

COVID-19 e Necessidades em Saúde Não Satisfeitas para Indivíduos Com Mais de 50 anos em Portugal



The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Unmet Healthcare Needs in People Aged Over 50 in Portugal

Óscar LOURENÇO^{1,2}, Carlota QUINTAL^{1,2}, Luís MOURA-RAMOS^{1,2}, Micaela ANTUNES^{1,2}
Acta Med Port 2022 Jun;**35**(6):416-424 • <https://doi.org/10.20344/amp.15970>

RESUMO

Introdução: A pandemia por COVID-19 conduziu ao cancelamento de cuidados de saúde e à diminuição da sua procura resultando em necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas. O objetivo deste trabalho foi avaliar a sua prevalência e distribuição, em Portugal.

Material e Métodos: Os dados provêm do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Foram inquiridos 1118 portugueses com 50 ou mais anos, entre junho e agosto de 2020, sobre necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas por: i) receio de ser infetado; ii) cancelamento por parte dos serviços de saúde; iii) solicitação de consulta não atendida. A análise de prevalência de necessidades não satisfeitas foi complementada pelo cálculo de índices de concentração em função das variáveis: rendimento, educação e estado de saúde.

Resultados: Cerca de 60% dos inquiridos reportaram pelo menos uma necessidade não satisfeita, quase o dobro da média europeia, sendo o motivo ii) cancelamento por parte dos serviços de saúde o mais frequente. A prevalência de necessidades não satisfeitas diferiu consoante o nível de rendimento e o estado de saúde. Os índices comprovaram a sua concentração nos indivíduos com pior estado de saúde, embora para o motivo Receio a concentração ocorresse nos que têm maior rendimento e nível de educação.

Conclusão: O nosso estudo revelou uma elevada prevalência de necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas e a sua concentração em indivíduos com pior estado de saúde. Dada a associação entre necessidades não satisfeitas e a subsequente deterioração da saúde, estes resultados constituem um alerta para o futuro próximo.

Palavras-chave: COVID-19; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Factores Socioeconómicos; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic led to the cancellation of healthcare appointments and to lower demand, which generated unmet healthcare needs. The aim of this study was to evaluate their prevalence and distribution in Portugal.

Material and Methods: Data came from the 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe'. Between June and August 2020, 1118 Portuguese individuals aged 50 or over were inquired about unmet healthcare needs due to: i) fear of getting infected; ii) cancellation by the doctor/healthcare services; iii) unsuccessful consultation request. The analysis of the prevalence of unmet needs was complemented by the calculation of the concentration indices as a function of the variables: income, education and health status.

Results: About 60% of respondents reported at least one unmet need, which was almost twice the European average. Motive ii) cancellation by the doctor/healthcare services was the most frequent. The prevalence of unmet needs differed depending on income level and health status. The indices evidence the concentration of unmet needs in individuals with the worst health status, although for the reason fear of infection the concentration occurred in those with higher levels of income and education.

Conclusion: Our study showed a high prevalence of unmet needs and their concentration in individuals with worse health status. Given the association between unmet needs and the subsequent deterioration of health, these results should raise concerns about the near future.

Keywords: COVID-19; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Needs Assessment; Socioeconomic Inequalities

INTRODUÇÃO

O surgimento da COVID-19 em Portugal, em março de 2020, gerou necessidades em saúde até aí inexistentes, tendo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) mobilizado recursos para tratar estes novos doentes e também para promover e desenvolver todas as ações de combate à pandemia. Foram também adotadas medidas de contingência que incluíram a suspensão, a partir de 16 de março de 2020, da atividade assistencial não urgente desenvolvida no SNS (Despacho não publicado em Diário da República). A consulta ao Portal da Transparência do SNS¹ e ao relatório do Tribunal de Contas,² revelou uma quebra acentuada do número de consultas nos cuidados de saúde primários

(CSP) e nos hospitais bem como do número de cirurgias e ainda o aumento dos tempos de espera para todos estes tipos de cuidados. A consulta ao Portal da Transparência do SNS¹ permitiu observar que, face a períodos homólogos em 2019: i) o número de atendimentos em urgência hospitalar caiu abruptamente em 2020 – por exemplo, em março diminuiu 37,5% e em junho cerca de 34%; ii) nas consultas hospitalares, de março a julho de 2020 verificou-se uma quebra de 15,8%, correspondendo a menos 784 810 consultas; iii) o número de episódios cirúrgicos programados (incluindo cirurgia convencional e em ambulatório) entre março e julho de 2020 diminuiu cerca de 25% (menos

1. Centro de Investigação em Economia e Gestão (CeBER - Centre for Business and Economics Research). Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

2. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

✉ Autor correspondente: Óscar Lourenço. osl@fe.uc.pt

Recebido/Received: 15/02/2021 - Aceite/Accepted: 16/12/2021 - Publicado Online/Published Online: 31/03/2022 - Publicado/Published: 01/06/2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022



321 000 episódios); iv) nas consultas médicas presenciais (incluindo ao domicílio), nos CSP, registou-se um decréscimo de 53% (menos 4,5 milhões de consultas) entre março e julho de 2020. Em sentido contrário, as consultas não presenciais nos CSP duplicaram (mais 3,8 milhões de consultas) e as consultas hospitalares de telemedicina aumentaram 36% (mais 22 mil consultas) no mesmo período. Por outro lado, a mediana do tempo de espera, quer para a primeira consulta hospitalar quer para cirurgia, aumentou de dezembro de 2019 para maio de 2020.²

Apesar do recurso a consultas não presenciais¹, que mitigaram o decréscimo da atividade assistencial presencial, é plausível assumir que a diminuição da atividade assistencial do SNS reflete não só a escassez de recursos para fazer face a todas as necessidades, relacionadas ou não, com a COVID-19, mas também uma reação do lado da procura. A necessidade de uso de equipamentos de proteção individual e o receio das pessoas de poderem ser infetadas numa visita ao médico assim como os tempos de espera mais dilatados e a própria impossibilidade de circulação devido às medidas de contenção do movimento dos cidadãos, em março e abril de 2020, poderão ter determinado o adiamento da procura de cuidados de saúde.²

A diminuição da atividade assistencial registada no primeiro semestre de 2020, reflete uma clara, e acrescida, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. A quantificação das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas (NNS), autoreportadas pelos indivíduos, apresenta-se como uma medida para avaliar o acesso aos cuidados de saúde. As NNS definem-se como as diferenças entre os cuidados de saúde julgados necessários para lidar de modo apropriado com problemas de saúde específicos e os cuidados efetivamente recebidos.³ Apesar da subjetividade inerente a qualquer indicador baseado em informação autoreportada, e por isso influenciado por características individuais, neste caso as expectativas e as atitudes face à saúde e aos cuidados de saúde, as NNS têm sido amplamente utilizadas para avaliar o acesso a cuidados de saúde.⁴

A preocupação com as NNS decorre do efeito que estas podem ter na deterioração do estado de saúde dos indivíduos - estudos prévios sugerem que a existência de NNS no presente conduz a pior saúde no futuro,⁵⁻⁷ com a agravante da sua potencial concentração em grupos mais desfavorecidos provocar um aumento das desigualdades em saúde.⁸ Níveis elevados de NNS durante a pandemia poderão assim estar associados a mais morbidade e mortalidade no futuro designadamente em pessoas com doenças crónicas⁹ e nos mais idosos.¹⁰ O diagnóstico tardio e o adiamento na prestação de cuidados de saúde poderão estar já a ser responsável por mais mortes. O excesso de mortalidade ocorrido em Portugal entre 1 de março e 22 de abril de 2020 poderá ter sido 3,5 a 5 vezes superior ao explicado pelas mortes por COVID-19 reportadas oficialmente, o que para além da possibilidade de morte por COVID-19 não reportada, poderá ter resultado de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.¹¹

À semelhança do estado de saúde, a exposição a NNS é afetada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos, sendo geralmente maior nas mulheres¹²⁻¹⁴ e nos doentes crónicos.^{15,16} Um importante fator preditor de NNS é o rendimento, tanto ao nível europeu^{13,15,17} como para Portugal,¹² sendo o risco de NNS maior entre os indivíduos de menores rendimentos. A evidência sobre desigualdades na distribuição das NNS aponta para a sua concentração entre os mais pobres, surgindo Portugal como um dos países com maior desigualdade, sobretudo no caso de NNS causadas por tempos de espera excessivos.¹⁸

As mulheres estão, por outro lado, mais expostas ao risco de contágio do novo coronavírus pois representam em Portugal mais de três quartos dos profissionais de saúde e de assistência a populações vulneráveis, como idosos e deficientes,¹⁹ mas também porque constituem a maioria da população idosa representando, em 2019, 59,8% da população com 70 ou mais anos e 64,1% da população com 80 ou mais anos.²⁰ Adicionalmente, o encerramento ou redução da atividade de escolas, creches e outros equipamentos sociais reforça a necessidade de apoio a crianças e pessoas dependentes, um papel tradicionalmente exercido pelas mulheres, diminuindo o tempo disponível para procurar cuidados de saúde, uma das habituais causas de NNS inquiridas pelo Eurostat.²¹

Um grupo especialmente vulnerável durante a pandemia é o dos mais doentes. A maior propensão a desenvolver formas graves de COVID-19 e a alta taxa de mortalidade por COVID-19 entre aqueles com doenças crónicas, como as doenças respiratórias, cardiovasculares e renais, a diabetes e o cancro,^{22,23} reforça o incentivo para a redução de todos os contactos sociais, incluindo com os prestadores de saúde. Estando o número de doenças crónicas já associado a mais NNS,¹² o contexto de pandemia poderá ter agravado esta situação, causando a prazo mais morbidade e mortalidade neste grupo.

Em suma, o contexto da pandemia gerou condições propícias à ocorrência de NNS e em alguns casos veio reforçar a vulnerabilidade daqueles que tradicionalmente já apresentam maior probabilidade de reportar NNS, sejam eles os mais pobres, as mulheres ou os mais doentes. Assim, o presente artigo tem como objetivo estudar a prevalência das NNS em Portugal durante o período da pandemia, resultante quer de comportamentos da procura quer da incapacidade de resposta do sistema de saúde. Será dada particular atenção às determinantes das NNS com enfoque nas variáveis género, classe etária, rendimento e estado de saúde. Além da prevalência, será também investigada a desigualdade na distribuição das NNS.

MATERIAL E MÉTODOS

Dados e variáveis

Este estudo usa dados extraídos do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), que tem como população alvo os indivíduos com 50 anos ou mais, que no momento da entrevista tenham o seu domicílio regular num país abrangido pelo projeto SHARE: 27 países da União

Europeia, Suíça e Israel.²⁴ Existem atualmente oito ondas, a primeira de 2004 e a mais recente de 2020. A base contém informação sobre as dimensões demográfica, económica, estrutura familiar, relações sociais, saúde e cuidados de saúde, dos indivíduos e respetivos agregados familiares. Apesar de existirem diferenças entre países, a metodologia de amostragem mais frequente é a amostragem aleatória multi-etapas estratificada.²⁵ Assim, a amostragem segue um esquema aleatório na seleção dos indivíduos, não existindo critérios de exclusão.

Embora a taxa de participação individual seja variável de país para país, a taxa de participação global encontra-se sistematicamente acima dos 45% em todas as ondas.²⁵

Usamos os dados recolhidos no inquérito SHARE COVID-19,²⁶ desenvolvido especificamente para recolher microdados que reflitam o contexto de vida após o início da crise pandémica de COVID-19, questionando os respondentes acerca das seguintes dimensões: saúde e comportamentos, saúde mental, infeção por SARS-CoV-2 e cuidados de saúde. Os dados foram recolhidos através de entrevista telefónica realizada entre junho e agosto de 2020, contendo a amostra total cerca de 57 000 indivíduos residentes em 27 países da União Europeia.²⁷ Atendendo aos objetivos do artigo, usámos os dados SHARE COVID-19 para Portugal. As entrevistas foram realizadas entre 11 de junho e 10 de agosto de 2020 a 1118 indivíduos com 50 ou mais anos.²⁷

O questionário tem três questões que permitem obter indicadores das NNS: 1) “Desde o início da epidemia, desistiu de algum cuidado de saúde porque tinha medo de ficar infetado(a) pelo coronavírus?”; 2) “Tinha alguma consulta médica agendada que o(a) médico(a) ou estabelecimento de saúde decidiu adiar devido ao coronavírus?”; 3) “Desde o início da epidemia do coronavírus, solicitou alguma consulta para receber um cuidado de saúde e não a

obteve?” Cada uma destas questões reflete uma NNS de origem diversa. A primeira gera uma NNS que decorre do comportamento individual e vai depender de múltiplos fatores, entre eles o comportamento perante o risco do indivíduo. A segunda questão gera NNS induzidas pelo sistema de saúde e é independente da decisão do indivíduo. Finalmente, a terceira questão gera NNS que combinam um pouco das duas realidades. Por um lado, o sistema evidencia alguma escassez de oferta e incapacidade de atender às necessidades dos doentes, e por outro, o indivíduo não manifesta resiliência suficiente para procurar alternativas, seja por questões económicas ou outras.

Para cada uma das categorias de NNS identificadas acima, o indivíduo foi inquirido acerca do tipo de cuidado médico ou tratamento cuja necessidade não foi satisfeita. São cinco as alternativas de resposta: 1) Consulta com um médico de medicina geral e familiar, 2) Consulta com um médico de uma especialidade hospitalar, incluindo dentista, 3) Um cuidado de saúde planeado, incluindo uma intervenção cirúrgica, 4) Fisioterapia, psicoterapia, reabilitação; 5) Outros tipos de cuidados médicos. A Tabela 1 sintetiza as variáveis usadas para medir as NNS.

A base de dados SHARE COVID-19 inclui ainda informação sobre a idade, sexo, estado de saúde do indivíduo e o rendimento do agregado familiar. Estas duas últimas variáveis referem-se ao período pré-pandemia. O rendimento individual equivalente foi calculado usando a informação sobre o número de indivíduos que compõem o agregado familiar e a escala modificada da OCDE. Quanto ao nível de escolaridade, uma vez que não consta da base SHARE COVID-19, foi necessário recorrer ao carácter longitudinal do projeto SHARE e obter essa variável a partir da última onda em que o indivíduo foi entrevistado. Para a população 50+, o nível de escolaridade é invariante no tempo, pelo que o desfaseamento temporal entre ambas as fontes não

Tabela 1 – Definição das variáveis para medir necessidades não satisfeitas

Designação	Descrição
NNS – Global	= 1 se o indivíduo teve alguma NNS desde o início da crise pandémica, = 0 caso contrário
NNS – Receio	= 1 se o indivíduo desistiu de algum cuidado de saúde porque tinha medo de ficar infetado(a) pelo coronavírus, = 0 caso contrário
NNS – Sistema	= 1 se o indivíduo tinha alguma consulta médica agendada que o(a) médico(a) ou estabelecimento de saúde decidiu adiar devido ao coronavírus, = 0 caso contrário
NNS – Escassez	= 1 se o indivíduo solicitou alguma consulta para receber um cuidado de saúde e não a obteve, = 0 caso contrário
Tipo de cuidado de saúde com NNS, para <i>i</i> = Receio, Sistema, Escassez	
NNS-i-Medicina Geral e Familiar	= 1 se a NNS-i foi uma consulta com um médico de medicina geral e familiar, = 0 caso contrário
NNS-i-Esp. Hospi.	= 1 se a NNS-i foi uma consulta com um médico de uma especialidade hospitalar, incluindo dentista, = 0 caso contrário
NNS-i-Cuidados planeados	= 1 se a NNS-i foi um cuidado de saúde planeado, incluindo uma intervenção cirúrgica, = 0 caso contrário
NNS-i-Fisio, Psico, Reab	= 1 se a NNS-i é relativa a cuidados de fisioterapia, psicoterapia ou reabilitação, = 0 caso contrário
NNS-i-Outros cuidados	= 1 se a NNS se refere a outro tipo de cuidados de saúde, = 0 caso contrário

coloca em causa a coerência dos dados. Para identificar os indivíduos com multimorbilidade – definida como a coexistência de duas ou mais doenças crónicas,²⁸ registou-se o número de doenças crónicas existentes na última onda em que o indivíduo foi entrevistado. A partir da base SHARE COVID-19 calculou-se o número de doenças crónicas que surgiram desde a última entrevista. A partir da soma do número de doenças crónicas foi então possível identificar os indivíduos com multimorbilidade.

No que diz respeito às questões éticas, o presente estudo utilizou dados provenientes do projeto SHARE, sem recolha de nova informação por parte dos autores deste artigo. Uma vez que os dados foram recolhidos por uma entidade independente no âmbito do projeto SHARE, e cedidos para investigação, tendo obtido a aprovação da Comissão de Ética da Sociedade Max Planck, não foi necessária qualquer aprovação por um conselho de ética nacional.

Análise estatística

Estimámos a prevalência de NNS, global e em função de variáveis diversas que refletem o nível socioeconómico dos indivíduos e o seu estado de saúde. Para avaliar estatisticamente a igualdade da prevalência de NNS entre dois grupos expressos por uma variável binária usamos testes de hipóteses para comparação de proporções para grandes amostras.²⁹ Para comparar a prevalência de NNS entre três ou mais grupos, expressos por uma variável nominal, testámos a hipótese de independência entre as duas variáveis usando o teste de qui-quadrado de Pearson.²⁹

Para ter um indicador objetivo da magnitude, e sentido, da desigualdade na distribuição das NNS em função de variáveis socioeconómicas e de estado de saúde (Tabela 2), recorreremos ao cálculo de índices de concentração

(IC).^{30,31} Como as variáveis usadas para medir as NNS são binárias, as nossas estimativas do índice de concentração de NNS baseiam-se nas correções sugeridas, de forma independente, por Wagstaff³² e Erreygers.³³ Ambos os índices têm valor em [-1, 1]. Valores positivos indicam mais concentração das NNS a favor dos mais favorecidos (mais saúde, maior escolaridade ou mais rendimento), e valores negativos indicam o oposto. A estimação dos índices de concentração corrigidos e os respetivos erros padrão obtêm-se a partir do programa STATA v16.0, em concreto através do comando *conindex*.³⁴ Dada a metodologia de amostragem seguida pelo projeto SHARE, a probabilidade de observar um determinado indivíduo na amostra difere da probabilidade de observar esse mesmo indivíduo na população.²⁵ Nestas circunstâncias, é necessário usar os pesos amostrais para: 1) garantir a representatividade da amostra para a população alvo pretendida; 2) obter estimativas não enviesadas para as prevalências e para os índices de concentração, assim como para obter estimativas corretas dos erros padrão.^{35,36} Assim, usámos os ponderadores individuais calibrados presentes na base SHARE COVID-19.²⁵ Em todas as análises estatísticas o nível de confiança foi estabelecido em 99%, tendo o processo de gestão de dados e de análise estatística sido desenvolvido com recurso ao STATA v16.0.

RESULTADOS

A idade média é de 68 anos e 44,0% dos inquiridos são do sexo masculino. No respeitante ao nível de escolaridade 67,0% têm no máximo o primeiro nível do ensino básico, 24,0% têm o segundo nível do ensino básico ou secundário e os restantes 8,8% concluíram um curso universitário. Relativamente ao estado de saúde, 58,4% reportaram um estado de saúde razoável ou fraco e 71% dos indivíduos

Tabela 2 – Definição das variáveis socioeconómicas e de saúde

Variáveis socioeconómicas e de saúde	Descrição
Idade	Idade do indivíduo - Categorias: 1) Idade ≤ 65 2) 65 < Idade ≤ 75 3) Idade > 75
Género	= 1 se o indivíduo é do sexo masculino, = 0 caso contrário
Rendimento	Rendimento equivalente, referência pré-pandemia - Categorias: 1) 1º tercil (rendimento ≤ €480,00); 2) 2º tercil 3) 3º tercil (rendimento > €811,20)
Escolaridade	Nível mais elevado de escolaridade completado - Categorias: 1) Até ao primeiro nível do ensino básico 2) Segundo ciclo do ensino básico e secundário 3) Conclusão de um grau universitário
Estado de Saúde	Estado de saúde auto-reportado - Categorias: 1) Excelente 2) Muito boa 3) Boa 4) Razoável 5) Fraca
Multimorbilidade (MM)	= 1 se o indivíduo tem duas ou mais doenças crónicas; = 0 caso contrário

têm duas ou mais doenças crónicas. Após o início da pandemia 13,9% declararam ter sentido uma degradação do seu estado de saúde e 1,3%, uma melhoria.

A Tabela 3 apresenta a prevalência de NNS em Portugal, comparada com 26 países da União Europeia, mais Israel e Suíça. Considerando o indicador de NNS global, observa-se que em Portugal a prevalência de NNS foi de aproximadamente 60,0%, enquanto que a média para os restantes países dessa prevalência foi de cerca de 33,0%. Ao analisar as NNS decompostas pelos diferentes motivos, verifica-se que quer em Portugal, quer nos outros países, o motivo mais frequente para NNS foi a desmarcação de consultas e tratamentos por parte dos médicos ou dos serviços de saúde (54,5% em Portugal e 24,2% nos outros países). Para todas as variáveis, exceto NNS-Receio, as diferenças são estatisticamente significativas.

A Tabela 4 apresenta, para Portugal, a prevalência de NNS em cada tipo de cuidado de saúde para cada uma das categorias de NNS definidas neste estudo. Por exemplo, dentro dos indivíduos que referiram ter uma NNS por medo de ficar infetado (NNS-Receio), 48,8% tiveram essa NNS no médico de medicina geral e familiar e 45,4% no médico de outra especialidade hospitalar.

Em cada uma das categorias de NNS, os valores mais elevados dizem respeito às consultas de medicina geral e familiar, seguidos das consultas de outras especialidades hospitalares, incluindo dentistas.

A Tabela 5 apresenta a prevalência de NNS considerando variáveis demográficas (género e idade), socioeconómicas (rendimento e educação) e de saúde (estado de saúde e existência de multimorbilidade). A diferente prevalência entre homens e mulheres não é estatisticamente significativa exceto no caso de NNS-Receio, onde a prevalência é maior nas mulheres. A análise por classes etárias não revela diferenças significativas.

Na desagregação por tercís de rendimento os indivíduos no grupo de menor rendimento apresentam NNS glo-

balmente mais elevadas sendo a diferença estatisticamente significativa. No entanto, na categoria NNS-Receio é o grupo de maior rendimento que apresenta NNS mais elevadas. Quanto aos níveis de escolaridade, os indivíduos com ensino superior apresentam NNS mais elevadas (NNS-Global) e também nas categorias NNS-Sistema e NNS-Escassez; porém, em nenhum caso a diferença é estatisticamente significativa. A maior prevalência de NNS-Receio regista-se nos indivíduos que completaram, no máximo, o ensino secundário, sendo a diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito ao estado de saúde as NNS são mais elevadas entre os indivíduos que reportaram um estado de saúde fraco ou razoável, com exceção das NNS-Receio, embora neste caso as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Também os indivíduos que reportam multimorbilidade apresentam NNS mais elevadas. Na variável NNS-Global e na NNS-Sistema esta diferença é estatisticamente significativa.

A Tabela 6 apresenta os índices de concentração das NNS.

Registe-se que para cada uma das variáveis de ordenação consideradas, os índices de concentração corrigidos (ICC) de Wagstaff e de Erreyeres apresentam o mesmo sinal, embora com magnitudes diferentes. Os valores do índice de concentração das NNS-Global são estatisticamente significativos, embora baixos, denotando uma concentração de NNS entre aqueles com pior estado de saúde. No entanto, para as NNS-Receio, encontramos uma concentração mais elevada entre os indivíduos com maior rendimento, maior escolaridade e melhor estado de saúde. Inversamente, na categoria NNS-Escassez as NNS tendem a concentrar-se nos indivíduos com menor rendimento, menor escolaridade e pior estado de saúde. As NNS-Sistema estão mais concentradas em indivíduos com menor rendimento e pior estado de saúde.

Tabela 3 – Prevalência de necessidades não satisfeitas: Portugal versus Europa

Variável	Portugal	Europa (Portugal excluído)	Dif estat
NNS - Global	0,598	0,328	Sim
NNS - Receio	0,155	0,117	Não
NNS - Sistema	0,545	0,242	Sim
NNS - Escassez	0,084	0,053	Sim

Os 26 países incluídos em "Europa" são: Alemanha, Suécia, Países Baixos, Espanha, Itália, França, Dinamarca, Grécia, Suíça, Bélgica, Israel, República Checa, Polónia, Luxemburgo, Hungria, Eslovénia, Estónia, Croácia, Lituânia, Bulgária, Chipre, Finlândia, Letónia, Malta, Roménia e Eslováquia.

Tabela 4 – Distribuição das várias categorias de NNS por tipologia de cuidados de saúde (Portugal)

	NNS – Receio	NNS – Sistema	NNS – Escassez
Medicina Geral e Familiar	0,488	0,703	0,729
Outras especialidades hospitalares	0,454	0,512	0,337
Cuidados planeados	0,013	0,029	0,007
Fisio, Psico, Reab	0,127	0,021	0,000
Outros cuidados	0,264	0,068	0,213

Os valores em coluna não têm de somar 1 uma vez que cada inquirido pode reportar vários tipos de cuidados de saúde com NNS.

Tabela 5 – Prevalência de NNS por variáveis demográficas, socioeconómicas e de saúde

Variável	Classes/categorias	NNS - Global	NNS - Receio	NNS - Sistema	NNS - Escassez
Género	Masculino	0,600	0,093	0,551	0,080
	Feminino	0,596	0,205	0,541	0,087
	Dif Estat	Não	Sim	Não	Não
Idade	Idade ≤ 65	0,629	0,141	0,583	0,044
	65 < Idade ≤ 75	0,538	0,152	0,499	0,134
	Idade > 75	0,597	0,190	0,514	0,117
	Dif Estat	Não	Não	Não	Não
Rendimento	Tercil 1 (≤ €480,00)	0,718	0,139	0,705	0,112
	Tercil 2	0,609	0,181	0,525	0,132
	Tercil 3 (> €811,20)	0,566	0,275	0,489	0,021
	Dif Estat	Sim	Sim	Não	Não
Escolaridade	Sem ou básico	0,588	0,132	0,535	0,11
	Secundário	0,655	0,225	0,595	0,041
	Universidade	0,672	0,199	0,615	0,048
	Dif Estat	Não	Sim	Não	Não
Estado de saúde	Fraco ou razoável	0,652	0,114	0,627	0,091
	≥ Bom	0,522	0,213	0,431	0,075
	Dif Estat	Sim	Não	Sim	Sim
Multimorbilidade (MM)	Com MM	0,658	0,187	0,605	0,101
	Sem MM	0,493	0,089	0,435	0,050
	Dif Estat	Sim	Não	Sim	Não

Tabela 6 – Índices de concentração corrigidos de necessidades não satisfeitas

	Rendimento		Educação		Estado de saúde	
	ICC Wag	ICC Err	ICC Wag	ICC Err	ICC Wag	ICC Err
NNS - Global	-0,056†	-0,052†	0,066†	0,063†	-0,09	-0,09
NNS - Receio	0,139	0,088	0,138	0,074	0,215	0,114
NNS - Sistema	-0,107	-0,105	0,059†	0,058†	-0,133	-0,132
NNS - Escassez	-0,286	-0,092	-0,183	-0,058	-0,154	-0,048

†: Estimativa não estatisticamente diferente de zero (p -value > 0,01)

DISCUSSÃO

Com este trabalho pretendeu-se averiguar o impacto da pandemia por COVID-19 em Portugal em termos de NNS. A pandemia teve um impacto direto e imediato na morbilidade e mortalidade da população^{11,22} por via das infeções causadas pelo novo coronavírus. Todavia, em virtude das medidas de confinamento adotadas,³⁷ incluindo a suspensão da atividade assistencial nos serviços de saúde, a pandemia poderá vir a produzir consequências na morbilidade e mortalidade a médio e longo prazo, pelas NNS causadas. Estes efeitos, menos visíveis num ambiente de urgência de resposta aos doentes COVID, não devem contudo ser descurados.³⁸ Os resultados do nosso estudo apontam para uma elevada prevalência de NNS até agosto de 2020, sobretudo devido a cancelamentos por parte dos serviços de saúde. Os dados publicados no Portal da Transparência do SNS espelham uma quebra significativa da atividade no primeiro semestre de 2020, por comparação com 2019. Era assim expectável uma maior prevalência de NNS do

que aquela que vinha a ser identificada em anos anteriores, embora sejam duas abordagens distintas (note-se que os dados de utilização têm em conta o número de contactos enquanto a análise das necessidades não satisfeitas recorre a uma variável binária).

O cenário de aumento de NNS generalizou-se de resto na Europa. Efetivamente, as medidas de confinamento foram adotadas um pouco por todo o continente europeu.³⁹ No entanto, os nossos resultados mostram que as NNS em Portugal são superiores à média europeia - no caso das NNS globais são quase o dobro. Apenas nas NNS por receio, a diferença não é estatisticamente significativa. Refira-se, no entanto, que a prevalência de NNS era já mais elevada em Portugal antes da pandemia. Dados da onda seis do SHARE (2015) revelam que 16,3% da população portuguesa reportou uma NNS no último ano por comparação com 12,0%, noutros países. Os dados da onda sete do *European Social Survey* (2014) mostram que na população com 50 ou mais anos, 15,6% da população

portuguesa reportou NNS, por contraste com 10,9% em outros países (cálculos próprios). Estes dados mostram que tradicionalmente as NNS em Portugal são superiores à média europeia, mas não com a magnitude encontrada no presente estudo. De qualquer modo, o exercício de comparação com trabalhos anteriores será sempre limitado por várias razões. Em contexto COVID, temos um motivo de não satisfação de necessidades específico (receio de ser infetado). Os cancelamentos de agendamentos atingiram níveis sem precedentes. A própria noção de necessidade não é comparável. Ou seja, para que exista a falta de comparência ou o cancelamento de um agendamento, tem de existir um agendamento em primeiro lugar. A probabilidade de um respondente reportar uma necessidade não satisfeita é assim maior nos grupos onde à partida havia mais agendamentos. A pertinência de calcular as necessidades não satisfeitas em relação à população com necessidade e não só em relação à população total já foi reconhecida.⁴⁰ Com os dados disponíveis tal separação não é possível no presente trabalho. Devemos, contudo, acrescentar que um agendamento representa a validação clínica³ de uma necessidade. Assim, a habitual limitação da análise das necessidades não satisfeitas relacionada com as expectativas dos indivíduos (diferentes propensões para reconhecer uma necessidade) vem mitigada no inquérito SHARE COVID-19.

Deve notar-se que as NNS usadas no presente estudo não se referem exclusivamente ao SNS. Num outro estudo sobre Portugal, 56% dos cancelamentos e/ou adiamentos de consultas e tratamentos médicos reportados diziam de facto respeito ao setor privado.⁴¹ Embora com menor expressão, também foram identificadas NNS devido ao receio dos indivíduos serem infetados. O desconhecimento e eventualmente o exagero de comunicação na mensagem de medo⁴² poderão ajudar a explicar estes resultados.

A maior propensão das mulheres para reportar NNS, identificada na literatura,¹²⁻¹⁴ apenas se observou no motivo receio. Deste modo, apesar das condições que as colocavam potencialmente em risco acrescido de NNS, neste contexto de pandemia, a evidência gerada não permite concluir nesse sentido.

Dada a associação entre NNS e subsequente deterioração da saúde,⁵⁻⁷ os resultados respeitantes aos níveis de NNS mais elevados entre os indivíduos com pior saúde, seja esta medida pelo estado de saúde autoavaliado ou por presença/ausência de multimorbilidade, são preocupantes no sentido em que as desigualdades em saúde podem mesmo agravar-se. Estes resultados foram confirmados por índices de concentração negativos e estatisticamente significativos. Todavia, conforme foi salientado acima, estes poderiam ser indivíduos com mais agendamentos à partida e, por essa via, mais suscetíveis a cancelamentos ou falta de comparência.

Em relação à distribuição das NNS em função do rendimento dos indivíduos, no caso das NNS por incapacidade de resposta dos serviços de saúde, estas estão concentradas nos baixos rendimentos. Este resultado é duplamente in-

quietante pelo facto da pandemia ter afetado desproporcionalmente trabalhadores com baixos salários e piores condições de trabalho, que por sua vez têm menos recursos para enfrentar situações de desemprego e perda repentina de rendimento.⁴³ O comportamento das NNS por receio é o inverso, estando estas concentradas nos indivíduos de maior rendimento, mais educação e melhor estado de saúde. Estes resultados acabam por ser menos preocupantes uma vez que estas NNS parecem ocorrer em casos em que os indivíduos são mais saudáveis e mais capacitados para tomar decisões informadas.⁴⁴

Os dados usados neste estudo foram recolhidos até 10 de agosto de 2020, assim, não refletem a possível recuperação da atividade assistencial no SNS e setor privado ainda nesse ano. No caso do SNS, foi aprovado em julho um regime excecional de incentivos à recuperação da atividade assistencial não realizada por força da pandemia.⁴⁵ No entanto, a consulta ao Portal da Transparência do SNS¹ permitiu verificar que no período de setembro a dezembro de 2020, por comparação com o período homólogo de 2019, as consultas hospitalares diminuíram 13% e as cirurgias programadas diminuíram 20%, não muito diferente portanto do que sucedeu entre março e julho. No início de 2021 regressaram as medidas de confinamento e suspensão da atividade assistencial programada não urgente do SNS.⁴⁶ De acordo com informação disponível no portal do XXII Governo da República,⁴⁷ em julho de 2021, os níveis acumulados da atividade assistencial do SNS equiparavam aos de 2019. Não obstante, já neste início de 2022, o Bastonário da Ordem dos Médicos alertava para a necessidade de proteger o acesso dos doentes não-COVID aos cuidados de saúde de que necessitam.⁴⁸ Por fim, é de salientar que passaram quase dois anos de pandemia e que apesar da recuperação intermitente da atividade assistencial dos Cuidados de Saúde Primários e hospitalares, as consequências das necessidades que não foram satisfeitas atempadamente são ainda incertas e algumas poderão mesmo ser irrecuperáveis.

CONCLUSÃO

Durante a primeira fase da pandemia (março a agosto de 2020) seis em cada 10 cidadãos portugueses com 50 ou mais anos não tiveram os cuidados de saúde que consideravam necessários - quase o dobro do verificado em outros países da Europa. Do total da amostra, 15% não tiveram os cuidados que julgam necessários porque tiveram receio de ser infetados, e cerca de 55% viram as suas consultas ou tratamentos desmarcados pelos serviços de saúde. O tipo de cuidado de saúde mais sujeito a NNS foram as consultas, quer nos centros de saúde quer nos hospitais. Verificou-se que género e idade não parecem ser fatores influenciadores de NNS, ao contrário do rendimento e do estado de saúde dos indivíduos. Observou-se uma associação negativa entre estado de saúde e NNS globais e ainda entre rendimento e NNS globais. Este resultado é preocupante pelo facto de a pandemia ter afetado desproporcionalmente trabalhadores com baixos salários e piores

condições de trabalho, que por sua vez têm menos recursos para enfrentar situações de desemprego e perda repentina de rendimento.

Estes resultados são um alerta, em que se prevê que as necessidades em saúde não satisfeitas atuais se venham a refletir no futuro em mais morbidade e mortalidade nos indivíduos mais desfavorecidos, quer economicamente quer em estado de saúde.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram de igual forma para o desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial actualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS

- Serviço Nacional de Saúde. Monitorização do SNS. [consultado 2021 fev 05]. Disponível em: <https://Transparencia.Sns.Gov.Pt>.
- Tribunal de Contas. COVID-19-impacto na atividade e no acesso ao SNS. RELATÓRIO N.º 5/2020-OAC 2.ª SECÇÃO. Lisboa: TC; 2020.
- Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Soc Sci Med*. 2010;70:465-72.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2019 OECD indicators: OECD indicators. Paris: OECD; 2019.
- Gibson G, Grignon M, Hurley J, Wang L. Here comes the SUN: self-assessed unmet need, worsening health outcomes, and health care inequity. *Health Econ*. 2019;28:727-35.
- Bataineh H, Devlin RA, Barham V. Does unmet health care lead to poorer health outcomes? Ottawa: Université d'Ottawa; 2018.
- Zhen Z, Feng Q, Gu D. The impacts of unmet needs for long-term care on mortality among older adults in China. *J Disabil Policy Stud*. 2015;25:243-51.
- Aragon MJ, Chalkley M, Goddard MK. Defining and measuring unmet need to guide healthcare funding: identifying and filling the gaps. York: University of York; 2017.
- Mauro V, Lorenzo M, Paolo C, Sergio H. Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Intern Emerg Med*. 2020;15:787-90.
- Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: a prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health*. 2020;48:267-74.
- Nogueira PJ, de Araújo Nobre M, Nicola PJ, Furtado C, Carneiro AV. Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: preliminary data from Portugal. *Acta Med Port*. 2020;33:376-83.
- Antunes M, Ramos LM, Loureço Ó, Quintal C. Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro? *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00248418.
- Fjaer EL, Stornes P, Borisova LV, McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27:82-9.
- Allan I, Ammi M. Evolution of the determinants of unmet health care needs in a universal health care system: Canada, 2001–2014. *Health Econ Policy Law*. 2021;16:400-23.
- Quintal C, Loureço Ó, Ramos LM, Antunes M. No unmet needs without needs! Assessing the role of social capital using data from European social survey 2014. *Health Policy*. 2019;123:747-55.
- Connolly S, Wren MA. Unmet healthcare needs in Ireland: analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy*. 2017;121:434-41.
- Elstad JI. Income inequality and foregone medical care in Europe during the Great Recession: Multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008-2013. *Int J Equity Health*. 2016;15:101.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2019.
- Coelho L. Desigualdades em tempo de pandemia. O (des)cuidado que nos ameaça. Um vírus que nos (re)une: reflexões da FEUC. Porto: Vida Económica, 2020;978-989-768-749-5:45-50.
- Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de população residente. [consultado 2021 jan 29]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/Xmain?Xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414436913&DESTAQUESmodo=2.
- Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *Eur J Heal Econ*. 2015;16:781-96.
- Laires P, Dias S, Gama A, Moniz A, Pedro A, Soares P, et al. The association between chronic disease and serious COVID-19 outcomes and its influence on risk perception: survey study and database analysis. *JMIR Public Health Surveill*. 2021;7:e22794.
- Lai A, Pasea L, Banerjee A, Denaxas S, Katsoulis M, Chang WH, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *MedRxiv*. 2020.05.27.20083287.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., Project UIDB/05037/2020.

Este artigo usa dados do SHARE, Ondas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 (DOIs: [10.6103/SHARE.w1.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.710), [10.6103/SHARE.w2.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.710), [10.6103/SHARE.w3.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.710), [10.6103/SHARE.w4.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w4.710), [10.6103/SHARE.w5.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.710), [10.6103/SHARE.w6.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.710), [10.6103/SHARE.w7.711](https://doi.org/10.6103/SHARE.w7.711), [10.6103/SHARE.w8ca-beta.001](https://doi.org/10.6103/SHARE.w8ca-beta.001)), consultar Börsch-Supan *et al*²⁴ para detalhes metodológicos.

O Projeto SHARE foi financiado pela Comissão Europeia através do FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) e Horizonte 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782) e pela DG Employment, Social Affairs & Inclusion. Financiamento adicional foi obtido do Ministério Alemão para a Educação e Investigação, a Sociedade Max Planck para o avanço da Ciência, e pelo Instituto Nacional de Aging E.U.A (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) e de diversas fontes de financiamento nacionais (consultar www.share-project.org).

- ARTIGO ORIGINAL
24. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmscher J, Malter F, et al. Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol*. 2013;42:992-1001.
 25. Bergmann M, Kneip T, De Luca G, Scherpenzeel A. Survey participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Share-ProjectOrg. [consultado 2021 jan 03]. Disponível em: <http://www.share-project.org>.
 26. Börsch-Supan, A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. COVID-19 Survey 1 Interview Date. Release Version: 0.0.1. Beta. SHARE-ERIC. [consultado 2021 jan 03]. Disponível em: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_COVID19_Survey1_Release_Guide.pdf.
 27. Scherpenzeel A, Axt K, Bergmann M, Douhou S, Oepen A, Sand G, et al. Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Surv Res Methods*. 2020;14:217-21.
 28. Mercer S, Furler J, Moffat K, Fischbacher-Smith D, Sancil L. Multimorbidity: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization; 2016.
 29. McClave JT, Benson PG, Sincich T, Sincich T. *Statistics for business and economics*. Boston: Pearson Boston; 2014.
 30. Kakwani NC. *Income inequality and poverty*. New York: World Bank New York; 1980.
 31. Kakwani N, Wagstaff A, Van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econom*. 1997;77:87-103.
 32. Wagstaff A. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Econ*. 2005;14:429-32.
 33. Erreygers G. Correcting the concentration index. *J Health Econ*. 2009;28:504-15.
 34. O'Donnell O, O'Neill S, Van Ourti T, Walsh B. Conindex: estimation of concentration indices. *Stata J*. 2016;16:112-38.
 35. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. New York: The World Bank; 2007.
 36. Solon G, Haider SJ, Wooldridge JM. What are we weighting for? *J Hum Resour*. 2015;50:301-16.
 37. Oliveira M, Fernandes C. Managing the coronavirus pandemic in Portugal: a step-by-step adjustment of health and social services. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2020;12:536.
 38. de Melo RB, Tavares NT, Duarte R. COVID-19 and the invisible damage. *Acta Med Port*. 2020;33:293-4.
 39. Plümper T, Neumayer E. Lockdown policies and the dynamics of the first wave of the Sars-CoV-2 pandemic in Europe. *J Eur Public Policy*. 2020 (in press). doi: 10.1080/13501763.2020.1847170.
 40. Ramos LM, Quintal C, Loureço Ó, Antunes M. Unmet needs across Europe: disclosing knowledge beyond the ordinary measure. *Health Policy*. 2019;123:1155-62.
 41. Valente de Almeida S, Costa E, Lopes FV, Santos JV, Pita Barros P. Concerns and adjustments: how the Portuguese population met COVID-19. *PLoS One*. 2020;15:e0240500.
 42. Entrevista ao Bastonário da Ordem dos Médicos. [consultado 2021 fev 8]. Disponível em: <https://www.Corporate.Roche.Pt/Pt/Artigos-Roche/Convidado-Especial---Miguel-Guimaraes.Html>.
 43. Fana M, Tolan S, Torrejón S, Brancati CU, Fernández-Macías E. The COVID Confinement Measures and EU Labour Markets. Luxembourg: European Union Office; 2020.
 44. Apfel F, Tsouros AD. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
 45. Portugal. Portaria n.º 171/2020. *Diário da República, I Série, n.º 135 (2020 /07/14)*. p.14-5).
 46. Portugal. Despacho n.º 574-A/2021. *Diário da República, 1º Suplemento II Série, n.º 8 (2021 /01/13)*. Parte C.
 47. XXII Governo da República. Atividade assistencial do SNS reforça trajetória de recuperação em julho. [consultado 2022 jan 26]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=atividade-assistencial-do-sns-reforca-trajetoria-de-recuperacao-em-julho>.
 48. Ordem dos Médicos. Já se deveria estar a tomar medidas para proteger os doentes não covid, alerta bastonário. [consultado 2022 jan 26]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/diario-de-noticias-ja-se-deveria-estar-a-tomar-medidas-para-protoger-os-doentes-nao-covid-alerta-bastonario/>.