

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 de Itália

Mauro Serapioni,¹ Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
mauroserapioni@ces.uc.pt

Resumo: Muitos estudos confirmam que os períodos de crise económica têm um impacto predominantemente negativo sobre a saúde. Nos países do sul da Europa, as medidas de austeridade têm-se centrado no corte das despesas e dos serviços essenciais garantidos, provocando a redução do acesso aos serviços públicos. Em Itália, a redução do financiamento do governo nacional está sendo compensada, principalmente, com o aumento dos copagamentos e com cortes ou não substituição de profissionais reformados. Diversas investigações têm identificado indícios de um aumento de indicadores adversos para a saúde, particularmente nos grupos sociais mais desfavorecidos. Entre outros efeitos da crise importa considerar tanto o aumento das desigualdades geográficas de saúde entre as diversas regiões do país como a redução da despesa pública em benefício da despesa privada e dos seguros de saúde.

Palavras-chave: Crise, Sistemas de saúde, Desigualdades de saúde, Europa do Sul, Itália.

1. Introdução

A recessão global afetou os sistemas de saúde de modo variável. Muitos estudos confirmam que os períodos de crise económica têm um impacto predominantemente negativo sobre a saúde e as desigualdades de saúde (Costa *et al.*, 2012; Stuckler *et al.*, 2011; Marmot e Bell, 2008). Nos países do sul da Europa, as medidas de austeridade têm-se centrado no corte de despesa e de serviços essenciais garantidos, tais como a redução de leitos hospitalares, a pressão sobre salários, o encerramento de unidades de saúde, o aumento das taxas moderadoras e a revisão de políticas sobre medicamentos. Muitas destas medidas têm provocado a redução do acesso aos serviços públicos e um aumento dos gastos para o cuidado de saúde. Em Inglaterra, Espanha e Grécia, por exemplo, os serviços nacionais de saúde têm-se voltado para tipologias de sistemas de saúde que não garantem mais uma cobertura

¹ Doutor em Sociologia e Investigador do Centro de Estudos Sociais onde integra o núcleo de Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdade (POSTRADE). Tem desenvolvido investigação na área da participação cidadã nos sistemas de saúde, voluntariado, desigualdades sociais e saúde e metodologia e investigação qualitativa, áreas nas quais tem publicado nacionalmente e internacionalmente. Leciona em vários programas doutorais e de mestrado na área da saúde, em Portugal, Espanha, Itália e Brasil

universal (Materia, 2013). Em Itália, diversas investigações têm também identificado indícios de um aumento de indicadores adversos para a saúde, particularmente nos grupos sociais mais desfavorecidos, especialmente os desempregados, que são um dos alvos mais sensíveis (Costa *et al.*, 2012; Belvis, 2012).

Neste texto, após ter resumido o processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde de Itália, serão apresentadas as peculiaridades e os pontos críticos dos sistemas de saúde dos países do sul da Europa antes de serem afetados pela atual crise financeira e económica. Em seguida serão brevemente descritos os principais efeitos das anteriores crises económicas em diferentes sistemas de saúde da Ásia e da Europa para, finalmente, analisar o impacto da atual crise no sistema de saúde de Itália e na sua população.

2. O processo de reforma do sistema de saúde italiano

O *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) foi criado em 1978 para substituir um sistema de saúde fortemente fragmentado em mais de 100 operadoras de planos e seguros de saúde. A reforma de 1978, pela primeira vez, introduziu a universalização dos cuidados de saúde e desenvolveu um processo de descentralização. A introdução do novo SSN representou um grande avanço para os sectores mais débeis da sociedade italiana; contudo, o sistema mostrou sinais de mau funcionamento e de ineficiência. O aumento da insatisfação por parte de sectores da sociedade e o contínuo aumento da despesa sanitária durante a década de 1980 levou o governo, em 1992, a ‘reformular’ a reforma sanitária.

A denominada “segunda reforma sanitária” introduziu algumas formas de mercado interno e encaminhou um processo de descentralização, transferindo as responsabilidades do Estado para as regiões. Porém, esta reforma atingiu parcialmente os objetivos de racionalização e de maior eficiência do sistema e somente nas regiões do norte do país. Nas regiões do sul, o processo de reforma não avançou o suficiente devido à falta de interesse político e de capacidades administrativas adequadas. Muito destes problemas foram objeto de uma “terceira reforma”, por volta de 1999, a qual tentou reforçar o papel do Estado na regulação do *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), reduzindo ao mesmo tempo o seu papel a favor de uma crescente autonomia das regiões.

A terceira reforma pode, assim, ser considerada uma reação do governo central (do Ministério de Saúde) ao fortalecimento das regiões, com vista a restabelecer objetivos nacionais comuns a todas as regiões e a contrabalançar a autonomia financeira por elas adquiridas. Entretanto, em decorrência da mudança no quadro político no país, esta reforma não chegou a ser implementada. A partir do ano de 2000, uma série de intervenções legislativas contribuiu para a realização do “federalismo fiscal” no sector sanitário. A revisão constitucional de 2001 redefiniu os poderes entre as esferas do governo, atribuindo às regiões as competências legislativas e ao Estado a prerrogativa de estabelecer os níveis essenciais de assistência. Nos anos sucessivos, manteve-se o conflito entre Estado e regiões. Entretanto, a oferta e a qualidade dos serviços de saúde nas diferentes regiões é já bastante heterogénea e corre-se o risco que tal disparidade continue a aumentar. Assim, o SSN enfrenta os seus tradicionais problemas: o da qualidade e da eficiência, ao qual acresce o risco de aumentarem das desigualdades regionais em termos de prestação de cuidados de saúde (Maino, 2001; Ferrera, 2006). De facto, há evidências de que o processo de descentralização do sistema de saúde (definido “Federalismo fiscal”) não tem contribuído para reduzir a tradicional diferença de desempenho entre os sistemas regionais de saúde da Itália do Sul e aqueles da Itália do Centro e do Norte (Figura 1), diferença que provavelmente não tem equivalência em outro sistema de saúde dos países da Europa Ocidental. Pelo contrário, parece que nos últimos anos

as diferenças aumentaram (Vicarelli e Pavolini, 2012). Em Itália, continuam os autores, o debate sobre descentralização e federalismo parece estar desinteressado do impacto deste processo sobre a questão da equidade, preocupação esta bem presente em outros países europeus (Vicarelli e Pavolini, 2012).



Figura 1. As 20 regiões italianas

3. Os sistemas de saúde do sul da Europa antes da crise financeira

Um dos traços distintivos do modelo de proteção social da macrorregião da Europa do Sul refere-se aos sistemas de saúde, que apesar da sua fragmentação institucional, são caracterizados por uma abordagem universalista. Além dos fatores sociopolíticos, os sistemas de saúde desta macrorregião apresentam outras características comuns: i) não coerência entre as promessas universalistas do SNS e as dificuldades financeiras encontradas no processo de implementação; ii) ineficiência e baixos níveis de competências gerências; iii) papel desenvolvido pelos recursos não profissionais nos sistemas de saúde; iv) inadequado grau de direitos garantidos aos utentes pelo respetivo sistema de saúde (tabela 1); v) baixos níveis de

participação cidadã e vi) baixo nível de satisfação dos cidadãos com seu sistema de saúde (tabela 2).

Tabela 1. Europatient Empowerment Index (Europa dos 15)

Dimensões	Direitos doentes	Informação	Avaliação Tecnol. Saúde	Incentivos financeiros	Pontuação total	Classificação
Dinamarca	370	260	80	67	777	1
Alemanha	370	200	53	120	744	2
Finlândia	352	240	53	93	739	3
Holanda	352	220	53	107	732	4
França	389	180	53	80	702	5
Áustria	352	200	53	80	685	6
Bélgica	389	100	53	120	662	7
Suécia	333	180	53	93	660	8
Luxemburgo	407	140	27	80	654	9
Reino Unido	278	220	80	67	644	10
Itália	333	160	53	67	613	11
Irlanda	278	180	53	93	604	12
Grécia	370	120	27	40	557	13
Espanha	278	140	53	67	638	14
Portugal	222	160	27	80	489	15

Fonte: Health Consumer Powerhouse – Bruxells, 2009.

Tabela 2. Satisfação dos cidadãos com os respetivos sistemas de saúde (Europa dos 15)

País	Satisfeito e muito satisfeito	Neutral	Insatisfeito e muito insatisfeito
Áustria	92,1	4,0	3,9
Bélgica	89,4	6,0	4,6
Dinamarca	92,2	3,0	4,8
França	84,1	10,6	5,4
Holanda	77,9	8,5	13,6
Finlândia	77,7	8,5	13,8
Luxemburgo	75,9	11,7	12,4
Reino Unido	74,6	9,3	16,2
Irlanda	69,8	9,6	20,7
Súécia	67,8	13,0	19,2
Alemanha	65,0	15,8	19,1
Espanha	55,3	30,0	14,7
Portugal	50,6	21,7	27,6
Itália	49,0	24,2	26,8
Grécia	48,0	24,8	27,2

Fonte: Bleich, Özaltin e Murray, 2009.

A pesar dessas limitações e dificuldades, estes países alcançaram índices de esperança de vida e indicadores do estado de saúde que os colocaram nas primeiras posições a nível internacional. Eles beneficiaram de todas as melhorias das condições de vida e de cuidado de saúde que advêm tanto do desenvolvimento socioeconómico das últimas décadas como dos padrões de saúde favoráveis dos países mediterrâneos. Contudo, estes indicadores de saúde escondem situações de heterogeneidade interna como resultado das desigualdades tanto na distribuição de recursos materiais, educação e *status* social, como no acesso ao cuidado de saúde. Tudo isso produz, obviamente, disparidade de exposição aos principais fatores de risco para a saúde. Nesta situação, já bastante complexa, o impacto da atual crise financeira – considerando tanto os efeitos diretos de curto prazo, como os efeitos indiretos de médio e

longo prazo (Dávila Quintana e Lopez-Valcárcel, 2009) – e a redução do orçamento destinado aos sistemas de saúde públicos pode ter acentuado as desigualdades de saúde, reduzindo ulteriormente o acesso e a utilização de serviços preventivos e afetando ainda mais os sujeitos mais débeis e menos dotados de recursos e capital social.

4. Efeitos da crise no sistema de saúde e na saúde da população

As anteriores crises económicas mais estudadas sugerem que a saúde auto-percecionada e a saúde mental da população poderiam piorar como resultado do stresse da crise. Algumas investigações têm realçado que a perda de trabalho, assim como a precariedade laboral têm consequências para a saúde (Marmot e Bell, 2009; Stuckler et al., 2009a; Dávila Quintana e Lopez-Valcárcel, 2009). Quando o stresse relacionado com desemprego, insegurança económica ou precariedade é duradouro, o seu impacto na saúde mental é maior. Outros estudos mostram que a contração da economia afeta a saúde por distrair ou impedir as pessoas de aderir às medidas preventivas (Catalano, 2009). Igualmente, tem sido assinalada uma correlação entre a perda do trabalho e depressão, ansiedade, abuso de drogas e comportamento antissocial (Catalano, 2009).

No entanto, o efeito da crise económica sobre a saúde da população depende muito do contexto institucional, especialmente do estado de bem-estar e seus mecanismos de proteção dos cidadãos. Na Coreia do Sul durante a crise monetária asiática da década de 1990, por exemplo, houve um forte aumento no suicídio, embora a mortalidade geral continuasse a diminuir. A mesma crise económica afetou de forma diferenciada a Malásia, Indonésia e Tailândia. A Malásia não aplicou as recomendações do FMI para reduzir a despesa com a proteção social (Stuckler *et al.*, 2009a) e a crise não teve portanto o mesmo impacto que na Indonésia e na Tailândia. Na Rússia, após o colapso da União Soviética, a expectativa de vida caiu vertiginosamente e caiu novamente com a crise do rublo de 1998 (Marmot e Bell, 2009). Outros países do este da Europa que saíram do comunismo no início de 1990 conseguiram reduzir as consequências adversas das reformas económicas rápidas em virtude do facto que muitas pessoas serem membros de organizações sociais, como sindicatos, grupos religiosos, ou clubes desportivos (Stuckler *et al.*, 2009b). Em virtude do seu Estado Providência, a grande crise económica que afetou a Finlândia no início dos anos 90 não teve efeitos negativos sobre a saúde nem sobre as desigualdades em saúde (Lahelma *et al.*, 2002).

Entretanto, importa assinalar também os referidos efeitos positivos da crise pela literatura analisada. Nesse sentido, alguns pesquisadores afirmam que durante os períodos de crise económica poder-se-ia normalmente esperar a redução de doença, como resultado da redução do stresse de trabalho, da diminuição da exposição aos incidentes no trabalho e da diminuição de acidentes de trânsito, possivelmente devido à diminuição dos fatores de pressão, tais como as atividades de produção e de consumo (Costa *et al.*, 2012; Catalano, 2009; Stuckler *et al.*, 2009a).

5. A situação italiana

Em resposta à crise financeira do 2008 e aos imperativos sobre o orçamento público impostos pela Comissão Europeia e pelo Banco Central Europeu, o governo italiano reduziu as transferências destinadas aos governos regionais e locais para as intervenções a favor da deficiência, da infância, dos migrantes e outras políticas sociais. Como resultado das políticas de austeridade, no período 2012-2015, o financiamento do SSN vai sofrer um corte de cerca de 30 bilhões de euros (Granaglia, 2013). Esta redução no financiamento do governo nacional

está sendo compensada principalmente com um aumento dos copagamentos, com cortes ou não substituição de profissionais reformados, e com medidas de redução de custos para diminuir as despesas farmacêuticas. De facto, a partir de outubro de 2011, as regiões aumentaram as taxas moderadora tanto para visitas com especialistas credenciados públicos e privados (até 25 euros por cada visita) como para consulta nos serviços de urgência hospitalares, que são consideradas inapropriadas (até 25 euros) (Belvis *et al.*, 2012). Isenções definidas pelo Ministério da Saúde para utentes de baixos rendimentos, para pacientes com deficiência, idosos e doentes crónicos permanecem em vigor. De acordo com Geddes (2012), os cortes decididos a nível central e as novas taxas moderadoras minam o direito constitucional à saúde e à assistência. De facto, em tempo de crise, a redução do rendimento disponível poderia resultar numa dificuldade em pagar as taxas moderadoras, com a consequência de uma diminuição da atividade receitada pelos profissionais de saúde ou uma renúncia à sua execução (Costa *et al.*, 2009). Assim, as primeiras análises disponíveis em algumas regiões, referentes aos anos 2011 e 2012, assinalam uma diminuição significativa no volume de cuidados especialistas prestados, incluindo visitas especializadas, exames laboratoriais e exames instrumentais (Costa *et al.*, 2009). Nesse sentido a taxa moderadora não tem somente a função de contenção da procura de cuidados, mas surge como um imposto sobre o consumo, o que pode exortar as pessoas a procurar a oferta privada, que muitas vezes pode parecer mais vantajosa. De acordo com as estimativas do Governo, o montante da despesa privada adicional devido ao copagamento dos serviços prestados pelo SSN poderia alcançar 4,5 bilhões de dólares em 2012, e cerca de 140 dólares por italiano (Belvis *et al.*, 2012).

Outras medidas de contenção de custos adotadas referem-se à redução: i) do número de leitos hospitalares, de 4,5 a 4,2 por 1000 habitantes in 2009, atingindo uma taxa que está bem abaixo da média europeia de 5,5 por 1000 habitantes; ii) dos internamentos hospitalares (através da adoção de critérios de adequação para evitar internamentos desnecessárias); iii) e do tempo médio de permanência nos hospitais (Belvis *et al.*, 2012).

Estimar os efeitos da crise na saúde não é uma operação simples nem imediata. Os dados epidemiológicos, tais como a morbidade ou a mortalidade só podem ser recolhidos com um atraso de 2 a 5 anos, enquanto os dados financeiros estão disponíveis em pouco tempo. Apesar destas dificuldades, já existem alguns dados que apontam para uma deterioração dos indicadores de saúde: aumento dos transtornos mentais, reduzido acesso à saúde bucal, incremento de doenças associadas à pobreza (Lora *et al.*, 2011; Belvis *et al.*, 2009). Além disso, há também evidências de uma diminuição no tempo gasto em atividades físicas (especialmente nas regiões do sul de Itália) e um aumento de prática insalubres, tais como o consumo de comida não saudável (*junk food*) e de abuso de álcool entre jovens e mulheres (Belvis *et al.*, 2009). Outros setores da população particularmente expostos ao risco dos efeitos da crise sobre a saúde são os idosos e as pessoas que vivem sozinhas, os imigrantes e as mães solteiras com filhos dependentes.

6. Conclusões

Na conclusão deste trabalho duas questões, estritamente relacionadas com o impacto da crise económica, merecem ser realçadas: as diferenças regionais de saúde e o incremento do setor privado. A desigualdade geográfica de saúde constitui um elemento observado em todos os países do sul da Europa (Serapioni, 2014), mas que no caso de Itália assume uma dimensão relevante devido ao facto de que as regiões do sul apresentam valores mais desfavoráveis tanto no que diz a respeito à qualidade dos cuidados como na prevalência dos diversos

indicadores de saúde. Há o risco, por outras palavras, de que a crise contribua para incrementar as diferenças entre os diversos sistemas regionais de saúde da Península e que, conseqüentemente, aumente também o já grande fluxo de pacientes que emigram do sul para o centro-norte de Itália. Relativamente à questão do impacto da crise no setor privado, vários estudiosos têm enfatizado que a redução da despesa pública implicará necessariamente um aumento do gasto privado, em benefício das companhias de seguro e dos planos de saúde privados. De facto, é hegemónica, hoje em dia nos países da Europa do Sul, a receita e as recomendações de integrar o sistema de saúde público em formas assistenciais privadas e do terceiro sector. Nesse sentido, está em curso uma redefinição da intervenção pública com o objetivo de reorientar a procura para o setor privado da economia. Reaparece a ideia, mas seria melhor dizer a ideologia, de que as soluções para os problemas e os custos dos cuidados de saúde deveriam ser encontrados no alargamento do espaço privado da economia.

Referências Bibliográficas

Belvis, Antonio G.; Ferrè, Francesca; Specchia, Maria Lucia; Valerio, Luca; Fattore, Giovanni; Ricciardi, Walter (2012), “The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector”, *Health Policy* 106, 10-16.

Bleich, Sara; Özaltın, Emre; Murray, Christopher JL (2009), “How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?”, *Bull World Health Organ*, 87, 271–278.

British Medical Journal, 11 April 2009, Volume 338.

Catalano, Ralph (2009), “Health, Medical Care, and Economic Crisis”, *New England Medical Journal*, 360, 8, 749-751.

Costa, Giuseppe; Marra, Michele; Salmaso, Stefania (2012), “Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia”, *Epidemiol Prev*, 36 (6), 337-366.

Dávila, Quintana C; González López-Valcárcel B. (2009), “Crisis económica y salud”, *Gaceta Sanitaria*, 23, 261-265.

Ferrera, Maurizio (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.

Geddes, Marco (2012), “Viva la Spending review! Viva il Servizio Sanitario Nazionale!”, *Saluteinternazionale.info*, consultado a 15 de julho de 2014, disponível <http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/w-la-spending-review-w-il-servizio-sanitario-nazionale/>

Granaglia, Elena (2013), “In difesa del Servizio Sanitario Nazionale”, *Saluteinternazionale.info*, consultado 15 de julho de 2014, disponível em <http://www.saluteinternazionale.info/2013/02/in-difesa-del-servizio-sanitario-nazionale-2/>

Health Consumer Powerhouse (2009), *The Empowerment of the European Patients 2009. Options and implications*. Brussels: Health Consumer Powerhouse.

Lahelma, Eero; Kivelä Katariina; Roos Eva; Tuominen Terhi; Dahl Espen; Diderichsen Finn, *et al.* (2002), Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social Science & Medicine*, 55, 609-25.

Lora, Antonio; Barbato, Angelo; Cerati, Giorgio; Erlicher, Arcadio; Percudani, Mauro (2012), “The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 447-454.

Maino, Franca (2001), *La politica sanitaria*. Bologna: Il Mulino.

Marmot, Michael; Bell, Ruth (2009), “How will the financial crisis affect health?” *British Medical Journal*, 338, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1314>.

Materia, Enrico (2012), “Chi paga il conto della crisi globale”, *Saluteinternazionale.info*, 16 consultado a 23 de setembro de 2013, disponível em <http://www.saluteinternazionale.info/2013/09/chi-paga-il-conto-della-crisi-finanziaria-globale/>

Serapioni, Mauro (2014), “As desigualdades sociais de saúde nos países do Sul da Europa”. Comunicação apresentada no VIII Congresso de Sociologia, Universidade de Évora, 14-16 de Abril de 2014.

Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Marc; Coutts, Asams; McKee, Martin (2009a), “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *Lancet*, 374, 315-323.

Stuckler, David; King, Lawrence; McKee, Martin (2009b), “Mass privatisation and the post-communist mortality crisis”, *Lancet*, 373, 399-407.

Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Mark; Coutts, Adams; McKee, Martin (2011), “Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data”, *Lancet*, 378, 124-125.

Vicarelli, Giovanna; Pavolini, Emanuele (2012), “Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS”, *Current Sociology*, 60, 472-488.