

## A Portrait of the State of Healthcare in Portugal: “Health at a Glance 2021”



Alexandre LOURENÇO✉<sup>1,2,3</sup>

Acta Med Port 2022 Feb;35(2):84-86 • <https://doi.org/10.20344/amp.17875>

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

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

A publicação anual do relatório para a área da saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) constitui uma oportunidade para refletir sobre a avaliação dos sistemas de saúde e, evidentemente, sobre os resultados apresentados pelo sistema de saúde português.

A avaliação de sistemas de saúde é uma tarefa de enorme complexidade e risco. A primeira questão a colocar-se prende-se com o objeto da avaliação. Deverá ser a saúde da população? O desempenho dos sistemas de saúde? Os efeitos das últimas reformas? Magnan *et al*<sup>1</sup> sugerem que a saúde da população depende em 20% da prestação de cuidados de saúde, bem como de outros fatores relevantes: socioeconómicos (40%); comportamentos saudáveis (30%); e ambientais (10%). Logo, ao se centrar a análise unicamente sobre aspetos diretamente relacionados com a prestação de cuidados corre-se o risco de observar apenas uma parcela da realidade. Ao longo dos anos, o relatório da OCDE tem evoluído para além da prestação de cuidados, por exemplo para áreas referentes aos comportamentos saudáveis como tabagismo, riscos alimentares, consumo de álcool e exercício físico.

Ao nível da avaliação do desempenho o Relatório Mundial de Saúde 2000 — sistemas de saúde: melhorar o desempenho representa um marco incontornável. Neste relatório, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup> sugere que a avaliação do desempenho seja medida através da relação entre a despesa *per capita* em saúde e o cumprimento dos objetivos do sistema de saúde: capacidade de resposta (às expectativas não médicas), contribuição financeira justa, e estado de saúde da população. Em relação à capacidade para atingir os objetivos dos sistemas de saúde, Portugal fica classificado na 32.<sup>a</sup> posição (nível do estado de saúde da população: 29.<sup>a</sup>; capacidade de resposta: 38.<sup>a</sup>; justiça contributiva: 58 - 60.<sup>a</sup>). Ao nível da despesa *per capita*, Portugal é classificado na 28.<sup>a</sup> posição. Na relação entre as duas componentes, o sistema de saúde português é catapultado para a 12.<sup>a</sup> posição. Devido à elevada

despesa *per capita*, países como a Alemanha, a Suécia, ou a Suíça caem para posições bem menos favoráveis: 25.<sup>a</sup>, 23.<sup>a</sup> e 20.<sup>a</sup> posições, respetivamente.

A relativa boa classificação portuguesa entrou no ideário popular nacional, tendo-se criado o mito de Portugal ter um dos melhores sistemas de saúde do mundo. Para além dos dados se referirem a 1997 – muito aconteceu após esta data – esta ideia tem sido utilizada para obliterar as dificuldades do sistema em garantir acesso a cuidados de saúde de forma satisfatória. Se as entidades portuguesas saíram satisfeitas deste exercício, outras não o apreciaram. De tal modo que, nenhuma entidade multilateral voltou a publicar um relatório a hierarquizar sistemas de saúde.

A publicação deste tipo de classificações pode limitar a melhoria dos sistemas de saúde. Por um lado, as boas classificações podem enfraquecer a necessidade de transformação e melhoria. Este aspeto é particularmente relevante no contexto de sistemas de saúde que apresentam dificuldades em adaptar-se a novos contextos demográficos e tecnológicos. Por outro, as más classificações têm potencial para desmotivar ou mesmo promover a rejeição dos resultados. Demasiadas vezes, face a resultados negativos, verifica-se um comportamento reativo e maniqueísta. Questiona-se a bondade do mensageiro ou o rigor metodológico, esquecendo-se a análise às causas de tais resultados.

A OCDE encontrou um formato elegante para comparar sistemas de saúde. O modelo desenvolvido permite a comparação de indicadores individuais, evitando uma comparação generalizada e a hierarquização de sistemas. Contudo, os dados podem ser alvo de interpretações mais ou menos favoráveis de acordo com a conveniência de cada estado-membro. O relatório sobre o sistema de saúde português da responsabilidade da OCDE e do *European Observatory on Health Systems and Policies*, em cooperação com a Comissão Europeia<sup>2</sup> decorre em grande medida dos dados apresentados no “*Health at a glance 2021*”. Contudo, face a aspetos negativos, o relatório sobrevaloriza o impacto de iniciativas governamentais para debelar tais fragilidades.

1. Presidente. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Inovação e Desenvolvimento. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal.

3. NOVA School of Business & Economics. Carcavelos. Portugal.

✉ **Autor correspondente:** Alexandre Lourenço. [alexandre.lourenco@chuc.min-saude.pt](mailto:alexandre.lourenco@chuc.min-saude.pt)

**Recebido:** 11 de janeiro de 2022 - **Aceite:** 11 de janeiro de 2022 - **Online issue published:** 01 de fevereiro de 2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022



Basta confrontar a interpretação das medidas enunciadas com o Relatório da Primavera de 2021.<sup>4</sup>

A comparabilidade entre países é fundamental para a identificação de boas práticas e de pontos de melhoria. Avaliar o sistema de saúde é um exercício particularmente relevante para profissionais de saúde, académicos, decisores e governantes. Neste contexto permitam-me destacar três áreas a priorizar quanto ao sistema de saúde português: fatores de risco para a saúde, proteção financeira, e acesso a cuidados de saúde.

As políticas de saúde devem priorizar os comportamentos saudáveis. Portugal mantém uma trajetória positiva na redução consumo de tabaco, álcool e de bebidas açucaradas. Contudo, ao nível das bebidas açucaradas mantém valores superiores à média da OCDE. Mais preocupante é a insuficiente atividade física entre os adultos e adolescentes. Entre os países analisados, Portugal é o país da União Europeia (UE) com o pior resultado neste indicador: 46,4% da população apresenta atividade física insuficiente. Ao analisarmos adolescentes com 11 e 15 anos verificamos que apenas 12,5% e 8,5%, respetivamente, realizam pelo menos 60 minutos por dia de atividade física moderada ou elevada. Estes indicadores redundam numa elevada percentagem de excesso de peso: 67,6% da população adulta e 22,0% dos adolescentes com 15 anos. Nestes últimos apresenta um agravamento entre as medições realizadas em 2009 – 2010 e 2017 – 2018. A elevada prevalência de diabetes em Portugal resulta destes comportamentos: 9,8% da população adulta face a uma média de 6,7% da OCDE. Apenas um plano de ação consistente e abrangente pode contrariar este cenário, incluindo-se várias áreas da governação como educação, economia, juventude e desporto [na área da diabetes, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) juntou vinte especialistas para elaborar um plano que abrange seis áreas educação, prevenção, capacidade resolutive, governação e cooperação operacional, inovação digital e novos modelos de financiamento. A proposta encontra-se em discussão pública.].

O acesso a cuidados de saúde exige uma maior proteção financeira das famílias. Os pagamentos diretos correspondem aos valores pagos pelos doentes devido à falta de cobertura do sistema público ou privado de seguro. Sempre que estes pagamentos diretos competem com as despesas básicas famílias (e.g., comida, rendas ou empréstimos à habitação, água, luz, gás) consideram-se despesas catastróficas. Em Portugal, a percentagem de pagamentos diretos tem crescido ao longo dos últimos anos, atingindo o valor histórico de 30,5% em 2019 — duas vezes mais alto do que a média da UE. Portugal é o país da UE com valor mais elevado de pagamentos diretos em percentagem do consu-

mo das famílias, sendo que mais dos 10% dos agregados familiares portugueses tiveram despesas de saúde catastróficas, em comparação com 6,5%, em média, na UE. Esta situação penaliza primariamente as famílias com menores rendimentos, contribuindo para a perpetuação do ciclo de empobrecimento. Importa destacar que, os pagamentos diretos estão essencialmente relacionados com incapacidade do setor público em prestar cuidados de ambulatório, seguido pela área dos produtos farmacêuticos.

Os portugueses enfrentam graves dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Apesar de formalmente toda a população portuguesa ter acesso a cuidados de saúde através do serviço público de saúde, 28% da população opta voluntariamente por aderir a uma cobertura dupla por seguros privados — estes valores não incluem beneficiários da ADSE ou outros subsistemas. Portugal apresenta necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde superiores à média da União Europeia, sendo o segundo país com maiores necessidades não satisfeitas na área da saúde oral. Os tempos de espera nacionais para cirurgia são dos mais elevados nas áreas avaliadas: catarata e próteses do joelho e da anca.

A pandemia de COVID-19 veio dilatar estes tempos de espera, destacando-se que 34% dos portugueses relatam necessidades não satisfeitas em saúde durante os primeiros 12 meses da pandemia — o segundo país com pior indicador face a uma média de 21% da UE. Neste campo, a Ordem dos Médicos e a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares cedo alertaram para este problema, tendo apresentado um conjunto de medidas para minimizar o problema no âmbito do Movimento Saúde em Dia. Contudo, o problema de acesso a cuidados de saúde é estrutural, existindo um fosso crescente entre as necessidades em saúde e capacidade de resposta do sistema.

O sistema de saúde português enfrenta sérias dificuldades que se têm vindo a agravar. Evidentemente, existem muitos aspetos positivos que nos devemos orgulhar (e.g., gestão das doenças crónicas, ambulatorização cirúrgica). No entanto, os enormes desafios que enfrentamos obrigam a uma reflexão profunda e baseada em conhecimento. O relatório anual da OCDE oferece um bom ponto de partida. Cabe-nos a nós refletir e agir, sem preconceitos.

## CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

## REFERÊNCIAS

1. Magnan S, Fisher E, Kindig D, Isham G, Wood D, Eustis M, et al. Achieving accountability for health and health care. *Minn Med*. 2012;95:37-9.
2. OCDE, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021. In: Estado da Saúde na UE: OCDE. Bruxelas: OESPS; 2021.

3. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
4. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 20 anos de Relatórios de Primavera: Percurso de Aprendizagens. Lisboa: OPSS; 2021.