

Saúde na Europa e em Portugal – Considerações a Propósito do Relatório ‘Health at a Glance: Europe 2018’



Health in Europe and in Portugal – A Commentary on the ‘Health at a Glance: Europe 2018’ Report

Constantino SAKELLARIDES✉¹

Acta Med Port 2019 Jan;32(1):7-10 • <https://doi.org/10.20344/amp.11786>

Palavras-chave: Disparidades nos Níveis de Saúde; Europa; Mortalidade; Multimorbilidade disparidades, envelhecimento; Portugal
Keywords: Europe; Health Status Disparities; Mortality; Multimorbidity; Portugal

INTRODUÇÃO

O que é e para que serve o ‘Health at a Glance: Europe 2018’

a) Papel crescente da União Europeia na análise da informação de saúde

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) iniciou a publicação dos relatórios *Health at a Glance – OECD Indicators* em 2001, dedicados à saúde das populações dos seus estados-membros. Estes são atualmente 36, incluindo 26 países Europeus.

Três organizações, para além da OCDE, têm contribuído para a recolha, análise e divulgação de informação relativa à saúde dos europeus: A Organização Mundial de Saúde (OMS/Europa), e União Europeia (UE) através da Comissão Europeia, e depois de 1998, o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

A partir da segunda metade dos anos 90 assistiu-se a uma tendência crescente destas organizações colaborarem entre si. A constituição do Observatório Europeu, foi em si, mais uma indicação desta tendência.

A crescente influencia da União Europeia neste domínio, resultou no facto de a partir de 2016 a Comissão Europeia ter tomado a iniciativa de criar o denominado ‘Ciclo sobre o Estado de Saúde na União Europeia’, constituído pelos três ‘passos’ seguintes: (i) Relatório sobre o Estado de Saúde na Europa (*Health at a Glance: Europe*¹ a publicar nos anos pares, em colaboração com a OCDE; (ii) Perfis de Saúde dos Países da União Europeia (*Country Health Profiles*) produzidos nos anos ímpares, em colaboração com o Observatório Europeu; (iii) Intercâmbio voluntário com os países membros com o objetivo de discutir e aprofundar os conteúdos dos seus perfis de saúde.

É neste novo contexto, que foi recentemente publicado o ‘*Health at a Glance: Europe 2018*’ (HG2018), sobre o qual incide este comentário.¹

b) Vantagens e limitações da análise HG 2018

Segundo os seus autores, este relatório tem dois objetivos.

O primeiro consiste em apresentar uma análise comparativa do estado de saúde dos cidadãos da UE, baseada

em dois conjuntos de indicadores: ‘estado de saúde’ e ‘factores de risco para a saúde’. O segundo objetivo incide na comparação do desempenho dos sistemas de saúde dos 28 estados-membros da UE, e também dos cinco ‘países candidatos’ e de três países da EFTA (Associação Europeia de Livre Comércio). Para esta análise acrescentam-se outros quatro conjuntos de indicadores: gastos e financiamento dos sistemas de saúde, sua efetividade, acessibilidade e resiliência.

Os indicadores selecionados são apresentados de um modo cuidado, incluindo definições explícitas e claras, para além de informação útil sobre a comparabilidade dos indicadores recolhidos pelas bases de dados utilizadas. São representados de uma forma graficamente convidativa, o que permite uma vista de olhos (*a glance*) rápida e eficaz sobre esses conteúdos. Estes são de natureza a suscitar interrogações e hipótese explicativas sugestivas sobre as múltiplas questões que os sistemas de saúde suscitam.

Contudo, este tipo de análise, predominantemente feita indicador a indicador, tem evidentes limitações, quando se trata de entender melhor as dinâmicas evolutivas dos sistemas de saúde e a forma de as influenciar.

Saúde na Europa: duas tendências preocupantes

O HG2018 identifica duas tendências preocupantes na análise da evolução dos indicadores de saúde na Europa.

a) Desaceleração na melhoria da esperança de vida dos europeus

A primeira destas preocupações tem a ver com as tendências recentemente observadas em relação aos padrões de mortalidade e à evolução da esperança de vida ao nascer: Entre 2001 e 2011 a esperança de vida aumentou, pelo menos entre 2% e 3% em todos os países da UE. A partir de 2011 este crescimento abrandou, particularmente na Europa Ocidental, em que não ultrapassou 0,5 anos, entre 2011 e 2016. Isto é atribuído pelos autores do relatório, a dois factores: o abrandamento na diminuição da mortalidade cardiovascular que se tinha vindo a observar na Europa e o aumento da mortalidade sazonal (inverno) entre os

1. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Constantino Sakellarides. Sakellaridessak@ensp.unl.pt

Recebido: 04 de Janeiro de 2019 - Aceite: 07 de Janeiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019



mais idosos.

No Reino Unido, onde esta situação se manifesta de forma mais marcante, ela mereceu uma análise mais detalhada da parte da *Public Health England*, a agência executiva do Departamento de Saúde e Cuidados Sociais da Inglaterra, publicada em Dezembro de 2018.²

Esta análise evidencia que, em Inglaterra, a desaceleração no aumento da esperança de vida, a partir de 2011, fez-se sentir tanto nos homens como nas mulheres. Contudo, nalguns grupos etários e em determinadas áreas geográficas, a esperança de vida deixou mesmo de crescer. Na população feminina, vivendo em áreas mais carenciadas, a esperança de vida, de facto, diminuiu. Este padrão é também detetável noutros países da Europa ocidental, mas de forma mais atenuada.

O excesso de mortalidade observado nos invernos 2014/15, 2016/17 e 2017/18 parece estar associado à circulação do vírus da gripe A(H3N2), que tende a afetar particularmente as pessoas mais idosas. No entanto, convém recordar que o envelhecimento da população também significa que, um número crescente de pessoas com afecções debilitantes (cardíacas, respiratórias, demências) tornaram-se mais susceptíveis aos fatores de risco associadas ao inverno, em especial, as infeções e frio. Por estas razões também, estas pessoas tornam-se agora mais dependentes da qualidade das respostas dos serviços de saúde e dos serviços sociais.

É, no entanto, importante acentuar que o abrandamento observado na melhoria das taxas de mortalidade também se observou fora dos meses de inverno.

Parece plausível que isto esteja associado à desaceleração das melhorias nas taxas de mortalidade das doenças cardiovasculares, e que esta esteja relacionada com um aumento da prevalência da diabetes e da obesidade, entre outros fatores.

Importante também, é a constatação do aumento do número de mortes acidentais associadas à toxicoddependência (sobredosagem) entre os adultos jovens, como é já notório nos Estados Unidos. Aqui, também em Dezembro de 2018, Muennig *et al*, publicam uma análise sugestivamente intitulada *America's Declining Well-Being, Health, and Life Expectancy: Not Just a White Problem*.³ Estes autores sugerem que a epidemia das mortes pelo uso de opiáceos por parte da população branca jovem, não hispânica e com baixos níveis educativos, descrita por Case e Deaton, em 2015,⁴ é só um aspeto de um problema mais vasto que não deixa de ter alguns contornos semelhantes com os padrões de mortalidade que, aparentemente, se começam agora também a configurar na Europa.

Estas são matérias sobre as quais se esperam novas contribuições, e controvérsias, no decorrer de 2019.

b) Disparidades persistentes nos indicadores de saúde, entre países e dentro de cada país

A segunda observação, de carácter geral, sobre a evolução da saúde dos europeus, referida no HG2018, diz respeito à persistência de uma considerável desigualdade

em esperança de vida entre os europeus mais educados, quando comparados com os menos educados.

Em média, na União Europeia, um homem de 30 anos de idade com um baixo nível educativo, viverá oito anos menos que aquele que tiver uma educação universitária.

Os autores atribuem a persistência destas desigualdades à exposição a fatores de risco de doença e também às disparidades no acesso aos cuidados de saúde. Quanto aos fatores de risco, a obesidade parece ser o mais significativo. Um em cada seis adultos é obeso na Europa e esta prevalência continua a crescer. Aqui também as disparidades socioeconómicas são notórias: a prevalência da obesidade nas pessoas menos educadas é quase duas vezes maior do que nas mais educadas.

Mesmo naqueles aspetos onde se observam progressos significativos nas respostas dos serviços de saúde às necessidades de saúde, mantem-se evidentes disparidades entre países e dentro de cada país.

O Relatório identifica, entre 2010 e 2015, uma melhoria na sobrevida dos doentes internados por enfarte do miocárdio (redução de 30% na letalidade) e acidente vascular cerebral (redução de 20%). Contudo continuam a observar-se grandes disparidades entre países e entre hospitais nestes resultados.

Também na análise das necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde é possível concluir que no decurso dos últimos 10 anos houve progressos significativos nos acessos a estes cuidados, mantendo-se, contudo, consideráveis diferenças entre os sectores populacionais de maior nível económico e aqueles que vivem com maiores dificuldades económicas – cinco vezes melhores resultados nos primeiros quando comparados com os segundos.

Envelhecimento português

a) A questão demográfica

Entre os 28 países da União Europeia, Portugal está entre aqueles que têm uma maior percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos (21,1%, em 2017). Valores superiores a este só se observam na Grécia e Alemanha (discretamente) e na Itália (de uma forma mais acentuada). A evolução da natalidade e fertilidade na população portuguesa, durante a última década, acentua o significado destes dados.

b) Saúde e envelhecimento

As mulheres portuguesas, aos 65 anos de idade, têm, em média, uma das maiores esperanças de vida na EU (21,8 anos). No entanto só 29% desta esperança de vida decorre com saúde (pouco mais de seis anos). Este valor é um dos mais baixos observados na UE (média de 47%). Em países como a Irlanda e a Dinamarca este valor é superior a 50%, sendo de 77% na Suécia, o que corresponde a mais de 15 anos de esperança de vida com saúde, aos 65 anos. No que diz respeito aos homens, além da esperança de vida ser inferior à das mulheres, como é sabido, estes contrastes, sendo também patentes, são menos acentuados.

Este é um indicador relevante em termos do potencial de bem-estar acumulado durante o percurso de vida, até aos 65 anos. Requer, no entanto, cuidados na sua interpretação. Parte das diferenças observadas podem ser atribuídas à forma como os dados são colhidos e aos factores culturais associadas à percepção de saúde e doença.

Contudo há que relevar que (i) muitas das diferenças observadas entre Portugal e um número considerável de outros países europeus são de grande magnitude (ii) as percepções de saúde e doenças fazem parte integrante do bem-estar ou da sua ausência, (iii) existe um vasto conjunto de outras observações que convergem com a ideia de um envelhecimento português problemático, particularmente evidente na população feminina.

Destas há que reter, essencialmente, as seguintes:

- Os portugueses reportam também um nível mais baixo de satisfação com o seu estado de saúde, maior prevalência de doença crónica e de incapacidades do que a grande maioria dos outros 27 países da UE;

- Observa-se, em Portugal, uma elevada mortalidade por doença respiratória e particularmente por pneumonia, em comparação com os outros países europeus;

- A prevalência de diabetes (tipo 1 e 2, na população adulta, estandardizada para a idade) é a mais elevada entre os 28 países da União Europeia;

- Indicadores relativos à saúde mental também são particularmente desfavoráveis para a população portuguesa, quer vistos no seu conjunto, quer quando se olha, por exemplo, para elevada prevalência de depressão crónica na mulher portuguesa (que tende a acentuar-se com a idade) ou quando se observam as estimativas referentes à prevalência da demência em Portugal, quando comparada com as de outros países.

c) Contexto económico e financiamento da saúde

Quando pensamos no significado desta situação e na necessidade de encontrar as respostas necessárias, não podemos deixar de ter em conta as realidades económicas e sociais de Portugal no contexto Europeu.

A riqueza produzida, em média, por cada português (PIB, *per capita*, em Euros PPP) foi em 2017 de 22.999. No mesmo ano, a da Alemanha foi de 36.900, da Dinamarca 37.496 e da Holanda 38.304. Situam-se também acima de Portugal, a República Checa, a Eslováquia e a Eslovénia e abaixo, para além da Grécia, os outros países do leste europeu integrados na UE.

Acresce que Portugal foi, a seguir à Grécia, o país Europeu, que mais viu reduzidos os gastos com a saúde no período 2009-2013 (não inteiramente compensados com o aumento observado entre 2013 e 2017) e em que a percentagem das contribuições diretas das famílias para os gastos totais para a saúde, são das mais elevadas entre os países europeus.

Gastos em saúde que, em Portugal, estão também associados a outros inconvenientes evitáveis como estadias hospitalares prolongadas, excesso de cesarianas e infecções nosocomiais e de prescrição de ansiolíticos e

antibióticos.

Para além daquilo que *Health at a Glance: Europe 2018* permite saber

a) Pessoas com morbilidade múltipla e políticas de saúde.

Há hoje um consenso alargado de que não é 'a doença', nem sequer 'a doença crónica' aquilo que constitui o principal desafio dos sistemas de saúde da atualidade. São antes as pessoas com 'morbilidade múltipla'. Esta inclui a doença, mas também o conjunto de todas as outras situações associadas ao bem-estar das pessoas.⁵⁻⁷

A resposta coordenada às necessidades das pessoas com morbilidade múltipla requer necessariamente:

- Integração de cuidados, pela gestão do percurso das pessoas através dos serviços de que necessitam, incluindo aqueles que resultam das suas agudizações, as diversas modalidades de cuidar em casa e a estreita colaboração com os serviços sociais;

- Apoio de novos instrumentos, como planos individuais de cuidados, bem integrados no sistema de informação de saúde;

- Participação mais informada de cada um (maior literacia) na prevenção da morbilidade múltipla (promoção e proteção da saúde) e na minimização dos seus efeitos.

O HG2018, não está suficientemente sintonizado com esta transição da 'doença' para 'as pessoas com morbilidade múltipla'. E esta é essencial para um envelhecimento com melhor saúde.

b) Sistemas de saúde na era da complexidade – a importância do contexto.

Os sistemas de saúde são em si, realidades de grande complexidade. Isto quer dizer as suas componentes estão estreitamente relacionadas entre si, pelo que dificilmente podem ser compreendidas e influenciadas sem ter em conta as suas interações.⁸

Isso não é possível com uma análise excessivamente fragmentada, que não esclareça como cada uma das peças constituintes (coletânea de indicadores) encaixam umas nas outras, num todo explicável.

É evidente também que os sistemas de saúde dependem significativamente de aspetos que lhes são exteriores, de natureza económico-financeira, social e cultural. Muita desta informação consta de outras publicações da própria OCDE. Para compreender os sistemas de saúde da atualidade precisamos de modelos de análise que incorporem interações e contexto. As sínteses possíveis a partir do HG2018 não se aproximam ainda destes requisitos.

c) Políticas de saúde e a União Europeia

Tendo agora o *Health at a Glance: Europa* passado a integrar o denominado 'Ciclo sobre o Estado de Saúde na União Europeia' faria sentido que os indicadores descritos e a sua análise fossem associados à monitorização e avaliação da Estratégia de Saúde da União Europeia. Tal não acontece.

Conviria superar efetivamente a percepção de que, as políticas da UE neste domínio – a *EU Health Strategy – Together for Health* adotada em 2007, e a atual Estratégia Europa 2000 (discreta na sua componente de saúde pública), não estão sujeitas a qualquer escrutínio que assegure a sua utilidade.

Observações finais

Estes não é um retrato exaltante do nosso tempo. Podemos fazer muito melhor.

O HG2018 serve muito bem para suscitar questões que merecem a atenção de Europeus e Portugueses.

Mas também ilustra, igualmente bem, por aquilo que apresenta e por aquilo que lhe falta, o limitado alinhamento das políticas que temos com a natureza dos desafios que enfrentamos.

A nível Europeu, a agenda política sobrenadante – os *deficits*, as dívidas, o controlo orçamental – não incorpora aspectos essenciais para o bem-estar das populações europeias. Em nenhum momento da vida de todos-os-dias se

sente que exista, de facto, uma estratégia de saúde para a Europa.

Em Portugal, os principais agentes da saúde esgotam a sua intervenção na busca de mais recursos para as suas circunscrições. Mais e melhores recursos são, de facto, necessários. Não para alimentar e fortalecer as disfunções atuais, mas para alavancarem as transformações necessárias.

Esta não é uma questão exclusivamente portuguesa: “... *giving priority to sustainability ahead of transformation is unhelpful when transformation holds the key to the long-term sustainability of the NHS.*”⁹

A importância destas transformações – resposta às pessoas com morbilidade múltipla, integração de cuidados, investimento real no conhecimento das pessoas para melhor proteger e promover a sua saúde, saúde pública local em todas as suas dimensões – estão bem inscritas na realidade concreta da saúde das nossas comunidades. Se as quisermos ler, faremos um discurso da saúde que pode fazer a diferença.

REFERÊNCIAS

1. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. União Europeia (OECD/EU). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018.
2. Public Health England. A review of recent trends in mortality in England. London: PHE; 2018.
3. Muennig PA, Reynolds M, Fink DS, Zafari Z, Geronimus AT. America's declining well-being, health, and life expectancy: not just a white problem. *Am J Public Health.* 2018;108:1626–31.
4. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2015;112:15078–83.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of Multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380:37–43.
6. Hughes L, McMurdo M, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing.* 2013;42:62–9.
7. Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: A priority for global research. London: AMS; 2018.
8. Sakellarides C, Escoval A, Barbosa P, Santos AI, Pedro AR, Miranda D. Health systems at the age of complexity - The need of collaborative intelligence. 2019 (in press).
9. Ham C. The 10-years plan: transformation holds the key to sustainability. The NHS 10-year plan/transformation holds the key to sustainability. The King's Fund. [Acedido 2018 nov 10]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2018/07/nhs-10-year-plan-transformation-holds-key-sustainability>