

Os impactos da COVID-19 no acesso à saúde em Portugal: Uma cartografia dos resultados registados durante a segunda vaga da pandemia

The impacts of COVID-19 on access to health in Portugal: A map of the results recorded during the second wave of the pandemics

José Carlos Pinto da Costa¹

Resumo

A segunda vaga da pandemia da COVID-19 começou sensivelmente em meados do outono de 2020. Entre outros impactos significativos que a pandemia provocou na saúde das populações, foram observados sinais de alerta que indicavam que a capacidade de resposta do sistema nacional de saúde tinha atingido 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. Os serviços de internamento encontravam-se esgotados ou perto disso. Os administradores dos hospitais e dos centros de saúde reclamavam por mais condições. Os profissionais de saúde estavam exaustos.

O objetivo desta apresentação é cartografar as perturbações provocadas pela segunda vaga da pandemia da COVID-19 nos cuidados de saúde em Portugal. Partindo de uma breve contextualização da emergência e da evolução desta nova vaga, descreve-se as relações de força entre pontos de concentração de informação relativa às condições de acesso aos cuidados de saúde e releva-se o seu significado conforme ele é construído e divulgado pelos principais agentes envolvidos na gestão oficial e formal da resposta à COVID-19. Para o efeito, são resumidos os comunicados e os depoimentos recolhidos nos principais órgãos de divulgação de informação sobre a pandemia – sítios oficiais da Direção-Geral de Saúde e do Governo e de ordens dos profissionais de saúde e de associações de doentes – e nos meios de comunicação social.

Palavras-chave: COVID-19; serviços de saúde; cuidados de saúde; acesso à saúde

Abstract

The second wave of the COVID-19 pandemic started noticeably in the middle of autumn 2020. Among other significant impacts that the pandemic has had on the health of populations, warning signs have been observed that indicate that the national health system's response capacity has reached the limit. Patients were divided into “COVID patients” and “non-COVID patients”, and the latter saw their treatment routines and access to care being disrupted in favour of the former. Inpatient services are(were) filled out or close to that. The administrators of hospitals and health centres complain(ed) for more conditions. Health professionals are(were) exhausted.

The purpose of this presentation is to map the disturbances caused by the second wave of the COVID-19 pandemic in healthcare in Portugal. Starting from a brief contextualization of the emergence and the evolution of this new wave, the power relations between points of concentration of information regarding the conditions of access to health care are described and

¹ CRIA/FCSH-NOVA. Contacto/contact: josepintodacosta@fcs.unl.pt

its meaning is highlighted as it is constructed and disseminated by the main agents involved in the official and formal management of the response to COVID-19. To this end, the communications and statements collected in the main bodies for disseminating information about the pandemic – official sites of the General Directorate for Health, of the Government, and of health professionals and patient associations – and in the media are summarized.

Keywords

COVID-19; health services; health care; access to health

Introdução

Um dia antes de eu escrever este texto, o Washington Post publicava um artigo de opinião do escritor e jornalista Fareed Zacharia onde este lamentava o facto de apenas 60% da população norte-americana estar vacinada contra a COVID-19.² Este dado não é alarmante por si mesmo, mas, o que causa preocupação, segundo o escritor, é o facto de os restantes 40% da população serem constituídos maioritariamente por pessoas que recusam vacinar-se, e, isto leva a um impasse, que impede que se atinja a imunidade de grupo. A recusa na toma da vacina é explicada por afinidades político-partidárias. O movimento anti-vax é especialmente significativo na franja das populações afetas ao partido Republicano. Em junho de 2021, 86% dos Democratas tinham tomado pelo menos uma dose da vacina, contra 52% de Republicanos. Os estados com menores níveis de vacinação eram os mesmos onde Donald Trump mais votos tinha obtido nas últimas eleições presidenciais.

Fareed Zacharia vê na recusa da toma da vacina nos Estados Unidos um travão aos potenciais benefícios da ciência. Esta teria fornecido, com inédita celeridade, uma solução para controlar os efeitos das infeções do SARS-CoV-2 cuja concretização o movimento anti-vax estará a impedir. Uma segunda leitura deste fenómeno permite-nos perceber a evidência segundo a qual o impacto do vírus na saúde orgânica e económica dos indivíduos e das sociedades depende essencialmente de uma dada interpretação sociopolítica dos efeitos nocivos do SARS-CoV-2, e não tanto dos efeitos biológicos ou das características fisiopatológicos do vírus.

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 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 *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 *syndémica* 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).

² <https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/07/22/anti-vaccine-sentiment-in-the-us-is-unprecedented/>

A mediação cultural da implicação do biológico e do social traduz-se em modelos explicativos que, por seu turno, legitimam a formação de constelações etiológico-terapêuticas (cf. Laplantine, 1992). Como indica o conceito “constelação”, na explicação e no tratamento do comportamento das doenças são usadas representações e práticas informadas pela convivência das sociedades com o meio que as rodeia. O que a pandemia da COVID-19 mostra é que esta convivência produziu um certo tipo de pensamento estratégico global, mas, o que exemplos como o que Fareed Zacharia, assim como inúmeros outros, demonstram é que tal estratégia é apenas a forma ideal de uma intenção de convergência de um processo bem mais complexo e tendente à divergência. Substantivamente falando, as comunidades não convivem num mesmo sistema ecossindémico (cf. Singer, 2009); elas constroem modelos etiológico-terapêutico específicos que, por seu turno, se traduzirão em biologies locais, específicas. A título de ilustração, a infeção por SARS-CoV-2, hoje, que temos a vacina à disposição, resultará menos de uma fatalidade fisiopatológica do que de uma condicionalidade sociopolítica. Este facto não poderá ser anulado porque alguém se viu completamente vulnerável e exposto à ontologia feroz do vírus. Uma tal situação é ela também um facto social, que determinou o não acesso de uma dada população ou de um dado indivíduo à melhor solução disponível no momento, como no caso dos Republicanos nos Estados Unidos da América.

A utilidade dos conceitos de Arthur Kleinman, Margaret Lock e Vinh-Kim Nguyen, Merrill Singer e François Laplantine para pensarmos as formações bioculturais e sociopolíticas da pandemia da COVID-19 é evidente. Porém, esses conceitos não servem apenas para analisar criticamente os pontos onde a informação está concentrada; eles também ajudam na observação de zonas frequentemente deixadas ao abandono epistemológico. As franjas das zonas do que é conhecido são sintomas do que é tido por conhecido. O mesmo se aplica quando consideramos o abandono social promovido pelo próprio estado (cf. Biehl, 2001). O abandono epistemológico está intrinsecamente ligado ao abandono social. Por outras palavras, para analisarmos os impactos da pandemia da COVID-19 não nos podemos ficar por considerar apenas as zonas de contacto com o SARS-CoV-2, mas incluir aí também o que ressoa desse contacto. Neste enorme continente da ressonância da pandemia de contacto, encontra-se a explicação das expressões culturais, variáveis, do fenómeno comum pandemia.

A proposta que faço neste artigo é que olhemos para uma das zonas de abandono epistemológico do fenómeno “pandemia da COVID-19”: o sofrimento dos portadores de outras condições de saúde que veem o seu acesso aos cuidados ser prejudicado por causa da pandemia. No que se segue, procurarei refletir sobre o fenómeno da pandemia na realidade portuguesa lançando um olhar crítico sobre os impedimentos no acesso aos cuidados por parte dos indivíduos que padecem de outras doenças. Começarei por abordar o contexto da prestação de cuidados de saúde em Portugal e o papel da discursividade global sobre o funcionamento dos sistemas de saúde. Daqui, passarei para a enumeração de alguns exemplos de impedimento ou limitação do acesso aos cuidados de saúde por parte de populações padecentes de outras enfermidades que não a COVID-19.

Do contexto

Nas suas reflexões, 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.

Nesta citação, encontramos duas indicações que importa salientar e que ajudam a caracterizar o contexto em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) vivia quando a pandemia assolou Portugal: impreparação e fragilidades estruturais. Quanto à impreparação, muitos dos sistemas de saúde por todo o mundo mostraram dificuldades em gerir o surto de COVID-19 (e.g. Haldane et al. 2021). A título de exemplo, quando a pandemia foi declarada pela Organização Mundial de Saúde, o governo português anunciou um reforço imediato de 20% dos stocks de medicamentos dispositivos médicos e equipamentos de proteção individual,³ um aumento que se mostrou claramente insuficiente.

A impreparação do SNS estava grandemente relacionada com as fragilidades estruturais do sistema de saúde público nacional, e, aqui, encontramos eventualmente o fator preponderante da gestão da pandemia pelo SNS que encontra explicação nos “vários anos de desinvestimento e desorçamentação” que o SNS invoca.

O desinvestimento e a desorçamentação levaram à descapitalização do SNS, empobrecendo o sistema em recursos materiais e humanos. 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). A revisão do regime das taxas moderadoras pelo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 30 de novembro, veio reavivar o princípio do utilizador-pagador do SNS, que se encontrava adormecido desde a instituição deste tipo de taxas pela Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), conforme alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Sob a premissa de regular o acesso ao SNS, as “novas” taxas moderadoras funcionaram como fonte marginal de financiamento do sistema na sequência das medidas impostas pelo PAEF.

As desigualdades no acesso à saúde que já se registavam antes do PAEF não foram solucionadas. Em alguns casos, o encerramento de centros de saúde que garantiam a prestação de cuidados primários a populações mais dispersas e habitantes de zonas rurais ou distantes das cidades

³ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-em-portugal/>.

contribuiu para que muitas pessoas passassem a ter maior dificuldade em aceder aos serviços de saúde. 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. As fragilidades e as limitações do SNS não impediram o sistema de funcionar e de acorrer às necessidades impostas pela pandemia, excetuando em alguns momentos em que o número de afluência aos serviços tornou inevitável o recurso a ajuda internacional, como no início do ano 2021, quando Portugal chegou a ser o país no mundo com mais casos de infeção por 100.000 habitantes.

A segunda vaga da pandemia em Portugal começou durante o mês de outubro de 2020 e prolongou-se até 30 de dezembro do mesmo ano. O pico da onda tornou-se evidente no dia 4 de novembro, quando foram contabilizados mais 7.497 novos casos de infeção em comparação com a semana anterior. No final de dezembro, o número de novos casos situava-se em 3.049, indicando o momento mais baixo da onda. No início de janeiro de 2021, o número de novos casos voltou a aumentar, começando a terceira onda, que atingira o seu pico no dia 28 do mesmo mês, com mais 16.432 novos casos comparativamente à semana anterior.

Apesar de a primeira onda da pandemia mostrar números bastante menos impressionantes do que as que a seguiram (no seu pico, na semana de 10 de abril de 2020, registaram-se 1.516 novos casos), os números da COVID-19 em Portugal no período que vai do fim da primeira onda (maio de 2020) ao início da segunda eram superiores aos registados na maioria dos países.

A segunda vaga foi escolhida como espaço temporal a considerar no presente artigo por duas razões: a primeira consiste no facto de ter sido nessa altura que a proposta deste estudo foi preparada; a segunda explica-se pelo facto de ter permanecido um clima de dúvida sobre se a segunda onda aconteceria mesmo ou se a aparente trégua do pós-primeira vaga se iria prolongar para além do verão ou até para sempre. A segunda vaga veio confirmar que o SARS-CoV-2 veio para ficar. Nesta altura, as vacinas ainda não estavam prontas nem se sabia quando estariam.

O acesso à saúde por parte dos “doentes não-COVID” durante a segunda vaga da pandemia

Numa entrevista recente no âmbito do projeto Health Parliament Portugal, a antiga ministra da saúde, Maria de Belém Roseira referia que “o crescimento do número de doentes COVID-19 e a falta de elasticidade do SNS determinaram restrições no acesso a doentes não-covid”.⁴

O Movimento Saúde em Dia – Não Mascare a Sua Saúde (MSeD) refere que o acesso aos cuidados de saúde foi afetado a nível global, tendo-se registado uma redução significativa do número de consultas, de exames e de cirurgias.⁵

Num estudo da empresa de consultoria MOAI, realizado a partir dos dados fornecidos pelo Portal da Transparência do SNS, em Cuidados de Saúde Primários realizaram-se, em 2020, menos 895.247 contactos médicos, menos 1.923.134 contactos de enfermagem e menos

⁴ <https://healthparliament.pt/noticias/2020-12-07-Governos-olharam-para-a-saude-como-um-custo>.

⁵ <https://www.corporate.roche.pt/content/dam/rochexx/roche-pt/media/Apresentacao%20Final.pdf>

437.368 consultas comparativamente ao ano anterior. Entre janeiro e junho de 2020, foram realizados menos 7.016.241 contactos médicos presenciais (-4.663.066) e de enfermagem (-2.353.175). No que aos Cuidados de Saúde Hospitalares diz respeito, registaram-se menos 2.087.917 contactos do que no período homólogo do ano anterior. Foram registados menos 27% de episódios de urgência (N=990.005), menos 500.797 episódios com triagem de Manchester vermelha, laranja ou amarela e menos 303.536 verde, azul ou branca. Foram realizadas menos 99.095 cirurgias comparativamente a 2019. Os números também reduziram significativamente nos exames e meios complementares de diagnóstico, com especial diminuição em atos de medicina física e reabilitação (-7.840.535) e de análises clínicas (-7.241.063). Em saúde oral, foram emitidos menos 99.160 cheques dentista e utilizados menos 108.029. As consultas relacionadas com adições e dependências diminuíram 39%.

A afluência e o tratamento dos utentes com doenças crónicas também diminuíram consideravelmente. Foram realizados menos 30% de exames dos pés a utentes diabéticos e menos 37% a utentes hipertensos. Foram realizados menos 82.777 rastreios do cancro colorretal, da mama e do colo do útero.

O único indicador em que se registou um aumento de acesso em relação ao ano anterior foi o da saúde mental. O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise assistiu a mais 10% de casos do que no período homólogo do ano anterior. No caso dos problemas psiquiátricos/suicídio, houve um aumento de 4%. Significativamente, os doentes oncológicos sentiram com preocupação especial o impacto da pandemia na sua vida. Num estudo realizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, com dados obtidos entre 2 de julho e 18 de novembro, 20% dos inquiridos ponderaram suspender, por iniciativa própria os atos clínicos por receio de se dirigirem aos serviços hospitalares, e entre 60 e 80% referiram sentir medo do contágio. Entre 15 e 22% dos doentes e/ou cuidadores necessitaram de recorrer a medicação ou a apoio psiquiátrico/psicológico durante a pandemia. Durante este período, os pacientes experimentaram sentimentos de tristeza, ansiedade, preocupação e isolamento, combinados com o aumento de responsabilidades a nível laboral e familiar e relacionadas com preocupações com os tratamentos e a evolução da doença.⁶

Em parceria com a empresa de consultoria GFK, o MSeD auscultou as opiniões e captou as perceções da população enfocando no impacto da pandemia no acesso aos cuidados. Os resultados deste inquérito mostram que a maior parte dos inquiridos recorreriam aos cuidados de saúde caso necessitassem (40%) ou se a situação fosse grave (35%). Apenas 17% dos inquiridos responderam que se sentiriam inseguros em aceder aos cuidados de saúde em situação de pandemia, essencialmente, devido ao medo de contágio (78% dos mesmos). Mais de metade da população inquirida (57%) concorda que a pandemia dificultou o acesso aos cuidados, todos os inquiridos que responderam desta maneira têm mais de 65 anos. Em plano contrário, os mais jovens referiram não perceber qualquer dificuldade acrescida no acesso aos cuidados de saúde provocada pela COVID-19.

Dos 664.00 indivíduos que declararam que se sentiram doentes durante a pandemia, 454.000 recorreram a cuidados de saúde, significando que 210 mil não o fizeram. 38% dos utentes que tinham consulta marcada para o período da pandemia não realizaram a consulta. Tomando a alternativa digital, 90% dos utentes que tinham consulta por telemedicina realizaram

⁶ <https://www.ligacontracancro.pt/impactocovid/>

efetivamente a consulta. 95% destas consultas aconteceram via telefone. Apesar destes valores, 70% destes utentes prefeririam ter sido consultados presencialmente.

Os dados mostram claramente que houve menos acessos aos cuidados de saúde por parte das populações que sofriam de condições não-COVID. De acordo com o MSeD, que reúne esforços da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH) e da Ordem dos Médicos (OM), “quase a totalidade das consultas não realizadas foram canceladas pelas unidades de saúde”.⁷ Este facto traz para o centro da análise a questão das necessidades não satisfeitas na área da saúde e remete para o contexto resumidamente apresentado no ponto anterior. Na opinião de Luís Lopes Pereira, diretor-geral da empresa de dispositivos médicos Medtronic, “a resposta dos hospitais aos casos de doentes não COVID-19 tornou cada vez mais evidente as necessidades não satisfeitas na área da saúde. Nesta fase, temos de avaliar o compromisso de resposta para os doentes não COVID-19 para minimizar o impacto que a pandemia tem provocado e que continuará a provocar no futuro. Todos os doentes são importantes e devem receber os cuidados de saúde que necessitam. No entanto, há patologias nas quais o adiamento do tratamento, nomeadamente o cirúrgico, podem ter consequências bastante graves para quem delas sofre”.⁸

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.⁹ 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”.¹⁰

Esta consideração da ERS resume o essencial da informação sobre o impacto da pandemia no acesso aos cuidados de saúde por parte dos pacientes não-COVID, porém, mascara de alguma forma o facto de que “as 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” não explicarem cabalmente a “queda acentuada da atividade programada e não programada da rede de estabelecimentos do SNS”.

Referir-se à alteração da organização e da prestação dos cuidados de saúde como sendo uma consequência dos desafios lançados pela pandemia aos sistemas públicos de saúde é olhar para

⁷ <https://www.dn.pt/pais/-57-dos-portugueses-diz-que-pandemia-dificultou-acesso-aos-cuidados-de-saude-12771607.html>

⁸ <https://www.netfarma.pt/saude-interrompida-o-impacto-da-pandemia-nos-doentes-nao-covid-19/>

⁹ https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef21064en.pdf

¹⁰ ERS, citada em <https://expresso.pt/coronavirus/2020-07-20-Covid-19-provocou-uma-queda-acentuada-no-acesso-aos-cuidados-de-saude>

o problema pela perspetiva errada, ou, pelo menos, pela menos correta. A alteração da organização e da prestação dos cuidados de saúde não é uma consequência da pandemia, mas sim do desinvestimento continuado e prolongado no setor da saúde. Se há uma grande lição a retirar da pandemia da COVID-19 é que as instituições, especialmente as que devem assegurar a vida humana, são disfuncionais e atingem rapidamente o seu limite. Um exemplo bastante elucidativo disto foi a insuficiência de ventiladores no início da pandemia, que levou a levantar a hipótese de socorrer uns pacientes em detrimento de outros.¹¹ Prevenir estas situações significa investir nos recursos essenciais à segurança da vida das populações.

Este é o ponto de toque que a Comissão Pan-Europeia da Saúde e do Desenvolvimento Sustentável (Pan-European Commission on Health and Sustainable Development), abreviadamente conhecida por Comissão Monti. Na qualidade de grupo independente de líderes relacionados à Organização Mundial de Saúde – Europa para repensar as prioridades políticas à luz da pandemia, a Comissão Monti identifica claramente o problema: “vários sistemas de saúde europeus sofreram ‘subfinanciamento e subinvestimento crónicos na força de trabalho da saúde’ que os deixaram a lutar para poder enfrentar a pandemia da COVID-19” (Iacobucci, 2021: 1). Mario Monti lembra que o subfinanciamento e o subinvestimento são legados da crise financeira de 2008, a qual esteve, por sua vez, na origem do pedido de resgate português afluído anteriormente. 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). Mas, a Comissão não se fica por aqui, 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).

O conceito-chave é governação antecipatória. Os governos devem impedir que as fragilidades expostas pela pandemia da COVID-19 permaneçam. Só desta forma será possível impedir que o mesmo volte a acontecer. E isto passa por desenvolver um outro conceito, caro a Mario Monti: “One Health”. “One Health” significa investir na saúde humana, na saúde animal e na saúde do ambiente de modo integrado. Uma tal visão poderá levar a que as cadeias zoonóticas sejam cortadas logo na origem, impedindo que as doenças se propaguem de umas espécies para as outras. Por outro lado, tratar da saúde dos animais inclui proteger os seus habitats, ou seja, inclui proteger o planeta. Trata-se de uma saúde verdadeiramente global.

A governação antecipatória deverá ser uma função de um painel intergovernamental sobre ameaças à saúde, como defende a Comissão Monti. Na expectativa de sabermos o que ficará plasmado no relatório da Comissão, que tem publicação agendada para setembro de 2021, ficamos, por enquanto, com a firme convicção de que a pandemia COVID-19 causou os impactos que as sociedades lhes permitiram. Na defesa da vida, não poderá haver lugar a opções ideológicas.

Considerações finais

¹¹ <https://observador.pt/especiais/a-quem-se-da-prioridade-se-nao-for-possivel-socorrer-todos-os-doentes-medicos-preparam-criterios-para-decidir/>

Os números do acesso à saúde por parte de pacientes não-COVID durante a pandemia em Portugal mostram claramente uma redução em todos os indicadores excetuando o das consultas em saúde mental. Todos os resultados, incluindo este último, refletem uma realidade indesmentível: o acesso à saúde foi prejudicado durante a pandemia.

O que pretendo realçar aqui, é que 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.

A redação deste pequeno ensaio tem a sua justificação na proposta de discussão do tema do acesso aos cuidados de saúde dos pacientes não-COVID durante a pandemia em Portugal, especificamente, na sua segunda vaga. Desde o ponto em que estou, posso agora observar o que aconteceu a esse acesso ao longo das três vagas que até agora testemunhámos (estamos já a entrar numa quarta vaga), e, a conclusão é a mesma: os problemas de acesso à saúde observados na segunda vaga são idênticos aos que foram observados nas primeira e segunda vagas. O problema não é, por isso, o momento em que as vagas acontecem nem a sua intensidade, mas sim o contexto que lhes está subjacente e lhes é comum. O facto de muitos países sentirem os mesmos problemas no acesso à saúde durante a pandemia, como é sugerido pelas primeiras linhas de reflexão da Comissão Monti, não significa que o culpado seja o vírus, mas sim que os erros de planeamento aplicados em Portugal, apesar de específicos, refletem uma dada configuração neoliberal que configura um certo zeitgeist partilhado ou imposto um pouco por todo o mundo.

Referências

- Biehl, J. (2001). Vita: Life in a zone of social abandonment. *Social Text*, 68(3), 131-149.
- 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.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S.M. et al. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27, 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- 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.

Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.

Lock, M. (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.

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.

Monaghesh, E. & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*, 20(1193).

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.