

Cuidados centrados no cidadão: tratamento com dignidade, compaixão e respeito

Notas informativas: análises do setor da saúde | 03

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



Esta nota faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na [Iniciativa para a Equidade Social](#), uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitamos. Mencionamos todos os pressupostos que consideramos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos manifestamos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



PEDRO PITA BARROS



EDUARDO COSTA

Cuidados centrados no cidadão: tratamento com dignidade, compaixão e respeito

Notas informativas: análises do setor da saúde | 03

Os sistemas de saúde, incluindo o português, têm, pelo menos, três grandes objetivos, explícitos ou implícitos: a) **melhorar a saúde da população**, de forma equitativa e inclusiva; b) **assegurar a equidade nas contribuições** (recolhas de fundos) que garantam, no futuro, a proteção financeira quanto a despesas necessárias em cuidados de saúde; e, c) **satisfazer as expectativas da população**, incluindo dimensões como dignidade, compaixão e respeito na relação com os serviços de prestação de cuidados de saúde, autonomia nas decisões e confidencialidade da informação sobre os cuidados de saúde e sobre a saúde de cada pessoa.

O terceiro objetivo implica um **foco nas necessidades do doente**, garantindo o seu envolvimento nas decisões e nos percursos no sistema de saúde. A consecução deste objetivo está muitas vezes associado à necessidade, recorrentemente referida, de **colocar o doente “no centro do sistema”**.

Relendo a **Lei de Bases da Saúde**, aprovada no Verão de 2019, esta centralidade surge de forma inequívoca. De facto, a Base 4 da lei define as **peçoas “como elemento central na conceção, organização e funcionamento”** do sistema de saúde. Além disto, os direitos consagrados na Lei de Bases da Saúde preveem, entre outros, o acesso a cuidados de saúde “com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de **forma digna**” e à proteção da saúde “com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”.

Também o **Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030** recorda o paradigma do **“cidadão no Centro do Sistema”**, lançado na viragem do século. Duas décadas depois, o Plano Nacional de Saúde apresenta como finalidade a **“Centralidade nas Pessoas”** através da valorização da “diversidade, necessidades e expectativas das pessoas”.

O próprio **programa do atual governo** realça que “as propostas para a Saúde estão enquadradas numa abordagem **centrada nas necessidades das pessoas**, de forma a proteger e melhorar a sua qualidade de vida desde que nascem até ao final da vida”. O mesmo programa realça que a pandemia de COVID-19 “reforçou a importância de mantermos um **sistema de saúde forte, que tenha as pessoas no seu centro**”.

Curiosamente, apesar de ser um termo muito usado, **não há uma definição de cuidados de saúde centrados no cidadão que seja facilmente transponível para um indicador que permita aferir a situação e a evolução do sistema de saúde a este respeito**. A *Health Foundation*, no Reino Unido, tem procurado avançar nesse sentido, considerando quatro dimensões: personalização dos cuidados de saúde, coordenação dos cuidados prestados, apoio à autogestão das situações de falta de saúde, nomeadamente na presença de condições crónicas, e se a pessoa se sente tratada com respeito, dignidade e compaixão.

A **Care Quality Commission do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS)** administra de forma periódica um inquérito para aferir a opinião dos doentes relativa a várias dimensões da prestação de cuidados. Uma dessas dimensões tenta precisamente medir **se a pessoa se sentiu tratada com respeito e dignidade** durante o tempo em que esteve no hospital.

Os resultados mais recentes demonstram que 82% das pessoas inquiridas no NHS britânico em 2021 consideraram ter sido sempre tratadas com respeito e dignidade. Apesar do valor elevado, verificou-se

uma deterioração em três pontos percentuais deste indicador face a 2020. Este indicador é particularmente baixo em doentes com demência, insuficiência respiratória, problemas cardíacos ou neurológicos.

No caso português, existem muitos indicadores, recolhidos em processos de rotina do sistema de saúde, para se conhecer em que medida se atingem os dois primeiros objetivos do sistema de saúde (melhorar a saúde da população e assegurar a equidade nas contribuições). Contudo, **é menos conhecida a situação quanto à forma como quem reside em Portugal se sente tratado nos aspetos de respeito, dignidade e compaixão.**

Uma primeira abordagem consiste em perguntar diretamente às pessoas como se sentiram na sua última experiência com um serviço de prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, o **inquérito de acesso a cuidados de saúde em Portugal¹ realizado periodicamente inclui uma questão para avaliar se os indivíduos inquiridos sentiram que foram tratados com compaixão, dignidade e respeito no seu último contacto com o sistema de saúde.**

A figura 1 ilustra a evolução deste indicador ao longo dos últimos cinco anos. Entre 2017 e 2021, o valor deste indicador aumentou progressivamente, tendo ganho mais de dois pontos percentuais neste período. Mesmo durante os anos da pandemia de 2020 e 2021 verificou-se um aumento sistemático, ainda que ligeiro, do indicador.

Contudo, os dados referentes a 2022 demonstram uma redução expressiva do indicador. De acordo com o inquérito de acesso a cuidados de saúde, **em 2022 apenas 67% das pessoas sentiram que foram tratadas com respeito, compaixão e dignidade, no seu último contacto com o sistema de saúde.** Este valor está substancialmente abaixo do verificado em 2021 (76%).

É importante contextualizar estes resultados tendo em consideração a altura do ano em que as respostas foram recolhidas: julho de 2022. **O verão de 2022 foi marcado por uma série de desafios no sistema de saúde português.** Foram frequentes as notícias sobre as dificuldades em assegurar a cobertura da população por médicos de família, mas principalmente na dificuldade em garantir o cumprimento das escalas de serviços de urgência. Em particular, os problemas nas urgências de obstetrícia foram significativos, tendo culminado com a demissão da ministra Marta Temido no final de agosto. Todas estas dificuldades contribuíram para gerar um contexto de opinião focado em aspetos negativos do SNS.

Por um lado, estas dificuldades podem **ter impactado negativamente a perceção dos inquiridos sobre o sistema de saúde.** Por outro lado, é possível que as próprias **pessoas inquiridas possam ter sido diretamente afetadas por estes problemas** na sua interação com o sistema de saúde.

¹ O inquérito de Acesso a Cuidados de Saúde foi construído pela equipa de investigação do Nova SBE Health Economics and Management Knowledge Centre, tendo os dados sido recolhidos pela empresa GfK. A informação foi recolhida através de entrevista direta e pessoal na residência dos inquiridos. Em cada edição do inquérito foram realizadas mais de mil entrevistas, representativas da população portuguesa. Detalhes relativos aos resultados do inquérito podem ser consultados em [Health Economics \(unl.pt\)](https://www.nova.unl.pt/HealthEconomics).

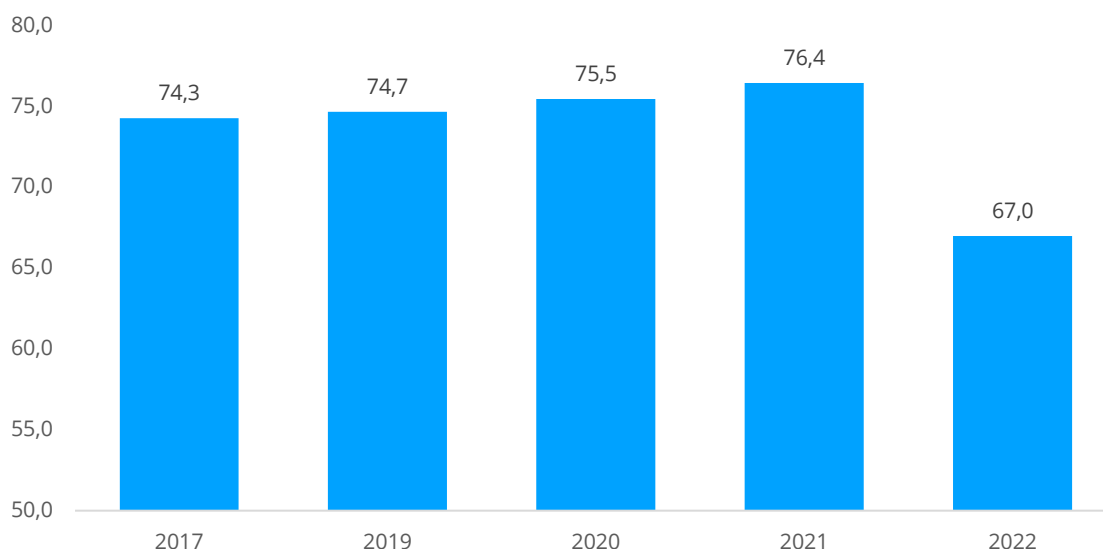


Figura 1: Proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito, compaixão e dignidade no seu último contacto com o sistema de saúde (%; 2017 - 2022)

As razões por detrás da queda deste indicador não são diretamente conhecidas, podendo estar relacionadas com diversos fatores. Interessa também analisar a evolução deste indicador em determinados grupos da população, como forma de identificar regularidades de efeitos mais concentrados nalguns grupos da população (*versus* ter sido um efeito transversal dentro da sociedade portuguesa). A tabela 1 ilustra esta evolução ao longo dos anos para doentes sem médico de família, para doentes crónicos e por género.

Tabela 1: Proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito, compaixão e dignidade no seu último contacto com o sistema de saúde (%; 2017 - 2022)

| | Tem Médico de Família | | Tem Doença Crónica | | Género | |
|-------------|-----------------------|------|--------------------|------|-----------|----------|
| | Sim | Não | Sim | Não | Masculino | Feminino |
| 2017 - 2022 | 75,1 | 59,4 | 78,9 | 71,6 | 73,0 | 74,1 |
| 2017 | n.a. | n.a. | 81,2 | 72,0 | 72,5 | 75,8 |
| 2019 | 75,4 | 67,0 | 78,2 | 73,4 | 74,7 | 74,7 |
| 2020 | 76,1 | 69,8 | 77,1 | 74,9 | 75,4 | 75,5 |
| 2021 | 78,1 | 61,1 | 84,4 | 73,1 | 76,7 | 76,2 |
| 2022 | 70,7 | 48,0 | 73,8 | 63,8 | 65,9 | 68,0 |

A quebra na proporção de pessoas que se sentiram tratadas com dignidade, compaixão e respeito foi sentida pelos diversos grupos, não estando relacionada com a existência de um médico de família atribuído, com a prevalência de doenças crónicas ou com o género. Porém, é interessante constatar que **a proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito é substancialmente maior entre**

os utentes com médico de família atribuído, bem como entre aqueles que têm doenças crónicas.

Em sentido contrário, entre homens e mulheres não são encontradas diferenças substanciais.

Em 2022, **71% dos utentes com médico de família consideraram ter sido tratados com respeito e dignidade. Contudo, entre os utentes sem médico de família, apenas 48% dos inquiridos consideraram ter sido tratados com respeito.** A existência de um médico de família parece, por isso, ter um papel determinante na centralidade do cidadão no sistema de saúde. A interação repetida com um mesmo profissional de saúde, tal como conferida pelo médico de família, pode potenciar uma relação de maior confiança entre o cidadão e o sistema de saúde. Adicionalmente, a existência de um médico de família pode favorecer o planeamento de cuidados de saúde, contribuindo potencialmente para reduzir interação súbitas e não planeadas com o sistema de saúde (e com profissionais de saúde desconhecidos).

O efeito observado nos doentes crónicos pode precisamente sinalizar o efeito da interação repetida com o sistema de saúde. Em 2022, **74% dos doentes crónicos inquiridos reportaram ter sido tratados com respeito, contra 64% entre os doentes não crónicos.** É expectável que os doentes crónicos tenham um maior volume de contactos e interações com o sistema de saúde. Tal pode implicar uma interação repetida com profissionais de saúde (nomeadamente os médicos de família), bem como um maior conhecimento sobre como “navegar” no sistema de saúde. Estes fatores podem contribuir para que os doentes crónicos se sintam, e possam ser, tratados com mais respeito, compaixão e dignidade do que os restantes doentes.

A perceção de tratamento com dignidade, respeito e compaixão pode também variar de acordo com o setor a que se recorreu. A tabela 2 apresenta a proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito, distinguindo aquelas em que, no ano do inquérito, recorreram apenas ao SNS, daquelas que recorreram apenas ao setor privado, e daquelas que recorreram aos dois setores nesse ano. Esta análise tem algumas limitações tendo em consideração que os dados não permitem identificar se o último contacto com o sistema de saúde – ao qual a questão relativa ao tratamento com dignidade se refere – se verificou no setor público ou privado. Para além disso, o número de observações de pessoas exclusivamente tratadas no setor privado é muito reduzido.

De qualquer forma, **não se verificam diferenças substanciais entre os utentes que recorreram apenas ao setor público e os utentes que recorreram apenas ao setor privado.** Porém, é interessante constatar que os utentes que recorrem aos dois setores tendem a sentir-se tratados com menos dignidade do que os utentes que recorrem exclusivamente a um dos setores. A exceção a estes padrões verifica-se em 2022. À semelhança dos resultados anteriores, verifica-se uma **quebra sistemática nos valores reportados em 2022, independentemente do setor a que se recorreu.** Esta quebra em 2022 é particularmente expressiva entre aqueles que recorreram apenas ao setor privado.

Tabela 2: Proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito, compaixão e dignidade no seu último contacto com o sistema de saúde (%; 2017 - 2022)

| | Apenas SNS | SNS e Privado | Apenas Privado |
|-------------|------------|---------------|----------------|
| 2017 - 2022 | 77,2 | 72,2 | 75,0 |
| 2017 | 79,4 | 72,0 | 82,8 |
| 2019 | 82,0 | 71,8 | 73,8 |
| 2020 | 79,4 | 74,2 | 80,0 |
| 2021 | 79,0 | 75,6 | 78,9 |
| 2022 | 68,0 | 66,4 | 58,3 |

Estes dados permitem identificar grupos da população que reportam um valor mais elevado, ou mais reduzido, neste indicador. É expectável que esta perceção se possa alterar com base na idade dos inquiridos, com o seu nível de rendimento, o tipo de serviço de saúde a que costumam recorrer, ou mesmo com o nível de escolaridade. Contudo, é necessário considerar que muitos destes fatores podem estar relacionados entre si. A análise individual destes efeitos não permite o estudo do peso relativo de cada um destes fatores na probabilidade da pessoa se ter sentido doente.

A consideração do impacto conjunto destes efeitos, através de um modelo de regressão linear múltipla, permite estudar o peso relativo de cada fator. Este modelo inclui diversas variáveis passíveis de explicar variações neste indicador, nomeadamente, o género, o facto de ser doente crónico, os grupos etários, os níveis de escolaridade, e as condições socioeconómicas. Foi também incluído um conjunto de variáveis para capturar os efeitos individuais de cada ano. Os resultados do modelo de regressão estimado podem ser consultados no anexo técnico.

A figura 2 apresenta, para os grupos etários, nível de educação e classe socioeconómica, o valor médio e o respetivo intervalo de confiança que resulta da estimação desse modelo. Os intervalos de confiança são representados pela barra vertical. Quando os mesmos estão sobrepostos entre categorias, tal significa que os efeitos serão similares entre essas dimensões.

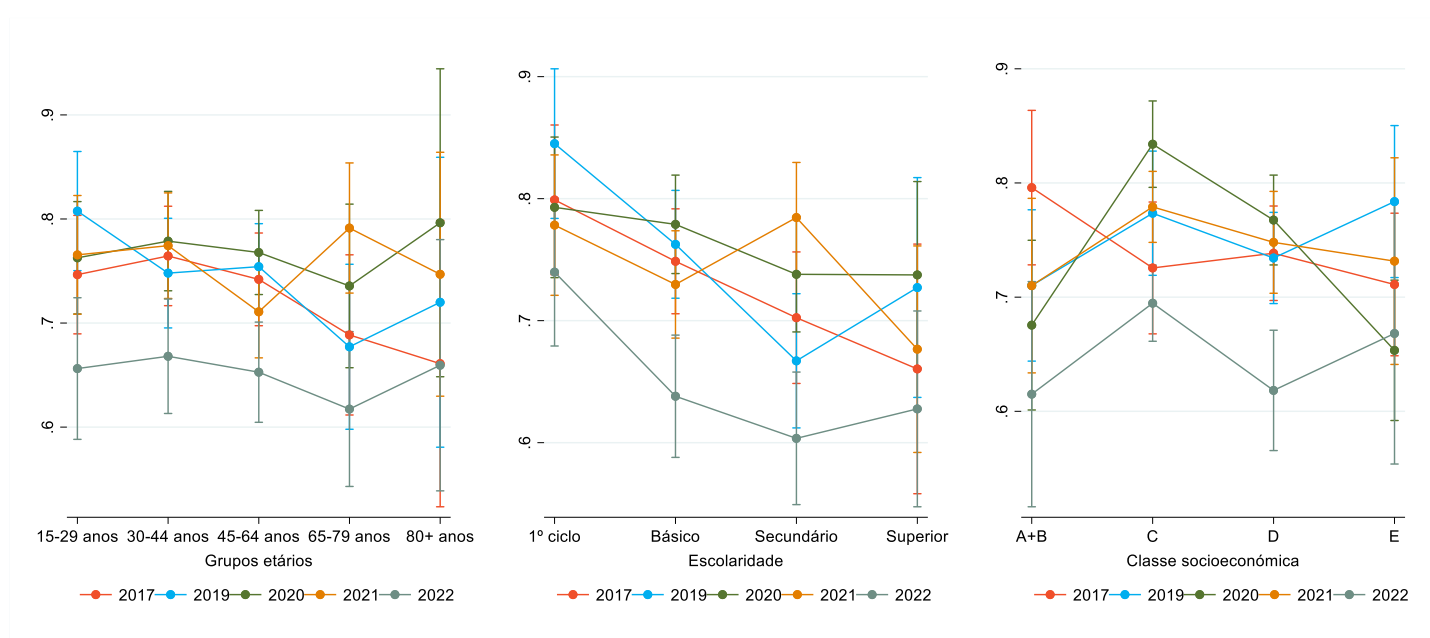


Figura 2: Proporção de pessoas que se sentiram tratadas com respeito, compaixão e dignidade no seu último contacto com o sistema de saúde por grupos etários, nível de escolaridade e classe socioeconómica (coeficientes e intervalos de confiança de 95% de regressão multivariada)

Através da análise da figura 2, **não se verificam diferenças substanciais entre grupos etários, nem no que diz respeito à classe socioeconómica**. Verifica-se, contudo, uma redução nos níveis médios de confiança reportados para a generalidade dos grupos etários e classe socioeconómica em 2022, face aos restantes anos. De facto, de acordo com os dados, o **ano de 2022 foi marcado por uma degradação generalizada no contacto com o utente, tal como sentido por este**.

Em sentido contrário, no que diz respeito ao nível de escolaridade, verifica-se que a **população com níveis de escolaridade mais baixos tende a reportar níveis de tratamento com dignidade superiores aos de indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados**. As razões que explicam este gradiente não são claras mas podem refletir um maior grau de exigência das pessoas nos grupos com maior escolaridade. Novamente, verifica-se que a quebra deste indicador em 2022 foi também sentida nos vários níveis de escolaridade.

A perceção de que a dignidade, compaixão e respeito no tratamento dos doentes teve uma quebra em 2022 contrasta com o resultado observado durante os anos da pandemia. De facto, em 2020 e 2021 (os principais anos da pandemia) não se verificaram quebras neste indicador. Pelo contrário, tal como representado na figura 1, **este indicador revelou ligeiros aumentos durante os anos da pandemia face aos valores reportados em 2017 e 2019**.

De alguma forma, a pressão exercida sobre os hospitais durante o pico da pandemia, poder-se-ia ter traduzido numa deterioração neste indicador. De forma análoga, a normalização da atividade hospitalar durante o ano de 2022 poderia ter levado a uma melhoria do indicador. Contudo, verifica-se a tendência inversa. Isto pode sinalizar que, por um lado, os próprios níveis de exigência da população podem ter sido ajustados, com uma maior compreensão para a pressão sentida durante a pandemia, evitando assim a deterioração deste indicador. Da mesma forma, os próprios profissionais de saúde podem ter tido um cuidado adicional com os seus doentes, tendo em consideração as circunstâncias extraordinárias que se atravessavam.

Não deixa de ser interessante constatar que **a quebra neste indicador sentida em 2022 parece ser comum aos diferentes grupos da população**. De facto, não se encontra evidência de discriminação entre grupos, sendo este efeito negativo sentido de forma transversal na população inquirida.

As variações deste indicador ao longo dos anos e a discrepância verificada entre determinados grupos da população reforçam a importância de definir medidas que permitam avaliar a centralidade do cidadão no sistema de saúde. Estes indicadores devem cobrir várias dimensões do acesso aos cuidados de saúde, incluindo a satisfação dos utentes com os cuidados prestados nas suas várias dimensões: respeito e dignidade, acesso a informação, perceção de barreiras de acesso e de navegação no sistema de saúde, entre outras. **A definição e monitorização frequente destes indicadores é fundamental para apoiar a construção de um sistema de saúde verdadeiramente centrado no cidadão**.

Será necessário um **esforço em 2023 para ultrapassar a queda observada em 2022**, o que terá que ser feito ao nível de cada unidade do sistema de saúde português, quer no setor público, quer no setor privado. Os resultados desta análise descritiva reforçam que a centralidade do cidadão no sistema de saúde, naquilo que diz respeito à sua perceção de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, pode ser positivamente impactada pela disponibilidade de médicos de família. Assim, **a atribuição de médico de família para acompanhamento regular de cada residente em Portugal tem um papel determinante**, para além das dimensões clínicas, na própria perceção e satisfação de cada utente com o sistema de saúde.

Anexo técnico

Notas informativas: análises do setor da saúde | 03

Modelo de regressão linear múltipla com erros padrão robustos (N = 6 315)

| | Coefficiente | Erro Padrão | P-value |
|------------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| Mulher | 0,002 | 0,011 | 0,851 |
| Crónico 2017 | 0,087 | 0,030 | 0,004 |
| Crónico 2019 | 0,028 | 0,030 | 0,351 |
| Crónico 2020 | 0,025 | 0,031 | 0,417 |
| Crónico 2021 | 0,101 | 0,028 | 0,000 |
| Crónico 2022 | 0,082 | 0,031 | 0,009 |
| 30-44 anos 2017 | 0,018 | 0,036 | 0,615 |
| 30-44 anos 2019 | -0,060 | 0,037 | 0,103 |
| 30-44 anos 2020 | 0,016 | 0,034 | 0,640 |
| 30-44 anos 2021 | 0,009 | 0,036 | 0,804 |
| 30-44 anos 2022 | 0,012 | 0,042 | 0,777 |
| 45-64 anos 2017 | -0,005 | 0,038 | 0,904 |
| 45-64 anos 2019 | -0,053 | 0,038 | 0,159 |
| 45-64 anos 2020 | 0,005 | 0,036 | 0,886 |
| 45-64 anos 2021 | -0,055 | 0,037 | 0,144 |
| 45-64 anos 2022 | -0,004 | 0,042 | 0,934 |
| 65-79 anos 2017 | -0,058 | 0,052 | 0,263 |
| 65-79 anos 2019 | -0,130 | 0,054 | 0,016 |
| 65-79 anos 2020 | -0,027 | 0,053 | 0,609 |
| 65-79 anos 2021 | 0,026 | 0,048 | 0,588 |
| 65-79 anos 2022 | -0,039 | 0,055 | 0,477 |
| 80+ anos 2017 | -0,086 | 0,078 | 0,274 |
| 80+ anos 2019 | -0,088 | 0,081 | 0,278 |
| 80+ anos 2020 | 0,034 | 0,083 | 0,686 |
| 80+ anos 2021 | -0,019 | 0,070 | 0,790 |
| 80+ anos 2022 | 0,003 | 0,073 | 0,965 |
| Ensino Básico 2017 | -0,050 | 0,036 | 0,162 |
| Ensino Básico 2019 | -0,083 | 0,036 | 0,023 |
| Ensino Básico 2020 | -0,014 | 0,037 | 0,703 |
| Ensino Básico 2021 | -0,049 | 0,038 | 0,195 |
| Ensino Básico 2022 | -0,102 | 0,040 | 0,010 |
| Ensino Secundário 2017 | -0,097 | 0,047 | 0,040 |
| Ensino Secundário 2019 | -0,178 | 0,049 | 0,000 |
| Ensino Secundário 2020 | -0,055 | 0,042 | 0,189 |
| Ensino Secundário 2021 | 0,006 | 0,040 | 0,877 |
| Ensino Secundário 2022 | -0,136 | 0,044 | 0,002 |
| Ensino Superior 2017 | -0,139 | 0,066 | 0,037 |
| Ensino Superior 2019 | -0,118 | 0,061 | 0,055 |
| Ensino Superior 2020 | -0,055 | 0,053 | 0,294 |
| Ensino Superior 2021 | -0,102 | 0,054 | 0,062 |
| Ensino Superior 2022 | -0,112 | 0,054 | 0,037 |

| | | | |
|---------------|--------|-------|-------|
| Classe C 2017 | -0,070 | 0,045 | 0,118 |
| Classe C 2019 | 0,063 | 0,042 | 0,131 |
| Classe C 2020 | 0,158 | 0,042 | 0,000 |
| Classe C 2021 | 0,069 | 0,042 | 0,102 |
| Classe C 2022 | 0,080 | 0,053 | 0,131 |
| Classe D 2017 | -0,057 | 0,044 | 0,195 |
| Classe D 2019 | 0,024 | 0,043 | 0,575 |
| Classe D 2020 | 0,092 | 0,044 | 0,035 |
| Classe D 2021 | 0,038 | 0,046 | 0,408 |
| Classe D 2022 | 0,003 | 0,058 | 0,954 |
| Classe E 2017 | -0,085 | 0,050 | 0,091 |
| Classe E 2019 | 0,073 | 0,051 | 0,147 |
| Classe E 2020 | -0,022 | 0,050 | 0,660 |
| Classe E 2021 | 0,021 | 0,061 | 0,725 |
| Classe E 2022 | 0,053 | 0,078 | 0,497 |
| 2019 | 0,011 | 0,091 | 0,902 |
| 2020 | -0,149 | 0,087 | 0,089 |
| 2021 | -0,120 | 0,089 | 0,178 |
| 2022 | -0,158 | 0,095 | 0,097 |
| Constante | 0,840 | 0,065 | 0,000 |