

Os impactos da COVID-19 no acesso à saúde em Portugal

**Uma cartografia dos resultados registados
durante a segunda vaga da pandemia**

**José Carlos Pinto da Costa
CRIA/FCSH-NOVA**

Introdução

- Entre outros impactos significativos que a pandemia provocou na saúde das populações, foram observados sinais de alerta que indicam que a capacidade de resposta do sistema nacional de saúde atingiu o limite. Os pacientes passaram a ser divididos entre “pacientes COVID” e “pacientes não-COVID”, e estes últimos viram serem perturbados as suas rotinas de tratamento e o seu acesso aos cuidados em favor dos primeiros. Num inquérito realizado pelo “Movimento Saúde em Dia – Não Mascare a Sua Saúde”, 57% dos inquiridos referiu que a pandemia dificultou o acesso aos cuidados de saúde. A quase totalidade das consultas não realizadas foram cancelada pelas unidades de saúde.
- O objetivo desta apresentação é cartografar sucintamente as perturbações provocadas pela segunda vaga da pandemia da COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde em Portugal por doentes não-COVID.
- Partindo de uma breve contextualização da emergência e da evolução da segunda vaga da pandemia, são, em seguida, apresentados os dados do acesso aos cuidados de saúde por parte dos doentes não-COVID durante este período.
- A apresentação termina com uma proposta de reflexão sobre os impactos da pandemia na vida humana, com foco na realidade portuguesa.



Fonte: https://www.rtp.pt/noticias/pais/a-evolucao-da-covid-19-em-portugal_i1213879

Clique no canto superior direito para ver maior e no nome das camadas para ligar/desligar

O acesso à saúde por “doentes não-COVID”

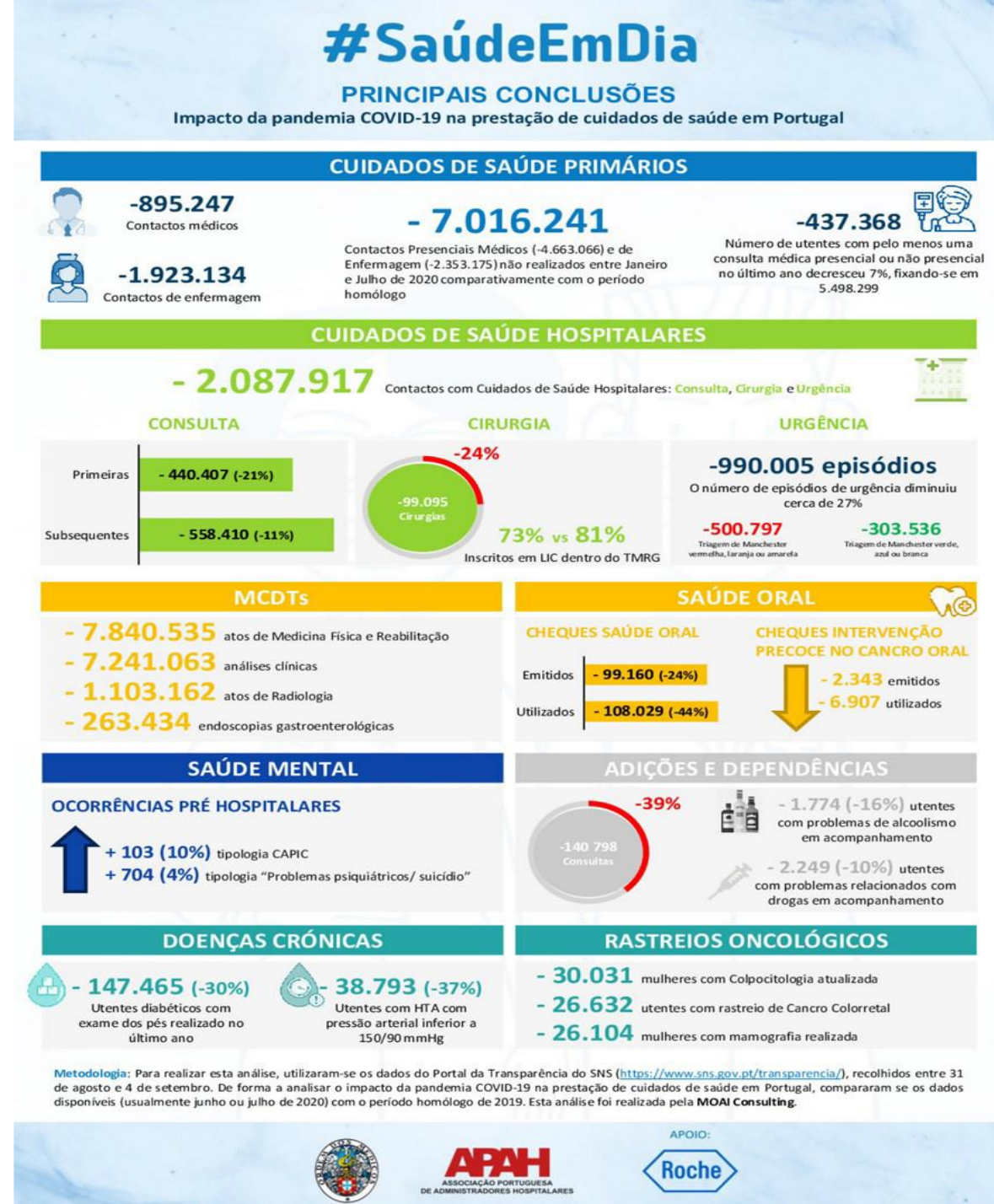
Menos

895.247 contactos médicos
1.923.134 contactos de enfermagem
437.368 consultas
7.016.241 contactos presenciais em cuidados primários
2.087.917 contactos presenciais em cuidados hospitalares
27% de episódios de urgência
500.797 episódios com triagem vermelha, laranja ou amarela
303.536 episódios com triagem verde, azul ou branca
99.095 cirurgias
7.840.535 atos de medicina física e reabilitação
7.241.063 atos de análises clínicas
99.169 cheques dentista emitidos e 108.029 utilizados
39% de consultas relacionadas com adições e dependências
30% de exames dos pés a utentes diabéticos
37% a utentes hipertensos
82.777 rastreios do cancro colorretal, da mama e do colo do útero

Mais

10% de ocorrências pré-hospitalares (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise)
4% de eventos do tipo problemas psiquiátrico/suicídio

Fonte: MOAI Consulting (a partir dos dados fornecidos pelo SNS)



Proposta de reflexão

Imagem: Thinker, pintura de Nikolina Petolas.
<https://www.artmajeur.com/pt/nikolinapetolas/artworks/11012107/thinker>



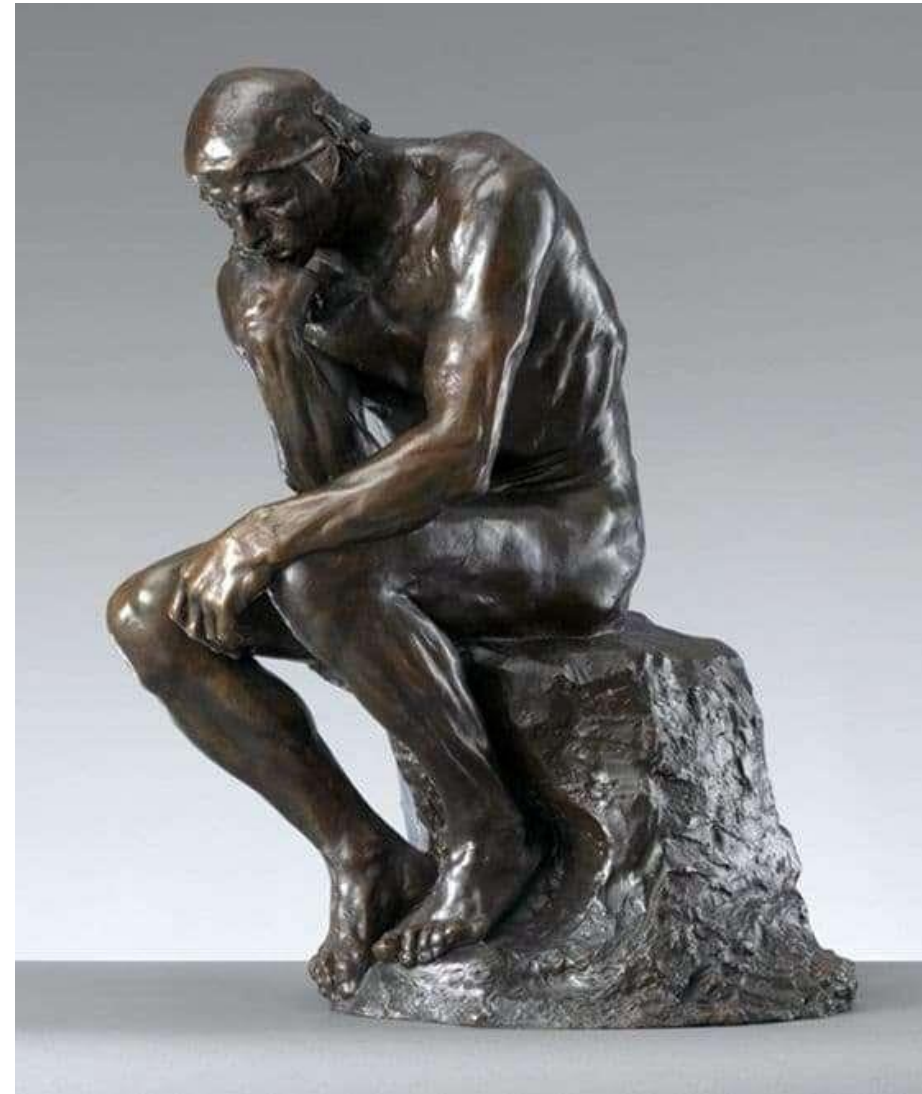
Um estudo da Eurofound (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho) refere que os portugueses são dos que mais dificuldades tiveram no acesso a cuidados de saúde extra-COVID.¹ Esta conclusão vinha sendo denotada já pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) desde a primeira vaga da pandemia em Portugal. Entre março e junho de 2020, o acesso aos cuidados de saúde tinha tido...

“...uma queda acentuada devido aos constrangimentos causados pela pandemia, [e isto deve-se fundamentalmente à] queda acentuada da atividade programada e não programada da rede de estabelecimentos do SNS, sobretudo em virtude das alterações aplicadas à organização e prestação de cuidados de saúde, de modo a prepará-lo para responder à pressão a que poderia vir a estar sujeito, em função da evolução da pandemia”.¹

<https://expresso.pt/coronavirus/2020-07-20-Covid-19-provocou-uma-queda-acentuada-no-acesso-aos-cuidados-de-saude>

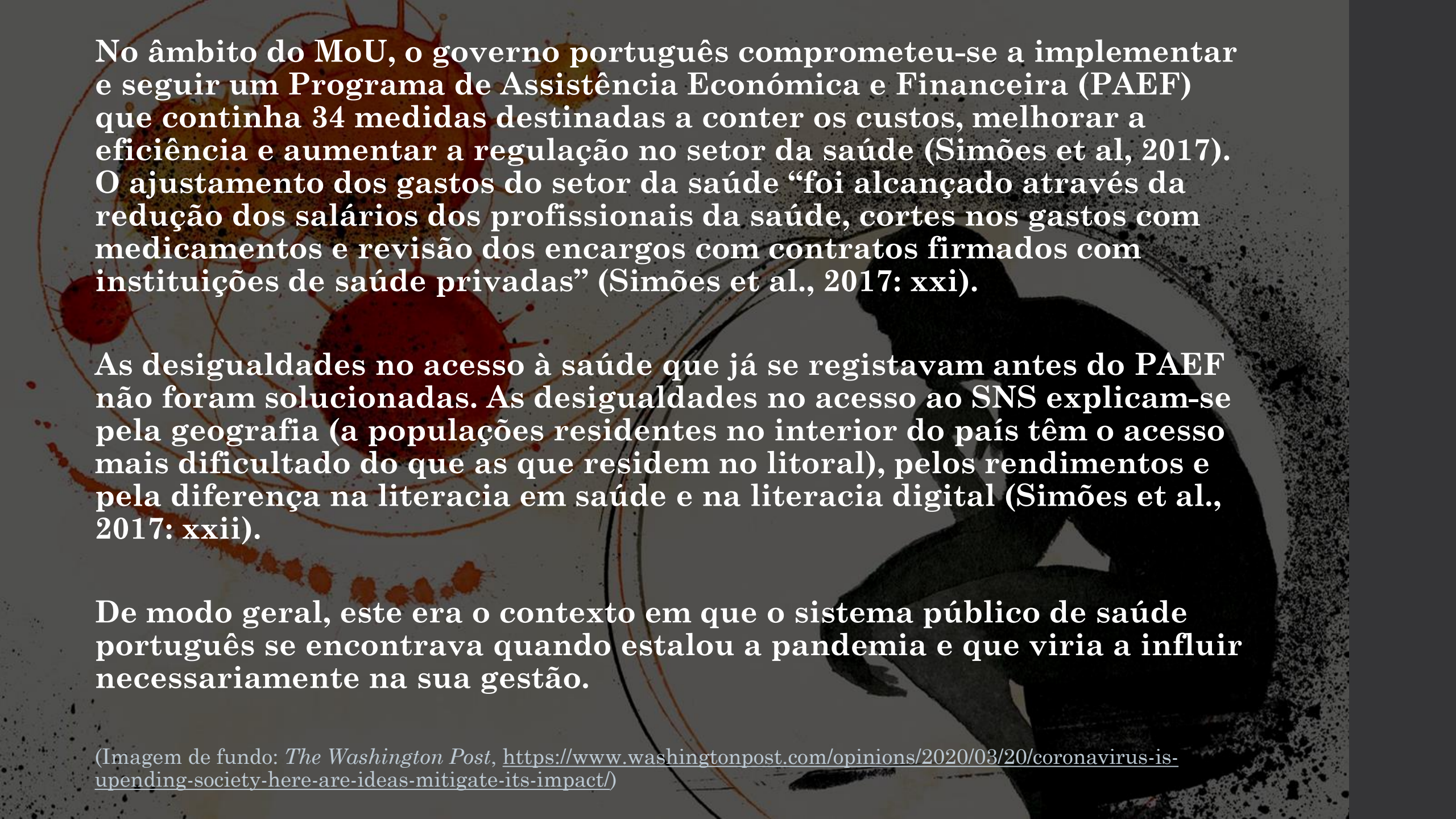
O CNS (Conselho Nacional de Saúde, 2020: 2-3) refere que a pandemia de COVID-19...

...em Portugal veio colocar à vista várias fragilidades do sistema de saúde, algumas já apontadas ao longo de muitos anos e outras mais claramente identificadas ao longo destes meses. O [Serviços Nacional de Saúde], tal como a sociedade civil e as demais instituições, não estava convenientemente preparado para enfrentar emergências de saúde pública como a epidemia de COVID-19. Os vários anos de desinvestimento e desorçamentação limitaram os meios financeiros, os equipamentos e os meios humanos, e fizeram questionar a capacidade de resposta à epidemia.





A descapitalização do SNS intensificou-se na sequência das imposições do Memorando de Entendimento (MoU) que o governo português assumiu com a Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e que esteve em vigor entre 2011 e 2014 (Chipman, 2015). O MoU foi assinado pelo governo português como contrapartida a um empréstimo de 78 mil milhões de euros concedido pelo FMI e pelo BCE. As políticas de austeridade incluídas no MoU promoveram uma situação de empobrecimento que teve repercussões ao longo dos anos que se seguiram ao termo do resgate.



No âmbito do MoU, o governo português comprometeu-se a implementar e seguir um Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) que continha 34 medidas destinadas a conter os custos, melhorar a eficiência e aumentar a regulação no setor da saúde (Simões et al, 2017). O ajustamento dos gastos do setor da saúde “foi alcançado através da redução dos salários dos profissionais da saúde, cortes nos gastos com medicamentos e revisão dos encargos com contratos firmados com instituições de saúde privadas” (Simões et al., 2017: xxi).

As desigualdades no acesso à saúde que já se registavam antes do PAEF não foram solucionadas. As desigualdades no acesso ao SNS explicam-se pela geografia (a populações residentes no interior do país têm o acesso mais dificultado do que as que residem no litoral), pelos rendimentos e pela diferença na literacia em saúde e na literacia digital (Simões et al., 2017: xxii).

De modo geral, este era o contexto em que o sistema público de saúde português se encontrava quando estalou a pandemia e que viria a influir necessariamente na sua gestão.

(Imagem de fundo: *The Washington Post*, <https://www.washingtonpost.com/opinions/2020/03/20/coronavirus-is-upending-society-here-are-ideas-mitigate-its-impact/>)

FAREED ZAKARIA

We're living with this covid tragedy by choice

HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL



NOTÍCIAS

PARCEIROS

CONSELHO CONSULTIVO

DEPUTADOS

SOBRE O PROJETO



NOTÍCIAS

“GOVERNOS OLHARAM PARA A SAÚDE COMO UM CUSTO”

Projetos Expresso. Crise. O agravamento das desigualdades sociais provocado pela covid-19 obriga a repensar o sistema para aumentar o financiamento e o acesso



A pandemia tornou ainda mais óbvia a insuficiência de recursos humanos e materiais, aliados a défices organizacionais e estruturais e uma importante desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, tanto geográfica como socioeconómica. Considerando a iliteracia marcada ao nível da promoção da saúde, a



Mario Monti, que preside à Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, lembra que o subfinanciamento e o subinvestimento são legados da crise financeira de 2008. Devido a este legado, os sistemas de saúde ficaram menos resilientes e é necessário investir nos sistemas de saúde como vias para garantir a coesão social e o bem-estar, os quais, por seu turno, sustentarão o crescimento económico (Iacobucci, 2021). Esta Comissão e urge os governos europeus a “intervir ‘a todos os níveis das sociedades’ para enfrentar as desigualdades expostas pela pandemia. Os sistemas de saúde devem tornar-se mais inclusivos assegurando que ‘todos, sejam quais forem as suas características, sejam capazes de participar na tomada de decisão a todos os níveis e a obter acesso à saúde e aos serviços sociais’” (Iacobucci, 2021).

Considerações finais

Os impactos da COVID-19 nas sociedades humanas vêm dar razão à premissa segundo a qual as perturbações da saúde são fundamentalmente factos bioculturais (cf. Kleinman, 1978). Os impactos dos agentes patogénicos refletem as condições sociais, económicas e políticas de determinada época e de certo lugar. Em última instância, os modos como os processos biológicos e sociais estão implicados produzem biologias locais (Lock, 1993, Lock & Nguyen, 2010), isto é, condições biológicas específicas. A biologia dos indivíduos, e, por inerência, a sua condição de saúde, acaba por resultar da implicação do biológico e do social, sempre mediada e trabalhada pela cultura, que a complexifica e torna altamente diversa e variável.

Merril Singer cunhou a noção de sindemia (syndemics) para traduzir o facto de as doenças só poderem ser interpretadas e compreendidas no contexto específico em que as suas expressões são construídas e ativadas (Singer, 2009). Uma abordagem sindémica permite “repensar a saúde pública e o entendimento social científico da doença, ao focar a atenção nas interações multifacetadas que ocorrem entre a saúde de uma comunidade, as estruturas políticas e económicas e o ambiente físico e social envolvente” (Singer, 2009: xiii).

O acesso à saúde durante a pandemia foi prejudicado não pela ontologia feroz do coronavírus, mas pelas políticas de desinvestimento e subfinanciamento do sistema de saúde. É isto que significa entender os efeitos da pandemia em Portugal como um efeito de interpretações sociopolíticas. O acesso à saúde foi prejudicado porque as opções ideológicas – a defesa de pacotes de austeridade como via para o desenvolvimento – permaneceram face à prioridade fundamental da manutenção de uma base de sustentação robusta que permitisse encarar eventuais crises como a da pandemia com segurança.

No final, o contexto em que o sistema nacional de saúde português operava quando o vírus chegou determinou os efeitos das políticas de reparação que foram sendo promovidas e agilizadas. A uma política de reparação deve suceder uma política da prevenção.

Referências citadas

Chipman, A. (2015). Os cuidados de saúde baseados em valor em Portugal: A necessidade é a mãe da invenção. Relatório da The Economist Intelligence Unit Limited, Gilead Sciences.

Conselho Nacional de Saúde (2020). Portugal e a resposta à COVID-19: A posição do Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem. Disponível em http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf. Acesso em 23/01/2021.

Iacobucci, G. (2021). Covid-19: Underfunding of health workforce left many European nations vulnerable, says commission. BMJ, 372(724). DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n724>

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science & Medicine, 12, 85-93.

Lock, M. & Nguyen V.-K. (2010). Local biologies and human difference. In M. Lock and V.-K. Nguyen, An Anthropology of Biomedicine (pp. 83-109). Wiley-Blackwell: Malden and Oxford.

Simões J., Augusto G., Fronteira I. & Hernández-Quevedo C. (2017). Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 19(2), 1-184.

Singer, M. (2009). Introduction to Syndemics. A critical systems approach to public and community health. San Francisco: Jossey-Bass.

Obrigado

