

# OECD *Multilingual Summaries*

## Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Portuguese



Leia todo o livro em: [10.1787/9789264183896-en](https://doi.org/10.1787/9789264183896-en)

*Sumário em Português*

## RESUMO

Os países europeus alcançaram uma importante melhoria do nível de saúde das populações nas últimas décadas. A esperança de vida à nascença nos Estados-Membros da União Europeia (UE) aumentou mais de seis anos desde 1980, tendo atingido 79 anos em 2010, enquanto a mortalidade prematura diminuiu drasticamente. Pode esperar-se que mais de três quartos destes anos de vida sejam vividos sem limitações da atividade. O aumento da longevidade pode ser explicado pela melhoria das condições de vida e de trabalho e de alguns dos comportamentos relacionados com a saúde, mas a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da sua qualidade também é digna de destaque, como o demonstra, por exemplo, a forte redução das taxas de mortalidade após ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral.

Muitas das melhorias na saúde foram conseguidas com um custo financeiro considerável. Até 2009, as despesas com a saúde nos países europeus cresceram a um ritmo mais rápido do que o resto da economia, e o setor da saúde absorveu uma percentagem crescente do produto interno bruto (PIB). Após o início da crise económica e financeira em 2008, muitos países europeus reduziram as despesas com a saúde no âmbito dos seus esforços mais amplos de controlo dos graves défices orçamentais e dos rácios dívida/PIB crescentes. Embora tais cortes fossem possivelmente inevitáveis, algumas medidas podem afetar os objetivos fundamentais dos sistemas de saúde. É, pois, importante assegurar um acompanhamento contínuo dos dados e indicadores no domínio da saúde e dos sistemas de saúde, a fim de obter indícios do impacto potencial, a curto e longo prazo, da alteração das circunstâncias económicas e das políticas de saúde ao nível do acesso aos cuidados de saúde, da sua qualidade e dos seus resultados.

Esta segunda edição de "Health at a Glance: Europe" (Panorama da Saúde: Europa) apresenta os dados comparáveis mais recentes, até 2010, para um conjunto de indicadores selecionados no domínio da saúde e dos sistemas de saúde em 35 países europeus – os 27 Estados-Membros da União Europeia, cinco países candidatos e três países da EFTA. A seleção de indicadores baseia-se na lista de Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia (ECHI), desenvolvida pela Comissão Europeia para orientar a elaboração e comunicação de estatísticas de saúde. A publicação também faculta informação pormenorizada sobre as despesas com a saúde e as tendências ao nível do financiamento, utilizando os resultados do questionário conjunto da OCDE, do Eurostat e da OMS sobre as contas da saúde. Inclui igualmente um novo capítulo sobre a qualidade dos cuidados de saúde, refletindo os progressos alcançados no âmbito do projeto da OCDE «Indicadores da qualidade dos cuidados de saúde». Os dados apresentados na publicação provêm principalmente de estatísticas nacionais oficiais, coligidas individualmente ou conjuntamente pela OCDE, o Eurostat ou a OMS-Europa, bem como de inquéritos multinacionais como o estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

A "Health at a Glance: Europe 2012" apresenta as tendências ao longo do tempo e as variações entre os países europeus em relação a cinco grandes temas: 1) estado de saúde da população; 2) fatores de risco para a saúde; 3) recursos e atividades dos sistemas de saúde; 4) qualidade dos cuidados na doença crónica e aguda; e 5) despesas com a saúde e fontes de financiamento. A publicação proporciona algumas explicações para essas variações, fornecendo uma base para uma investigação e uma análise mais aprofundadas que permitam compreender melhor as causas subjacentes a tais variações e desenvolver opções políticas para reduzir as diferenças em relação aos países que estão a conseguir melhores resultados. Muitos indicadores apresentam dados discriminados por sexo e idade em cada país e vários incluem uma discriminação adicional por níveis de rendimento ou de educação. Estes indicadores mostram

que podem existir variações tanto dentro do mesmo país, por regiões sub-nacionais, grupos socioeconómicos ou grupos étnicos/raciais, quanto entre países.

---

### *O estado da saúde melhorou drasticamente nos países europeus, embora persistam grandes diferenças*

---

- A esperança de vida à nascença nos Estados-Membros da UE aumentou mais de seis anos entre 1980 e 2010. Em média, na União Europeia a esperança de vida à nascença durante o triénio 2008-2010 era de 75,3 anos para os homens e 81,7 anos para as mulheres. A França tinha a esperança de vida mais elevada para as mulheres (85,0 anos), enquanto a Suécia tinha a esperança de vida mais elevada para os homens (79,4 anos). A mais baixa esperança de vida à nascença na UE foi observada na Bulgária e na Roménia para as mulheres (77,3 anos) e na Lituânia para os homens (67,3 anos). A diferença entre os Estados-Membros da UE com a esperança de vida à nascença mais elevada e mais baixa é de cerca de oito anos para as mulheres e de 12 anos para os homens (figura 1.1.1).
- Na União Europeia, a esperança de vida saudável à nascença, definida como o número de anos de vida sem limitação da atividade, era em média de 62,2 anos para as mulheres e 61,0 anos para os homens em 2008-2010. A diferença entre os géneros é muito menor do que para a esperança de vida, refletindo o facto de que uma proporção mais elevada da vida das mulheres é vivida com algum tipo de limitação da atividade. A esperança de vida saudável à nascença em 2008-2010 era mais elevada em Malta, para as mulheres, e na Suécia, para os homens, e mais reduzida na República Eslovaca para mulheres e homens (figura 1.1.1).
- A esperança de vida aos 65 anos também aumentou substancialmente nos países europeus, atingindo em média 16,5 anos para os homens e 20,1 anos para as mulheres na União Europeia em 2008-2010. Tal como para a esperança de vida à nascença, a França tinha a mais elevada esperança de vida aos 65 anos para as mulheres (23,2 anos) mas também para os homens (18,7 anos). Os valores mais baixos de esperança de vida aos 65 anos na União Europeia foram registados na Bulgária para as mulheres (16,9 anos) e na Letónia para os homens (13,2 anos) (figura 1.2.1).
- Continuam a existir grandes desigualdades na esperança de vida entre os grupos socioeconómicos. Tanto no caso dos homens como das mulheres, as pessoas com níveis de educação elevados irão provavelmente viver mais tempo; na República Checa, por exemplo, os homens de 65 anos com um nível de educação elevado podem esperar viver mais sete anos do que os homens da mesma idade com baixos níveis de educação (figura 1.2.3).
- É difícil estimar a contribuição relativa dos numerosos fatores, médicos e não médicos, que podem afetar as variações da esperança de vida entre os países. Um rendimento nacional mais elevado está geralmente associado a uma esperança de vida (saudável) mais elevada, embora a relação seja menos pronunciada nos níveis de rendimento máximos, sugerindo um «rendimento decrescente» (figura 1.1.2).
- Observa-se uma prevalência crescente de doenças crónicas como a diabetes, a asma e a demência, devido quer a um melhor diagnóstico quer ao aumento da doença. Mais de 6 % da população da União Europeia entre os 20 e os 79 anos (ou seja, 30 milhões de pessoas) tinha diabetes em 2011 (figura 1.14.1). A melhoria da gestão das doenças crónicas tornou-se uma prioridade da política de saúde em muitos Estados Membros.

---

### *Os fatores de risco para a saúde estão a mudar*

---

- Muitos países europeus reduziram o consumo do tabaco através de campanhas de sensibilização do público, proibição da publicidade e aumento da tributação. Menos de 15 % dos adultos na Suécia e Islândia fumam agora diariamente, comparativamente a mais de 30 % em 1980. No outro extremo da escala, na Grécia mais de 30 % dos adultos fumam diariamente. As taxas de fumadores continuam elevadas na Bulgária, na Irlanda e na Letónia (figura 2.5.1).
- O consumo de álcool caiu igualmente em muitos países europeus. Limitações à publicidade, restrições das vendas e tributação revelaram-se medidas eficazes. Países vinícolas tradicionais como França, Itália e Espanha viram o seu consumo per capita cair substancialmente desde 1980. Em alguns países, nomeadamente Chipre, Finlândia e Irlanda, o consumo de álcool por adulto aumentou significativamente (figura 2.6.1).
- Na União Europeia, 52 % da população adulta tem agora excesso de peso e, desta, 17 % é obesa. A nível nacional, a prevalência do excesso de peso e da obesidade ultrapassa os 50 % em 18 dos 27 Estados-Membros da UE. As taxas são muito mais baixas em França, na Itália e na Suíça, embora estejam também a aumentar nestes países. A prevalência da obesidade – que apresenta maiores riscos para a saúde do que o excesso de peso – varia entre 8 % na Roménia e na Suíça e mais de 25 % na Hungria e no Reino Unido (figura 2.7.1). A taxa de obesidade duplicou desde 1990 em muitos países europeus (figura 2.7.2), tendo este aumento afetado

todos os grupos da população, em graus variáveis. A obesidade tende a ser mais comum entre os grupos sociais desfavorecidos, e sobretudo nas mulheres.

---

*O número de médicos e enfermeiros per capita é o mais elevado de sempre na maior parte dos países, mas a escassez de pessoal, atual e futura, é uma preocupação*

---

- Garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde é um objetivo estratégico fundamental em todos os Estados-Membros da UE, que implica, entre outros requisitos, dispor de um número adequado de prestadores de cuidados de saúde nos locais onde são necessários para responder às necessidades da população. A escassez de médicos e enfermeiros é uma preocupação em muitos países europeus, embora os recentes cortes da despesa pública no setor da saúde possam ter conduzido, em alguns países, a uma redução pelo menos temporária da procura.
- O número de médicos per capita aumentou desde 2000 em quase todos os Estados-Membros da UE. Em média, em toda a UE o número de médicos subiu de 2,9 por 1 000 habitantes em 2000 para 3,4 em 2010. Esse aumento foi particularmente rápido na Grécia e no Reino Unido (figura 3.1.1).
- Em quase todos os países, a proporção entre clínicos gerais e especialistas alterou-se, existindo agora mais especialistas (figura 3.1.2). Isto pode ser explicado por um interesse reduzido pela tradicional «medicina familiar», associado a uma crescente diferença remuneratória entre médicos de clínica geral e especialistas. Em muitos países, o crescimento lento, ou mesmo a redução, do número de clínicos gerais é motivo de preocupação devido às possíveis repercussões no acesso de certos grupos da população aos cuidados primários.
- É igualmente preocupante a possível escassez de enfermeiros, que pode intensificar-se no futuro à medida que a procura aumenta e o envelhecimento da geração do baby boom provoca uma vaga de reformas entre o pessoal de enfermagem. Ao longo da última década, o número de enfermeiros per capita aumentou em quase todos os Estados-Membros da UE (figura 3.3.1). O aumento foi particularmente significativo na Dinamarca, em França, em Portugal e Espanha. Porém, observou-se recentemente uma redução dos enfermeiros empregados em alguns países mais duramente atingidos pela crise económica. Na Estónia, o número de enfermeiros per capita aumentou até 2008, mas diminuiu desde então, tendo-se observado uma descida de 6,4 por 1 000 habitantes em 2008 para 6,1 em 2010.

---

*A qualidade dos cuidados melhorou na maioria dos países europeus, mas todos deviam envidar mais esforços, em especial para evitar a hospitalização de pessoas com doenças crónicas*

---

- Registaram-se progressos no tratamento de situações médicas potencialmente mortais como o ataque cardíaco, o acidente vascular cerebral (AVC) e o cancro, em todos os países abrangidos pelo estudo. As taxas de mortalidade após hospitalização por ataque cardíaco (enfarte agudo do miocárdio) descenderam quase 50 % entre 2000 e 2009 (figura 4.3.3) e mais de 20 % após hospitalização por AVC (figura 4.4.3). Esta evolução reflete uma melhoria dos cuidados na doença aguda e um maior acesso a unidades exclusivamente dedicadas ao AVC em países como a Dinamarca e a Suécia.
- As taxas de sobrevida a diferentes tipos de cancro também melhoraram na maior parte dos países, refletindo a deteção mais precoce e a maior eficácia do tratamento (figuras 4.7.2 e 4.8.2). Embora na República Checa e na Eslovénia as taxas de sobrevida ao cancro da mama se mantenham abaixo de 80 %, conseguiu-se um aumento de mais de dez pontos percentuais entre 1997-2002 e 2004-2009. Nestes dois países verificaram-se igualmente ganhos substanciais nas taxas de sobrevida ao cancro colorretal (figura 4.9.2).
- É mais difícil monitorizar a qualidade dos cuidados no setor dos cuidados primários, dado que na maior parte dos países existem menos dados neste domínio do que para o setor hospitalar. As hospitalizações evitáveis são muitas vezes utilizadas como indicador quer de problemas de acesso aos cuidados primários, quer da qualidade e continuidade dos cuidados. Existe um consenso geral de que a asma e a diabetes devem ser geridas, de um modo geral, através de intervenções adequadas ao nível dos cuidados primários, a fim de evitar a exacerbação e hospitalizações dispendiosas. A hospitalização em caso de asma é baixa em certos países, mas é muito mais elevada noutros, como a República Eslovaca (figura 4.1.1). O número de hospitalizações devido a diabetes não controlada é demasiado elevado em todos os países europeus (figura 4.2.1).

---

*O crescimento das despesas com a saúde  
abrandou ou registou uma quebra em  
muitos países europeus*

---

- Em 2010, o crescimento das despesas de saúde per capita abrandou ou registou uma quebra em termos reais em quase todos os países europeus, invertendo uma tendência de aumento contínuo. A despesa tinha já começado a descer em 2009 nos países mais duramente atingidos pela crise económica (p. ex. a Estónia e a Islândia), mas em 2010 seguiram-se cortes mais severos em resposta a pressões orçamentais crescentes e ao aumento dos rácios dívida/PIB. Em média, as despesas de saúde per capita aumentaram 4,6 % por ano em termos reais entre 2000 e 2009 na UE, tendo descido 0,6 % em 2010 (figura 5.2.2).
- A redução da despesa pública com a saúde foi conseguida através de uma série de medidas, incluindo a redução dos salários e/ou do nível de emprego, o aumento dos pagamentos diretos de certos serviços e medicamentos pelas famílias e a imposição de restrições orçamentais rigorosas aos hospitais. Procurou-se igualmente obter ganhos de eficiência graças a fusões de hospitais ou acelerando a transição do regime de internamento para os cuidados em ambulatório e as cirurgias ambulatoriais.
- Em resultado do crescimento negativo das despesas com a saúde em 2010, a percentagem do PIB dedicada à saúde estabilizou ou desceu ligeiramente em muitos Estados-Membros da UE. Em 2010, os Estados-Membros afetaram em média 9,0% (não ponderados) do respetivo PIB às despesas com a saúde (figura 5.3.1), o que representa uma subida significativa em relação aos 7,3% de 2000, mas uma ligeira descida em comparação com o valor máximo de 9,2% atingido em 2009.
- Os Países Baixos foram o país em que o peso das despesas com a saúde no PIB foi mais elevado (12 %) em 2010, seguindo-se a França e a Alemanha (ambos com 11,6%). Em termos de despesas de saúde per capita, os Países Baixos (3 890 euros), o Luxemburgo (3 607 euros) e a Dinamarca (3 439 euros) foram os Estados-Membros da UE que mais gastaram. Em seguida vêm a Áustria, a França e a Alemanha, com mais de 3 000 euros per capita. A Bulgária e a Roménia, com uma despesa de cerca de 700 euros, foram os países que menos gastaram.
- O setor público é a principal fonte de financiamento dos cuidados de saúde em todos os países europeus, exceto em Chipre (figura 5.6.1). Em média, quase três quartos (73 %) de todas as despesas de saúde foram financiados por fundos públicos nos Estados-Membros da UE em 2010. O financiamento público representou mais de 80 % nos Países Baixos, nos países nórdicos (exceto a Finlândia), no Luxemburgo, na República Checa, no Reino Unido e na Roménia. As percentagens mais baixas de financiamento público foram observadas em Chipre (43%) e na Bulgária, Grécia e Letónia (55-60%).
- Em alguns países a crise económica veio alterar a percentagem relativa do financiamento público e do financiamento privado do setor da saúde. Foram efetuados cortes no financiamento público de certos bens e serviços, muitas vezes em associação com aumentos da percentagem dos pagamentos diretos pelas famílias. Na Irlanda, a parte do financiamento público da despesa de saúde diminuiu cerca de 6 pontos percentuais entre 2008 e 2010, situando-se agora em 70 %, enquanto a parte dos pagamentos diretos pelas famílias aumentou. Verificaram-se também quedas substanciais na República Eslovaca.
- A seguir ao financiamento público, a principal fonte de financiamento das despesas com a saúde na maioria dos países consiste nos pagamentos diretos. O papel dos seguros de saúde privados só é significativo em poucos países. Em 2010, a parte dos pagamentos diretos era mais elevada em Chipre (49 %), na Bulgária (43 %) e na Grécia (38 %). Os Países Baixos (6 %), a França (7 %) e o Reino Unido (9 %) apresentavam as percentagens mais baixas. A parte dos pagamentos diretos no financiamento aumentou na última década em cerca de metade dos Estados-Membros da UE, sobretudo na Bulgária, Chipre, Malta e República Eslovaca (figura 5.6.3).
- A crise económica e as restrições orçamentais crescentes sujeitaram os sistemas de saúde de muitos países europeus a pressões adicionais. Vários países duramente atingidos pela crise adotaram uma série de medidas para reduzir a despesa pública com a saúde. Será necessário acompanhar de perto o impacto a curto e longo prazo destas medidas no que diz respeito aos dois objetivos fundamentais dos sistemas de saúde dos países europeus: garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde a assegurar a sua qualidade.

This translation was undertaken by the European Commission.

**Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.**

**They are available free of charge on the OECD Online Bookshop** [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org) or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website [www.oecd.org/rights](http://www.oecd.org/rights)



**Leia toda a versão em inglês na iBiblioteca OCDE (OECD iLibrary)!**

© OECD/European Union (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en