

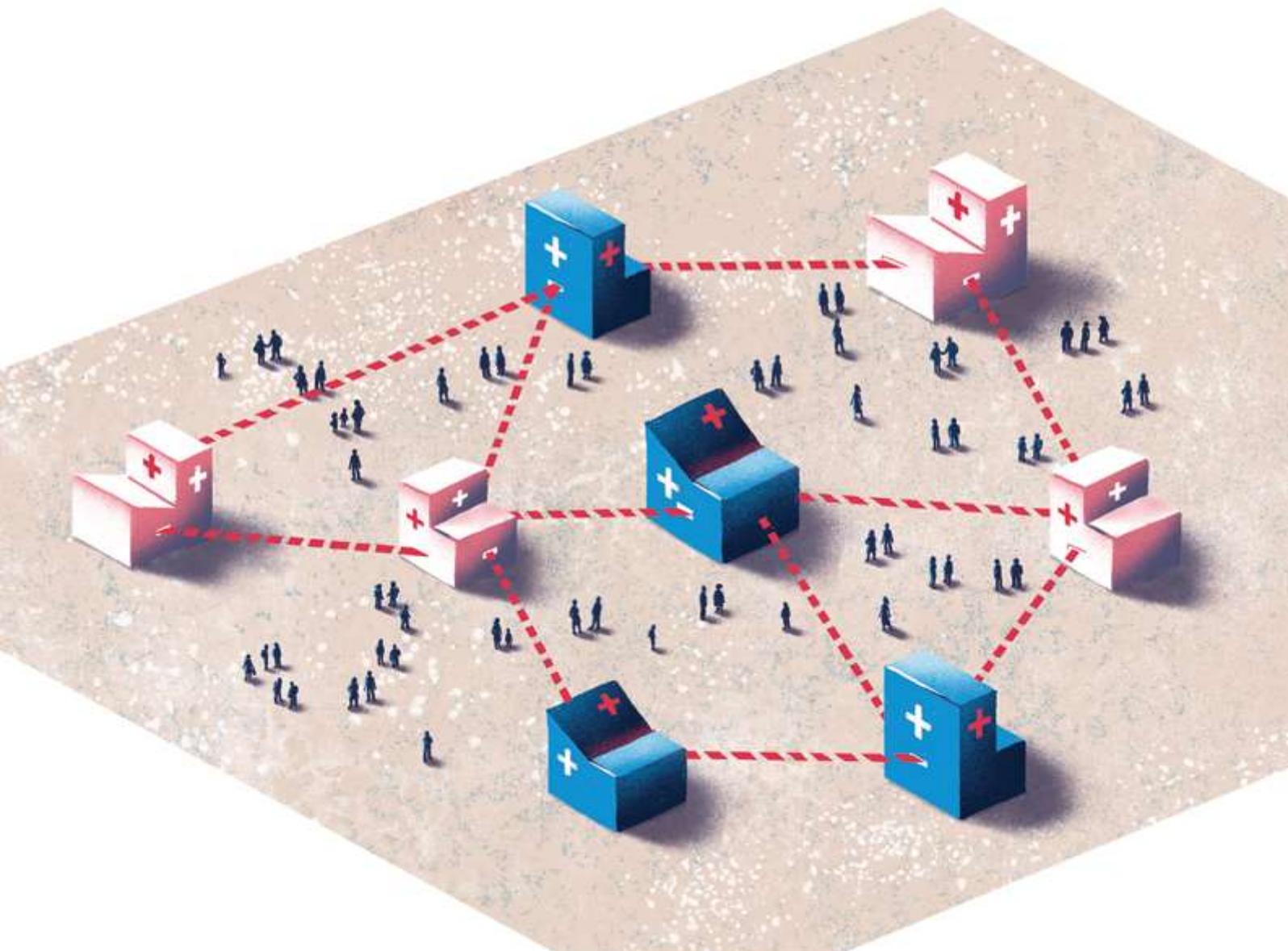
Saúde

Gonçalo Santinha

Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (GOVCOPP),
Universidade de Aveiro

Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa e CHRC



A desigualdade faz mal à saúde (principalmente em tempo de pandemia)

Resiliência. A palavra foi amplamente aplicada ao sector da saúde durante a pandemia e na fase pós-pandémica, sobretudo em referência ao sistema de saúde e ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). No ano passado, neste mesmo relatório, descrevia-se a forma como a pandemia tinha afetado a prestação de cuidados e questionava-se a gestão do SNS durante esta fase crítica, nomeadamente a sua “resiliência”, ou seja, a manutenção da sua capacidade de resposta universal com qualidade e eficiência. Mas acontece que a resiliência na saúde deve ser vista num contexto muito mais alargado, porque a saúde não se limita aos cuidados. Resiliência em saúde, numa abordagem mais ampla, significa manutenção da saúde da população face a um choque externo e garantia da obtenção de ganhos em saúde após este choque. Ora, tal como a pandemia expôs e agudizou as fragilidades do SNS, também expôs e agudizou as fragilidades da sociedade portuguesa, com um impacto negativo no acesso à própria saúde.

Em 2019, os 20% de portugueses mais ricos detinham 40,1% dos rendimentos do país, enquanto os 20% mais pobres apenas detinham 7,8% deste valor, sendo o quinto país mais desigual da EU-27 (dados do Eurostat¹). Um estudo baseado no Inquérito Nacional de Saúde, realizado no segundo semestre de 2019², mostrou que a prevalência de várias doenças era substancialmente inferior nos grupos com níveis de educação superior, em comparação com o nível de habilitações mais baixos, ajustando pela idade. Por exemplo, nos homens com nível de educação superior, a prevalência era 90% inferior nas doenças cardiovasculares, 62% inferior na diabetes e 41% inferior na hipertensão. Os mesmos dados mostram que o risco de não aceder a uma consulta por razões financeiras é, para os mais ricos, de 6% e, para os mais pobres, de 26%.

Assim, existiam desigualdades socioeconómicas, com diferenças na capacidade de se proteger face à pandemia, em particular no cumprimento das normas de isolamento. Também existia uma forte desigualdade nos fatores de risco de severidade da COVID-19. E, finalmente, também eram os mais pobres que se confrontavam, antes da pandemia, com maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.

A pandemia veio agudizar as desigualdades sociais: muitos trabalhadores perderam a sua fonte de rendimento, ficaram impossibilitados de ficar em teletrabalho ou as empresas onde trabalhavam deixaram de funcionar ou

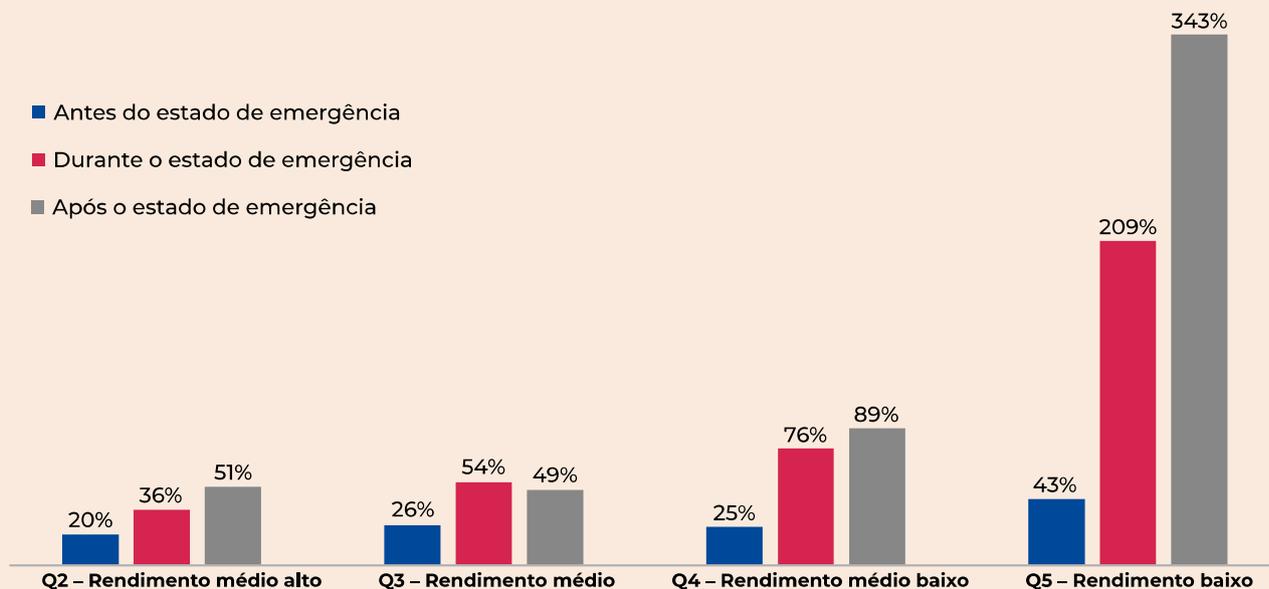
O risco de não aceder a uma consulta por razões financeiras é de 6% para os mais ricos e de 26% para os mais pobres

faliram. Um estudo mostrou um aumento de 25% da pobreza e de 9% na desigualdade neste período³. Ora, sabemos que as pessoas mais pobres têm pior saúde⁴ e que as perdas de aprendizagem em crianças mais desfavorecidas acarretam consequências danosas no seu nível de habilitações e nas condições sociais e de saúde.

Também veio agudizar as desigualdades em saúde, deixando mais desprotegidas as pessoas com piores condições de habitação (casas sobrelotadas), piores empregos

Excesso de risco de COVID-19 em comparação com o quintil de cidadãos com rendimento elevado

Fonte: Magalhães, JP. et al (2022)⁵



As pessoas com rendimentos mais baixos são as que têm maior possibilidade de contrair COVID-19. Durante e após o estado de emergência esse risco aumentou exponencialmente.

e menor possibilidade de teletrabalho e a viverem ou trabalharem em territórios socialmente mais débeis.

E, finalmente, veio agudizar as desigualdades em saúde pela perda de acesso ao SNS, única forma de aceder aos cuidados para pessoas mais desfavorecidas sem possibilidade de utilizar os serviços privados.

Aconteceu com a COVID-19 o que tem acontecido sistematicamente com novas doenças desconhecidas: após uma primeira fase de relativa igualdade, são os menos favorecidos os mais afetados, ou seja, os que têm menos possibilidade de se proteger (ver gráfico⁵).

Não podemos deixar de lado o fortalecimento do SNS. Mas este fortalecimento é apenas um dos fatores de resiliência em saúde. Outros aspetos prendem-se com a necessidade de fortalecimento da sociedade, no combate às desigualdades sociais e das desigualdades em saúde, para evitar que uma próxima pandemia nos encontre impreparados para enfrentar o choque social. A preparação deve passar pelo papel redistributivo do

Estado, pela melhoria das condições sociais e económicas do país e pelo fortalecimento da saúde pública nas políticas de combate às desigualdades em saúde. ▶

- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_income_distribution_and_income_inequality#Income_distribution
- Perelman J. (2022) Pandemia Sindémica em Portugal: Desigualdade Social nos Fatores de Risco Associados à Mortalidade por COVID-19. Acta Médica Portuguesa published online ahead of printing.
- <https://observatoriosocial.fundacaolacaixa.pt/-o-impacto-da-covid-19-na-pobreza-e-desigualdade-em-portugal-e-o-efeito-mitigador-das-politicas-de-protecao>
- Sobre esperança de vida e rendimento, ver por exemplo Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. (2016) The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. JAMA. 315(16):1750-66.
- Magalhães JP, Ribeiro AI, Caetano C, Machado RS. (2022) Community socioeconomic deprivation and SARS-CoV-2 infection risk: findings from Portugal. European journal of public health, 32.1: 145-150. Agradecemos os autores pela cedência de dados para construção da Figura, e autorização para utilização dos mesmos.

Descentralização na saúde: quem colhe os benefícios?

A descentralização na saúde pode abrir a porta a investimentos muito desiguais entre autarquias ricas e pobres, cavando ainda mais o fosso das desigualdades em saúde

O debate em torno da descentralização administrativa há muito que ocorre em Portugal. Os insucessos políticos neste campo, como o referendo sobre a regionalização em 1998, foram adiando a colocação em prática de um efetivo processo de descentralização até à publicação da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto.

O tema, apesar deste aparente consenso, parece suscitar posições antagónicas, entre uma visão mais liberal, de desconcentração dos poderes e aproximação às necessidades locais, e uma visão mais centralizadora, que vê na desconcentração uma facada no papel do Estado e, inclusive, nos princípios de união e de igualdade dos cidadãos portugueses. O debate é particularmente claro no mundo da saúde, onde a descentralização é vista, segundo a perspectiva, como uma indispensável modernização que aproxima os serviços dos cidadãos, ou como um ataque aos princípios fundamentais do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, os de universalidade e equidade.

O fenómeno da descentralização tem sido amplamente debatido e promovido por diversas instituições internacionais e, inclusive, colocado em prática em diversos países, enquanto fator fomentador de desenvolvimento. Englobando a transferência de poderes para o nível subnacional, esta aposta advoga que assim se obtém um melhor conhecimento das necessidades locais e das preferências dos cidadãos, um maior envolvimento das comunidades locais, uma maior coordenação intersectorial, uma maior articulação entre áreas rurais e urbanas e, ainda, uma maior concorrência entre jurisdições de forma a aumentar a eficiência. A ideia subjacente é que serviços mais eficientes contribuem para atrair cidadãos, logo aumentar a atividade económica desse território e as receitas fiscais.

As evidências atuais de casos onde a descentralização ocorreu no setor da saúde são ambíguas. Por um lado, a descentralização parece proporcionar ganhos em saúde, mas também despesas maiores, com efeitos duvidosos em termos de eficiência. Por outro lado, o impacto nas desigualdades sociais e territoriais depende dos contextos socioeconómicos e institucionais pré-existentes e das barreiras no acesso a financiamento. Mais especificamente, se o financiamento das entidades locais pelo governo central não for ajustado às necessidades, ou se as comunidades devem autofinanciar-se por impostos próprios, existe um forte risco de desigualdades entre comunidades locais ricas e pobres, cuja capacidade de investir na saúde será muito diferente. Num país de fortes desigualdades socioeconómicas como Portugal, a descentralização na saúde pode abrir a porta a investimentos muito desiguais entre autarquias

ricas e pobres, cavando ainda mais o fosso das desigualdades em saúde. Quanto à eficiência, depende da capacidade do Estado central em retribuir às entidades locais em função dos seus resultados, de forma a que as autarquias sejam ressarcidas dos custos das suas ações. Este ponto também apresenta um forte desafio num país onde as ligações políticas e interesses partidários muitas vezes se sobrepõem às prioridades da população, questionando a capacidade do Estado central em monitorizar e avaliar com justiça as ações políticas das autarquias e financiá-las em consequência.

O processo de descentralização para o poder local pode também deparar-se com vários constrangimentos: i) este pode não ter recursos suficientes para satisfazer as exigências (metas) da administração central; ii) não ter os recursos humanos com as competências necessárias para os seus novos papéis de gestão; iii) não ter a dimensão necessária para tirar partido de economias de escala (e.g. compra de equipamentos); iv) pode não ser o principal beneficiário das suas ações, diminuindo o incentivo para políticas efetivas (por exemplo, um município que investe na prevenção irá gerar benefícios através da redução de cuidados de saúde prestados pelo Estado central). Mas as evidências também mostram que, quando a administração central se envolve, designadamente no que respeita aos recursos financeiros e promove a “subsidição cruzada” (ou seja, comunidades locais mais ricas ou mais eficazes subsidiarem as mais pobres), os impactos em termos de desigualdades territoriais ou ineficiências são bem menores.

Apesar de constitucionalmente prevista, a descentralização administrativa em Portugal tem-se verificado lentamente. Com efeito, a estrutura de governação centralizada em Portugal deixa pouca margem para ajustamentos a nível subnacional, sendo que, na sequência do período de crise económica, primeiro, e da pandemia COVID-19, depois, o grau de centralismo das decisões públicas se acentuou de forma significativa.

É com a publicação da Lei n.º 50/2018 que o processo de descentralização administrativa adquire um novo impulso. A lei, que define o quadro legal de transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais, lança as bases para a publicação posterior de diversos diplomas setoriais, em função do objeto das competências a transferir, permitindo que o processo de descentralização se iniciasse em 2019 e progredisse de forma gradual até 2022. Das cerca de duas dezenas de áreas abrangidas pela legislação, encontram-se, a título de exemplo, a educação, a cultura, a habitação, a saúde, o património, o atendimento ao cidadão e a ação social.

Dado o processo gradual e díspar de aceitação do pacote de descentralização por parte das autarquias locais para muitas áreas, pouco ainda se sabe sobre como este processo está a decorrer, a sua forma de implementação e quais as potenciais consequências dessa transferência de responsabilidades por parte do Estado, designadamente no que respeita à qualidade, garantia da universalidade e eficiência.

Neste quadro legal de transferência de competências para diversos domínios setoriais, o caso da saúde revela contornos com implicações territoriais e de política pública relevantes. Na prática, os diplomas preveem que as autarquias interessadas em adquirir competências na área da saúde se responsabilizem pela construção e manutenção dos centros de saúde, na gestão dos recursos humanos menos qualificados destes centros (assistentes operacionais) e pelo reforço de parcerias estratégicas com o Serviço Nacional de Saúde nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.

Este caminho de descentralização tem aspetos que podem ser muito positivos. Tradicionalmente, as políticas de saúde tendem a estar centradas no âmbito

A descentralização pode contribuir para que se tenha mais em consideração a diversidade de fatores que têm impacto na saúde das populações

O processo de descentralização poderá não responder melhor às necessidades em saúde, se não for acautelada a articulação entre os diversos atores e uma afetação adequada dos recursos

das entidades diretamente ligadas à prestação de cuidados ou integrantes do Ministério da Saúde. Esta perspectiva é importante mas insuficiente e, sobretudo, não responde aos desafios do futuro. É necessário olhar para a saúde de uma forma sistémica. Ou seja, não deixando de dar a devida importância às entidades prestadoras de cuidados, deve partir de uma perspectiva mais ampla, considerando que há vários fatores que direta e indiretamente têm impacto na saúde das populações.

Com efeito, a saúde depende em grande parte do contexto ambiental e socioeconómico, sobre o qual as comunidades locais podem atuar. Podemos mencionar, mais concretamente, o papel do acesso à alimentação saudável, a segurança pública, o nível de poluição, os transportes públicos ou os espaços verdes, assim como a existência de um tecido social e solidário forte. O fenómeno de pandemia COVID-19 evidenciou precisamente a importância do contexto e o papel dos municípios, colocando um desafio adicional ao papel das comunidades locais no domínio da saúde, que precisam de estar mais preparadas para lidar com tais fenómenos atípicos, mas com elevado impacto na saúde e nas condições socioeconómicas das populações.

No âmbito da descentralização de competências na saúde, as autarquias passam a ter de elaborar uma Estratégia Municipal de Saúde, devidamente enquadrada e alinhada com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde. Não obstante os seus benefícios potenciais, colocam-se diversas interrogações sobre a forma como este instrumento deverá ser desenhado, já que as orientações normativas são vagas e a responsabilidade não decorre das competências de entidades prestadoras de cuidados de saúde, revelando por isso mesmo contornos que se afastam da prática tradicional. De facto, a elaboração dos já existentes Planos Locais de Saúde, com objetivos necessariamente diferentes, encontra-se sob a responsabilidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde, cuja área de análise e intervenção não é necessariamente a municipal. Não fica claro, por exemplo, como será assegurada a coerência entre as Estratégias Municipais de Saúde e os Planos Locais de Saúde, ainda mais quando os cuidados de saúde não deixam de ter um papel importante na saúde das populações, sobre o qual os municípios pouco podem atuar.

A área da saúde tem causado bastantes dúvidas junto dos autarcas, no que respeita ao pacote de descentralização de competências. A Associação Nacional de Municípios (ANMP) avisou o Governo que era imprescindível rever os critérios de forma a acautelar eventuais estrangimentos financeiros daí decorrentes. As dificuldades associadas à ‘nova’ crise económica decorrente do cenário de guerra na Ucrânia, com um incremento de despesa com materiais, energia e combustíveis, são também apontadas como barreiras que devem traduzir alguma cautela neste processo de descentralização.

Não é de estranhar este questionamento sobre meios financeiros, até porque os municípios irão beneficiar pouco dos seus investimentos na saúde. Do ponto de vista financeiro, os ganhos serão sobretudo obtidos pelos cuidados de saúde, que irão beneficiar de uma população mais saudável, beneficiando o Estado central. Do ponto de vista político, é pouco provável que os cidadãos consigam avaliar o trabalho das autarquias na área da saúde, ainda muito identificada com o Serviço Nacional de Saúde. Assim, não fica claro de que forma será garantido que o processo de descentralização permitirá responder melhor às necessidades em saúde, se não for acautelada a articulação entre os diversos atores e se os contratos entre a Administração Central e as autarquias não envolverem uma afetação adequada dos recursos. ▶