toxicodependência; alcoolismo; utentes com problemas na habitação, problema com o trabalho, problema com

os cuidados de saúde, problema de desemprego, problema com a educação e problema por de violência (Tabela 11 e Tabela 12).

Quanto à interpretação dos coeficientes β , em 2019, para as consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente estima-se que, assumindo que tudo o resto é constante, as mulheres utilizem, por ano, 0,202 mais consultas do que os homens. Da mesma forma, por cada diminuição de 1 km da distância da habitação à USF é estimado que os utentes tenham 0,003 mais consultas por ano; os utentes não ativos como situação profissional recorram a 0,370 mais consultas por ano; os reformados têm 1,244 mais consultas por ano; os utentes com isenção do pagamento de taxas moderadores por insuficiência económica recorram a 0,439 mais consultas por ano; os utentes com o problema de pobreza frequentam a mais 0,866 consultas por ano; utentes com problemas no seio familiar recorram a 0,388 mais consultas por ano; utentes obesos têm 0,243 mais consultas por ano e os com excesso de peso 0,356 mais consultas por ano; por fim, estima-se que os utentes com Diabetes Mellitus recorram a 0,154 menos consultas por ano, ao contrário dos utentes com Hipertensão Arterial que é expectável que tenham 0,884 mais consultas por ano (Tabela 11). Os coeficientes para as outras variáveis independentes não se revelaram estatisticamente significativos, pelo que não têm relevância.

Através da segunda análise, com 2.503 utentes, em que apenas se avaliou a influência da escolaridade na procura por cuidados de saúde, apesar de se ter integrado todas as outras variáveis, de forma a não se perder observações da regressão principal. Foi perceptível que o número de consultas de Saúde de Adultos era superior quanto menor o grau de escolaridade, tendo sido estatisticamente significativo em todos os anos para as consultas com a presença do utente ($p < 0,001$) e em 8 dos 10 anos estudados para as consultas sem a presença do utente ($p < 0,020$) (Tabela 13, Tabela 14, Tabela 15 e Tabela 16).

Tabela 13 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade

	2021	2020	2019	2018	2017
Escolaridade	-0,119 *** (0,022)	-0,067 *** (0,015)	-0,141 *** (0,023)	-0,127 *** (0,024)	-0,149 *** (0,025)
(Constante)	0,668 (0,676)	0,509 (0,458)	1,529 ** (0,717)	0,852 (0,737)	1,117 (0,778)
N	2405	2405	2405	2405	2405
R2	0,111	0,113	0,132	0,133	0,115

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente. Estão omitidas todas as outras variáveis descritivas utilizadas.*

Tabela 14 - Consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade (continuação)

	2016	2015	2014	2013	2012
Escolaridade	-0,131 *** (0,024)	-0,142 *** (0,023)	-0,142 *** (0,022)	-0,090 *** (0,020)	-0,114 *** (0,021)
(Constante)	1,336 * (0,726)	1,511 ** (0,697)	2,575 *** (0,693)	2,011 *** (0,629)	0,972 (0,662)
N	2405	2405	2405	2405	2405
R2	0,120	0,159	0,142	0,163	0,170

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente. Estão omitidas todas as outras variáveis descritivas utilizadas.*

Tabela 15 - Consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade

	2021	2020	2019	2018	2017
Escolaridade	-0,035 (0,027)	-0,089 *** (0,030)	-0,067 *** (0,019)	-0,072 *** (0,019)	-0,058 *** (0,017)
(Constante)	1,096 (0,823)	1,386 (0,917)	0,129 (0,592)	-0,075 (0,599)	-0,074 (0,528)
N	2405	2405	2405	2405	2405
R2	0,202	0,246	0,272	0,242	0,227

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente. Estão omitidas todas as outras variáveis descritivas utilizadas.*

Tabela 16 - Consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente, entre 2012 e 2021 – Apenas escolaridade (continuação)

	2016	2015	2014	2013	2012
Escolaridade	-0,058 *** (0,016)	-0,062 *** (0,015)	-0,036 ** (0,015)	-0,060 *** (0,016)	-0,023 (0,016)
(Constante)	-0,336 (0,480)	0,042 (0,474)	-0,269 (0,473)	0,015 (0,494)	0,441 (0,498)
N	2405	2405	2405	2405	2405
R2	0,268	0,252	0,241	0,245	0,280

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente. Estão omitidas todas as outras variáveis descritivas utilizadas.*

Quanto à interpretação dos coeficientes β , em 2019, para as consultas de Saúde de Adultos com a presença do utente estima-se que, assumindo que tudo o resto é constante, com a diminuição de um grau de escolaridade, os utentes recorram a 0,141 mais consultas por ano. Da mesma forma, para as consultas de Saúde de Adultos sem a presença do utente estima-se que com a diminuição de um grau de escolaridade, os utentes tenham 0,067 mais consultas por ano (Tabela 13 e Tabela 15).

Na terceira análise, ao comparar os anos pós e pré-pandemia COVID-19, verificou-se que para as consultas de Saúde de Adultos com presença do utente, o número de consultas,

em ambas as épocas, era superior e estatisticamente significativo para: mulheres ($p<0,001$); com o aumento da idade ($p<0,001$); com o aumento da proximidade do local da habitação com a USF ($p<0,001$); utentes não ativos como situação profissional ($p<0,005$); utentes ativos em contraste com os estudantes ou com situação profissional desconhecida ($p<0,042$); obesos ($p<0,001$); com excesso de peso ($p<0,001$); utentes com problemas no seio familiar ($p<0,001$) e para os utentes problema com os cuidados de saúde ($p<0,008$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Consultas de Saúde de Adultos, durante o período pós e pré-covid

	Consultas <u>com</u> a presença do utente		Consultas <u>sem</u> a presença do utente	
	Pós-Covid	Pré-Covid	Pós-Covid	Pré-Covid
Sexo	0,195 *** (0,030)	0,449 *** (0,035)	0,482 *** (0,062)	0,200 *** (0,029)
Idade	0,035 *** (0,007)	0,037 *** (0,008)	0,058 *** (0,014)	0,038 *** (0,007)
Idade ao quadrado	0,000 *** (0,000)	0,000 *** (0,000)	0,000 *** (0,000)	0,000 *** (0,000)
Nacionalidade	-0,313 * (0,181)	-0,574 *** (0,213)	-0,923 ** (0,373)	-0,368 ** (0,177)
KM distância à USF	-0,002 *** (0,001)	-0,005 *** (0,001)	-0,003 ** (0,002)	-0,002 *** (0,001)
Problema com a Educação	0,926 (1,276)	-0,324 (1,502)	-4,403 * (2,628)	-2,406 * (1,247)
Não Ativo	0,115 *** (0,041)	0,259 *** (0,048)	0,342 *** (0,084)	0,364 *** (0,040)
Reformado	0,025 (0,056)	0,223 *** (0,066)	1,184 *** (0,116)	1,041 *** (0,055)
Estudante	-0,144 ** (0,068)	-0,164 ** (0,081)	-0,320 ** (0,141)	0,079 (0,067)
Situação Profissional Desconhecida	-0,305 ** (0,136)	-0,763 *** (0,160)	-0,400 (0,280)	-0,266 ** (0,133)
Problema com o Trabalho	1,115 *** (0,293)	0,534 (0,345)	0,377 (0,603)	-0,168 (0,286)
Problema de Desemprego	-0,014 (0,387)	0,247 (0,455)	0,901 (0,796)	0,408 (0,378)
Insuficiência Económica	0,019 (0,033)	0,157 *** (0,039)	0,330 *** (0,068)	0,342 *** (0,032)
Pobreza	0,264 (0,192)	0,803 *** (0,226)	0,732 * (0,396)	0,460 ** (0,188)
Problema no seio familiar	0,460 *** (0,080)	0,710 *** (0,094)	0,536 *** (0,165)	0,204 *** (0,078)
Problema de Violência	-0,233 (0,427)	-0,309 (0,503)	0,676 (0,880)	-0,043 (0,417)
Problema com a Habitação	1,315 *** (0,310)	0,272 (0,365)	2,014 *** (0,639)	0,167 (0,303)
Tabagismo	-0,032 (0,038)	-0,073 (0,045)	-0,123 (0,079)	-0,094 ** (0,038)
Alcoolismo	0,074 (0,078)	0,061 (0,091)	-0,019 (0,160)	-0,035 (0,076)
Toxicodependência	0,232 * (0,139)	0,348 ** (0,163)	0,029 (0,286)	-0,121 (0,135)

Obesidade	0,420 *** (0,042)	0,477 *** (0,050)	0,655 *** (0,087)	0,142 *** (0,041)
Excesso de Peso	0,404 *** (0,032)	0,471 *** (0,038)	0,667 *** (0,067)	0,217 *** (0,032)
Problema com os Cuidados de Saúde	0,860 *** (0,186)	0,580 *** (0,218)	0,464 (0,382)	0,060 (0,181)
Diabetes Mellitus	1,148 *** (0,050)	1,086 *** (0,059)	0,647 *** (0,104)	-0,022 (0,049)
Hipertensão Arterial	0,240 *** (0,039)	0,616 *** (0,046)	1,233 *** (0,080)	0,569 *** (0,038)
(Constante)	-0,403 ** (0,184)	-0,190 (0,216)	-0,672 * (0,378)	-0,981 *** (0,180)
N	8294	8294	8294	8294
R2	0,178	0,268	0,228	0,331

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente.*

Apenas para a época pré-pandemia COVID-19, o número de consultas de Saúde de Adultos com presença do utente é superior para: utentes de nacionalidade portuguesa ($p<0,007$); reformados como situação profissional ($p<0,001$); utentes isentos de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica ($p<0,001$); utentes com o problema de pobreza ($p<0,001$); toxicodependência ($p<0,033$). Apenas para a época pós-pandemia COVID-19, o número de consultas de Saúde de Adultos com presença do utente é superior para os utentes com problema com o trabalho ($p<0,001$) e com problemas na habitação ($p<0,001$). Não se demonstrou estatisticamente significativo para: tabagismo; alcoolismo; utentes com problema com a educação, problema de desemprego e problema de violência (Tabela 17).

Para as consultas de Saúde de Adultos sem presença do utente, foi perceptível que o número de consultas, em ambas as épocas (pós e pré pandemia COVID-19), era superior para: mulheres ($p<0,001$), com o aumento da idade ($p<0,001$); nacionalidade portuguesa ($p<0,038$); com o aumento da proximidade do local da habitação com a USF ($p<0,031$); utentes não ativos como situação profissional ($p<0,001$); reformados ($p<0,001$); utentes isentos de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica ($p<0,001$); utentes com problemas no seio familiar ($p<0,009$); obesos ($p<0,001$) e com excesso de peso ($p<0,001$) (Tabela 17).

Apenas para a época pré-pandemia COVID-19, o número de consultas de Saúde de Adultos sem presença do utente é superior para: utentes ativos em contraste com situação profissional desconhecida ($p<0,045$); utentes com problema de pobreza ($p<0,014$) e

tabagismo ($p<0,012$). Apenas para a época pós-pandemia COVID-19, o número de consultas é superior para: utentes ativos como situação profissional em contraste com os estudantes ($p<0,023$); utentes com problemas na habitação ($p<0,002$). Não se demonstrou estatisticamente significativo para: utentes com problema com a educação, com problema com o trabalho, com problema de desemprego, com problema de violência, com problema com os cuidados de saúde, alcoolismo, toxicodependência (Tabela 17).

Tal como a segunda análise, com 2.503 utentes, em que apenas se avaliou a influência da escolaridade na procura por cuidados de saúde, apesar de se ter integrado todas as outras variáveis, ao comparar os anos pós e pré a pandemia COVID-19, foi perceptível que o número de consultas de Saúde de Adultos, em ambas as épocas, era superior quanto menor o grau de escolaridade, tendo sido estatisticamente significativo para as consultas com e sem a presença do utente ($p<0,001$ e $p<0,013$, respetivamente) (Tabela 18).

Tabela 18 - Consultas de Saúde de Adultos, durante o período pós e pré-covid – Apenas escolaridade

	Consultas <u>com</u> a presença do utente Pós-Covid	Consultas <u>com</u> a presença do utente Pré-Covid	Consultas <u>sem</u> a presença do utente Pós-Covid	Consultas <u>sem</u> a presença do utente Pré-Covid
Escolaridade	-0,093 *** (0,016)	-0,130 *** (0,015)	-0,062 ** (0,025)	-0,054 *** (0,012)
N	2405	2405	2405	2405
R2	0,139	0,262	0,269	0,378

*Nota: Os desvios-padrão estão entre parênteses. Os *, ** e *** representam significância estatística de 10%, 5% e 1%, respetivamente. Estão omitidas todas as outras variáveis descritivas utilizadas.*

Discussão

De forma a facilitar a discussão deste estudo, foi colocada uma tabela-resumo (Tabela 19) com a significância dos coeficientes para cada uma das variáveis independentes das regressões apresentadas na secção anterior, que investigaram a influência dos determinantes sociais da saúde na procura por consultas nos CSPs.

Tabela 19 - Tabela-resumo dos determinantes sociais da saúde e a sua influência na procura por consultas nos CSPs, de 2012 a 2021

	Consultas ano a ano	
	Com a presença do utente	Sem a presença do utente
Sexo	+++	+++
Idade	+++	+++
Nacionalidade	+	N.S.
Km de distância à USF	---	-
Escolaridade	---	---
Problema com a educação	N.S.	N.S.
Não ativo	+++	+++
Reformado	+	+++
Estudante	N.S.	N.S.
Situação profissional desconhecida	---	N.S.
Problema com o trabalho	+	N.S.
Problema com o desemprego	N.S.	N.S.
Insuficiência económica	+++	+++
Pobreza	+++	+
Problema no seio familiar	+++	+++
Problema de violência	N.S.	N.S.
Problema com a habitação	+	N.S.
Tabagismo	N.S.	-
Alcoolismo	N.S.	N.S.
Toxicodependência	+	N.S.
Obesidade	+++	+++
Excesso de peso	+++	+++
Problema com os cuidados de saúde	+++	N.S.
Diabetes Mellitus	+++	+/-
Hipertensão Arterial	+++	+++

Legenda: (+++) ou (---) - significativo na maioria dos anos estudados; (+) ou (-) - significativo para apenas 3 ou 4 dos anos estudados; (N.S.) - não significativo ou significativo para apenas 1 ou 2 dos anos estudados.

Nesta investigação, tal como na literatura, as mulheres, os obesos ou com sobrepeso, a idade, a disfunção familiar e os desempregados (isto é, não ativos como situação profissional) estão associados a um aumento da frequência a consultas médicas. Ainda, ao contrário do observado na Europa, mas concordante com o encontrado em Portugal (OECD 2019b), indivíduos com um rendimento inferior, que correspondem aos utentes com isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica, são os que têm maior propensão a procurar consultas médicas.

Por outro lado, apesar de na literatura (Luppa et al. 2020), os reformados terem maior probabilidade de recorrer a uma consulta, na nossa investigação esta probabilidade é maior apenas para consultas sem a presença do utente. Da mesma forma, a proximidade da habitação à USF (Scaife et al. 2000) apenas se mostra estatisticamente significativa para as consultas com a presença do utente, o que é congruente com o facto do utente ter de estar presente fisicamente neste tipo de consultas. Para as consultas sem a presença do utente, este nem sempre se precisa de deslocar à USF, apenas quando traz, por exemplo, algum relatório de outro profissional de saúde ou exames complementares de diagnóstico impressos. Também, nesta análise, a procura por cuidados médicos é superior para indivíduos com menor grau de escolaridade, o que difere do encontrado na literatura. Segundo a revisão bibliográfica (Fjaer et al. 2017; Jusot et al. 2012; Or et al. 2008), em Portugal e em vários países da Europa, a probabilidade de visitar um médico é superior em indivíduos com um maior grau de escolaridade, exceto em Espanha, que se verifica o contrário. Este facto pode ser explicado pelo facto dos utentes com maior escolaridade recorrerem mais ao setor privado.

Neste estudo também se analisou os comportamentos de risco como o tabagismo, alcoolismo e toxicodependência. Contudo, apenas os toxicodependentes e os não fumadores mostraram maior probabilidade de recorrer a uma consulta com e sem a presença do utente, respetivamente, com significância estatística em 3 dos 10 anos estudados. Todavia, nada foi encontrado na literatura acerca desta informação para possível comparação. Do ponto de vista da autora, era expectável que os utentes com estes comportamentos de risco recorressem mais a consulta pelos problemas de saúde associados e, por outro lado, seria de esperar que os não fumadores utilizassem mais a consulta por maior consciencialização para a saúde.

A perceção inicial da autora deste estudo é concordante com a maioria dos achados. A autora acreditava que os utentes com um nível socioeconómico mais desfavorecido, tal como rendimento e escolaridade inferiores, desempregados, com hábitos tabágicos, alcoólicos e consumo de drogas, com problemas no seio familiar, no trabalho e na habitação, teriam maior probabilidade de recorrer a uma consulta, pelo que foi comprovado por este estudo todos estes determinantes, exceto o tabagismo e o alcoolismo.

Infelizmente, em Portugal, a especialidade de medicina geral e familiar ainda é vista como uma disciplina inferior em comparação com as restantes especialidades, apesar desta ser o pilar do SNS e proporcionar cuidados não só curativos como também de promoção da saúde e prevenção da doença, pelo que um número significativo de utentes com escolaridade e rendimentos superiores, procuram cuidados no setor privado, direcionados à especialidade correspondente ao seu problema de saúde. Ainda, como uma grande proporção dos utentes é isenta quer por insuficiência económica, doença, gravidez, entre outras, a procura de cuidados de saúde tem tendência a ser superior para estes indivíduos pela facilidade de acesso e baixo custo em comparação com os cuidados de saúde no setor privado. Curiosamente, desde meados de 2020, deixaram de ser cobradas taxas moderadoras no CSPs, pelo que, em 2021, a isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica não se demonstrou estatisticamente significativa para explicar a procura por cuidados de saúde, o que, em conjunto com o aumento do total no número de consultas, revela com grande probabilidade um aumento da procura independentemente do nível socioeconómico.

Ainda, tal como era a perceção da autora, comprovou-se que houve um incremento na procura por cuidados de saúde no período pós-pandemia COVID-19. Através da análise do Gráfico 4, é visível um aumento, de ano para ano, do número total de consultas desde 2012, sendo mais acentuado desde 2019. Este aumento pode ser explicado pelo próprio contexto pandémico, com as consultas telefónicas, mas também por um aumento da consciencialização para a saúde e procura por cuidados preventivos por parte dos utentes. De forma a facilitar a discussão, foi colocada outra tabela-resumo (Tabela 20) com a significância dos coeficientes para cada uma das variáveis independentes nas regressões que compararam os anos pré e pós-pandemia COVID-19.

Tabela 20 - Tabela-resumo dos determinantes sociais da saúde e a sua influência na procura por consultas nos CSPs, de 2012 a 2021, entre a época pré e pós-pandemia COVID-19

	Consultas			
	Pós-Covid	Pré-Covid	Pós-Covid	Pré-Covid
	Com a presença do utente		Sem a presença do utente	
Sexo	+++	+++	+++	+++
Idade	+++	+++	+++	+++
Nacionalidade	N.S.	---	---	---
Km de distância à USF	---	---	---	---
Escolaridade	+++	+++	+++	+++
Problema com a educação	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Não ativo	+++	+++	+++	+++
Reformado	N.S.	+++	+++	+++
Estudante	---	---	---	N.S.
Situação profissional desconhecida	---	---	N.S.	---
Problema com o trabalho	+++	N.S.	N.S.	N.S.
Problema com o desemprego	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Insuficiência económica	N.S.	+++	+++	+++
Pobreza	N.S.	+++	N.S.	+++
Problema no seio familiar	+++	+++	+++	+++
Problema de violência	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Problema com a habitação	+++	N.S.	+++	N.S.
Tabagismo	N.S.	N.S.	N.S.	---
Alcoolismo	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Toxicodependência	N.S.	+++	N.S.	N.S.
Obesidade	+++	+++	+++	+++
Excesso de peso	+++	+++	+++	+++
Problema com os cuidados de saúde	+++	+++	N.S.	N.S.
Diabetes Mellitus	+++	+++	+++	N.S.
Hipertensão Arterial	+++	+++	+++	+++

Legenda: (+++) ou (---) - significativo; (N.S.) - não significativo.

Desta forma, este estudo analisou a diferença entre os DSS na recorrência a consultas, no período pré e pós-pandemia COVID-19, pelo que se verificou que em ambas as épocas e para ambas as tipologias de consulta (com e sem presença do utente), as mulheres, os desempregados, os obesos ou com sobrepeso, o aumento da idade, a disfunção familiar, a proximidade do local da habitação com a USF e um menor grau de escolaridade estão associados a um aumento da frequência a consultas médicas.

A nacionalidade portuguesa, os reformados, a pobreza, a isenção de pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica, a situação profissional desconhecida, os não

fumadores e a toxicodependência tinham influência no consumo de consultas nos CSPs na época pré-covid, contudo, na época pós-covid não se mostraram estatisticamente significativos. No caso dos utentes com problema de pobreza e de insuficiência económica, esta mudança pode ser explicada pela alteração na cobrança de taxas moderadoras nos CSPs. Quanto aos reformados, esta modificação no padrão de comportamento pode ser devido ao próprio contexto pandémico e a necessidade de isolamento dos grupos de risco, como os idosos. Durante a pandemia, houve uma necessidade crescente de contactar o médico de família devido aos certificados de isolamento e controlo dos sintomas dos infetados pelo vírus SARS-CoV2, pelo que pode explicar a mudança de padrão de frequência a consultas, independentemente da nacionalidade, situação profissional ou comportamentos de risco.

Os estudantes e os utentes com problemas com a habitação e com o trabalho não mostraram ter influência no consumo de consultas nos CSPs na época pré-pandemia COVID-19, todavia na época pós-pandemia já se revelaram significativos. A autora apenas consegue interpretar a mudança de padrão nos estudantes, que talvez será justificada também pela necessidade de contactar o médico de família para o controlo dos sintomas dos infetados pelo vírus SARS-CoV2 e para obter o certificado de isolamento.

Por fim, em Portugal, apesar do serviço de saúde se caracterizar por ter uma cobertura universal, com o princípio de fornecer acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente do nível socioeconómico, 12,4% da população portuguesa, o que corresponde a mais de um milhão de utentes, não tem médico de família atribuído. Tal facto torna-se preocupante pois são os cuidados de saúde primários o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde. Assim, é imperativo compreender a forma de utilização dos recursos por parte dos utentes e perceber se há alguma forma dos cuidados de saúde primários abrangerem toda população portuguesa. Esta necessidade é emergente e foi realçada após a pandemia COVID-19, pois, tal como foi apresentado neste trabalho, houve um incremento da procura por cuidados de saúde.

Apesar desta percentagem de utentes sem médico de família ser concentrada principalmente na região de Lisboa, é crucial pensar em formas de racionalização dos CSPs. Algumas sugestões da autora são a distribuição de tarefas burocráticas para outros grupos profissionais, assim como o Serviço de Verificação de Incapacidades Temporárias (SVIT), que convoca os utentes com certificado de incapacidade temporária (CIT) prolongada para verificação da veracidade da mesma, poderiam estar responsáveis pela renovação do CIT, no

caso de incapacidades prolongadas, por exemplo por patologias oncológicas, em vez do médico assistente. Os rastreios oncológicos, a renovação da medicação crónica e a emissão de documentos como o atestado médico para a renovação da carta de condução, também podiam estar a cargo de outros grupos profissionais ou mesmo ser emitidos automaticamente, através de plataformas informáticas.

A longo prazo, através da educação para a saúde e a promoção da escolaridade obrigatória, é possível atuar sobre os DSS que são passíveis de ser modificados, como a escolaridade, o rendimento ou a situação profissional, modificando o padrão de utilização de consultas.

Por último, a autora sugere a readmissão da norma onde havia eliminação da lista ou perda do direito a médico de família para os utentes que não frequentassem os CSPs. Assim, teoricamente, os indivíduos que têm mais necessidade de assistência médica teriam a possibilidade de ter um médico de família, eliminando utentes não frequentadores. Podendo assim colocar-se a questão se há indivíduos que necessitem mais de cuidados médicos, pelo que devem ter mais acesso ao médico de família, em comparação com os indivíduos menos necessitados, pelo que os DSS e os resultados obtidos nesta dissertação podem contribuir para ajudar nesta seleção.

Conclusão

Os DSS são as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que influenciam o seu estado de saúde. Estes determinantes levam a disparidades injustas e evitáveis no estado de saúde, pelo que foi perceptível que quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, pior o nível de saúde. Existem vários estudos sobre os DSS e a sua influência na saúde, contudo ainda pouco se investigou acerca destes determinantes e a sua ação na procura de cuidados de saúde. Assim, esta investigação teve como principal objetivo compreender se os DSS afetam a utilização de consultas nos CSPs e de que forma e refletir sobre como é que estes podem ser organizados de forma mais eficiente e equitativa.

Foi realizada uma análise observacional e retrospectiva, que teve como população-alvo os utentes de uma USF, com idade igual ou superior a 28 anos, e utilizou uma análise multivariada (regressão linear múltipla) para determinar se as variáveis independentes (DSS) influenciam a variável dependente (número de consultas com e sem a presença do utente nos últimos 10 anos), analisando ano a ano e realizando uma comparação entre o período pré e pós-pandemia COVID-19.

Através deste estudo concluímos que os DSS têm influência na utilização de consultas nos CSPs. Alguns destes determinantes são: o sexo, a idade, o IMC, o rendimento, a escolaridade, a situação profissional, a disfunção familiar, a distância da habitação à USF, os não fumadores e o consumo de drogas. Quanto à análise dos períodos pré e pós-pandemia COVID-19, verificou-se que esta teve impacto na mudança de alguns padrões de comportamento por parte dos utentes. Ainda, a literatura explica que a utilização de consultas também é influenciada por muitos fatores como pela perceção subjetiva do estado de saúde, mas também por doenças crónicas. Acredita-se que os DSS estejam na origem dos principais problemas de saúde atuais, pelo que, atuando a nível deste, é possível melhorar a igualdade ao acesso aos cuidados de saúde e, por sua vez, a equidade no estado de saúde.

Todavia, o estudo apresenta algumas limitações. Esta investigação foi realizada em apenas uma USF, limitando a amostra em estudo e não foi possível quantificar alguns determinantes importantes e previstos na literatura como a profissão, o estado civil, as condições de habitação e de trabalho, os hábitos alimentares e a atividade física. Também, algumas variáveis, como os códigos do ICPC-2 sobre problemas sociais e comportamentos

de risco dependem da codificação do médico assistente, pelo que nem sempre são tidas em conta e registadas, tal como a atualização da escolaridade e da situação profissional.

Por outro lado, apesar do estudo ter sido realizado em apenas uma USF, esta é composta por cerca de 12.000 utentes, com uma população bastante heterogénea, quer a nível socioeconómico como cultural, obtendo-se resultados potencialmente generalizáveis para o comportamento dos utentes noutras USFs do país. Foi ainda possível quantificar vários determinantes sociais da saúde e os dados foram obtidos através de plataformas informáticas, eliminado o viés do observador.

Em 2020, após o início da pandemia COVID-19, houve um aumento da procura por consultas nos CSPs, o que veio realçar a escassez de médicos de MGF no SNS. Apesar desta carência ser sobretudo na região de Lisboa, mais de um milhão de utentes não tem médico de família atribuído, o que se torna alarmante pois o sistema de saúde português é caracterizado por ter uma cobertura universal, com o princípio de fornecer acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente do nível socioeconómico.

Em suma, através dos DSS é possível compreender a forma de utilização de consultas por parte dos utentes e, ao atuar sobre estes, poderá levar a uma melhor racionalização dos recursos oferecidos pelo SNS, como o número de consultas e a distribuição dos médicos, de forma que toda população portuguesa tenha acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Considerações Éticas

Neste estudo é utilizado uma análise de estatística descritiva e de regressão linear múltipla, que usam métodos que envolvem a agregação dos dados, e que, por isso, não permitem a identificação dos utentes por quem os consulta. A autora teve acesso aos dados pessoais, como nome e número de utente para realizar a estimação. Nesse sentido, a autora comprometeu-se a não revelar qualquer informação dos utentes, quer em todos os documentos resultante do trabalho, bem como durante a realização do mesmo.

Ainda, a autora declara que não foram utilizados formulários, escalas ou questionários para a realização do presente estudo e dado ser observacional e retrospectivo, também não foi usado um consentimento informado a cada utente.

Referências

- Adler, Nancy E., M. Maria Glymour, and Jonathan Fielding. 2016. "Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 316(16): 1641–42.
- Allen, Justin et al. 2002. "A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar." *World Organization of Family Doctors (WONCA)*: 1–41. <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> (March 14, 2022).
- Bader, Pearl, David Boisclair, and Roberta Ferrence. 2011. "Effects of Tobacco Taxation and Pricing on Smoking Behavior in High Risk Populations: A Knowledge Synthesis." *Int. J. Environ. Res. Public Health* 8(11): 4118–39.
- Buss, Paulo Marchiori, and Alberto Pellegrini Filho. 2007. "A Saúde e Seus Determinantes Sociais." *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* 17(1): 77–93.
- Byhoff, Elena et al. 2020. "A Society of General Internal Medicine Position Statement on the Internists' Role in Social Determinants of Health." *J Gen Intern Med* 35(9): 2721–27.
- CSDH. 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Devaux, Marion. 2015. "Income-Related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 Selected OECD Countries." *Eur J of Health Econ* 16(1): 21–33.
- Diderichsen, Finn, Timothy Evans, and Margaret Whitehead. 2001. "The Social Basis of Disparities in Health." In Oxford University Press, 13–23.
- Field, Ken S, S FBCart, and David J Briggs. 2001. "Socio-Economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health-Care." *Health and Social Care in the Community* 9(5): 294–308.
- Fjaer, Erlend L. et al. 2017. "Exploring the Differences in General Practitioner and Health Care Specialist Utilization According to Education, Occupation, Income and Social Networks across Europe: Findings from the European Social Survey (2014) Special Module on the Social Determinants of Health." *European Journal of Public Health* 27(1): 73–81.
- Forster, Timon, Alexander Kentikelenis, and Clare Bambra. 2018. *Health Inequalities in Europe: Setting the Stage for Progressive Policy Action*. https://www.tasc.ie/assets/files/pdf/18456_health_inequalities_innerweb.pdf (March 14, 2022).
- Geitona, Mary, Dimitrios Zavras, and John Kyriopoulos. 2007. "Determinants of Healthcare Utilization in Greece: Implications for Decision-Making." *The European Journal of General Practice* 13(3): 144–50.

- Gili, Margalida et al. 2011. "Mental Disorders among Frequent Attenders in Primary Care: A Comparison with Routine Attenders." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199(10): 744–49.
- Jusot, Florence, Zeynep Or, and Nicolas Sirven. 2012. "Variations in Preventive Care Utilisation in Europe." *Eur J Ageing* 9(1): 15–25.
- Luciano, Juan v. et al. 2010. "Frequent Attendance in Primary Care: Comparison and Implications of Different Definitions." *British Journal of General Practice* 60(571): e49–55.
- Luppa, Melanie et al. 2020. "Frequent Attenders in the German Healthcare System: Determinants of High Utilization of Primary Care Services. Results from the Cross-Sectional German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS)." *BMC Family Practice* 21(10): 1–10.
- Mackenbach, Johan P. et al. 2008. "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries." *N Engl J Med* 358(23): 2468–81. www.nejm.org.
- Morkevičius, Vaidas, Zenonas Norkus, and Jurgita Markevičiūtė. 2020. "Risky Health Behaviours and Socioeconomic Inequalities in European Countries: New Insights from European Social Survey." *Cent Eur J Public Health* 28(4): 251–59.
- OECD. 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- . 2019a. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.
- . 2019b. *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy. Paris: OECD Publishing.
- . 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Or, Zeynep, Florence Jusot, and Engin Yilmaz. 2008. "Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use." *Working Papers DT17, IRDES institut for research and information in health economics*: 1–22. www.irdes.fr.
- Robles, R. et al. 2009. "Sociodemographic And psychopathological Features of Frequent Attenders in Primary Care." *Actas Esp Psiquiatr* 37(6): 320–25.
- Sassi, Franco, Michele Cecchini, Jeremy Lauer, and Dan Chisholm. 2009. "Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies." *OECD Health Working Papers* (48). <https://dx.doi.org/10.1787/220087432153>.
- Scaife, B., P.S. Gill, P.L. Heywood, and R.D. Neal. 2000. "Socio-Economic Characteristics of Adult Frequent attenders in General Practice: Secondary Analysis of Data." *Family Practice* 17(4): 298–304.
- Smits, Frans T. et al. 2014. "Why Do They Keep Coming Back? Psychosocial Etiology of Persistence of Frequent Attendance in Primary Care: A Prospective Cohort Study."

Journal of Psychosomatic Research 77(6): 492–503.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.003>.

Solar, O, and A Irwin. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO.

Sousa, Paulo. 2013. “Desigualdades Socioeconómicas e Doenças Cardiovasculares.” *Rev Port Cardiol* 32(11): 855–56. www.revportcardiol.orgCOMENTÁRIOEDITORIAL.

Thomas, S. et al. 2008. “Population Tobacco Control Interventions and Their Effects on Social Inequalities in Smoking: Systematic Review.” *Tobacco Control* 17(4): 230–37.

Vedsted, P., and M. B. Christensen. 2005. “Frequent Attenders in General Practice Care: A Literature Review with Special Reference to Methodological Considerations.” *Public Health* 119(2): 118–37.

WHO. 2010. *Primary Health Care – The Basis for Health Systems Strengthening – Frequently Asked Questions*.