

cescontexto

Ciências Sociais e Saúde

Desafios e temas críticos dos Sistemas de Saúde

Organização

Mauro Serapioni

Ana Raquel Matos

Nº 07

outubro 2014

Debates

www.ces.uc.pt/cescontexto



Propriedade e Edição/Property and Edition

Centro de Estudos Sociais/Centre for Social Studies

Laboratório Associado/Associate Laboratory

Universidade de Coimbra/University of Coimbra

www.ces.uc.pt

Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087

3000-995 Coimbra - Portugal

E-mail: cescontexto@ces.uc.pt

Tel: +351 239 855573 Fax: +351 239 855589

Comissão Editorial/Editorial Board

Coordenação Geral/General Coordination: Sílvia Portugal

Coordenação Debates/Debates Collection Coordination: Ana Raquel Matos

ISSN 2192-908X

© Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2014

Índice

<i>Mauro Serapioni e Ana Raquel Matos</i>	
Introdução	4
<i>Sónia Dias e Ana Gama</i>	
Migração e saúde: principais determinantes e estratégias de ação	7
<i>Lúcia Fernandes</i>	
Complexidade, incertezas e vulnerabilidades em áreas contaminadas habitadas no Brasil e em Portugal	14
<i>Liliane Brandão Carvalho, Anna Karynne da Silva Melo, Mauro Serapioni e Maria Lúcia Magalhães Bosi</i>	
Reforma psiquiátrica: contexto brasileiro e aproximações ao caso português	23
<i>Ana Monteiro</i>	
Globalização, migrações e saúde mental: imigrantes da Europa de Leste em Portugal	39
<i>Marta Aguilar e José Maria Bleda Barcía</i>	
El impacto de la crisis en el sistema sanitario español	57
<i>Pedro Lopes Ferreira</i>	
Impacto da crise no sistema de saúde – Portugal	64
<i>Mauro Serapioni</i>	
O impacto da crise na saúde no sistema de saúde de Itália	71
<i>Rita Biancheri</i>	
Saúde e diferenças de género: uma perspetiva diversa	80
<i>David Tavares</i>	
Poderes profissionais e processos de profissionalização no campo da saúde	88



Impacto da crise no sistema de saúde – Portugal⁷

Pedro Lopes Ferreira,⁸ Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
pedrof@fe.uc.pt

Resumo: Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria. Esta crise, que também afeta outros países europeus da Zona Euro e fora dela, está a ter consequências drásticas na saúde e no sistema de saúde do país. As causas desta crise tiveram muito a ver com falhas intrínsecas, de enquadramento, regulação e supervisão dos sistemas financeiros e com limitações estruturais da zona Euro, atingindo naturalmente países com a economia e governança mais débeis.

Relativamente aos efeitos de uma crise socioeconómica na saúde existe uma vasta e crescente base de conhecimento. A proteção contra os efeitos negativos da crise deve assentar, no entanto, em políticas ativas de emprego, proteção contra o endividamento e numa política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde.

Nada disto temos em Portugal. Não existe qualquer sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde.

Palavras-chave: Sistema de saúde, Efeitos da crise, Portugal.

⁷ Na apresentação que serviu de base a este artigo o autor seguiu de perto o último Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2012).

⁸ Professor Associado com agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Diretor do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e membro da equipa coordenadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Integra a Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEIC) e é co-chair do Comité Regional Ibero-Americano da International Society for Quality of Life Research (ISOQOL).

Introdução

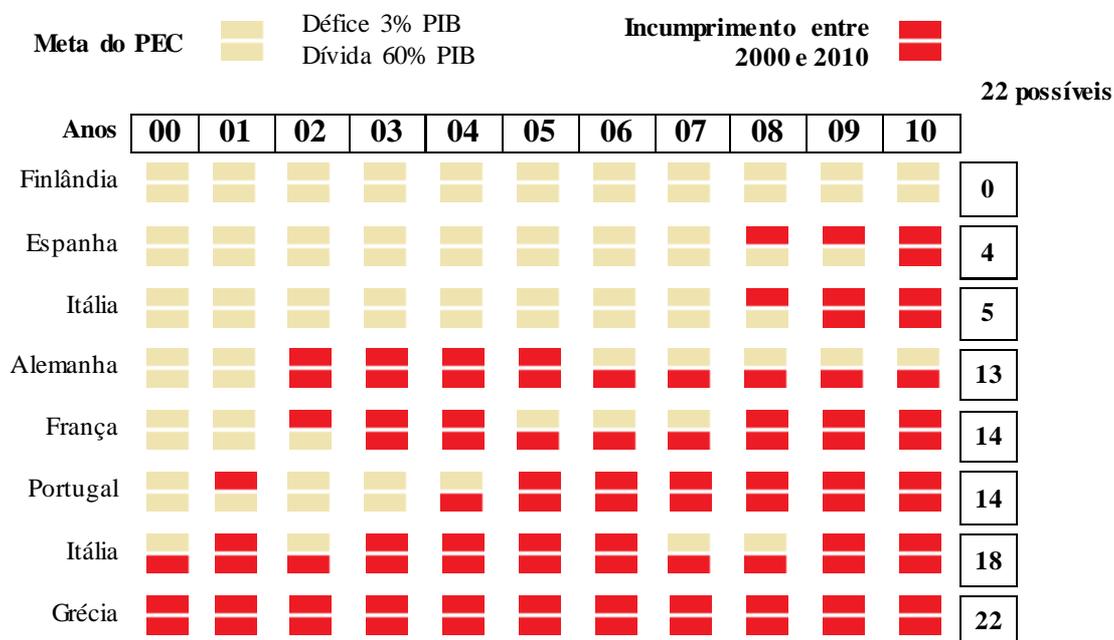
Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria. O mesmo acontece com a Grécia e com a Irlanda e, mais recentemente, com a Espanha e com a Itália. Apesar de uma forma menos notória, esta crise atinge também outros países europeus da zona Euro (como a Holanda, a França e a Estónia) e fora dela (como a Hungria).

Uma crise desta importância afeta necessariamente a saúde e o sistema de saúde do país. Por isso, o que acontece na saúde depende, em grande parte, da qualidade da resposta política e social à crise instalada. Contudo, uma resposta adequada a esta crise não pode também deixar de depender do entendimento rigoroso das suas causas.

As causas da crise

Convém lembrar que esta é uma crise, desencadeada pelos sistemas financeiros, que convergiu de falhas graves na gestão do Euro e que atingiu mais intensamente países económica e socialmente mais frágeis. De facto, o aparecimento de produtos financeiros tóxicos e falhas de enquadramento, regulação e supervisão criaram as condições para uma subversão do papel económico e social do sistema financeiro e para uma "financeirização" da economia. Por outro lado, algumas limitações estruturais da zona Euro, sem políticas económicas ou fiscais comuns vieram potenciar a situação.

A situação foi agravada pela inadequação das respostas nacionais, europeias e internacionais. De facto, para assegurar a estabilidade da zona Euro, a União Europeia (UE) definiu critérios precisos para o défice (3% do PIB) e para a dívida pública (60% do PIB). A figura 1 mostra o grau de cumprimento e incumprimento dessas metas por parte de países membros da UE, durante os 11 anos que mediaram entre 2000 e 2010.



Fonte: Eurostat, 2011.

Figura 1. Pacto de Estabilidade e Crescimento

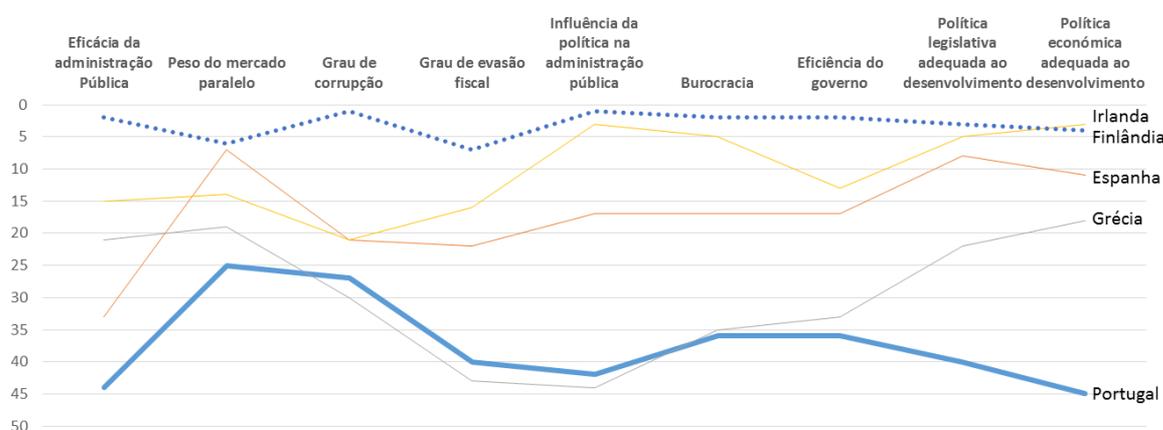
Como se pode ver, não fomos o único país que nestes anos não cumpriu as metas do défice ou da dívida. Assim, podemos (e devemos perguntar): Como foi possível tão elevado nível de incumprimento e por que é que ele foi aparentemente tão bem tolerado? A resposta a esta pergunta é fundamental para compreender as causas da crise em curso.

Em 2008, a chamada crise financeira do "subprime" e as suas consequências imediatas ou mais tardias obrigaram alguns governos europeus a financiar com fundos públicos a crise nos seus sistemas financeiros. Nessa altura, a Comissão Europeia (CE) anuiu a um aumento do endividamento dos estados membros para esse fim.

Por outro lado, a falta de crescimento económico faz, só por si, com que a percentagem dos gastos sociais no PIB cresça também (em valor absoluto). É evidente que não há progressos na proteção social sem crescimento económico.

A história europeia do último século também parece demonstrar que não há crescimento económico sustentável sem coesão social. Deve atentar-se, por isso, no crescimento económico e na proteção social como duas faces da mesma moeda e olhar com particular atenção para aqueles fatores que influenciam negativamente quer o desenvolvimento económico quer a boa gestão dos sistemas de proteção social. São eles (1) o pouco apego ao conhecimento; (2) o limitado espírito empreendedor nos setores económico e social; (3) o baixo nível de capital social; (4) os enraizados dispositivos de captura do bem público por interesses particulares; e (5) as redes de troca de favores em detrimento da promoção do mérito.

A boa governança é outro fato essencial. Na figura seguinte compara-se a posição de Portugal com a de outros países no que respeita à qualidade da governança.



Fonte: IMD, 2001.

Figura 2. Qualidade da governança em cinco países europeus

Qualquer que seja o indicador analisado pode ver-se a posição extremamente desfavorável de Portugal penalizando o desenvolvimento económico e a proteção social.

Na figura 3 apresenta-se, por outro lado, a baixa natalidade de Portugal, que continua a descer e que, associada à crescente emigração dos portugueses mais qualificados, se pode também transformar numa ameaça ao crescimento económico e à sustentabilidade dos sistemas de proteção social. Como se pode observar, Portugal possui uma das mais baixas taxas de natalidade da Europa, continuando a diminuir.

	1980	1990	2000	2003	2009
EU-27	:	:	:	1.47	1.60
BE	1.68	1.62	1.67	1.66	1.84
BG	2.05	1.82	1.26	1.23	1.57
CZ	2.08	1.90	1.14	1.18	1.49
DK	1.55	1.67	1.77	1.76	1.84
DE	:	:	1.38	1.34	1.36
EE	:	2.05	1.38	1.37	1.62
IE	3.21	2.11	1.89	1.96	2.07
EL	2.23	1.40	1.26	1.28	1.52
ES	2.20	1.36	1.23	1.31	1.40
FR	1.95	1.78	1.87	1.87	1.98
IT	1.64	1.33	1.26	1.29	1.42
CY	:	2.41	1.64	1.50	1.51
LV	:	:	:	1.29	1.31
LT	1.99	2.03	1.39	1.26	1.55
LU	1.50	1.60	1.76	1.62	1.59
HU	1.91	1.87	1.32	1.27	1.32
MT	1.99	2.04	1.70	1.48	1.44
NL	1.60	1.62	1.72	1.75	1.79
AT	1.65	1.46	1.36	1.38	1.39
PL	:	2.06	1.35	1.22	1.40
PT	2.25	1.56	1.55	1.44	1.32
RO	2.43	1.83	1.31	1.27	1.38
SI	:	1.46	1.26	1.20	1.53
SK	2.32	2.09	1.30	1.20	1.41
FI	1.63	1.78	1.73	1.76	1.86
SE	1.68	2.13	1.54	1.71	1.94
UK	1.90	1.83	1.64	1.71	1.96

Fonte: Eurostat, 2009

Figura 3. Taxa de mortalidade nos países da UE27

Country	Most people N Can be trusted			Social Trust x Vol.Org	
Sweden (SE)	993	0.65	0.93	2.80	1.82
Denmark (DK)	1010	0.75	0.90	2.38	1.79
Netherlands (NL)	1026	0.62	0.84	2.21	1.37
Finland (FI)	1032	0.61	0.76	1.53	.93
Luxembourg (LU)	384	0.31	0.78	1.87	.58
United Kingdom (UK)	1290	0.36	0.56	1.06	.38
Ireland (IE)	1067	0.34	0.59	1.07	.36
Austria (AT)	995	0.33	0.59	1.02	.34
Belgium (BE)	960	0.30	0.58	1.14	.34
Germany (DE)	1505	0.34	0.56	0.98	.33
Slovenia (SI)	1023	0.24	0.57	0.94	.23
France (FR)	982	0.22	0.56	0.90	.20
Spain (ES)	1001	0.36	0.29	0.46	.17
Estonia (EE)	991	0.33	0.37	0.53	.17
Malta (MT)	493	0.22	0.44	0.73	.16
Italy (IT)	1031	0.22	0.33	0.48	.11
Cyprus (CY)	466	0.19	0.39	0.60	.11
Portugal (PT)	1048	0.24	0.25	0.32	.08
Czech Republic (CZ)	1110	0.17	0.36	0.47	.08
Hungary (HU)	991	0.25	0.21	0.26	.07
Slovakia (SK)	1295	0.16	0.38	0.42	.07
Greece (EL)	1009	0.18	0.26	0.31	.06
Latvia (LV)	984	0.15	0.27	0.35	.05
Lithuania (LT)	1005	0.14	0.22	0.28	.04
Romania (RO)	986	0.17	0.19	0.24	.04
Bulgaria (BG)	870	0.20	0.16	0.18	.04
Poland (PL)	1020	0.10	0.25	0.34	.03
EU15	15297	0.33	0.51	0.93	.31
EU25	24774	0.30	0.47	0.82	.25
NMS10	9390	0.15	0.28	0.38	.06
Total	27008	0.29	0.45	0.80	.23

Fonte: EU, 2004

Figura 4. Índice de capital social

Por fim, a figura 4 evidencia o baixo índice de capital social em Portugal, constituindo uma limitação quer para as dinâmicas de crescimento económico quer para as de proteção social. Reparar que Espanha tem cerca de metade do valor da Irlanda e que Portugal e a Grécia cerca de metade do valor da Espanha.

Efeitos da crise na saúde

Existe uma vasta e crescente base de conhecimento sobre os efeitos de uma crise socioeconómica na saúde. Para além dos efeitos negativos, existem alguns efeitos “protetores”, por exemplo, o facto de existir menos circulação automóvel resulta em menos acidentes e seus consequentes efeitos negativos.

A proteção contra os efeitos negativos da crise deve assentar, no entanto, em políticas ativas de emprego, proteção contra o endividamento e numa política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde. Nada disto temos em Portugal. A intervenção precoce neste âmbito é fundamental e, quanto mais cedo se intervier, melhor. Ilustrando isto, os efeitos da crise socioeconómica, nomeadamente, na saúde mental são bem conhecidos. As principais manifestações são precoces e caracterizam-se por perda de autoestima, depressão-ansiedade e risco de comportamentos suicidas. No desencadear destas manifestações o desemprego e endividamento têm um papel particularmente importante.

Porém, em Portugal as primeiras respostas são apresentadas três anos depois do início da crise e cerca de um ano após o seu profundo agravamento (recessão intensa pós Troika). Consubstanciaram-se numa reunião de peritos sobre suicídio (Abril 2012), no endividamento da habitação e no programa emprego-jovem (Maio-Junho 2012).

Assustadora é, por exemplo, a evolução das infeções por VIH nos consumidores de drogas injetáveis na Grécia. Neste país registou-se um considerável aumento da prevalência de infeção pelo vírus da SIDA nos toxicodependentes em consequência do aumento de comportamentos de risco e da retração nas medidas de saúde pública. É David Stuckler, professor de sociologia da Universidade de Cambridge que afirma “Estamos a assistir a alguns sinais preocupantes e alarmantes que são não apenas da crise financeira, mas parecem diretamente ligados à austeridade. Um aumento de 50% em infeções HIV, uma duplicação de homicídios e morte, um enorme aumento no uso de heroína e prostituição e, ainda, relatos de pessoas que deliberadamente se auto infetam com HIV para ter acesso aos benefícios públicos” (Stuckler *et al.*, 2009, 2011).

Outro aspeto alarmante é a taxa de mortalidade entre as pessoas mais idosas. Há precisamente um ano observou-se em Portugal, assim como noutros países europeus, um aumento da taxa de mortalidade neste grupo populacional (Mazick *et al.*, 2012). No entanto, entre nós, não foi estabelecida qualquer relação entre a crise económica e este excesso de mortalidade de inverno e não foram estudadas as diferenças socioeconómicas dos padrões da mortalidade. Apesar disto, é importante realçar que o estudo também revela que somente em Espanha e Portugal se observou um excesso de mortalidade significativo para o grupo etário dos 15 aos 64 anos.

Por outro lado, existe evidência sobre a relação entre o sofrimento mental, sobretudo em situação de crise económica prolongada, e as suas repercussões físicas, influenciando o sistema cardiovascular e imunológico. Podem verificar-se acréscimos de risco de hipertensão arterial, enfarte do miocárdio, acidente cerebrovascular, diabetes e infeções. Este efeito é ainda mais demarcado nas classes sociais menos favorecidas (SESPAS, 2011).

Falando agora dos serviços de saúde, do acesso e da qualidade gostava de lembrar o exemplo da Irlanda. A análise, feita pelos investigadores do Trinity College de Dublin, da relação entre a crise económica e saúde, assenta no conceito de resiliência (Thomas *et al.*, 2013). Segundo estes autores, há três tipos de resiliência:

- Resiliência protetora - Numa primeira fase, o país tentou (e conseguiu) proteger o sector da saúde dos cortes orçamentais.
- Resiliência adaptativa - Numa segunda fase, com a intervenção da Troika, a Irlanda deixou de conseguir excluir o setor da saúde dos cortes orçamentais e apostou nos ganhos de eficiência. Adaptou-se à situação fazendo mais, com os mesmos recursos, conseguindo ganhos de eficiência notáveis. Feita esta adaptação, com a persistência da situação orçamental preocupante, já se começa a entrar numa fase em que os cortes orçamentais começam a afetar a resposta dos serviços.
- Resiliência transformadora - consiste, essencialmente, em aproveitar a crise para transformar o sistema. Neste sentido, a Irlanda procurou tirar proveito desta crise para anunciar e procurar realizar reformas importantes:
 - Estabelecer um seguro público para o universalismo,
 - Reforma dos cuidados de saúde primários;

Porém, nas circunstâncias atuais, não conseguiram progressos satisfatórios em nenhum destes objetivos.

Enquanto foi possível, a Irlanda protegeu o sector da saúde dos cortes orçamentais. No entanto, a partir da intervenção da Troika não foi possível continuar a excluir o setor da saúde das medidas restritivas.

Conclusão

Em Portugal não dispomos de um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde. Deste modo, não é possível acompanhar com dados objetivos os reais efeitos da crise na saúde dos portugueses. No entanto, apresentam-se de seguida alguns exemplos que ilustram os efeitos da crise na saúde veiculados pela comunicação social.

- De acordo com dados do INE, em 2010 os valores do suicídio (1101) foram mais elevados do que os acidentes com transportes (1015);
- No que diz respeito à evolução dos principais indicadores assistenciais nos hospitais (cirurgias, consultas, urgências) e nos centros de saúde (consultas, SAPs) existem algumas indicações de que pode haver uma diminuição da produção;
- Relativamente aos comportamentos de risco, o presidente do Instituto da Droga e da Toxicod dependência declarou, na comunicação social, que a crise está a provocar um aumento do “consumo de desespero” de droga em ex-toxicodependentes e a um aumento do pequeno tráfico para ganhar dinheiro;
- Foi publicitado o relatório anual da segurança rodoviária e, apesar da sinistralidade rodoviária ter vindo a diminuir desde 2008, os valores dos atropelamentos com fuga aumentaram consideravelmente, pela primeira vez, em 2011. Estes foram apenas alguns tópicos para levantar a discussão.

Referências Bibliográficas

European commission (2004), *Eurobarometer, 61*, consultado a 24 de julho, disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb61/eb61_first_res_en.pdf.

Eurostat (2012), *Statistics Database*. Brussels, European Commission.

IDM - Institute for management development (2001), *The World Competitiveness Yearbook 2001*. Lausanne: IMD.

Mazick, A.; Gergonne, B.; Nielsen, J.; Wuillaume, F.; Virtanen, M.J.; Fouillet, A.; Uphoff, H.; Sideroglou, T.; Paldy, A.; Oza, A.; Nunes, B.; Flores-Segovia, V.N.; Junker, C.; McDonald, S. A.; Green, H.K.; Pebody, R.; Mølbak, K. (2012), “Excess mortality among the elderly in 12 European countries, February and March 2012”, *Eurosurveillance*, 17, 14.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Escoval, A.; Lopes, M.; Ferreira, P. L. (coords) (2102), *Crise & saúde. Um país em sofrimento. Relatório de Primavera 2012*. Coimbra: Mar da Palavra.

SESPA - Sociedad Española de Salud Pública Y Administración Sanitaria (2011), *El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla*. Barcelona: SESPAS.

Stuckler, D.; Basu, S.; Suhreke, M.; Coutts, A.; McKee, M. (2009), “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *Lancet*, 374, 9686, 315-323.

Stuckler, D.; Basu, S., Suhrcke, M.; Coutts, A.; McKee, M. (2011), “Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data”, *Lancet*, 378, 9786, 124-125.

Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R, Jowett M, Normand C. (2013), “A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case”, *BMC Health Services Research*, 13, 450.