

**U.** PORTO

**FMUP** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2015/2016

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

Os Seguros de Saúde em Portugal:  
Que evolução?

março, 2016

**FMUP**

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

Os Seguros de Saúde em Portugal:  
Que evolução?

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Administração Hospitalar**

**Tipologia: Monografia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Arquivos de Medicina**

março, 2016

**FMUP**

Eu, Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes, abaixo assinado, nº mecanográfico 200907065, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

NOME

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

NÚMERO DE ESTUDANTE

200907065

DATA DE CONCLUSÃO

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Administração Hospitalar

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Os Seguros de Saúde em Portugal: Que evolução?

ORIENTADOR

Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo

COORDENADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

## DEDICATÓRIA

Ao voar é possível passar as nuvens, por isso, dedico este trabalho à minha família e ao André por me terem ajudado a ultrapassá-las...

### ***Nuvens correndo num Rio***

*Nuvens correndo num rio  
Quem sabe onde vão parar?  
Fantasma do meu navio  
Não corras, vai devagar!*

*Vais por caminhos de bruma  
Que são caminhos de olvido.  
Não queiras, ó meu navio,  
Ser um navio perdido.*

*Sonhos içados ao vento  
Querem estrelas varejar!  
Velas do meu pensamento  
Aonde me quereis levar?*

*Não corras, ó meu navio  
Navega mais devagar,  
Que nuvens correndo em rio,  
Quem sabe onde vão parar?*

(...)

Natália Correia

“O direito à proteção da saúde é considerado como uma conquista civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito é sobretudo uma responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas.”

*Prof. Doutor Rui Nunes*

“Democracia pressupõe liberdade e subentende o pressuposto de que todos partilhamos a mesma aldeia global. Só então encontraremos a verdadeira essência de uma ética da responsabilidade para que se possa questionar – na linguagem de Friedrich Hayek – se a justiça social é ou não apenas uma miragem.”

*Prof. Doutor Rui Nunes*

*Prof. Doutora Guilhermina Rêgo*

# Os Seguros de Saúde em Portugal: Que evolução?

---

Health insurance in Portugal: What evolution?

*Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes<sup>1</sup>, Guilhermina Maria da Silva Rêgo<sup>2</sup>*

- 1. Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes** – Estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- 2. Guilhermina Maria da Silva Rêgo** – Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

## **Contactos para correspondência:**

Rita Albergaria Oliveira Vaz Lopes

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Departamento de Ciências Sociais e Saúde

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

Endereço eletrónico: [mimed09153@med.up.pt](mailto:mimed09153@med.up.pt)

Telemóvel: 918492430

## **Contagem de palavras:**

Resumo: 242

*Abstract:* 215

Texto principal: 4153

**Declaração de conflito de interesses:** nada a declarar.

## ÍNDICE

RESUMO .....	4
ABSTRACT.....	6
I – INTRODUÇÃO .....	7
II – ENQUADRAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE .....	9
III – NECESSIDADES EM SAÚDE .....	12
IV – SUBSISTEMAS E SEGUROS DE SAÚDE.....	15
V – COBERTURA E ADESÃO AOS SEGUROS DE SAÚDE .....	17
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
TABELAS E FIGURAS.....	25
LEGENDA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	30

## **ÍNDICE DE TABELAS**

TABELA I – Características relativas ao acesso, financiamento e cobertura dos subsistemas públicos e privados e seguros voluntários de saúde .....	25
TABELA II – Comparação entre a % de financiamento público e privado do Sistema de Saúde Português para os anos 2004 e 2013.....	26

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA I – Diferentes modelos de serviços de saúde utilizados pelo SNS português.....	27
FIGURA II – Formas de financiamento segundo as suas características de recolha de fundos da população e suas especificidades .....	28
FIGURA III – Despesa corrente em saúde (em %) por principais prestadores públicos e privados (resultados finais para o ano 2012 e provisórios para 2013) .....	29

## **RESUMO**

### **Introdução:**

Em Portugal, o sistema de saúde é composto por três sistemas coexistentes: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), regimes especiais de seguro social de saúde (subsistemas de saúde) e seguro voluntário de saúde privado.

Também existem vários estabelecimentos privados de saúde que oferecem fontes adicionais de serviços de saúde, prestando-os de forma privada ou por meio de acordos ou convenções com o SNS. Assim, qualquer residente legal registado num Centro de Saúde tem o direito de beneficiar de seguro de saúde, o qual abrange questões básicas de saúde (tais como doença ou acidentes). A cobertura de seguro de saúde extra também está disponível para atender às necessidades individuais, sendo que qualquer pessoa registada para cobertura de Segurança Social recebe ainda esta mesma cobertura.

O objetivo desta revisão é analisar o enquadramento dos seguros de saúde no Sistema Nacional de Saúde e o modo como se prevê que este evolua.

### **Métodos:**

Foi utilizado um método crítico-reflexivo, recorrendo para este efeito à análise de livros e a artigos científicos sobre esta temática, os quais foram selecionados por pesquisas na base de dados *online*, nomeadamente na PubMed / MEDLINE®, entre outras fontes de pesquisa *online*.

### **Resultados/Conclusões:**

Os seguros de saúde em Portugal funcionam em complementaridade com o SNS, havendo um leque de seguros renováveis e de longa duração que tendem a ser mais amplos e gerais, mas que, acima de tudo, deverão possibilitar aos cidadãos a contratação dos produtos mais apropriados às suas necessidades.

**Palavras-chave:** Seguros de Saúde; Sistema Nacional de Saúde; Subsistemas de Saúde; Saúde em Portugal.

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

In Portugal, the health system consists of three coexisting systems: the National Health Service (NHS), special social health insurance schemes (health subsystems) and voluntary private health insurance.

There are also several private health establishments offering additional sources of healthcare, providing services privately or by means of agreements or contracts with the NHS. Thus, any legal resident registered at a health clinic has the right to receive health insurance, which covers basic health issues (such as illness or accidents). The extra health insurance coverage is also available to meet individual needs, and any person registered for social security coverage also receives this coverage.

The purpose of this review is to analyze the framework of health insurance in the National Health System and how this is expected to evolve.

### **Methods:**

A critical and reflective method was used, using for this purpose books and the analysis of scientific articles about this subject, which were selected by research in the online database PubMed / MEDLINE®, among other online research sources.

### **Results / Conclusions:**

Private health insurance in Portugal works as a complementary with the NHS, through a whole range of renewable insurance and long term they tend to be more broad and general, but above all should enable citizens to hire the most suitable products to their needs.

**Keywords:** Health Insurance; National Health System; Health subsystems; Health in Portugal.

## I – INTRODUÇÃO

A Saúde é umas das maiores preocupações dos cidadãos nas sociedades modernas. Associada a esta preocupação e dispêndio financeiro, está cada vez mais a procura de níveis de qualidade elevados no que toca à prestação de cuidados aos utentes. Inerente à qualidade deve estar também a liberdade de escolha, propiciando melhorias de eficiência e bem-estar<sup>[1]</sup>.

Em sentido lato, todas as pessoas de determinado país estão seguras do ponto de vista da Saúde. Todavia, a forma como isto acontece pode variar consoante o país em questão. Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é definido, de acordo com o Artigo 64º da Constituição da República, como “um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. O SNS assume-se como um modelo integrado, em que a mesma entidade é simultaneamente responsável pelas funções de prestação, regulação e financiamento<sup>[1,2]</sup>. No caso concreto das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, este mesmo serviço toma a designação de Serviço Regional de Saúde (SRS), uma vez que é da tutela dos Governos Regionais. Este sistema de saúde, similar ao de países como Espanha e Reino Unido, assenta no Modelo de *Beveridge*, do ponto de vista das fontes de financiamento para a prestação de cuidados de saúde<sup>[1]</sup>. Por contraponto, noutros países europeus, tais como Alemanha, Bélgica, França e Holanda, o sistema de saúde é baseado em seguro social (e não em impostos), o qual, ao invés do SNS, é descentralizado e organizado em torno de uma rede de múltiplos seguradores e não teve na sua génese a preocupação de uma cobertura universal e geral, sendo as contribuições para o fundo de seguro um fator determinante para se ter direito a cuidados de saúde. Este corresponde ao Modelo de *Bismarck* de sistema de saúde<sup>[1,2]</sup>. Mas o que acontece, muitas vezes, é haver uma combinação entre seguro público (de carácter obrigatório) e seguro privado<sup>[2]</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessária a cobertura universal na saúde, pois trata-se de um direito consignado, dado que “... todos devem ter acesso a

serviços de saúde sem necessidade de sacrifícios financeiros”<sup>[3]</sup>. Contudo, atualmente, parece estarmos longe dessa realidade.

O SNS é, assim, completado com seguros de saúde que vêm auxiliar ao alargamento de cobertura, tornando-se complementares os dois serviços, já que recorrer “unicamente ao SNS, provavelmente agravaria as dificuldades em tempos de espera e proteção efetiva da saúde dos portugueses”<sup>[4]</sup>.

Deste modo, pretende-se com este trabalho proceder a uma reflexão sobre o estado atual dos seguros de saúde em Portugal e qual parece ser a sua evolução nos próximos anos, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

## II – ENQUADRAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Tal como já referi, ainda que de uma forma muito breve e simplificada, o sistema de cuidados de saúde português tem sido baseado, desde 1979, na estrutura de um SNS, com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre no momento de utilização de serviços e de financiamento através de impostos (receitas fiscais)<sup>[5]</sup>.

Segundo Allin *et al.*<sup>[6]</sup>, o sistema de cuidados de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas de cobertura:

1. **SNS:** organismo através do qual o Estado português assegura o direito à saúde a todos os cidadãos de Portugal (direito este consagrado no Artigo 64º da Constituição da República);
2. **Subsistemas de Saúde:** os seguros públicos e os seguros privados para certas profissões;
3. **Sistemas de Seguros:** de carácter privado e voluntário.

Além destes, pode ser ainda considerado o Sector Privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos<sup>[1]</sup>. Convém ainda destacar que existem algumas sobreposições, quer em relação aos beneficiários (pois há pessoas com múltiplas coberturas), quer aos prestadores de cuidados (que frequentemente estabelecem relações com vários financiadores)<sup>[1]</sup>.

Segundo Ferreira<sup>[7]</sup>, com o objetivo de perceber a prestação de cuidados de saúde, devem considerar-se os seguintes pontos:

- Sistema prestador no seu todo, incluindo aspetos relacionados com a articulação ou integração dos seus componentes;
- Subsistemas específicos de cuidados de saúde e a forma como estes se articulam no conjunto do sistema prestador;
- Unidades prestadoras específicas, como centros de saúde, consultórios, hospitais e clínicas.

Por sua vez, Santana e Costa<sup>[8]</sup> reconhecem no setor da saúde três níveis de prestação de cuidados que estruturam a oferta, mas cuja designação poderá encontrar diferentes aceções, consoante o objetivo e contexto em causa:

- Por nível de prestação – primária, secundária e terciária;
- Por tipo de cuidados – gerais, especializados e continuados;
- Por facilidades – centros de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados;
- Por natureza – pré-agudos, agudos e pós-agudo;
- Por utilização – primeira linha e segunda linha.

Face ao exposto, é possível observar que grande parte das análises que abordam o sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal verificam que existem fatores, para além da necessidade clínica, que influenciam a sua utilização, nomeadamente consultas médicas, evidenciando a existência de iniquidades manifestadas pelo favorecimento dos grupos de rendimento mais elevado<sup>[9,10]</sup>.

Este padrão tem sido corroborado por estudos que têm sido realizados ao longo dos últimos anos, nos quais são analisadas questões de equidade. Os resultados obtidos por um estudo realizado pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o qual permite contextualizar o desempenho de Portugal comparativamente aos 21 países em análise, revelaram que, em Portugal, a probabilidade de ter uma consulta médica apresenta um dos índices de iniquidade mais elevado (sendo apenas ultrapassada pelos EUA, México e Finlândia)<sup>[11]</sup>. Um outro estudo bastante recente (*Health Consumer Powerhouse 2015 Report*) demonstrou que Portugal é um dos 37 países em análise com níveis de equidade mais baixos no que respeita ao sistema de saúde, isto é, com uma percentagem pequena de serviços de saúde públicos prestados quando comparada com a de outros países<sup>[12]</sup>.

Verifica-se que em cada setor (cuidados primários, cuidados secundários e meios complementares de diagnóstico e terapêutico) há evidência ao nível das iniquidades socioeconómicas e geográficas no acesso aos cuidados de saúde<sup>[13]</sup>. Por outro lado, Portugal apresenta um setor de contratualização e financiamento misto (público e privado),

onde o SNS é predominantemente financiado por impostos gerais e os subsistemas (cobertura total ou parcial de cuidados) são financiados através das contribuições dos trabalhadores e empregadores (incluindo as contribuições do Estado enquanto entidade empregadora). Assim, uma parte do financiamento é privada, principalmente na forma de copagamento e pagamento direto pelos doentes e, de forma menos extensa, através de prémios de seguros privados e instituições mutualistas<sup>[13]</sup>.

De referir ainda que a contratualização não é o único modelo de serviços de saúde atualmente em utilização pelo SNS<sup>[13]</sup>, destacando-se os apresentados na Figura I (ver página 27). Como se pode constatar, nos hospitais a contratualização é formalizada através de um contrato-programa que fixa objetivos por linha de produção e pressupõe que o pagamento seja feito com base na atividade realizada pelo Hospital<sup>[13]</sup>.

O SNS consiste, assim, relativamente à prestação de cuidados de saúde, numa rede de prestadores públicos e privados de saúde, cada um relacionado com o Ministério da Saúde e seus doentes de uma maneira particular. Contudo, devido à contratualização, o SNS tem permitido aos seus utentes oportunidades de poder usufruir da componente de prestação privada, que é muito significativa e financiada pelo setor público, de que são exemplos a dispensa de medicamento em ambulatório, a hemodiálise e a prestação de diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutico<sup>[7]</sup>.

Segundo Ferreira<sup>[7]</sup>, deparamo-nos com as relações de fluxos financeiros e de serviços entre as principais instituições no setor de saúde português. Observa-se que o papel do setor privado no sistema de saúde português é fundamental na prestação de serviços, considerando-o como um meio de auxílio para o SNS. Ao nível da prestação de cuidados de saúde, a combinação público-privada é baseada num fluxo de serviços, em que o utente beneficia destes, utilizando-os gratuitamente.

Não obstante os serviços de diagnóstico, fisioterapia, tratamento e diálise renal, normalmente prestados pelo setor privado sob disposições contratuais com o SNS, o atendimento odontológico não é abrangido pelo SNS, isto é, não é por este financiado nem fornecido, acontecendo o mesmo com a saúde oral em particular<sup>[7]</sup>.

### III – NECESSIDADES EM SAÚDE

O financiamento da saúde consiste na organização de fontes de captação de fundos junto da sociedade a fim de fazer face às despesas com os cuidados prestados. Para um melhor entendimento dos aspetos conceituais do financiamento do SNS português, apresenta-se, na Figura II (ver página 28), uma descrição de formas possíveis de financiamento segundo as suas características de recolha de fundos da população<sup>[2,14]</sup>.

No fundo, “o seguro de saúde pode ser contratado como seguro individual ou de grupo, sendo individual quando esteja em causa uma das seguintes situações:

- a) Uma pessoa individualmente considerada;
- b) Agregado familiar;
- c) Conjunto de pessoas, vivendo em economia comum<sup>[4]</sup>.

Para além do que se apresenta na Figura II, os subsistemas de saúde podem igualmente ser considerados como agentes presentes no financiamento. Logo, tanto os subsistemas, como os seguros de saúde privados financiam a utilização privada de serviços de saúde, o que propicia a oferta de cuidados<sup>[7]</sup>.

A figura III (ver página 29) representa as despesas da saúde pelos principais prestadores de saúde públicos e privados (cuja análise se baseou nos resultados finais para o ano 2012 e nos resultados provisórios para o ano 2013), no qual podemos ver que a percentagem da despesa corrente mais elevada pertence aos hospitais privados. É também de notar que a percentagem de despesa nos hospitais públicos, que totalizam um decréscimo de 1,3% face ao resultado anterior, contribui para o facto da concorrência entre o setor público e privado ser diminuta<sup>[15]</sup>.

Segundo Simões *et al.*<sup>[14]</sup>, as necessidades de saúde de uma população resumem-se numa procura inalcançável de cuidados de saúde, sendo que, a par de outros fatores como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o envelhecimento da população, o ritmo da inovação, o desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico e o elevado gasto em cuidados em saúde, é de realçar o impacto dos crescentes volumes de despesas no

setor. Os mesmos autores revelam que nas últimas duas décadas e meia nos países da União Europeia tem ocorrido um crescimento do peso dos gastos com a saúde no PIB. Contudo, este crescimento tem sido mais pronunciado em Portugal do que na média dos países da União Europeia, principalmente devido à pressão do crescimento da componente pública dos gastos.

Neste contexto, nota-se que os indivíduos têm vindo a apostar em seguros de saúde, uma vez que “a larga maioria dos produtos de poupança comercializados pelas seguradoras oferecem garantias de capital e rendimento aos investidores, o que é um elemento de segurança obviamente valorizado (...)”<sup>[16]</sup>.

Outra questão prende-se com o facto da população sentir que as suas necessidades de saúde não estão completamente asseguradas pelo SNS: há défice no número de médicos disponíveis, apontam-se faltas de técnicos e materiais, o que contribui para o aumento das listas de espera. Assim, na sequência de um estudo desenvolvido por Pita Barros<sup>[17]</sup>, o autor conclui que é importante a existência de um seguro, no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. No entanto, dever-se-á ter em conta os custos associados, porque o pagamento do prémio poderá levar à diminuição de procura de cuidados de saúde<sup>[18]</sup>.

Face ao referido, deve entender-se que o aumento significativo que se tem verificado num volume total de prémios de seguro diz respeito ao ramo Vida. Em 2014, verificou-se um crescimento de 9,1% na produção total de seguro direto, mas este impulso positivo deu-se, maioritariamente, à custa do ramo Vida. Pelo segundo ano consecutivo, o setor segurador português recuperou uma boa parte do nível de produção anual que perdeu no período mais crítico da crise financeira (anos 2011 e 2012) e aproximou-se dos volumes que alcançou no final da década passada. Tal como em 2013, este crescimento foi alimentado pela expansão dos produtos de poupança do ramo Vida, que permanecem no topo das preferências dos indivíduos. Todavia, o primeiro semestre de 2014 veio a confirmar, genericamente, a tendência de recuperação do ramo Não-Vida (2,7%), com crescimentos notáveis dos sub-

ramos Acidentes de Trabalho (7,3%) e Doença (6,3%)<sup>[16]</sup>. Note-se aqui que é no ramo Não-Vida, especificamente, no sub-ramo Doença, que se inserem os seguros de saúde privados.

Em suma, há todo um leque de seguros renováveis e de longa duração que poderão ser alvo de um estudo posterior, no entanto, “a complementaridade dos seguros com o SNS será cada vez mais geral e universal, possibilitando aos cidadãos a contratação dos produtos mais apropriados às suas necessidades (...)”<sup>[4]</sup>.

#### IV – SUBSISTEMAS E SEGUROS DE SAÚDE

Segundo a Lei de Bases da Saúde<sup>[19]</sup>, “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. A cobertura é então definida como universal quanto à população abrangida. Concretamente, os beneficiários são: todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados Membros das Comunidades Europeias nos termos das normas comunitárias aplicáveis, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade) e os cidadãos apátridas residentes em Portugal<sup>[20]</sup>.

Neste sentido, a cobertura do seguro de saúde é principalmente fornecida pelo SNS, mas, além deste, os cidadãos portugueses podem beneficiar de mais categorias de coberturas de seguro<sup>[7]</sup>. Surgem “Os subsistemas de saúde, entidades de natureza pública, que por lei asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos”<sup>[20]</sup>. Realço que, apesar desta definição, os subsistemas também podem ser de natureza privada (*vide infra*).

Denote-se que os subsistemas surgem do facto do SNS se assumir como “prestador” e “financiador” de cuidados de saúde aos utentes, mas além dos serviços próprios, “o Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso”, o que levou à necessidade de criar subsistemas, porque “a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior”<sup>[21]</sup>.

Quando pensamos em subsistemas e em seguros de saúde privados, deverá pensar-se em formas de prestação de cuidados de saúde que, além do SNS, estão disponíveis para os utentes.

Na Tabela I (ver página 25), encontram-se resumidas as características mais relevantes no que concerne ao acesso, financiamento e cobertura dos subsistemas e seguros voluntários de saúde.

De entre os subsistemas públicos apresentados na Tabela I, um mais representativos é a ADSE que possibilita “celebrar acordos com instituições hospitalares do setor público, privado ou cooperativo, bem como quaisquer outras entidades singulares ou coletivas, em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins”<sup>[22]</sup>. No caso particular dos beneficiários da ADSE, no que respeita à proteção de cuidados de saúde pelos estabelecimentos do SNS, estes são assegurados nos mesmos termos que aos restantes utentes do SNS. O que os distingue dos utentes beneficiários apenas do SNS é que a ADSE é a entidade financiadora que se responsabiliza “pelo pagamento dos cuidados de saúde que lhes são prestados nessas instituições”<sup>[21]</sup>.

Sucintamente, foi descrita a relevância dos subsistemas existentes que, apesar de terem pontos de foco distintos, a ideia basilar é gerar um maior e mais fácil acesso aos cuidados de saúde e colmatar algumas falhas devidas à incapacidade de financiamento do SNS. Apesar de tudo isto, interessa lembrar que o Estado é o principal financiador do SNS, pelo que a sua sustentabilidade pressupõe o seu normal financiamento, através de impostos, a revisão dos critérios de isenção das taxas moderadoras e a separação dos subsistemas de saúde do espaço orçamental, sem prejuízo das contas públicas. O crescimento dos custos no SNS é tal que deverão ser adotadas medidas que garantam a sua sustentabilidade sem colocar em risco a prestação generalizada de cuidados de saúde no futuro<sup>[14,21]</sup>.

## V – COBERTURA E ADESÃO AOS SEGUROS DE SAÚDE

Em Portugal, cerca de um quarto da população “é utente do SNS e além disso beneficia de coberturas de saúde adicionais através de subsistemas assegurados por alguns empregadores e seguros de saúde privados voluntários”<sup>[23]</sup>.

Para que se entenda a dimensão do mercado, a ERS<sup>[24]</sup> apresenta-nos alguns dados, conforme a Tabela II (ver página 26). Estes dizem respeito à despesa corrente em saúde dos anos 2004 e 2013, onde está evidenciada a relevância do financiamento público, baseado essencialmente no SNS. Não obstante, nos anos em análise, a parcela correspondente ao financiamento público diminuiu e, por outro lado, verifica-se que o financiamento privado se tornou mais importante, crescendo de 30,3% para 34,0%. Este crescimento do financiamento privado deveu-se ao incremento na despesa privada familiar e na despesa dos seguros privados<sup>[24]</sup>.

Se retrocedermos no tempo, constatamos que, em 1990, apenas meio milhão de pessoas eram seguradas, sobretudo por seguros de grupo e que, em 2008, o valor aumentou para cerca de dois milhões, sendo que 48% são seguros individuais. A grande subida verificou-se a partir do ano 2000, atingindo um pico em 2005<sup>[25]</sup>.

Em 2009, cerca de 16 a 25% da população portuguesa beneficiava de um seguro de saúde através dos subsistemas, público e privado, quer através do próprio emprego, quer por via indireta, como por exemplo, através de outro familiar<sup>[23]</sup>.

Foi atrás referida a falta de recursos humanos: em julho de 2009, dois milhões de portugueses tinham médico de família, valor que tem aumentado dada a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Mas a liberdade de escolha no que concerne aos cuidados de saúde deve ser sempre ampla, com hospitais públicos, hospitais SA, hospitais EPE, etc.<sup>[26]</sup>, pelo que a questão de se optar por diferentes tipos de seguros de saúde pode divergir de utente para utente.

Em termos de grandes números (valor médio), havia em Portugal 2,153 milhões de pessoas seguras, em 2010, registando-se um aumento face ao ano anterior de 8,5%.

Destas, 1.163 milhões de pessoas seguras apresentaram sinistros e 568 despesas incorridas (apresentadas à seguradora), culminando num pagamento pelas seguradoras de 400 milhões de euros<sup>[26]</sup>.

Relativamente aos seguros de saúde privados em Portugal, estes têm apresentado um crescimento significativo nos últimos anos. Contudo, não se pode afirmar se este facto se tem verificado devido, ou apesar, da conjuntura económica adversa e do contexto de redução de despesas públicas. Isto porque, se, por um lado, a crise económica (que tem atingido o país desde 2008) tem levado a uma redução do financiamento das despesas em saúde, por outro lado, o rendimento dos cidadãos portugueses tem diminuído e o desemprego tem aumentado. Isto pode ter levado (e ainda poderá levar) muitas famílias a diminuir as suas despesas em seguros de saúde. Afinal, o custo da contratação de um seguro de saúde constitui um valor a pagar em acréscimo aos impostos que os cidadãos já pagam para o financiamento do SNS e dos SRS, que, por sua vez, possibilitam o acesso garantido à rede pública e aos prestadores de cuidados de saúde não públicos com quem são celebrados contratos. Apesar destes efeitos potencialmente negativos sobre a oferta de seguros de saúde privados, o crescimento das vendas destes seguros, em termos de volume de receita de prémios tem vindo a aumentar, atingindo um valor de cerca de 3,5% em 2013<sup>[24]</sup>.

Em conclusão, com os pressupostos de persistência da política fiscal restritiva – com redução do financiamento público das despesas em saúde –, do aumento das despesas em saúde e do baixo crescimento económico, os seguros de saúde privados deverão continuar a apresentar crescimento em Portugal, a médio prazo, como forma de financiamento complementar ao que deve ser garantido aos cidadãos pela prestação de cuidados de saúde pública e publicamente financiada<sup>[24]</sup>.

## VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que toca a desenvolvimentos futuros do sistema nacional de saúde e ao seu financiamento, Ferreira<sup>[7]</sup> aponta que o desenvolvimento do atual sistema de saúde português resultou do facto de Portugal ser um dos primeiros países europeus a adotar uma abordagem integrada de cuidados primários de saúde através do desenvolvimento de uma rede global de centros de saúde. Isto permitiu avanços assinaláveis no estado de saúde da população em geral, como a diminuição drástica da mortalidade infantil.

Em 2002, ocorreram novas reformas que resultaram em notáveis progressos na política de saúde. Todavia, uma série de desafios para o sistema de saúde português permanece, sendo alguns dos mais emblemáticos a baixa eficiência e responsabilização comparativamente a outros sistemas baseados no SNS, níveis elevados de despesa privada e farmacêutica, as discrepâncias no setor de saúde, bem como a necessidade de modernizar a estrutura organizacional e de gestão do SNS<sup>[7]</sup>.

Atualmente, observa-se que o mercado dos seguros de saúde tem sofrido um abrandamento, colocando-se a necessidade de criar mais tipologias de produtos/serviços de forma a aumentar a abrangência populacional<sup>[25]</sup>. Assim sendo, é fundamental uma evolução qualitativa que permita uma mais elevada segmentação de clientes, um número de prestadores melhor selecionados e uma melhoria da eficiência. Segundo a Associação Portuguesa de Seguradores (APS), “No futuro, o crescimento do mercado dos seguros privados de saúde dependerá, em larga medida das reformas a implementar no SNS, das reformas a implementar nos subsistemas, da dinâmica dos canais de distribuição, e do crescimento da prestação privada dependente de contratos com seguradoras.”<sup>[26]</sup>

Tornam-se, portanto, necessárias reformas no SNS, de forma a obter maiores ganhos de eficiência e uma moderação no que toca à despesa pública em saúde. Como é referido pela APS, o SNS tal como está hoje, não será capaz de dar resposta às necessidades da população, pelo que o setor privado, nomeadamente os seguros de saúde, poderão vir a ganhar um peso superior àquele que registam atualmente<sup>[26]</sup>. Para que a

complementaridade se dê, mas, acima de tudo, que os cuidados de saúde cheguem a todos, é necessário promover a acreditação dos prestadores de cuidados de saúde, sendo que, a julgar pela análise dos sistemas de saúde de outros países, é possível que a abrangência dos seguros de grupo se alargue mais um pouco em Portugal, apesar da estagnação atual.

Entende-se, igualmente, que devem ser desenvolvidos estímulos (fiscais ou outros) para que as empresas ofereçam seguros de grupo aos seus colaboradores e as seguradoras devem avaliar a viabilidade de diversificação dos seus produtos.

A ideia geral a reter é que a qualidade deixou de ser um aspeto do produto e/ou serviço, passando a trabalhar-se com vista à “qualidade total”. Isto é, trabalhar-se transversalmente interligando todas as áreas funcionais da instituição hospitalar e demais instituições prestadoras de cuidados de saúde. Assim sendo, o que se pretende nos locais onde se zela pelos cuidados de saúde é, em termos práticos, uma gestão pela qualidade total, podendo ser descrita como: enfoque no cliente, trabalho em equipa (*empowerment*) e melhoria contínua. De facto, espera-se dos serviços de saúde e dos seguros de saúde que todos os que participam em cada um destes processos contribuam para a qualidade final do produto ou serviço que o cliente recebe<sup>[18]</sup>.

Em síntese, os seguros de saúde são usados por cada vez mais utentes, mas não são uma alternativa ao SNS. Estes devem funcionar como complementares do ponto de vista dos cuidados de saúde de que se pode usufruir, mas também têm limitações que vão desde a duração (a seguradora pode recusar a renovação), os limites de idade, os limites de indemnização, entre outros.

De facto, os países têm de adaptar “os sistemas de financiamento para angariar fundos suficientes para os seus sistemas de saúde, porque países de rendimentos elevados enfrentam um declínio da proporção da sua população em idade ativa e têm de considerar alternativas às fontes tradicionais de receita na forma de impostos sobre os rendimentos e contribuições para o seguro de saúde dos trabalhadores e seus empregadores e, em muitos países de baixo rendimento, trabalham mais pessoas no setor informal do que no formal,

tornando difícil coletar impostos sobre os rendimentos e contribuições para os seguros baseadas nos salários”<sup>[3]</sup>.

No caso de Portugal, verificou-se que “o benefício de um subsistema de saúde é importante para explicar o consumo de consultas médicas. O seguro complementar conduz, em termos relativos, a um maior recurso a consultas, mais significativo para os níveis intermédios de consumo (menos evidente para níveis elevados)”<sup>[23]</sup>.

Igualmente importante é o facto de “os subsistemas de saúde, as entidades seguradoras e/ou as entidades gestoras das redes de seguros deverem assegurar permanentemente que as redes por si detidas e/ou geridas garantem efetivamente o acesso dos seus beneficiários às mesmas, atendendo à sua importância, resultante do facto de se apresentarem como fundamentais ou essenciais na garantia de acesso dos beneficiários dos subsistemas e seguros de saúde à prestação de cuidados de saúde”<sup>[21]</sup>.

Por fim, em Portugal também o envelhecimento tem caracterizado a evolução demográfica, com o país a apresentar índices e projeções que, neste aspeto, o colocam acima da média europeia, o que tem atraído a atenção das entidades responsáveis, sendo necessário um processo de gradual responsabilização pública, a par com a implementação de uma rede articulada de reconhecimento de necessidades e de gestão de recursos vários no setor da saúde e dos seguros de saúde<sup>[26]</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Silva, S., *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*, Associação Portuguesa de Seguradoras, Direção Geral de Saúde, 2010.
- [2] Pita Barros, P., Gomes, J.-P., *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002.
- [3] OMS – Organização Mundial de Saúde, *Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura universal*, 2010.
- [4] Alves, F. L., O Regime de Contrato de Seguro de Saúde no Direito Português, *Revista Fórum*, nº 27, Instituto de Seguros de Portugal, 2009.
- [5] Oliveira, M. D., Pinto, C., Health care reform in Portugal: an evaluation of the SNS experience, *Health Economics*, 14, 203-220, 2005.
- [6] Allin, S., Bankauskaite, V., Dubois, H., Figueras, J., Golna, C., Grosse-Tebbe, S. et al, In S. Grosse-Tebbe, J. Figueras (Eds.), *Snapshots of health systems*, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [7] Ferreira, M., Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 67-88, 2009.
- [8] Santana, R., Costa, C., A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 2008.
- [9] Lourenço, O., Quintal, C., Ferreira, P., Barros, P., A equidade na utilização de cuidados de saúde em Portugal: uma avaliação baseada em modelos de contagem, *Notas Económicas*, 25 (Jun 2007), 6-26.
- [10] Pereira, J., S. Lopes, Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need, *European Journal of Health Economics*, Suppl. 1, S77. 2006.
- [11] Van Doorslaer, E., C. Masseria, OECD Health Equity Research Group. Income Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, In *Towards High Performing Health Systems: Policy Studies*, ed. OECD Health Project, 109–66. Paris: OECD, 2004.

- [12] Bjornberg, A., Euro Health Consumer Index 2015 Report, *Health Consumer Powerhouse Ltd.*, 2016.
- [13] Escoval, A., Matos, T., A Contratualização e Regulação nos Hospitais, In Campos, L., Borges, M. e Portugal, R. (Org.). *Governança dos Hospitais* (1ª Edição), Casa das Letras, Alfragide, 2009.
- [14] Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M., Hespanhol, A., Ferreira, P., Silva, S., *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Relatório final. Lisboa, Ministério da Saúde, 2007.
- [15] INE – Instituto Nacional de Estatística, *Conta Satélite da Saúde 2012-2014*, Destaque, 23 de julho de 2015.
- [16] APS – Associação Portuguesa de Seguradoras, *Panorama do mercado segurador 2014/2015*, setembro de 2015.
- [17] Barros, P., *Procura de cuidados de saúde – os efeitos do estado de saúde, copagamento e rendimento*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, dezembro, Documento de trabalho 2/2001.
- [18] Rego, G., *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da Saúde* (2ª Edição), Vida Económica – Editorial, SA, Porto, 2011.
- [19] Diário da República, *Lei de Bases da Saúde*, Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.
- [20] ERS – Entidade Reguladora da Saúde, *Relatório sobre “A carta dos direitos dos Utentes”*, 2011.
- [21] ERS - Entidade Reguladora da Saúde, *Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*, 2009.
- [22] Diário da república, ADSE, Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.
- [23] Moreira, S., Pita Barros, P., *O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde*. Banco de Portugal, Boletim Económico, 2009.

[24] ERS – Entidade Reguladora da Saúde, *Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde*, 2015.

[25] Ramos, A., Silva, C., *Evolução do Seguro de Saúde em Portugal*, Instituto de Seguros de Portugal, 2009.

[26] APS – Associação Portuguesa de Seguradores, *Seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*, 2010.

[27] Nunes, R., Rego, G., *Prioridades na Saúde*, Editora McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

[28] Nunes, R., *Regulação da Saúde – 3ª Edição*, Vida Económica Editorial, SA, Porto, 2014.

[29] Nunes, R., Rego, G., *Gestão da Saúde*, 1ª Edição, Prata & Rodrigues Publicações, Lda., Lisboa, 2010.

## TABELAS E FIGURAS

**TABELA I – Características relativas ao acesso, financiamento e cobertura dos subsistemas públicos e privados e seguros voluntários de saúde.**

	Subsistemas públicos	Subsistemas privados	Seguros voluntários
Acesso	Base ocupacional (proteção social dentro do setor público).	Base ocupacional.	Base individual (ou de grupo, via empresa privada).
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuição individual compulsória baseada no rendimento;</li> <li>▪ Financiamento direto e indireto do Estado (transferências do Orçamento de Estado e benefícios fiscais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuição individual compulsória baseada no rendimento;</li> <li>▪ Financiamento da empresa;</li> <li>▪ Financiamento direto do Estado e indireto (benefícios fiscais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuição individual voluntária baseada no risco;</li> <li>▪ Financiamento indireto do Estado (benefícios fiscais).</li> </ul>
Exemplo de entidades	ADSE, SAD/PSP, SAD/GNR, ADM	PT-ACS, CTT, SAMS	Multicare, Medis, Advancecare
% de cobertura (Portugal Continental)	Subsistemas cobrem 18% da população portuguesa; ADSE cobre 10% da população portuguesa.		Seguros de saúde cobrem 9% da população portuguesa.

*Fonte: Adaptado a partir de ERS, Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde, 2009.*

**TABELA II – Comparação entre a % de financiamento público e privado do Sistema de Saúde Português para os anos 2004 e 2013.**

Agente financiador	2004	2013
	% Total	% Total
<b>Financiamento público:</b>	<b>69,70%</b>	<b>66,00%</b>
- SNS	55,80%	57,90%
- Subsistemas públicos	7,00%	4,20%
- Outras unidades de administração pública	5,70%	2,80%
- Fundos de segurança social	1,20%	1,20%
<b>Financiamento privado</b>	<b>30,30%</b>	<b>34,00%</b>
- Subsistemas privados	2,80%	2,00%
- Seguros de saúde privados	2,10%	3,50%
- Pagamentos diretos pelas famílias	24,80%	28,00%
- Instituições sem fins lucrativos e outros	0,60%	0,40%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

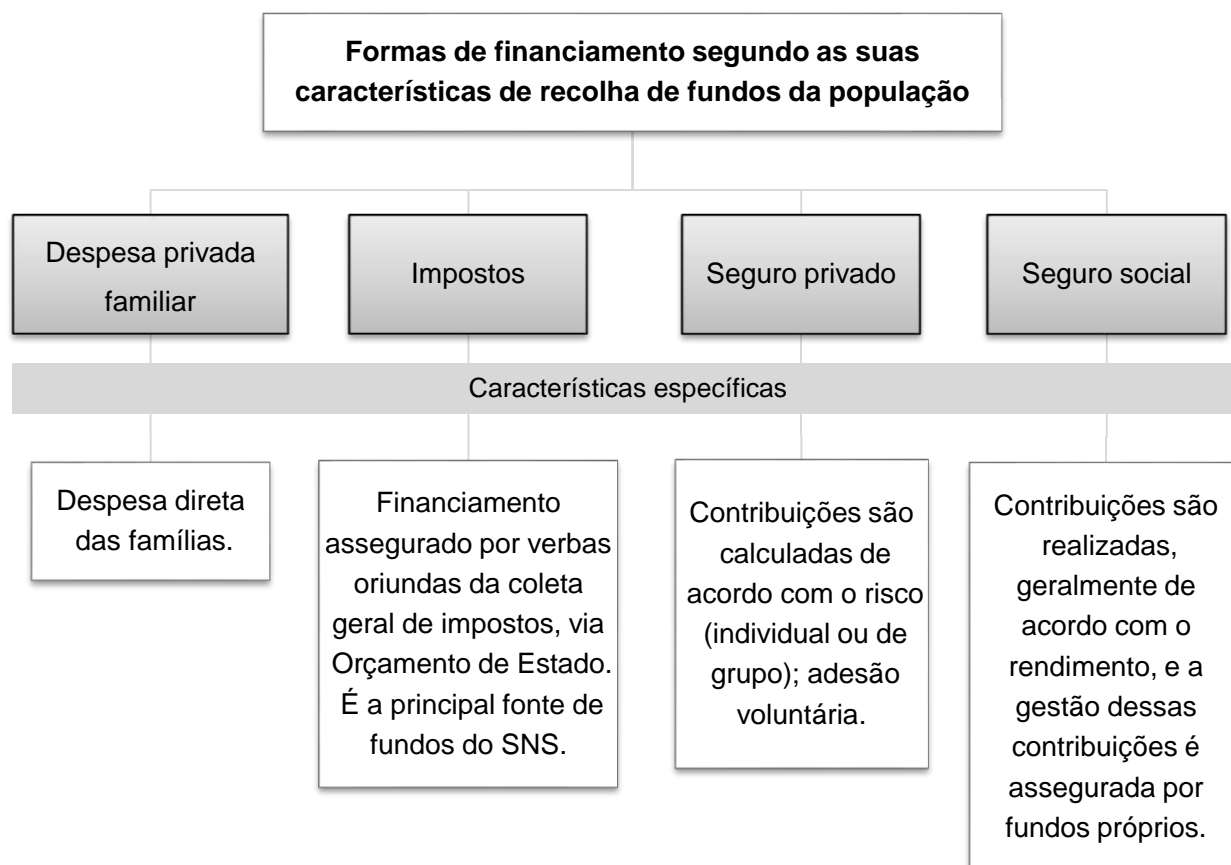
*Fonte: Adaptado a partir de ERS, Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde, 2015.*

**FIGURA I – Diferentes modelos de serviços de saúde utilizados pelo SNS português.**

Setor Privado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Convenções</li><li>• Concursos Públicos</li></ul>
Setor Social	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acordos</li><li>• Protocolos</li></ul>
Cuidados Continuados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cartas de compromisso</li></ul>
Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contratos-programa</li></ul>
Cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cartas compromisso</li></ul>

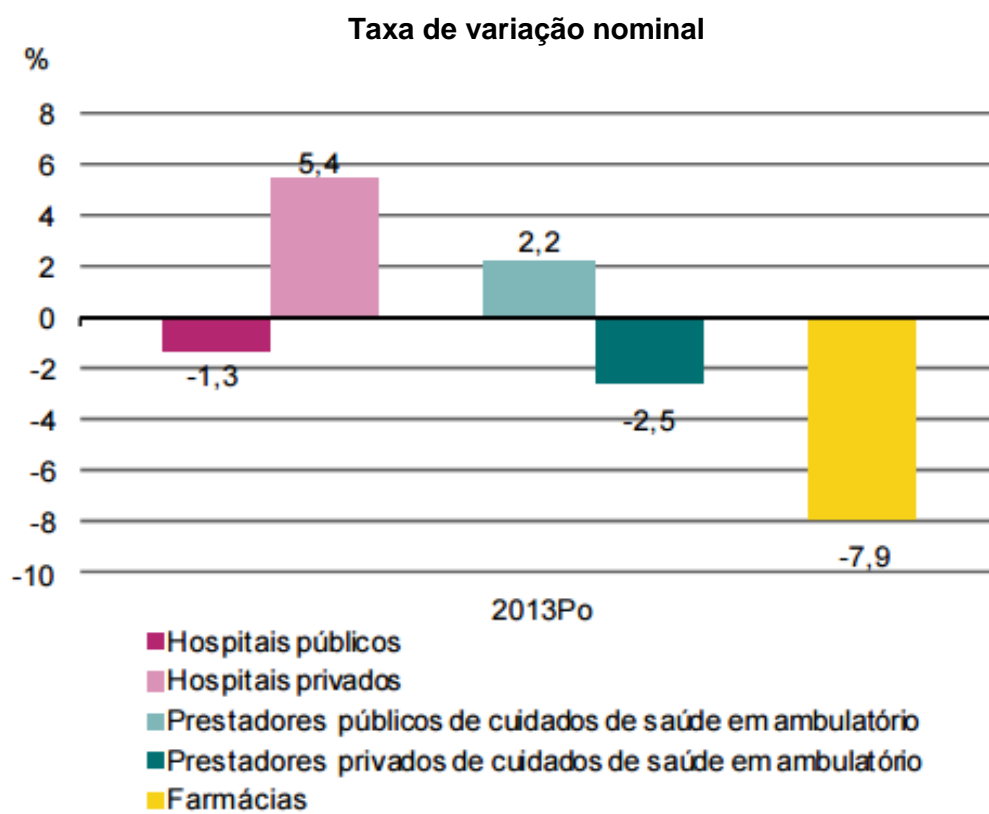
*Fonte: Adaptado a partir de Escoval, A., Matos, T., A Contratualização e Regulação nos Hospitais, In Campos, L., Borges, M. e Portugal, R. (Org.). Governação dos Hospitais (1ª Edição), Casa das Letras, Alfragide, 2009.*

**FIGURA II – Formas de financiamento segundo as suas características de recolha de fundos da população e suas especificidades.**



*Fonte: Adaptado a partir de Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final. Ministério da Saúde, 2007.*

**FIGURA III - Despesa corrente em saúde (em %) por principais prestadores públicos e privados (resultados finais para o ano 2012 e provisórios para 2013).**



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde 2013-201, Destaque, 23 de julho de 2015.

## LEGENDA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **SRS** – Serviços Regionais de Saúde
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **PIB** – Produto Interno Bruto
- **ERS** – Entidade Reguladora da Saúde
- **ADSE** – Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
- **SAD/PSP** – Serviços de Saúde da Polícia de Segurança Pública
- **SAD/GNR** – Serviços de Saúde da Guarda Nacional Republicana
- **ADM** – Assistência na Doença aos Militares
- **PT-ACS** – Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde, SA
- **CTT** – Correios de Portugal, SA
- **SAMS** – Serviços de Assistência Médico-Social (do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, do Sindicato dos Bancários do Norte, do Sindicato dos Bancários do Centro e do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários)
- **USF** – Unidade de Saúde Familiar
- **APS** – Associação Portuguesa de Seguradores

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof. Doutora Guilhermina Rêgo, pela acessibilidade, disponibilidade para a ajuda na conceção da estrutura do trabalho, sua revisão e leitura crítica pormenorizada.

Ao Prof. Doutor Rui Nunes, Diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde, pelo acolhimento no Serviço e simpatia demonstrados.

À Prof. Doutora Maria Amélia Ferreira, por quem tenho muita consideração enquanto Diretora da FMUP, pelo seu profissionalismo e exemplo de força.

À Dr<sup>a</sup>. Sónia Magalhães do Departamento de Educação e Simulação Médica da FMUP, de quem nunca me esquecerei, pela ajuda e carinho que me dedicou.

À minha família, em particular à minha mãe e aos meus sogros por todo o incentivo.

E, em especial, ao André, meu namorado, pela compreensão, paciência e apoio incondicional.

## **ANEXOS**

# Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

**Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.**

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

## TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

### Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

### Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

### Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

### Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

### Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

### FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

#### Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

#### Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

#### Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

#### Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

#### Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

#### Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

#### Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

#### Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

#### Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

#### Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

#### Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

#### Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial ([www.wma.net](http://www.wma.net)).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

#### Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

#### Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou  $\chi^2$ , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como  $p < 0,0001$ .

#### Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

\*, †, ‡, §, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

#### Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

#### Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

##### 1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

##### 2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

##### 3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

##### 4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

##### 5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

##### 6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

##### 7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

##### 8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

##### 9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

#### Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

#### Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

#### Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

#### SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

**Carta de apresentação**

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA  
Faculdade de Medicina do Porto  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

**CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS**

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

**MANUSCRITOS ACEITES**

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word<sup>®</sup>, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.