

FÍGADO E EXCLUSÃO SOCIAL
“Sociologia e Hepatologia: Linguagem de Exclusão”

Fundação Cupertino de Miranda
Porto

12 de Fevereiro de 2010

Quando me pediram para vir falar num contexto de sociologia e hepatologia - em representação do Senhor Director-Geral da Saúde, que não pode estar hoje aqui presente, como gostaria - pensei que não sendo sociólogo nem hepatologista, só poderia centrar a minha breve intervenção no combate à exclusão social dos doentes crónicos, onde se incluem grande maioria dos doentes hepáticos.

A Europa, onde Portugal se inclui, está a viver a mais grave recessão registada nas últimas décadas. No entanto, o impacto económico e social desta crise tem, de alguma maneira, sido limitado pela intervenção política imediata da maioria dos Estados e pelos estabilizadores automáticos integrados nos diversos sistemas europeus de protecção social.

Não se conhece, porém, o custo humano desta crise, nem se consegue, ainda, avaliar a sua plenitude. As suas repercussões nos grupos mais vulneráveis, onde se incluem os doentes crónicos, não são, ainda, totalmente conhecidas.

A crise económica e financeira internacional veio, de facto, evidenciar a extrema vulnerabilidade social de grupos sociais como os doentes com patologia crónica, os quais, frequentemente, sofrem de patologia múltipla, a qual se potencia negativamente entre si.

Estes doentes, uma vez portadores de um diagnóstico que lhes dá a garantia de terem de viver o resto da vida com uma doença que, embora possa ter tratamento, não tem cura, dá-lhes também a certeza de que terão que passar a viver as repercussões directas da sua doença na vida familiar, na vida escolar, na vida laboral e na vida social.

Acresce o facto de que estes doentes terão, frequentemente, que se habituar a viver com limitações funcionais e psicológicas e, ainda, com um encargo financeiro acrescido, em termos de despesas com medicamentos e tratamentos e, tantas vezes, com a redução simultânea do horário de trabalho ou, até, a perda do emprego.

Digamos, assim, que a doença crónica afecta o indivíduo que dela é portador na sua globalidade e afecta de uma forma sistémica os contextos sociais onde ele se move.

As doenças crónicas são, ainda, estigmatizantes sob o ponto vista social, por variadas razões, entre as quais se destaca a pouca tolerância da sociedade para quem tem limitações no produzir e para quem tem limitações que frequentemente deformam o corpo.

Numa sociedade cada vez mais hedonista, onde o prazer e a beleza do corpo são valores prioritários e onde se tenta ignorar o sofrimento, os doentes com patologia crónica sofrem, portanto, grave risco de exclusão. Num contexto de crise financeira internacional passam a sofrer, também, um enorme risco de pobreza.

Para poderem ser concebidas políticas atempadas e eficazes que possam diminuir o impacto da crise nos grupos de doentes com patologia crónica, as instituições de saúde que prestam cuidados a estes doentes e as administrações regionais de saúde devem criar mecanismos de acompanhamento regular das suas implicações sociais, reforçando as estatísticas neste domínio e articulando em permanência com os serviços regionais da segurança social.

A crise veio evidenciar que existe grande diversidade no seu impacto nos diferentes grupos de doentes com diferentes patologias crónicas. Esta diversidade também difere de país para país no seio da União Europeia. O seu âmbito, a sua magnitude e os seus efeitos são variáveis, tal como o é a capacidade dos sistemas nacionais de previdência e de saúde para assegurarem uma protecção adequada as estes diferentes tipos de doentes.

De facto, nem todos os sistemas de saúde e de segurança social dispõem de meios financeiros imediatamente disponíveis para dar resposta global às crescentes necessidades destes doentes, hipertrofiadas com a crise. Se queremos combater a exclusão social destas pessoas, então encontrar respostas adequadas, tornou-se uma prioridade da sociedade onde vivemos.

Estamos, assim, a viver uma época de grande exigência da melhoria da qualidade das intervenções e de definição clara de prioridades. Tal implica a melhoria da eficácia da inclusão social em alinhamento com os princípios do acesso universal, da adequação e da sustentabilidade.

De igual modo, os empregadores têm, neste momento, a responsabilidade social acrescida de promoverem trabalhos inclusivos para estes doentes. A estratégia da inclusão activa pode e deve conciliar os objectivos de combate à

pobreza, aumentando a participação dos doentes crónicos e das pessoas com deficiências no mercado de trabalho e reforçando a eficácia das despesas sociais.

As pessoas portadoras de doenças crónicas merecem que lhes seja prestada uma atenção renovada, pois engrossam o contingente dos novos grupos sociais em risco de pobreza e de exclusão, no contexto de uma sociedade em crise económica e financeira, de uma sociedade em envelhecimento e de uma sociedade em rápida mutação, aberta à globalização e aos fluxos migratórios.

A crise veio agravar a pobreza nas suas múltiplas facetas, designadamente a exclusão de doentes crónicos, nos quais a acessibilidade dos preços dos produtos de maior necessidade, dos medicamentos e dos tratamentos e da própria habitação causam um forte impacto negativo.

As perturbações económicas são, de facto, prejudiciais para a saúde mental e física e ameaçam acentuar as desigualdades em matéria de saúde. O impacto da crise, no nosso país, dependerá da nossa capacidade de resposta aos desafios.

O aumento da procura de cuidados de saúde conjugado com as graves pressões orçamentais, confere nova urgência à melhoria da eficácia e da qualidade em geral do nosso sistema de saúde.

O desafio com que actualmente nos confrontamos, consiste, assim, em melhorar a eficácia e assegurar, ao mesmo tempo, o acesso universal dos mais vulneráveis a cuidados de saúde de qualidade. De facto, com base nas ilações da crise e nos dez anos de Estratégia de Lisboa, é urgente que seja reforçada a coesão social e se registem progressos em matéria social, designadamente na inclusão activa de grupos de doentes com maior vulnerabilidade.

A Europa vive um cenário de acréscimo de mais de cinco milhões de desempregados relativamente ao início da crise, de diminuição do rendimento de muitas famílias com exposição ao risco de pobreza, chegando, algumas, a perder as suas casas. A perda de rendimentos afecta todos os membros do agregado familiar e, em especial, as crianças e as pessoas em situação de doença crónica ou de dependência.

Os dados disponíveis sobre o impacto da crise na saúde são ainda escassos na Europa e também em Portugal, mas a experiência tem demonstrado que as recessões aumentam os riscos para a saúde física e mental e que, com o tempo, podem começar a surgir efeitos negativos nesta área.

O estado de saúde, como sabemos, é influenciado pelo grau e pela duração da deterioração da situação económica e social. Também sabemos que podem surgir efeitos indirectos da crise sobre o sistema de saúde, que podem resultar da dificuldade de ser dada resposta às necessidades crescentes de cuidados de saúde devido a condicionalismos orçamentais.

A insegurança financeira repentina é, de facto, um factor de *stress* que afecta o conjunto da população e, em particular, os doentes mais dependentes do sistema de saúde.

A incerteza no emprego, as reestruturações das empresas e o desemprego de longa duração repercutem-se significativamente na saúde mental, estando associados a suicídios, alcoolismo e toxicodependência e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, tendo impacto na mortalidade. Além disto, a queda do rendimento do agregado familiar pode atrasar e inibir o recurso a cuidados de saúde necessários.

Não nos podemos esquecer que taxas de mortalidade e de morbilidade evitáveis esgotam os recursos da sociedade, reduzindo o emprego, a produtividade e o crescimento, ao mesmo tempo que aumentam a pressão sobre os orçamentos na área da saúde.

Para serem colmatadas as desigualdades em matéria de saúde é necessário atender às determinantes sociais da saúde em todas as políticas, assegurando uma prestação eficaz de cuidados de saúde e reexaminando as prioridades. De facto, face às necessidades crescentes e aos orçamentos restritivos, a melhoria da eficácia assume uma urgência renovada.

A concepção, a organização e a prestação de cuidados de saúde estão estreitamente ligadas à relação custo-eficácia, sendo que níveis idênticos de despesa podem ter resultados completamente diferentes.

É neste contexto que o desafio da qualidade na saúde surge como uma prioridade, assumida pelo Ministério da Saúde ao criar recentemente o Departamento da Qualidade no âmbito da Direcção-Geral da Saúde. Temos uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde para cumprir, na qual se pretende ver envolvido todo o sistema de saúde português.

A crise económica e financeira veio destacar a necessidade de serem apoiados os cidadãos mais vulneráveis num contexto de importantes restrições económicas.

Há, portanto, que ser reforçada a eficácia das estratégias de inclusão social, às quais os serviços prestadores de cuidados de saúde não se devem manter estranhos, visando, como já referimos, o acesso universal, pilar básico do nosso Serviço Nacional de Saúde, a adequação e qualidade dos cuidados e dos tratamentos e a sua sustentabilidade.

As respostas de curto prazo devem, assim, ser coerentes com as reformas estruturais necessárias para modernizar as políticas sociais onde a saúde se insere e preparar a sociedade para responder aos desafios de longo prazo, designadamente o envelhecimento demográfico, que engrossa o contingente de doentes crónicos em situação de especial vulnerabilidade.

O Ano Europeu de 2010 dedicado ao combate à pobreza e à exclusão social irá proporcionar, temos esperança, uma oportunidade de ser reafirmado

inequivocamente o compromisso assumido há dez anos na Estratégia de Lisboa, no sentido de ser produzido um impacto positivo na erradicação da pobreza e da exclusão social.

J. Alexandre Diniz
Director do Departamento da Qualidade na Saúde
Direcção-Geral da Saúde