

Uma Perspetiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2020”

A Perspective about the “Health at a Glance 2020” OECD Report



Raquel DUARTE^{1,2}

Acta Med Port 2021 Feb;34(2):84-86 • <https://doi.org/10.20344/amp.15654>

Palavras-chave: COVID-19; Indicadores Básicos de Saúde; Indicadores de Qualidade em Cuidados de Saúde; Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico; Portugal

Keywords: COVID-19; Health Status Indicators; Organisation for Economic Co-Operation and Development; Portugal; Quality Indicators, Health Care

INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 realçou a necessidade de considerar a resiliência dos sistemas de saúde a par das outras dimensões que são habitualmente avaliadas como a acessibilidade, qualidade dos cuidados de saúde e eficiência. Os países que se mostraram mais bem preparados e atuaram mais rapidamente na redução da transmissão do vírus através da rápida escalada na testagem e das estratégias de rastreio, foram capazes de evitar medidas de restrição mais apertadas e com maior custo económico.

O relatório da OCDE¹ é dividido em duas partes, em que a primeira contém dois capítulos temáticos (avaliação da resiliência dos sistemas de saúde perante a pandemia por COVID; revisão do efeito da poluição do ar na saúde e bem-estar das populações) e a segunda inclui a avaliação dos indicadores de saúde e dos sistemas de saúde. Os dados desta publicação provêm de estatísticas nacionais oficiais, de inquéritos coordenados pelo Eurostat, European Centre for Disease Prevention and Control, entre outras fontes, tendo sido avaliados e validados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ou Económico (OCDE), Eurostat e Organização Mundial da Saúde.

Internamento hospitalar

Apesar dos esforços para limitar a transmissão de COVID-19, a pandemia submeteu os sistemas de saúde europeus a uma sobrecarga repentina de doentes com necessidade urgente de tratamentos diferenciados e internamento, quer em enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos.

A taxa de ocupação das camas hospitalares permite prever a capacidade de resposta a um aumento repentino da procura, como ocorreu durante a pandemia. Em 2018 a taxa de ocupação média era de 73% nos países membros da União Europeia (UE) sendo de 80% em Portugal. Quanto mais alta é a taxa de ocupação, menor é a capacidade

de responder rapidamente a um aumento súbito da procura.

Durante a pandemia por COVID-19 tem havido necessidade de aumentar a capacidade de internamento em unidades de cuidados intensivos. O número de camas de cuidados intensivos, equipadas com ventiladores, monitores e profissionais treinados é um indicador importante da capacidade de um sistema de saúde responder a uma crise como a que estamos a passar. Antes da pandemia, a variação de camas de cuidados intensivos situava-se entre 34 camas/100 000 pessoas na Alemanha e 5 camas/100 000 pessoas na Irlanda (no relatório da OCDE não são apresentados os dados de Portugal, mas o *site* do SNS identificava 5,66 camas/100 mil habitantes em dezembro de 2019 e 7,39 em abril de 2020).²

Em geral, as estratégias para aumento da capacidade de internamento focaram-se em quatro grandes intervenções: transformação de enfermarias convencionais em unidades de cuidados intensivos, criação de hospitais de campanha, transferência de doentes para localidades com menor pressão, e parceria com hospitais privados.

Um dos parâmetros avaliados é a capacidade do sistema de saúde reduzir o número de internamentos evitáveis. Portugal é um dos países com melhores resultados ao nível do internamento evitável por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e asma (Portugal = 90/100 000 habitantes, UE21 = 209/100 000 habitantes), insuficiência cardíaca (Portugal = 111/100 000 habitantes, UE21 = 276/100 000 habitantes) e diabetes (Portugal = 52/100 000 habitantes, UE21 = 131/100 000 habitantes).

Recursos humanos

Na abordagem do doente com COVID-19, as políticas que permitiram aumentar a capacidade de internamento hospitalar e de equipamento viabilizaram a resposta face ao aumento da procura.

1. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

2. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Vila Nova de Gaia. Portugal.

✉ Autor correspondente: Raquel Duarte. raquel.duarte@chvng.min-saude.pt

Recebido: 05 de janeiro de 2021 - Aceite: 05 de janeiro de 2021 - First published: 07 de janeiro de 2021 - Online issue published: 01 de fevereiro de 2021

Copyright © Ordem dos Médicos 2021



O problema focou-se na falta de recursos humanos. Apesar do aumento de profissionais de saúde na última década, continuam a persistir falhas em muitos países.

Em Portugal, o número de enfermeiros está abaixo da média da UE (6,9/1000; UE = 8,2/1000 habitantes). O nosso país surge no relatório da OCDE com dados sobre médicos sobrevalorizados (conforme nota no próprio relatório, que estima que o verdadeiro valor esteja também abaixo da média da UE), uma vez que inclui todos os médicos licenciados (reformados ou emigrados, por exemplo), independentemente de estarem ou não no ativo.

A falta de recursos humanos foi evidente durante a pandemia, colocando os serviços de saúde sob pressão. Diversos países, tal como Portugal, viram-se na necessidade de mobilizar reformados, estudantes de medicina e de enfermagem ou de outras áreas da saúde.

Esta crise reforçou a necessidade de criação de uma reserva de profissionais que possam ser mobilizados rapidamente, assim como a importância de se cuidar dos profissionais de saúde. A sobrecarga de trabalho, assim como a pressão psicológica a que estiveram sujeitos, poderão ter efeitos a longo prazo no seu bem-estar e na sua saúde mental. Foram referidos no relatório alguns estudos onde foi identificado um aumento de sintomas de *stress*, ansiedade, depressão e insónia nos profissionais de saúde, particularmente naqueles que trabalham com doentes com COVID-19.

A importância dos determinantes sociais

A COVID-19 exacerbou as iniquidades sociais em saúde atingindo desproporcionalmente os mais pobres e as populações mais vulneráveis. A mortalidade associada mostrou um gradiente social claro, o que torna mais evidente a importância dos determinantes sociais em saúde. Este facto realça a necessidade de políticas socioeconómicas inclusivas e de intervenções que vão para além dos sistemas de saúde para abordar as causas de iniquidade.

Portugal foi um dos países que assegurou acesso universal, que é uma medida fundamental para garantir a cobertura das populações mais vulneráveis, mas não chega para reduzir o gradiente socioeconómico na mortalidade por COVID-19. É preciso conhecer os motivos que justificam o maior risco de mortalidade e aplicar políticas sociais adequadas. Pessoas com menor poder económico acumulam fatores de risco como tabaco, obesidade, maior exposição ao vírus nos contextos laboral (em atividades pouco adaptáveis ao regime de teletrabalho) e habitacional (por sobrelotação).

O vírus atingiu de uma forma mais grave as pessoas mais velhas e aquelas com comorbilidades associadas. Em quase todos os países, e Portugal não escapou a esta regra, cerca de 90% das mortes por SARS-CoV-2 ocorreram entre pessoas com mais de 60 anos. Em muitos deles, mais de metade das mortes ocorreram entre residentes de estruturas residenciais para idosos.

Fatores de risco modificáveis

Continua em foco a importância de outros fatores de risco modificáveis com importante impacto na saúde e mortalidade, nomeadamente o tabaco, consumo de álcool, hábitos nutricionais pouco saudáveis, falta de atividade física e obesidade. Apesar do notável progresso na redução do consumo de tabaco, este continua a ser o comportamento de risco para a saúde mais frequente.

Acesso efetivo aos cuidados de saúde

O acesso efetivo aos diferentes cuidados de saúde pode ser afetado por falta de profissionais, listas de espera ou até necessidade de percorrer longas distâncias.

As listas de espera, nomeadamente para cirurgia eletiva, eram já um problema crescente para muitos países da União Europeia à medida que a procura aumenta de uma forma mais rápida que a oferta. Estes tempos de espera vão crescer, dado o adiamento de muitas cirurgias eletivas durante a pandemia. Alguns países, como a Dinamarca e a Hungria, terão encontrado uma estratégia em que combinam intervenções do lado da oferta, mas também da procura, com uma monitorização regular do processo.

Também ocorreu uma redução da procura de serviços de urgência e de consultas. O atraso no diagnóstico de cancro foi apontado, por exemplo, como um problema numa série de países, questionando-se o impacto que terá nas taxas de sobrevida.

O empoderamento dos cuidados de saúde primários é fundamental para garantir o cuidado dos doentes não-COVID-19. A manutenção da resposta dos cuidados de saúde primários, o aumento da intervenção domiciliária, a expansão do papel de outros profissionais de saúde, o aumento do recurso a teleconsultas, serão factores chave na redução do atraso e uma forma de garantir o acesso a toda a população.

COMENTÁRIO

A análise do relatório focou-se na avaliação da resiliência dos sistemas de saúde. Estamos perante um desafio sem igual e, apesar de já termos vacinas no horizonte, o vírus não nos dá tréguas. Há que aprender com a experiência recente. Para dar resposta a esta e futuras emergências de saúde pública precisamos de ter estratégias que se foquem em cinco pontos:

- **Rapidez:** tiveram melhores resultados os países que conseguiram escalar celeremente a realização de testes, rastrear as populações de risco e ter mensagens de saúde pública que sejam percebidas pela comunidade, tornando-as mais capazes de lidar com o risco e mais aderentes às recomendações comunicadas pelas autoridades de saúde.
- **Flexibilidade:** precisamos de encontrar estratégias flexíveis para dar resposta às necessidades de internamento. As medidas mais eficazes foram as mais flexíveis, com a transformação de enfermarias convencionais em cuidados intensivos. A grande limitação prende-se com os recursos humanos.

Os países terão de investir mais nos seus profissionais de saúde.

- Proximidade: os cuidados de saúde primários e os serviços de saúde mental são fundamentais – precisamos de continuar a investir na telemedicina e nos cuidados domiciliários. Só assim podemos garantir a resposta necessária e aliviar a pressão nos hospitais.
- Vulnerabilidade: as populações mais velhas têm um risco elevado de formas graves e de mortalidade por COVID-19. As políticas dirigidas aos lares poderiam ter sido mais rápidas. O gradiente socioeconómico da mortalidade por COVID-19 mostra também a importância de se focarem os determinantes sociais da saúde. A cobertura universal é fundamental, mas convém não esquecer a identificação das razões

diretas que justificam esse excesso de risco e a implementação de políticas que as possam resolver. A abordagem destes determinantes traduz maior investimento em prevenção e exige intervenções que ultrapassam o sistema de saúde.

- Cooperação: por último, a resiliência dos sistemas de saúde é um desafio multissistémico e exige cooperação internacional. A partilha de informação, a centralização das compras, a transferência de doentes entre países, são alguns dos exemplos que mostraram os benefícios do suporte entre países.

Fomos invadidos por um vírus que desconhecíamos. Nesta altura já aprendemos muito, com os nossos êxitos e fracassos. Há que aprender com o presente, e há que preparar o futuro.

REFERÊNCIAS

1. Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos. Health at a Glance 2020. Paris: OCDE; 2020.
2. Serviço Nacional de Saúde. Mais camas em Cuidados Intensivos.

2020. [consultado 2021 jan 4]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/05/20/mais-camas-em-cuidados-intensivos>.