

# METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO SOCIO LÓGICA



PROBLEMAS E SOLUÇÕES  
A PARTIR DE ESTUDOS  
EMPÍRICOS

Coordenação  
Manuel Lisboa

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	7
<i>Manuel Lisboa</i>	
<b>CAPÍTULO I</b>	11
Metodologias de investigação e construção do campo da Sociologia	
<i>Manuel Lisboa</i>	
<b>CAPÍTULO II</b>	43
As metodologias de investigação no estudo das desigualdades sociais: conhecimento científico, políticas públicas e cidadania	
<i>Manuel Lisboa</i>	
<b>CAPÍTULO III</b>	63
Inquéritos sociológicos e construção do campo de observação	
1. AMOSTRAS	67
Construção de amostras estatisticamente representativas	69
<i>Manuel Lisboa</i>	
Amostra por cachos: o caso do inquérito sobre Saúde e Violência Contra as Mulheres, em 2003	76
<i>Manuel Lisboa e Fátima Miguens</i>	
Amostras emparelhadas: o caso do inquérito sobre o Trabalho Infantil em Portugal, a alunos PIEF e do Ensino Regular, em 2007	85
<i>Manuel Lisboa, Fátima Miguens e Joana Malta</i>	
Amostras para observar fenómenos sociais de difícil acesso: o caso do estudo da mutilação genital feminina em Portugal, de 2015.	90
<i>Manuel Lisboa, Rosário Oliveira Martins e Ana Lúcia Teixeira</i>	
2. QUESTIONÁRIOS	95
Questionários para inquéritos sociológicos	97
<i>Manuel Lisboa</i>	
<b>CAPÍTULO IV</b>	117
Trabalho de campo e recolha de dados	

Administração indirecta em inquéritos sociológicos: o caso do inquérito sobre a violência e género aplicado nos Açores, em 2008 <i>Manuel Lisboa e Dalila Cerejo</i>	121
Os dados administrativos e a recolha de informação a partir de processos em papel: o caso da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e Porto, em 2000 <i>Manuel Lisboa, Zélia Barroso e Joana Marteleira</i>	127
Futuros passados, futuro ausente ou um terraço para outra coisa ainda? Um ensaio sobre usos da memória, teoria e métodos <i>Paula Godinho</i>	131
<b>CAPÍTULO V</b>	163
Tratamento e análise dos dados	
Análise dos dados de inquéritos sociológicos: estatísticas univariada, bivariada e multivariada <i>Ana Lúcia Teixeira</i>	167
O tempo e as sazonalidades na investigação sociológica: construção e análise de séries temporais em estudos sociológicos sobre a criminalidade participada à Polícia Judiciária (1984-1993) <i>Manuel Lisboa, Nelson Lourenço</i>	243
Análise de Conteúdo: um caso de aplicação ao estudo dos valores e representações sociais <i>Ana Roque Dantas</i>	261
Metodologia de detecção de <i>Indicadores de Expressão Emocional no contexto da violência conjugal</i> <i>Dalila Cerejo</i>	287
Custos económicos com a saúde resultantes da violência doméstica contra mulheres, em Portugal <i>Pedro Pita Barros, Manuel Lisboa, Dalila Cerejo e Eliana Barrenho</i>	313
<b>CAPÍTULO VI</b>	347
Desafios futuros na investigação sociológica: a análise sistémica da complexidade.	
Para uma análise intersistémica da violência de género <i>Manuel Lisboa</i>	349
<b>ANEXOS</b> (em suporte digital – CD)	

# CUSTOS ECONÓMICOS COM A SAÚDE RESULTANTES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES, EM PORTUGAL<sup>1</sup>

Pedro Pita Barros, Manuel Lisboa, Dalila Cerejo e Eliana Barrenho

## 1. Introdução

A violência doméstica tem vindo a ser reconhecida como um tema que não pode ser ignorado pela sociedade. Os seus custos, em várias dimensões, levaram à produção de múltiplos estudos e relatórios, sobretudo nos Estados Unidos da América (EUA), mas também noutros países onde se efectuou recolha de dados. Para Portugal, referimo-nos a Lisboa (2006), que levou a cabo uma avaliação dos indícios dos custos sociais, psicológicos, de saúde, educativos e económicos associados à violência doméstica.

Neste texto, abordamos um tema complementar: os custos económicos com a saúde associados à violência doméstica exercida contra as mulheres. Após um episódio de violência, as mulheres podem dirigir-se ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para tratamento de problemas imediatos; além disso, com o passar do tempo, podem tornar-se utilizadoras mais frequentes do sistema público de saúde. Verificam-se efeitos da violência doméstica tanto a curto como a longo prazo; procuraremos quantificá-los, em termos de custos monetários, quer para o SNS como para as mulheres. Este estudo utiliza a informação recolhida pelo SociNova num inquérito dirigido a utentes mulheres de Centros de Saúde.

Na maioria dos estudos conhecidos, os custos da violência doméstica foram medidos, sobretudo, com dados dos EUA. Tipi-

---

1 Este texto teve uma publicação em inglês em *Social Science Research Network*, (15 de Julho, 2008), [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1160306](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306). Pela sua importância metodológica para a investigação da violência contra as mulheres no âmbito das ciências sociais, a nível internacional e nacional, optou-se pela tradução para português, que aqui se reproduz na quase totalidade.

camente, estes estudos indiciam a existência de custos de saúde mais elevados para mulheres vítimas de violência doméstica, em comparação com as não vítimas. Coker *et al.* (2004) estimam uma diferença de 1064 dólares (cerca de 760 euros) entre vítimas e não vítimas de violência doméstica, o que representa aproximadamente 30% dos custos anuais de saúde de não vítimas. Um estudo anterior, de Ulrich *et al.* (2003), dá conta de um aumento nos custos de saúde devido à violência doméstica de entre 60 a 130%. Coker *et al.* (2004) reconciliam as suas estimativas com Ulrich *et al.* (2003), afirmando que estes são sobretudo comparáveis com a probabilidade de gastos de saúde excepcionalmente elevados. Os dados para os EUA são reforçados pelas estimativas mais recentes de Rivara *et al.* (2007), que calculam um aumento de 19% com as despesas de saúde devido à violência doméstica, o que corresponde a 439 dólares (cerca de 310 euros) por ano.

Na área da Economia, existem apenas alguns estudos dedicados especificamente à violência doméstica. Aqueles que se encontram mais próximos dos nossos objectivos são os de Tauchen *et al.* (1991) e Bowlus e Seitz (2006). Ambos consideram a violência doméstica como o resultado de dinâmicas e negociações familiares. Como factores explicativos, incluem variáveis que descrevem a natureza do relacionamento (idade dos cônjuges, existência de crianças, casamento formal), oportunidades para cada cônjuge fora do casamento (por exemplo, no que diz respeito a rendimentos), preferências e os custos e probabilidade de intervenção externa em caso de violência doméstica. Em Portugal, não dispomos de informação que permita uma análise semelhante; nesse sentido, focaremos a nossa atenção na etapa preliminar de estimativa dos custos com a saúde da violência doméstica.

O texto encontra-se organizado da seguinte forma: a secção dois pormenoriza o processo de recolha de dados e discute o cálculo dos custos a partir das respostas ao inquérito; a secção três oferece uma visão descritiva dos dados e estabelece as regularidades básicas; a secção quatro apresenta a nossa análise estatística, diferenciando efeitos imediatos e episódios prolongados de violência doméstica. Esta análise propõe uma estimativa dos custos médios anuais adicionais, por vítima. Finalmente, a secção cinco discute os resultados e as conclusões principais.

## 2. Os dados

Visto não se encontrar disponível uma recolha de dados administrativos regular, foi elaborado um inquérito específico, baseado noutra anterior<sup>2</sup>, para obter uma estimativa dos custos de saúde com a violência doméstica contra as mulheres. Os dados foram recolhidos em Centros de Saúde, a partir de um conjunto de 518 mulheres<sup>3</sup>. Na maior parte dos casos, realizaram-se entre 30 e 40 entrevistas em cada Centro de Saúde. Das 518 observações, 98 deram seguimento a um inquérito anterior, de 2003 (de entre o total de 420 mulheres que tinham previamente respondido). Como algumas das mulheres utentes dos Centros de Saúde já tinham participado no inquérito anterior sobre as consequências da violência ao nível da saúde (Lisboa, 2006), houve especial preocupação na delineação da amostragem, para obter uma amostra aleatória nas restantes observações. O facto de o inquérito se ter realizado em Centros de Saúde implica que não se faça qualquer extrapolação da incidência ou prevalência da violência doméstica na população portuguesa. Em todo o caso, o inquérito oferece informação detalhada acerca da utilização dos serviços de saúde, permitindo a computação de diferenças entre grupos (vítimas e não vítimas).

No seguimento do inquérito anterior dirigido a mulheres utentes de centros de saúde, foram identificados cinco grupos de custos: consultas, terapêuticas e tratamentos médicos, exames complementares e de diagnóstico, custos de medicamentos e transportes. Os custos foram divididos em duas categorias – custos para o SNS e custos privados para as mulheres inquiridas. Os custos por mulher inquirida foram obtidos através da multiplicação dos actos de cuidados de saúde pelo «seu custo». Os actos ocorreram nos doze meses anteriores. Adicionalmente, para os custos privados, também considerámos o tipo de custos causados pelas perdas de rendimento, os custos de oportunidade do tempo despendido

2 Sobre o inquérito anterior, ver Lisboa (2006). O nosso relatório complementar, Lisboa *et al.* (2007), descreve com maior detalhe as principais características do inquérito e as respostas que foram recolhidas.

3 Foram recolhidos dados nos seguintes centros de saúde: Castelo Branco, Covilhã, Penha de França, Alenquer, Loures/Mealhada, Amora, Feijó, Setúbal/Bonfim, Montemor-o-Novo, Alandroal, Viana do Alentejo, Serpa, Beja e Odemira.

com cuidados de saúde e a incapacidade de trabalhar provocada por doença.

A cobertura dos seguros de saúde tem implicações directas na despesa realizada pelo SNS e pelos utentes particulares; a disponibilização, por parte dos seguros, de cobertura adicional facilita o recurso aos cuidados médicos, sobretudo no caso das mulheres vítimas de violência doméstica. Nesse sentido, procurámos identificar a escolha primária de subsistema de saúde das mulheres inquiridas. Apurámos que, nos doze meses anteriores, mais de 89% das inquiridas se encontravam cobertas apenas pelo Serviço Nacional de Saúde; uns 8,5% adicionais dependiam do principal subsistema de saúde público, a ADSE<sup>4</sup>. Em função da sua ausência na amostra, assumimos que os custos para outros subsistemas de saúde (SSMJ, ADMA, ADME, SAD / PSP, SAD / GNR, SAMS) são semelhantes aos do SNS.

## 2.1. Despesas do SNS

De forma a calcular os custos suportados pelo SNS, todos os actos de cuidados de saúde ocorridos sob a alçada daquele serviço foram classificados em função de cinco grupos de custos e quantificados de acordo com os quadros contidos na Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, um aperfeiçoamento da Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho.

A perspectiva do SNS baseou-se em cinco grupos de custos diferentes: consultas, terapêuticas e tratamentos, exames de diagnóstico e complementares, medicamentos, transportes. Resumidamente, os custos foram obtidos através da multiplicação do total de actos de prestação de cuidados, por mulher, pelo preço estimado de cada episódio.

Estes preços procuram reflectir uma aproximação ao custo real da intervenção médica, incluindo os custos de mão-de-obra e os custos dos procedimentos, diagnósticos auxiliares e terapêuticas utilizados nesse episódio.

---

4 Para uma descrição mais detalhada do sistema de saúde português e do papel dos subsistemas de saúde, ver Barros e Simões (2007).

Visto que os médicos do SNS receitam aos seus pacientes, com frequência, actos médicos que são oferecidos apenas por prestadores de cuidados de saúde privados, estas consultas, terapêuticas, tratamentos e exames de diagnóstico têm um impacto directo no orçamento do SNS. Assim, os cuidados prestados por subsistemas privados de saúde, quando receitados por um médico do SNS, também foram considerados nas despesas do SNS. Os custos destas ocorrências foram estimados a partir dos custos indicados pelos prestadores privados.

Estimar o valor de cada episódio de prestação de cuidados de saúde afigura-se um problema delicado. Por um lado, as instituições do SNS não têm custos detalhados por episódio, e os preços publicamente divulgados assentam em cálculos muito grosseiros. Por outro lado, o que procuramos é uma estimativa do custo económico em termos dos recursos atribuídos ao acto de prestação de cuidados. Em muitos casos, o preço divulgado pode não corresponder de forma realista aos custos económicos subjacentes. Torna-se muito importante, pois, decidir acerca da fiabilidade dos preços divulgados e da sua adequação económica. Apesar de a maioria dos episódios de prestação de cuidados de saúde ter sido avaliada usando os preços divulgados, em alguns casos optámos por não os seguir. No seu conjunto, porém, consideramos que estes casos incertos não influenciam de forma significativa os resultados do estudo.

### *2.1.1. Consultas*

Os custos com consultas para o SNS derivam do produto do número de ocorrências e o custo por episódio de consulta. Os custos variam substancialmente, de acordo com a natureza da consulta (urgência, rotina ou especialidade) e o tipo de serviço de saúde onde ocorreu o episódio (hospital central, distrital, nível I ou Centro de Saúde). O cálculo do custo com consultas seguiu esta caracterização, dado que foi prevista pelo diploma anteriormente mencionado. Já que os custos de consultas de rotina não dependem do tipo de hospital, consideramos um custo equivalente ao das consultas externas, determinado na Portaria n.º 110-A/2007, ou seja, 30 euros por episódio. Para o cálculo do custo das con-



sultas de especialidade, considerámos a média simples do custo das consultas de especialidades médicas e das consultas de especialidades cirúrgicas, calculadas a partir do Custo Unitário Total (CUT), apresentado no Relatório de Contabilidade Analítica dos Hospitais do SNS, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). Este CUT resulta da soma das despesas com pessoal, fármacos, material de consumo clínico, amortizações, outras despesas e custos indirectos. Considerou-se haver uniformidade nos custos relativos à prestação de um serviço médico de especialidade, isto é, o custo é idêntico em hospitais centrais, distritais, Nível I e Centros de Saúde<sup>5</sup>.

Há indícios de uma grande disparidade entre os valores de CUT de cada hospital, e destes para os centros de saúde. A dispersão de valores dentro de cada grupo (hospitais centrais, distritais, Nível I e Centros de Saúde) é geralmente maior que a dispersão dos valores médios entre grupos. Não sendo possível identificar nem o prestador de cada consulta nem o respectivo CUT, optámos pela aplicação de um valor único global a todas as consultas.

No caso das respostas nulas referentes à especificação do hospital a que as inquiridas recorreram, foram consideradas as unidades hospitalares que servem o seu concelho de residência para efeitos de caracterização do serviço médico. Para efeitos de contabilização do custo, foi considerada a ida ao hospital com categoria mais elevada, nos casos em que as inquiridas revelaram ter recorrido a mais do que um prestador de cuidados.

---

5 Esta hipótese não afecta de forma significativa os resultados, pois a média de custo total com consultas, por pessoa, desce de um valor de 282,34 euros, com o custo de 134 euros por consulta de especialidade em Centro de Saúde, para 269 euros, com o custo de 30 euros por consulta de especialidade (quando realizada num Centro de Saúde), uma vez que existem apenas 15 casos de consultas de especialidade em Centros de Saúde.

**Tabela 1. Custos dos valores de consultas**

Tipo de consulta	Prestador de cuidado	Custo por episódio
Urgência	Hospital central	€143,5
Urgência	Hospital distrital	€106,0
Urgência	Hospital de Nível I	€50,0
Urgência	Centro de saúde	€35,0
Rotina	Hospital central	€30,0
Rotina	Hospital distrital	€30,0
Rotina	Hospital de Nível I	€30,0
Rotina	Centro de saúde	€30,0
Especialidade	Hospital	€134,0
Especialidade	Centro de saúde	€134,0

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços divulgados pelo SNS.

### 2.1.2. *Tratamentos e terapêuticas médicas*

Para o cálculo do custo imputável ao SNS, foi tido em conta o número de sessões (frequência e duração), por tipologia de tratamento/terapêutica, e o custo médio por grupo de tratamento/terapêutica<sup>6</sup>.

A classificação em sete tipos de terapêuticas e tratamentos (Injecções; Pensos; Pequenas cirurgias e revisão de cicatrizes; Redução de fracturas/luxações e imobilizações; Medicina Física e de Reabilitação; Terapia psiquiátrica; Outros) teve em conta uma pré-identificação das terapêuticas e tratamentos mais comuns, predominantes em anteriores inquéritos na área, e a opinião de especialistas da Direcção-Geral de Saúde (DGS).

Procedeu-se ao cálculo da média aritmética simples por tipo de terapêutica e tratamento, com base na análise das tabelas constantes na Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, e na Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho. A categoria «Outros» resulta da

6 Não havendo informação precisa sobre o valor médio para o preço das consultas psiquiátricas no sector privado, optámos por utilizar um valor conservador de 50 euros por consulta, em regime de tratamento.

média dos restantes tipos de tratamentos e terapêuticas não previstos nas sete categorias.

Contudo, existe ainda um problema relativo à informação sobre a duração do tratamento, especialmente nos casos que em se sabe apenas que se terá prolongado por mais de um mês. Nestes casos, face à ausência de mais informação, admitiu-se uma duração média dos tratamentos de seis meses.

**Tabela 2. Custos estimados para as terapêuticas e tratamentos médicos**

Grupo de tratamentos médicos e terapêuticos	Valor
Injecções	€4
Pensos	€14
Pequenas cirurgias e revisão de cicatrizes	€45
Redução de fracturas/luxações e imobilizações	€46
Medicina física e de reabilitação	€11
Terapia psiquiátrica	€50
Outros	€23

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços divulgados pelo SNS.

### 2.1.3. Exames de diagnóstico

À semelhança das categorias de custos anteriores, o custo imputável ao SNS pelos exames efectuados foi calculado a partir do número de exames realizados por inquirida, por tipo de exame de diagnóstico e o custo médio por grupo de exame de diagnóstico.

Foram identificados nove tipos de exames de diagnóstico (Radiografias; TAC; Ecografias; Ressonância Magnética; Endoscopias; Análises de rotina; Mamografias; Electrocardiogramas; Outros), com base numa selecção dos exames de diagnóstico mais frequentes, segundo especialistas da DGS e análise das tabelas constantes na Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, e a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho. Para evitar o efeito de *outliers* no cálculo da média aritmética de cada grupo de exames, não foram considerados os exames de diagnóstico que apresentavam um custo quatro a cinco vezes superior à média do seu grupo de

exames. A categoria «Outros» exames resulta da média aritmética de todas as categorias de exames de diagnóstico.

**Tabela 3. Custos estimados para exames complementares e de diagnóstico**

Grupo de exames complementares e de diagnóstico	Valor
Radiografias	€25
TAC	€85
Ecografias	€34
Ressonância magnética	€132
Endoscopias	€151
Análises de rotina	€39
Mamografia	€66
Electrocardiograma	€87
Outros	€77

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços divulgados pelo SNS.

#### 2.1.4. Medicamentos

O cálculo dos custos com medicamentos a cargo do SNS teve como base a dosagem mensal, a duração do tratamento (número de meses) por fármaco e a parte do custo médio por embalagem suportada pelo SNS (taxa de participação).

Quanto à dosagem mensal, foram considerados dois tipos de consumo mensal de fármacos: consumo médio de uma embalagem por mês, para as inquiridas que revelaram consumir diariamente/frequentemente/sempre os fármacos em questão; e consumo de 1/12 embalagem (ou seja, uma embalagem por ano) para as inquiridas que revelaram consumir fármacos apenas em situações de crise ou que não indicaram quantidade consumida. O cálculo do custo médio para o SNS por embalagem de fármaco teve como base a reclassificação de grande parte dos medicamentos citados pelas inquiridas por substância activa, de acordo com o Infarmed (*Prontuário Terapêutico e Estatística do Medicamento*, 2004). No entanto, para os casos dos medicamentos em que não foi identificada a substância

activa, considerou-se um custo nulo para o SNS, dada a elevada probabilidade de serem fármacos não comparticipados.

Para os medicamentos em que não foi encontrada informação sobre o custo suportado pelo SNS nem o seu PVP, foi calculado um custo médio através de informação por origem de prescrição, ponderado pelo número de embalagens vendidas em cada um desses estabelecimentos (Infarmed, 2004).

### *2.1.5. Transportes de doentes*

Considerou-se que custos provenientes de transporte de doentes apenas pesam para o SNS se ele for realizado por ambulância. Para aqueles que são efectuados pelo INEM, foi considerado o preço por quilómetro de 0,37 euros, imputado ao SNS, em conformidade com o Despacho n.º 726/2006 (2.ª série). Visto que o preço é imputado por quilómetro, foi necessário efectuar uma estimativa da distância percorrida por viagem, com base no intervalo de tempo da duração mencionado pela inquirida. Para tal, utilizou-se a referência de uma velocidade média de 80 quilómetros por hora<sup>7</sup>. Foram considerados os pontos médios dos intervalos de tempo mencionados no inquérito e um valor máximo de 120 minutos para a classe mais elevada.

## 2.2. Despesas privadas

Aos cinco grupos de custos com actos médicos imputáveis às pacientes, acresce um sexto tipo de custo indirecto, relacionado com o custo de oportunidade do rendimento não auferido pelas pacientes, devido a estarem impossibilitadas de gozar o tempo perdido com a situação de doença.

Os custos com actos médicos suportados pelas beneficiárias divergem de acordo com o subsistema de saúde a que pertencem. Tal como nos custos para o SNS, foram considerados apenas o SNS e o principal subsistema, a ADSE, nos últimos doze meses. Os

---

<sup>7</sup> Note-se que para o mesmo tempo de viagem, se for considerada uma menor velocidade média, no caso de viagem realizada num percurso urbano, a distância e, presumivelmente, os custos de transporte diminuem de forma linear. Dado os reduzidos valores em questão, não considerámos este aspecto crucial para a análise.

beneficiários dos restantes subsistemas (SSMJ, ADMA, ADME, SAD/PSP, SAD/GNR, SAMS), pela pouca representatividade na amostra, foram considerados como tendo um custo semelhante ao do SNS.

Os custos imputados às utentes beneficiárias do SNS estão presentes na Portaria n.º 395-A/2007 de 30 de Março, que define as taxas moderadoras cobradas pelo SNS por acto médico. Quanto às utentes beneficiárias da ADSE, tiveram-se em conta os custos por acto médico fixados na Tabela de Comparticipações dos Cuidados de Saúde, no Regime Convencionado da ADSE. Foi considerado o Regime Convencionado da ADSE (e não o Regime Livre da ADSE) para o cálculo das despesas a suportar pelos respectivos beneficiários, pela falta de informação de preços de mercado para os cuidados médicos prestados no sistema privado.

Dado o pressuposto de que tratamentos/terapêuticas e exames de diagnóstico realizados por beneficiários do SNS no sistema privado têm como base uma receita médica passada por um médico do SNS, considerou-se que o custo para a paciente é similar às taxas moderadoras pagas no SNS.

### 2.2.1. Consultas

A natureza do serviço médico (público ou privado) onde foram realizadas as consultas faz variar substancialmente o custo suportado pelas pacientes.

Para a situação do sistema privado, assumiu-se que o preço total da consulta não é comparticipado pelo SNS aos seus beneficiários. Portanto, trata-se de um custo totalmente suportado pela paciente beneficiária do SNS. Em contraste, para as beneficiárias da ADSE, considerou-se que o encargo das pacientes é igual a apenas 20% do preço por consulta atrás mencionado (como consta no Despacho n.º 8738/2004 – 2.ª série). Não dispondo de informações de mercado detalhadas, considerou-se como hipótese de trabalho o custo médio de 50 euros por consulta privada<sup>8</sup>.

---

8 Caso se considere um custo médio de 80 euros por consulta privada, o custo médio total de consultas sobe de 19 euros para 29 euros e o custo total na amostra observada aumenta de 9330 euros para 15210 euros. Esta hipótese não afecta de forma sensível os resultados finais.

**Tabela 4. Custos assumidos para as consultas privadas**

Subsistema	Valor
ADSE	€29,55
Outro	€50,00

Fonte: cálculo dos autores, com base no Despacho n.º 8738/2004 – 2.ª série e na estimativa de preço de consulta privada.

Quanto às consultas a realizar no SNS, as taxas moderadoras a suportar pela paciente (independentemente do subsistema de saúde da paciente) divergem consoante a natureza da consulta (urgência ou rotina) e do tipo de serviço médico (hospital central, distrital ou Centro de Saúde), como explicitado na Portaria n.º 395-A/2007 de 30 de Março.

Há, neste ponto, uma questão metodológica delicada, associada com a possível isenção do pagamento de taxas moderadoras. As taxas moderadoras implicam uma distribuição diferente dos custos entre as utentes e o SNS. Na ausência de informação sobre o estatuto das inquiridas, considerámos que nenhuma se encontra em circunstância de isenção. Em alternativa, podemos admitir situações de taxas moderadoras em duas situações de mais fácil identificação (seguindo para o efeito as isenções descritas no Decreto-Lei n.º 176/2003, de 1 de Agosto): mulheres desempregadas (colocando a hipótese de se encontrarem inscritas no centro de emprego, de forma a beneficiarem da isenção) e mulheres com rendimento abaixo do salário mínimo nacional. Devido à falta de informação, não é possível contemplar as isenções devidas à presença de condição crónica ou de outro motivo (o estatuto de dadora de sangue, por exemplo). Considerando que as mulheres que preenchiam os requisitos enunciados beneficiam de isenção de taxas moderadoras, tendo acesso gratuito a consultas, terapêuticas e tratamentos e exames de diagnóstico, os custos médios passam de 18,68 euros, sem isenções, para 5,14 euros, em média, considerando as isenções. Os custos do SNS aumentam exactamente na mesma magnitude.

**Tabela 5. Custos assumidos para as consultas (no SNS) (taxas moderadoras)**

Tipo de consulta	Local	Valor
Urgência	Hospital central	€8,75
Urgência	Hospital distrital	€7,75
Urgência	Hospital de Nível I	€7,75
Urgência	Centro de saúde	€3,40
Rotina	Hospital central	€4,30
Rotina	Hospital distrital	€2,85
Rotina	Hospital de Nível I	€2,85
Rotina	Centro de saúde	€2,10
Especialidade	Hospital	€4,30
Especialidade	Centro de saúde	€2,10

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços do SNS divulgados na Portaria n.º 395-A/2007.

A classificação do tipo de hospital no diploma não coincide com a classificação adiantada pela Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro (não menciona a categoria de hospital de Nível I). Este facto levou a assumir-se o valor apontado para a taxa moderadora dos hospitais distritais para as consultas de urgência e rotina, aplicável à situação dos hospitais de Nível I. Por não existir qualquer alusão à taxa moderadora referente às consultas de especialidade, foram considerados os valores mais elevados (que correspondem aos valores das taxas moderadoras praticados pelos hospitais centrais) para estas situações nos hospitais e Centros de Saúde.

### 2.2.2. *Terapêuticas e tratamentos*

Procedeu-se ao agrupamento das terapêuticas e tratamentos em sete tipos, já referidos anteriormente, calculando, para o efeito, uma média de preços por tipo de tratamento/terapêutica. Para este cálculo, no caso das utentes do SNS, foram usados os preços constantes na Portaria n.º 395-A/2007 de 30 de Março, enquanto, para as utentes da ADSE, foram usados os «preços» fixados pelo Regime Convencionado da ADSE. Assumiu-se um custo médio



por consulta de terapia psiquiátrica de 50 euroa, e um reembolso de 20,45 euros para as beneficiárias da ADSE.

**Tabela 6. Custos estimados para terapêuticas e tratamentos**

Tipo	Entidade	Valor
Injecções	ADSE	€0,22
	Público e privado não ADSE	€1,00
Pensos	Público e privado não ADSE	€2,15
	ADSE	€1,50
Pequenas cirurgias e revisão de cicatrizes	Público e privado não ADSE	€5,25
	ADSE	€2,28
Revisão de fracturas	Público e privado não ADSE	€3,33
	ADSE	€6,90
Medicina física e de reabilitação	Público e privado não ADSE	€1,69
	ADSE	€0,47
Terapia psiquiátrica	Público e privado não ADSE	€0,00
	ADSE	€29,55
Outros	Público e privado não ADSE	€2,24
	ADSE	€6,82

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços do SNS e no Regime Convencionado da ADSE.

### 2.2.3. Exames de diagnóstico

O custo médio por categoria de exame de diagnóstico foi estimado a partir da caracterização de nove tipos de exames complementares e de diagnóstico, com base numa selecção dos exames de diagnóstico mais frequentes, de acordo com os especialistas da DGS, a Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, e a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Mais uma vez, não considerámos o pagamento de taxas moderadoras. Caso se admittissem as isenções, conforme descrito anteriormente, haveria uma deslocação de custos de cuidados de saúde das mulheres para o SNS. Os custos privados para as mulheres diminuiriam de 12,59 euros para 3,88 euros. As categorias onde mais se faz sentir esta redução são as TAC (de 2,66 euros para 0,66 euros), as ecografias (de 1,98 euros para 0,78 euros) e as análises de rotina (de 4,27 euros para 0,87 euros).

**Tabela 7. Custos estimados para exames complementares e de diagnóstico**

Tipo	Entidade	Valor
Radiografias	Público e privado não ADSE	€1,93
	ADSE	€4,24
TAC	Público e privado não ADSE	€17,90
	ADSE	€16,71
Ecografias	Público e privado não ADSE	€4,82
	ADSE	€6,96
Ressonância magnética	Público e privado não ADSE	€20,10
	ADSE	€30,00
Endoscopias	Público e privado não ADSE	€5,82
	ADSE	€4,57
Análise de rotina	Público e privado não ADSE	€4,24
	ADSE	€4,62
Mamografia	Público e privado não ADSE	€5,25
	ADSE	€6,35
Electrocardiograma	Público e privado não ADSE	€4,64
	ADSE	€4,78
Outros	Público e privado não ADSE	€8,09
	ADSE	€9,78

Fonte: cálculo dos autores, com base nos preços do SNS e no Regime Convencionado da ADSE.

#### 2.2.4. Medicamentos

A metodologia usada no cálculo do custo com fármacos é idêntica à usada anteriormente. Para o paciente, o custo médio total por embalagem de fármaco, por substância activa, é igual à diferença entre o PVP do fármaco e a comparticipação do Estado. Igualmente, para os medicamentos em que não foi encontrada informação sobre custo suportado pelo SNS nem o seu PVP, foi calculado um custo médio através de informação por origem de prescrição, ponderada pelo número de embalagens vendidas em cada um desses estabelecimentos (Infarmed, 2004).

### 2.2.5. Transportes

Para o cálculo dos custos de transportes, consideraram-se dois tipos de custo suportados pelas pacientes: os custos monetários implicados na viagem para os centros de prestação de cuidados médicos, e os custos indirectos, relacionados com o custo de oportunidade do tempo gasto na viagem. Para os custos directos mencionados pelas inquiridas, foram considerados os pontos médios dos intervalos de custo mencionados no inquérito e um montante máximo de 30 euros. Quanto ao custo do tempo despendido, foi usado o rendimento auferido pela paciente para quantificar o custo do tempo perdido no transporte.

### 2.2.6. Rendimentos não auferidos

Os rendimentos não auferidos equivalem ao custo de oportunidade dos rendimentos que a paciente não auferiu por se encontrar doente. No caso das pacientes que afirmaram ter recebido baixa médica, foi considerada uma perda de apenas 35% do rendimento mensal, dado que, de acordo com o Ministério da Segurança Social, a taxa de subsídio de doença é de 65%.

Para o cálculo do rendimento mensal da inquirida, foi utilizado o diferencial entre o rendimento total do agregado familiar e a soma dos rendimentos das pessoas que foram reconhecidas pela inquirida como pertencentes ao seu agregado e contribuintes para o orçamento familiar. Detectaram-se algumas incongruências nas respostas das inquiridas, pois alguns rendimentos calculados mostraram-se negativos, tendo sido considerados nulos. O rendimento auferido por hora foi calculado com base na assunção de 168 horas de trabalho mensais.

## 3. Análise Descritiva

Com base nas hipóteses descritas na secção anterior, foram calculados, para cada inquirida, os custos respetivos com cuidados de saúde no último ano. Distinguem-se três grupos de inquiridas: as que não foram vítimas de violência («não vítimas», daqui em

diante), as que foram vítimas de violência doméstica («violência doméstica», daqui em diante) e as que foram vítimas de outro tipo de violência, distinto da violência doméstica («violência de outro tipo», daqui em diante). A inclusão de cada mulher inquirida num destes três grupos é feita com base nas suas respostas ao questionário. Nos casos reportados de violência de outro tipo, coexistem situações muito diferentes, embora a mais frequente seja a morte de familiar ou amigo próximo.

A tabela seguinte apresenta a informação do valor médio dos custos, segundo cada categoria de custos e para cada um dos três grupos.

**Tabela 8. Estatísticas descritivas**

	Violência doméstica	Violência de outro tipo	Não vítimas
Custos totais	826,52	856,15	640,51
Custos para as mulheres	171,52	182,19	120,53
Custos das consultas	25,16	19,12	17,14
Custos dos exames realizados	12,58	16,20	11,56
Custos de tratamentos	5,40	1,82	1,85
Custos de medicamentos	72,50	87,32	56,29
Consultas privadas	30,15	25,59	12,44
Custos de transportes	25,74	32,14	21,66
Custos para o SNS	654,99	673,96	519,97
Custos das consultas	368,18	280,55	264,93
Custos dos tratamentos	44,63	21,08	14,61
Custos dos exames	97,51	132,40	91,56
Custos dos medicamentos	144,18	239,83	148,74
Custos de transportes	0,49	0,11	0,13
Custos de absentismo	123,74	29,60	22,75
Número de observações	68	128	322

Unidade: € (euros)

Da análise da tabela, é fácil verificar que há custos acrescidos para os grupos de inquiridas que reportaram terem sido vítimas de violência, sugerindo que a violência, independentemente da origem, determina uma utilização mais frequente do sistema de saúde. Contudo, existe grande dispersão subjacente a estes valores médios, pelo que se torna relevante precisar se estas diferenças no valor médio são significativas em termos estatísticos, ou não. Para o efeito, conduziu-se um conjunto de testes de igualdade de valores médios, para cada categoria de custos, para comparar um grupo de inquiridas com cada um dos outros grupos, como pode verificar-se na tabela 9.

**Tabela 9. Resumo dos testes à igualdade de custos médios entre grupos de inquiridas**

	Violência doméstica vs. não vítima	Violência doméstica vs. violência de outro tipo	Violência de outro tipo vs. não vítima
Custos totais	✓	✓	×
Custos para as mulheres	✓	✓	×
Custos das consultas	✓	✓	✓
Custos dos exames realizados	✓	✓	✓
Custos de tratamentos	✓	✓	✓
Custos de medicamentos	✓	✓	×
Consultas privadas	✓	✓	✓
Custos de transportes	✓	✓	×
Custos para o SNS	✓	✓	×
Custos das consultas	✓	✓	✓
Custos dos tratamentos	✓	✓	✓
Custos dos exames	✓	✓	✓
Custos dos medicamentos	✓	✓	×
Custos de transportes	✓	✓	✓
Custos de absentismo	✓	✓	✓

Nota: ✓ - significa que não se rejeita a hipótese nula de o valor do custo médio ser idêntico nos dois grupos; × - significa que se rejeita a hipótese nula de o valor do custo médio ser idêntico nos dois grupos. Todos os testes são realizados para um nível de significância estatística de 5%.

Deste quadro resulta que a variância subjacente a cada um dos grupos é bastante elevada, fazendo com que, em geral, não seja possível rejeitar a hipótese nula de os diversos grupos terem, para cada categoria de custos de utilização de cuidados de saúde, custos médios similares. As excepções surgem apenas na comparação entre o grupo de inquiridas que não foram vítimas de violência e o grupo das mulheres que foram vítimas de outro tipo de violência, sendo que estas últimas aparentam ter custos superiores, sobretudo na componente dos medicamentos.

A análise com base em testes de médias fornece uma primeira aproximação à questão dos custos de violência doméstica. Contudo, implicitamente, esses cálculos admitem que as características subjacentes das mulheres inquiridas são as mesmas. Porém, tal poderá não ser o caso. Por exemplo, se as mulheres de idade mais avançada recorrerem mais a cuidados de saúde, e se houver uma maior proporção de mulheres de idade avançada no grupo das inquiridas não vítimas, a diferença entre vítimas e não vítimas de violência será afectada. Neste exemplo, os custos da violência doméstica seriam subestimados. A secção seguinte aborda esta preocupação.

#### 4. Análise de regressão

Para ultrapassar o problema de os testes de médias não reconhecerem diferenças de composição nos grupos de mulheres inquiridas, recorreremos à análise de regressão, procurando encontrar os factores explicativos dos custos associados com os cuidados de saúde recebidos por cada uma das inquiridas. Uma vez que temos apenas variáveis categóricas, transformadas em variáveis dicotómicas (com valor 0 ou valor 1), a análise corresponde basicamente a uma comparação por célula, definida pelo cruzamento das diferentes variáveis. A análise de regressão realizada utilizou uma abordagem *stepwise*, de onde, a partir do modelo completo, foram sendo sucessivamente retiradas as variáveis que não eram estatisticamente significativas a um nível de significância de 10%. Na tabela seguinte, assinalam-se com «-» os casos em que as variáveis «violência doméstica» e «violência de outro tipo» não

são estatisticamente diferentes de zero. Quando os efeitos são estatisticamente significativos, é apresentado o valor estimado para o respectivo coeficiente, assim como a estimativa pontual do custo adicional associado a situação de violência, face ao valor médio de custos das mulheres que não foram vítimas de violência. As respectivas estatísticas de teste *t* são apresentadas entre parêntesis. Foram considerados factores potencialmente influenciadores dos custos a classe etária da inquirida, o último grau de escolaridade alcançado, o escalão de rendimento em que se situa e a classe etária do marido (quando existe).

É apropriado fazer aqui uma nota metodológica. A estimação das relações entre custos (por categoria de custo) e suas determinantes têm de ser interpretadas com grande cuidado, uma vez que, quanto maior a desagregação por tipo de custo, mais provável é que tenha valor nulo. Como as variáveis explicativas são variáveis dicotómicas, com categorias 0/1, os coeficientes estimados são, na realidade, valores médios calculados em cada partição da amostra determinada pelo conjunto das variáveis *dummy*. Por este motivo, optou-se por manter a apresentação destas regressões, em lugar de usar técnicas de estimação apropriadas para variáveis dependentes truncadas<sup>10</sup>.

É frequente a distribuição de custos com utilização de cuidados de saúde ser enviesada, com um pequeno número de pessoas a terem custos muito elevados. A forma habitual de contornar o problema consiste em calcular o logaritmo dos valores dos custos. Esse procedimento foi também realizado, tendo produzido resultados bastante similares aos apresentados<sup>11</sup>. Como forma de estimação, utilizou-se o método dos mínimos quadrados ordinários, sendo retiradas da regressão as variáveis em que não se rejeita a hipótese nula de terem coeficiente zero (isto é, não influenciarem os custos) a um nível de significância de 10%.

---

10 Por exemplo, uma possível técnica de estimação alternativa seria a regressão Tobit.

11 Após a aplicação da transformação logarítmica, verifica-se que a assimetria na distribuição se encontra agora na aba esquerda. Adicionalmente, no caso das categorias de custos mais finas, devido à existência de valores nulos, torna-se necessário arbitrar que se toma valor zero ou o logaritmo de um valor positivo pequeno. Assim, optou-se por concretizar a análise com base nos valores em níveis (sem o cálculo de logarítmicos).

**Tabela 10. Regressões *stepwise* a um nível de significância de 10%, coeficientes seleccionados**

	Violência doméstica	Violência de outro tipo	R <sup>2</sup>
Custos totais	–	210,55 (2,01)	0,0758
Custos para as mulheres	–	–	0,0499
Custos das consultas	–	–	0,0367
Custos dos exames realizados	–	–	0,0052
Custos de tratamentos	–	–	0,0398
Custos de medicamentos	–	–	0,0926
Consultas privadas	37,87 (1,65)	–	0,0682
Custos de transportes	–	–	0,0451
Custos para o SNS	–	176,74 (2,01)	0,0863
Custos das consultas	–	–	0,0095
Custos dos tratamentos	–	–	0,0402
Custos dos exames	–	–	0,0090
Custos dos medicamentos	–	92,67 (2,33)	0,1058
Custos de transportes	–	–	0,0000
Custos de absentismo	–	–	0,0091

Nota: foram usadas 324 observações, uma vez que, para algumas das variáveis, não existia resposta das inquiridas. Entre parêntesis encontra-se a estatística *t* de significância individual.



**Tabela 11. Regressões com conjunto de variáveis explicativas específicas**

	Regressores: idade		Regressores: rendimento	
	Violência doméstica	Violência de outro tipo	Violência doméstica	Violência de outro tipo
Custos totais	109,88	243,66*	117,29	194,06*
Custos para as mulheres	45,91	67,01	35,92	57,96*
Custos das consultas	3,77	2,31	6,70	1,38
Custos dos exames realizados	1,25	5,37	1,21	4,92
Custos de tratamentos	-0,18	-0,01	3,69	-0,17
Custos de medicamentos	20,67	34,41*	0,96	28,10
Consultas privadas	15,82	13,56	19,78	13,15
Custos de transportes	4,59	11,37*	3,58	10,57*
Custos para o SNS	63,97	176,66*	81,36	136,11
Custos das consultas	47,70	26,91	76,58	7,65
Custos dos tratamentos	5,44	6,58	30,90	5,90
Custos dos exames	6,40	43,45	2,86	38,77
Custos dos medicamentos	4,05	99,72*	-29,34	83,82*
Custos de transportes	0,38	-0,02	0,37	-0,03
Custos de absentismo	99,58	6,10	109,65	6,94
Número de observações	503		498	

Nota: \* indica que o coeficiente estimado é estatisticamente significativo a um nível de significância de 5%.

A principal regularidade presente no quadro é a ausência de significância estatística dos coeficientes associados com os custos de saúde das mulheres vítimas de violência doméstica, indicando que estas não têm custos diferentes das mulheres não vítimas, face aos factores determinantes de cuidados de saúde que foram identificados. Este resultado está em claro contraste com o que tem sido reportado a nível internacional. Contudo, para Portugal, na análise de Carmo (2006:83), foi encontrado essencialmente o mesmo resultado de ausência de diferença na utilização de cuidados de saúde: «De um ponto de vista estatístico, verifica-se que a probabi-

lidade das vítimas recorrerem [a serviços de saúde] é muito semelhante à das não vítimas; não sendo, por isso, possível estabelecer uma relação de associação estatística significativa entre os dois fenómenos.» Por outro lado, Vicente (2006:97), usando a mesma informação de base utilizada em Carmo (2006), conclui que «o impacto da violência na vida de uma pessoa não é fácil de qualificar e quantificar, dado o espectro das suas incidências: emocional, comportamental, cognitivo e físico. Assim sendo, obviamente o cenário não é muito animador quando se trata de estimar os seus custos.» É ainda referido que «entre as mulheres vítimas de violência, a apreciação sobre a sua saúde é de que esta é fraca» (Vicente, 2006:100).

Ou seja, o impacto da violência doméstica perdurará durante vários anos e tem como uma das suas consequências a menor saúde das mulheres vítimas de violência doméstica. Esta característica sugere que o efeito da violência doméstica nos custos de utilização de cuidados de saúde poderá ser mediado pelo seu efeito em termos de menor estado de saúde das vítimas, que, por sua vez, se encontra associado com uma maior utilização de cuidados de saúde. Este argumento obriga a uma análise em dois passos: em primeiro lugar, estabelecer se existe uma associação entre uma mulher ser vítima de violência doméstica e um estado pior de saúde (medido pela sua autopercepção). O segundo passo consiste em detectar a existência de uma relação entre um estado de saúde pior e uma maior utilização de cuidados de saúde. A análise estatística destes dois passos não pode, porém, ignorar que existem potencialmente factores que influenciam quer o estado de saúde quer a utilização de cuidados de saúde.

A estratégia de avaliação de efeitos irá seguir um procedimento recursivo. Em primeiro lugar, avalia-se se o estado de saúde (autopercebido) está associado com a existência de violência doméstica ou com outro tipo de violência, para além de outros factores que possam influir, como o grupo etário a que a inquirida pertence, o nível de rendimento e a escolaridade<sup>12</sup>. Como o estado de saúde autopercebido é definido numa variável categórica

---

12 Todos estes factores recolhem suporte empírico como determinantes do estado de saúde. Veja-se Barros (2003, 2005), com dados aplicados a Portugal.

com quatro valores (de *muito insatisfatório* até *muito satisfatório*), é utilizado um modelo *probit* ordenado. Os seus resultados encontram-se na tabela 12.

**Tabela 12. Modelo *probit* ordenado, explicativo do estado de saúde auto-reportado**

	Coefficiente	Estatística t
Violência doméstica	-0,501	-3,06*
Violência de outro tipo	-0,530	-4,16*
Idade entre 25 e 34 anos	-0,515	-1,98*
Idade entre 35 e 44 anos	-0,509	-1,91**
Idade entre 45 e 54 anos	-1,169	-4,17*
Idade superior a 55 anos	-0,894	-3,15*
Rendimento: €501 a €805	0,168	0,24
Rendimento: €851 a €1500	0,699	3,96*
Rendimento: €1501 a €2750	0,581	2,43*
Rendimento: €2750 a €3750	1,459	3,31*
Escolaridade 2	0,753	3,28*
Escolaridade 3	1,040	5,11*
Escolaridade 4	1,119	4,26*
Escolaridade 5	1,242	4,52*
Escolaridade 6	1,135	3,50*
Escolaridade 7	1,116	3,69*
Escolaridade 8	1,372	3,69*
Escolaridade 9	2,044	2,17*
Ponto de corte 1	-1,924	-2,58*
Ponto de corte 2	-0,300	-0,95
Ponto de corte 3	1,745	1,09

Nota: \* - significativo a 5%; \*\* - significativo a 10%.

O aspecto mais importante destes resultados é o efeito negativo que a existência de um episódio de violência, seja violência doméstica ou de outro tipo, tem sobre o estado de saúde autopercionado da inquirida. Em média, as mulheres vítimas de violência reportam um estado de saúde inferior, uma vez controladas as diferenças em termos de idade, de rendimento e de nível de escolaridade. Adicionalmente, as magnitudes dos coeficientes corroboram a evidência habitual de um maior rendimento e uma maior escolaridade estarem associadas com melhor estado de saúde, e de uma idade mais elevada estar associada com menor estado de saúde. Deste modelo, obtém-se uma previsão para o valor latente do estado de saúde,  $s_i$ , em que  $i$  representa cada mulher, normalizado para o intervalo  $[0,1]$ , de acordo com:

$$h_i = \frac{s_i - s^{\min}}{s^{\max} - s^{\min}}$$

onde  $s^{\min}$  representa o valor mais baixo observado e  $s^{\max}$  o valor máximo observado.

O valor estimado para o índice latente de saúde apresenta os valores médios registados na Tabela 13. O valor estimado para o índice latente de saúde é agora usado como regressor adicional na explicação dos custos totais (assim como de cada tipo de custo).

O efeito da violência doméstica (ou de outro tipo de violência) mediado pelo estado de saúde está presente sempre que o estado de saúde é afectado pela situação de vítima da inquirida, e, adicionalmente, o estado de saúde influencia os custos de utilização de cuidados médicos. As duas condições são cumulativamente exigidas para que seja encontrado um efeito mediado pelo estado de saúde (para além da possibilidade de existir um efeito directo).

O modelo estatístico *probit* ordenado baseia-se no conceito de um índice latente de saúde, que depende dos vários factores enunciados, do qual é observado apenas uma partição, correspondente às variáveis categóricas de estado de saúde autopercionado observadas.

Seja

$$H_i^* = X_i\beta + \varepsilon_i$$

o índice latente, onde  $X_i$  é um vetor de variáveis contendo as observações referentes a factores determinantes do estado de saúde,  $\beta$  é o vector de parâmetros que caracterizam o impacto dos factores e  $\varepsilon_i$  um termo aleatório que contém os restantes efeitos não especificados.

A partição observada do estado de saúde autopercebido caracteriza-se por limiares  $\mu_j$  tal que, se  $H_i^* > \mu_1$ , o indivíduo declara um estado de saúde «muito satisfatório», se  $\mu_1 \geq H_i^* > \mu_2$  declara um estado de saúde «satisfatório», e por aí adiante.

A partir desta caracterização é possível determinar, para cada observação, a probabilidade do estado de saúde declarado ser «muito satisfatório»:

$$Pr[\text{«muito satisfatório»}] = Pr[X_i\beta + \varepsilon_i > \mu_3] = 1 - Pr[\varepsilon_i \leq \mu_3 - X_i\beta]$$

Admitindo que  $\varepsilon_i$  segue uma distribuição normal, é possível calcular a probabilidade de observar uma resposta em cada intervalo possível e a respectiva função de verosimilhança.

O efeito combinado, mediado pelo estado de saúde, de uma mulher ser vítima de violência doméstica no custo de cuidados de saúde é dado por

$$\beta_j \times \alpha_j \times \frac{1}{\sigma_{max} - \sigma_{min}}$$

onde  $\alpha_j$  é o impacto da violência doméstica no estado de saúde (medido pelo índice latente de saúde),  $\beta_j$  é o efeito do estado de saúde latente normalizado nos custos e o último termo decorre da normalização acima aplicada ao índice latente do estado de saúde. O efeito será estatisticamente significativo tanto quanto todos os termos sejam também estatisticamente diferentes de zero quando avaliados individualmente.

Um elemento crucial da análise é a definição de quais variáveis explicativas a serem incluídas em cada fase. Em termos de determinação do estado de saúde, consideram-se como factores explicativos: a) o escalão etário da mulher, dada a regularidade,

habitualmente encontrada na literatura, de estados de saúde menos favoráveis em idades mais avançadas; b) o nível de escolaridade, dado o argumento, comprovado empiricamente, que, mantendo-se tudo o resto constante, uma maior educação permite uma melhor utilização dos cuidados de saúde disponíveis, assim como alcançar um melhor estado de saúde; c) intervalos do nível de rendimento. Para medir os efeitos (potencialmente) relevantes da violência contra as mulheres nos custos, separada em violência doméstica e violência de outros tipos, incluem-se estas condições em duas novas variáveis *dummy*.

Por outro lado, o acesso aos cuidados de saúde pode ser facilitado caso a mulher disponha de cobertura adicional ao Serviço Nacional de Saúde, trate-se de subsistemas de saúde (públicos ou privados) ou seguros voluntários de saúde. Assim, também se incluem na regressão variáveis que identificam estas coberturas adicionais.

No conjunto de determinantes dos custos económicos de cuidados de saúde, tomaram-se como factores explicativos a existência de cobertura de seguro adicional; o nível de rendimento em escalões; o nível de saúde auto-reportado da inquirida; e variáveis que identificam se a inquirida foi vítima de violência, doméstica ou outra. Como é habitual neste tipo de modelos, a inclusão de um termo constante na regressão implica forçosamente uma categoria omitida por cada variável *dummy*. A categoria mais baixa de cada variável foi omitida, pois, da estimação.

Nas tabelas seguintes, apresentam-se os coeficientes associados às variáveis que registam a presença de violência doméstica e de violência de outro tipo, respectivamente. Foram estimados valores para cada uma das categorias de custos.

**Tabela 13. Efeitos nos custos económicos da violência sobre as mulheres mediados pela «saúde»**

	Índice latente de saúde	Violência de outro tipo	Violência doméstica
Custos totais	-1090,54*	82,26	-108,32
Custos para as mulheres	-140,42*	43,64*	12,59
Custos das consultas	-26,01*	-1,398	-0,608
Custos dos exames realizados	-14,89	3,347	-0,564
Custos de tratamentos	-2,47	-0,74	-0,43
Custos de medicamentos	-96,89*	15,993	-14,060
Consultas privadas	22,73	16,846*	26,487*
Custos de transportes	-26,27	8,668	1,407
Custos para o SNS	-950,11*	41,62	-120,92
Custos das consultas	-526,23*	-41,549	-43,674
Custos dos tratamentos	-11,91	2,589	1,981
Custos dos exames	-122,22	33,352	-8,435
Custos dos medicamentos	-288,52*	47,378	-71,060
Custos de transportes	-1,24*	-0,153	0,273
Custos de absentismo	31,10	7,067	116,38*

Nota: consideraram-se efeitos fixos ao nível da freguesia da inquirida, que não são aqui apresentados; foram utilizadas 477 observações.

Como teste de robustez aos resultados obtidos, foram utilizadas duas outras medidas de mediação do efeito da violência. A primeira aproveita uma questão do inquérito acerca de «ter energia»<sup>13</sup>; a segunda prende-se com o «grau de satisfação com a vida»<sup>14</sup>.

13 Corresponde à questão «Actualmente sente-se com força suficiente para fazer aquilo que acha importante na sua vida?»

14 Corresponde à questão «Deixe-me agora fazer-lhe uma pergunta mais pessoal. Se agora tivesse que fazer um balanço da sua vida como se sentiria?»

**Tabela 14. Efeitos nos custos totais**

	«Energia latente» / «satisfação latente»	Violência de outro tipo	Violência doméstica
Efeitos mediados pela «satisfação com a vida»	-2151,97*	152,50	-419,95
Efeitos mediados pela «energia»	-978,87*	149,49	-55,73

Nota: consideraram-se efeitos fixos ao nível da freguesia da inquirida; foram utilizadas 477 observações.

**Tabela 15. Estimativas dos custos da violência nos cuidados de saúde**

	Violência doméstica	Violência de outro tipo	Valor médio das não vítimas
Custos totais	€146,02	€154,26	€640,51
Custos para as mulheres	€18,80	€19,86	€120,53
Custos das consultas	€3,48	€3,68	€17,13
Custos dos exames realizados	—	—	€11,16
Custos de tratamentos	—	—	€1,85
Custos de medicamentos	€12,97	€13,71	€56,29
Consultas privadas	—	—	€12,44
Custos de transportes	—	—	€21,66
Custos para o SNS	€127,21	€134,39	€519,97
Custos das consultas	€70,46	€74,44	€264,93
Custos dos tratamentos	—	—	€14,61
Custos dos exames	—	—	€91,56
Custos dos medicamentos	€38,63	€40,81	€148,74
Custos de transportes	0,17€	0,18€	0,13€
Custos de absentismo	—	—	22,75€

Os resultados demonstram que o efeito directo da violência doméstica sobre os custos totais com os cuidados de saúde é nulo



(no sentido de não ser estatisticamente diferente de zero), mas o efeito mediado pelo estado de saúde é da ordem dos 146 euros por ano, para uma despesa média das inquiridas que não foram vítimas de violência em cuidados de saúde de cerca de 641 euros por ano; ou seja, há, em média, um acréscimo de 23% nas despesas com cuidados de saúde.

O leitor atento poderá ter notado a aparente contradição entre a medição inicial dos custos de violência doméstica, operada com o modelo estatístico de regressão em forma reduzida e o modelo em dois passos, com o efeito mediado pelo estado de saúde. O aspecto principal para reconciliar os dois conjuntos de estimações é compreender o papel da análise em dois passos, que procede, indirectamente, a uma suavização dos efeitos de distorção associados com observações extremas, que poderão estar a influenciar, de forma significativa, os resultados obtidos com a forma reduzida de estimação do efeito de violência doméstica sobre os custos. Como forma de avaliar a razoabilidade desta resolução da aparente contradição enunciada, foi estimada, para as três principais categorias de custos, uma regressão adicional, dando menor peso às observações extremas<sup>15</sup>. Os valores obtidos são da mesma ordem de grandeza do modelo a dois passos, sugerindo que constituem uma melhor estimativa do que o modelo simples de forma reduzida.

Os valores ligeiramente acima de 20% dos custos de saúde anuais de não vítimas são semelhantes às estimativas de Coker *et al.* (2004) e Rivara *et al.* (2007) para os EUA. Acresce o facto de o número de observações em Coker *et al.* ser metade das utilizadas neste trabalho. A significância estatística nas relações estimadas é da mesma ordem de grandeza das que podem encontrar-se em Coker *et al.* Como já mencionámos, Ulrich *et al.* (2003) dão conta de estimativas muito superiores, que Coker *et al.* (2004) consideram ser resultado da abordagem metodológica. Aqui seguimos o mesmo procedimento. Defina-se a despesa anual em saúde de uma inquirida como sendo anormalmente elevada quando exceder

---

15 Opta-se por estimar apenas a regressão robusta a observações extremas nos casos de custos totais, custos para o SNS e custos para as mulheres, uma vez que o tratamento explícito de ponderar menos as observações extremas perde significado quando existe uma proporção elevada de valores nulos para a variável dependente.

o (percentil) 75% da amostra. A probabilidade de uma mulher vítima de violência doméstica estar acima do percentil 75% é cerca de 2,05 vezes maior do que uma mulher não vítima<sup>16</sup>. Isto indica que os nossos resultados são robustos e mostram amplamente que, também em Portugal, a violência doméstica tem custos de saúde adicionais significativos. Dado que a organização do sistema de prestação de cuidados de saúde se baseia no Serviço Nacional de Saúde, não é surpreendente constatar que a maior parte dos encargos dos custos da violência doméstica é suportada pelo SNS. A outra ideia principal que ressalta da nossa análise é que a importância dos custos de longo prazo (no período de um ano), nomeadamente os associados à deterioração do nível de saúde, é maior do que a dos custos imediatos.

## 5. Conclusões

O objectivo do presente relatório é o de quantificar os custos económicos associados com uma maior utilização de cuidados de saúde por parte das mulheres vítimas de violência doméstica. Os nossos cálculos mostram um importante efeito indirecto mediado pelo estado de saúde, ao passo que os efeitos directos apresentam variância elevada, devido às observações extremas.

A estimativa central aponta para um custo adicional de saúde de 140 euros por ano por mulher vítima de violência doméstica, aproximadamente 22% dos custos com cuidados de saúde das mulheres que não foram vítimas de violência (cerca de 640 euros por ano). Desse valor, 127 euros por ano são suportados pelo SNS, em consultas (55%) e medicamentos (30%). Os restantes 13 euros são suportados directamente pelas mulheres e 68% é devido ao consumo de medicamentos. Em termos relativos, o valor de 140 euros por ano está alinhado com as estimativas mais recentes produzidas para os Estados Unidos por Coker *et al.* (2004) e Rivara *et al.* (2007).

É claro que os custos económicos associados à violência contra as mulheres ultrapassam os custos de cuidados de saúde. Um

---

16 Este valor foi obtido a partir de uma regressão logística.

dos campos onde os custos prolongados da violência doméstica se fazem sentir é o mercado de trabalho, como discutido em Barros (2006)<sup>17</sup>. Apesar de não se tratar do foco principal deste trabalho, também é de realçar que os custos adicionais de cuidados de saúde associados com outros tipos de violência são significativos e encontram-se aproximadamente na mesma ordem de grandeza dos da violência doméstica. As situações que se incluem em «outro tipo de violência» abrangem realidades muito diversas. Futuros trabalhos deverão abordar a sua importância.

## Bibliografia

- BARROS, P.P. (2003), «Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função produção de saúde», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, pp. 7-18.
- BARROS, P.P. (2005). *Economia da Saúde – conceitos e comportamentos*. Coimbra: Livraria Almedina.
- BARROS, P.P. (2006), «Custos económicos de longo prazo da violência contra as mulheres», in Lisboa, Manuel (coord.), *Prevenir ou Remediar – os custos sociais e económicos da violência doméstica contra as mulheres*. Lisboa: Edições Colibri, pp.139-153.
- BARROS, P. P. & SIMÕES, J. A. (2007), «Portugal: Health System Review», in *Health Systems in Transition*, 9, 5, pp. 1-150.
- BOWLUS, A.J. & S. SEITZ, (2006), «Domestic violence, employment and divorce», in *International Economic Review*, 47, 4, pp. 1113-1149.
- CARMO, I. do (2006), «Custos com a saúde física», in Lisboa, Manuel (coord.), *Prevenir ou Remediar – os custos sociais e económicos da violência doméstica contra as mulheres*. Lisboa: Edições Colibri, pp. 77-94.
- COKER, A. L.; REEDER, C. E.; FADDEN, M. K. & SMITH, P. H. (2004), «Physical partner violence and Medicaid utilization and expenditures», in *Public Health Reports*, Novembro – Dezembro, 119, pp. 557-571.
- DRUMMOND, MICHAEL F.; O' BRIEN, Bernard J.; STODDART, Greg L. & TORRANCE, George W. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications, pp. 217-225.

---

17 Na literatura internacional, veja-se Swanberg e Logan (2005), Tolman e Wang (2005) e Bowlus e Seitz (2006), por exemplo.

- FARMER, A. & TIEFENTHATER, J. (1997), «An economic analysis of domestic violence», in *Review of Social Economy*, 55, 3, pp. 337-358.
- IGIF (2005). *Contabilidade Analítica dos Hospitais SNS*. Lisboa: Institute for Financial Management and Informatics.
- IGIF (2007). *Relatório e Contas dos Hospitais SNS 2005*. Lisboa: Institute for Financial Management and Informatics.
- INFARMED (2004). *Medicines Statistics, Lisbon, National Pharmacy and Health care Products Authority*. (www.infarmed.pt, consultado em 25 de Maio de 2007).
- INFARMED (2007). *Prontuário Terapêutico*. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (www.infarmed.pt, consultado em 28 de Maio de 2007).
- LISBOA, Manuel; CARMO, Isabel; VICENTE, Luísa; NÓVOA, António; BARROS, Pedro P.; ROQUE, Ana; SILVA, Sofia; FRANCO, Luísa & AMÂNDIO, Sofia (2006). *Prevenir ou Remediar – os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Ed. Colibri.
- LISBOA, M.; BARROS, P.; CEREJO, D.; BARRENHO, E.; ALFARROBA, A. & MARTELEIRA, J. (2007). *Os custos económicos da prestação de cuidados de saúde às vítimas de violência doméstica*. Lisboa: DGS/FCSH.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública (2006). *Relatório de Actividades da ADSE 2006*: Lisboa: Direcção Geral da Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, Ministério das Finanças e Administração Pública.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública, Tabela de Comparticipações de Cuidados de Saúde do Regime Convencionado, Lisboa, Direcção Geral da Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, Ministério das Finanças e Administração Pública. (www.adse.pt consultada em 15 de Junho de 2007).
- Ministério das Finanças e da Administração Pública, Tabelas de Comparticipação do Regime Livre, Lisboa, Direcção Geral da Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, Ministério das Finanças e Administração Pública. (www.adse.pt consultada em 15 de Junho de 2007).
- RIVARA, F.P.; ANDERSON, M. L.; FISHMAN, P.; BONOMI, A. E.; REID, R. J.; CARRE, D. L. & THOMPSON, R.S. (2007), «Health care utilization and costs for women with a history of intimate partner violence», in *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 2, pp. 89-96.
- TAUCHEN, H. V.; WITTE, A. D. & LONG, S. K. (1991), «Domestic violence and employment: a qualitative study», in *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 1, pp. 3-17.

- TOLMAN, R. M. & WANG, H. C. (2005), «Domestic violence and women's employment; fixed effects models of three waves of women's employment study data», in *American Journal of Community Psychology*, 36, 1-2, pp. 147-158.
- ULRICH, Y. C.; CAIN, K. C.; SUGG, N. K.; RIVARA, F. P.; RUBANOWICE, D. M. & THOMPSON, R. S. (2003), «Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence», in *American Journal of Preventive Medicine*, 24, pp. 9-15.
- VICENTE, L.B. (2006). «Custos psicológicos nas mulheres vítimas de violência», in Manuel (coord.), *Prevenir ou Remediar – os custos sociais e económicos da violência doméstica contra as mulheres*. Lisboa: Edições Colibri, pp. 95-109.

Esta obra aborda questões metodológicas e epistemológicas cruciais para o desenvolvimento da investigação sociológica actual. Ela traduz um momento de síntese do conhecimento sobre as metodologias no campo da Sociologia e faz uma meta-reflexão a partir dos problemas e soluções encontradas em mais de duas dezenas de investigações empíricas. Inclui estudos com diferentes âmbitos geográficos (nacional, regional e local), centrados na actualidade ou recuando no tempo sempre que necessário, com abordagens metodológicas variadas (qualitativas, quantitativas e mistas) e que recorrem a escalas de observação distintas (macro, meso e micro). Este livro de metodologia não pretende substituir os manuais já existentes, não repetindo as questões aí abordadas. Ele deve ser entendido como um instrumento metodológico complementar, com questões e temáticas que resultam da experiência de pesquisa, na área das Ciências Sociais, de uma ampla e pluridisciplinar equipa de investigação, ao longo dos últimos 25 anos. Ele percorre as principais fases e momentos da pesquisa, esperando-se que constitua um instrumento útil para estudantes, investigadores e investigadoras.



ISBN 978-989-755-223-6



9 789897 552236