



Departamento de Sociologia

*Seminários Temáticos  
Políticas Públicas e Desigualdades*

**POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E DESIGUALDADES**

**Prof. Dr. José Amendoeira, Escola de Enfermagem, Instituto Politécnico de Santarém  
e  
CesNova, FCSH, UNL**

# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

### ***1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE EM PORTUGAL***

Reforma de Gonçalves Ferreira  
Criação do Serviço Nacional de Saúde  
Actual estatuto do Serviço Nacional de Saúde  
Gestão empresarial

### ***2. DEFINIÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE***

Decisões pouco baseadas no conhecimento  
Tradição normativa  
Administração “comando e controlo”  
Descontinuidade política  
Limitações à governação e resistência à mudança

### ***3. TRANSIÇÕES PARADIGMÁTICAS EM SAÚDE***

Breve caracterização da sociedade portuguesa  
Dimensão Sócio-Cultural

### ***4. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. UMA DEMOGRAFIA DO DÉFICE***

### ***5. RELAÇÃO ENTRE A PROCURA E A OFERTA***

Os problemas portugueses  
Três medidas  
Países nórdicos são o exemplo a seguir  
Cerca de mil milhões de pessoas vivem em áreas urbanas pobres  
Reforço da prevenção é fundamental  
As "desliberdades"

---

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

Este seminário constitui-se na oportunidade de partilhar um conjunto de reflexões que resultam do auto e do interconhecimento da realidade, suportada por investigação e sistematização do conhecimento sobre a temática e mediada pela pertinência do debate em torno das mudanças de paradigma que se verificam na área da saúde.

A informação disponível no âmbito das macropolíticas sugere a transição para um paradigma onde a saúde seja suportada pela cada vez maior centralidade no cidadão (empoderamento deste), bem como pela ênfase no diagnóstico precoce e na prevenção por oposição ao investimento sempre crescente no tratamento.

Como exemplo do que referimos antes, podemos citar algumas referências de responsáveis da OMS Europa - "Os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a equidade", diz responsável da OMS.

**OMS apela ao fim das desigualdades de saúde dentro de uma geração, apontando para uma redistribuição de poder e de recursos pelos cidadãos para que aumente a qualidade da saúde por todo o mundo.**

Também as políticas da saúde em Portugal, na dimensão normativa das mesmas, traduzem esta filosofia, nem sempre concretizada na dimensão da operacionalização das mesmas.

Neste sentido, proponho como organização do debate a produzir, uma perspectiva de análise sociológica que partindo da temática geral proposta se possa centrar no tema que enuncio:

*Políticas de produção de cuidados de saúde, da oferta à capacidade de procura: o estatuto do cidadão*

Na tradição da análise sociológica a área da saúde, seguindo, aliás, a tradição das próprias políticas da saúde, tem sido pouco esclarecida a relação entre o sistema de cuidados de saúde e o sistema de saúde. Isso torna difícil uma clara percepção das relações entre os dois sistemas, para além de não facilitar nem o esclarecimento das práticas nem a inevitável cooperação entre os níveis e os agentes que nelas intervêm.

Assim, ao considerar-se o Sistema de saúde como estruturante do Sistema de cuidados de saúde, parte-se inevitavelmente de uma oposição paradigmática entre os conceitos de saúde e de doença, assumindo-se, também, uma postura essencialmente medicocêntrica, que associa a medicina à saúde enquanto disciplina e profissão exclusivas. São assim criadas condições para uma representação assimétrica do campo da saúde, não só porque não valoriza o principal beneficiário da saúde: cada ser humano, mas também porque se promove e desenvolve relações de dominação / subordinação entre profissionais, não permitindo um desenvolvimento adequado

---

<sup>1</sup> José Amendoeira, Phd

da interprofissionalidade cada vez mais necessária nas tomadas de decisão em saúde, cada vez mais complexas.

Interessa-nos, pois, discutir a relação entre Sistema de Saúde e Sistema de cuidados de saúde de modo a melhor pensar a sua interdependência e as consequências que daí resultam em todos os processos de saúde, desde a fase diagnóstica ao tratamento.

Estas orientações conduzem-nos a alicerçar o Programa de trabalhos que temos vindo a desenvolver em cinco veios de problematização que nos parecem necessários para uma boa compreensão e uma boa capacidade de agir no campo da saúde:

1. Melhor conhecimento da evolução do sistema de saúde português num passado mais recente, para melhor compreender as dimensões e os factores que mais influenciaram o seu desenvolvimento e a sua configuração actual;
2. Uma outra dimensão estruturante do nosso Programa de estudos tem a ver com o esclarecimento das orientações das políticas públicas que foram sendo formuladas através das fases modais da história do campo da saúde em Portugal.
3. Ao nível das Políticas públicas em Portugal, ainda, consideramos que elas apresentam, como prioridade essencial, o investimento em relação à doença e não em relação à saúde. Uma abordagem na perspectiva desta última permitiria contribuir, sem dúvida, para um conhecimento mais alargado sobre saúde.
4. Uma outra dimensão a estudar situa-se no domínio da influência que as políticas públicas exerceram na identificação e determinação dos recursos humanos nos diversos contextos de intervenção em saúde, no período entre 1970 e a actualidade
5. Finalmente, na sequência deste questionamento, coloca-se a questão de saber se a procura fundamental por parte do consumidor é de saúde ou de cuidados de saúde, colocando-se deste modo a questão fulcral para o nosso Programa da relação entre a procura e a oferta de saúde/cuidados de saúde

### ***1.CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE EM PORTUGAL***

Durante a segunda metade do século XX Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Consideramos durante este período cinco fases distintas, que correspondem, geralmente, a cinco agendas políticas diferentes:

- a) Antes dos anos 70
- b) Do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- c) De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado

- d) De 95 a 2005 - uma “nova gestão pública - *new public management*” para o SNS
- e) A partir de 2005 à actualidade – *As novas reformas* em curso

Esta abordagem é conduzida numa perspectiva de sociologia histórica.

Existe uma tradição da discussão sobre o tema da saúde e da doença a partir da sociologia, organizada a partir da medicina como possibilidade de compreensão deste fenómeno na sociedade portuguesa.

Carapinheiro (2006), reflecte sobre a designação «Sociologia da saúde» como um “...enunciado analítico que inscreve perspectivas plurais para a abordagem sociológica. Mas o uso desta designação encerra vários problemas que, em primeira instância, remetem para as circunstâncias sociais, políticas e as condições intelectuais e teóricas que antecederam e nas quais se forjou este projecto de especialização sociológica e, em segunda instância, para os percursos acidentados da sua institucionalização académica e científica, em contextos sociais marcados por diferentes tradições sociológicas”.<sup>2</sup>

Não é isenta de problemas e dilemas, tanto de natureza conceptual como teórica e analítica, a designação «Sociologia da Saúde», embora a consideremos mais adequada que a designação «Sociologia médica», na medida em que mobilizando as diferentes perspectivas que permitem construir o conhecimento nesta temática, encontramos a possibilidade de utilização de metodologias e técnicas multiformes, suportadas por diferentes paradigmas, mas onde a fenomenologia e a etnometodologia são essenciais para a construção de uma atitude compreensiva e construtivista a partir da complexidade inerente aos conceitos de saúde e doença, que são entendidas como designações sociais que não dependem, senão parcialmente, “biológicos e fisiológicos, ou seja, são predominantemente encaradas como entidades sociais, culturais, morais, políticas, éticas e estéticas, perspectivadas nos planos das culturas, representações e práticas que lhes dão significado e sentido, das experiências subjectivas e objectivas que moldam as circunstâncias de as viver, e dos modos de acção e de regulação que circunscrevem as suas formas de institucionalização”.<sup>3</sup>

A discussão sobre a óptica do que Carapinheiro designa de pluralismo médico, alicerçado nas transformações que ocorrem no campo das práticas terapêuticas, assume neste programa uma outra dimensão na medida em que se procura desocultar as diferentes dimensões que no campo da saúde estão para além da perspectiva etnocêntrica da medicina, mobilizando para o efeito o conhecimento produzido sobre saberes, actores e contextos a considerar para além do saber médico, dos médicos e do hospital.

---

<sup>2</sup> In: Carapinheiro, Graça, “do bio-poder ao poder médico” Estudos do Século XX – Ciência, Saúde e Poder, nº 5 (2005), pp 383-398

<sup>3</sup> Carapinheiro, Graça (Org.) (2006). Sociologia da saúde. Estudos e perspectivas. p.8

O conhecimento sobre as dimensões antes referidas para esta reflexão implica a mobilização de factos e acontecimentos que caracterizamos numa perspectiva sócio-histórica, no contexto social mais vasto onde o debate se inscreve: o Sistema Nacional de Saúde.

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos políticos e sociais de cada época e foi-se concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças.

O Dr. Ricardo Jorge inicia em 1899 a organização dos "Serviços de Saúde e Beneficência Pública que, regulamentada em 1901, entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados.

Nesta data, podemos associar a definição de saúde que já se afastava do modelo biomédico, orientado para a superação dos eventos da doença ou incapacidade. O conceito então formulado “ (...) estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, ficando reforçada a multidimensionalidade e heterogeneidade da saúde.

### **Reforma de Gonçalves Ferreira**

Só em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). São explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais.

### **Criação do Serviço Nacional de Saúde**

Foi, no entanto, a partir de 1974 que a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do SNS, através do qual o Estado assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos.

De referenciar que, em 1976, o “despacho Arnault” abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

### **Actual estatuto do Serviço Nacional de Saúde**

Nos anos 90 é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Procura-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

### **Gestão empresarial**

Mais recentemente, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

A reforma continuada do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS têm que ser encaradas como um processo de aperfeiçoamento constante por forma a acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da Sociedade.

## ***2. DA DEFINIÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE***

Uma outra dimensão estruturante do Programa, situa-se no âmbito das políticas públicas produzidas em Portugal, considerando que as mesmas, apesar de terem evoluído consideravelmente, se confronta com um certo número de obstáculos que é importante melhor esclarecer. Não tem sido, aparentemente, a ausência de reformas que conduziu à situação actual e isto na medida em que a implementação de reformas constitui desde há décadas o principal desafio, encontrando-se em Portugal na década de 70 um quadro jurídico que suportava um aparente avanço, quando em comparação com outros quadros jurídicos europeus.

Ao invés, em Portugal, tem sido frequente, a falta de implementação, parcial ou total, das reformas legislativas.

As dificuldades na implementação de reformas dos cuidados de saúde podem ser atribuídas a múltiplos factores, identificados e agrupados pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde:

### **➤ Decisões pouco baseadas no conhecimento**

As dificuldades e limitações no desenho e implementação de políticas públicas baseadas na evidência são bem conhecidas. Muito poucas das reformas mais importantes, em Portugal, foram precedidas de documentos de análise, evidenciando o conhecimento existente que fundamenta as decisões, estabelecendo resultados esperados, de forma objectiva e quantificada, estabelecendo a forma a adoptar para avaliar o impacto dessa reforma ou ainda beneficiaram de debate técnico e publico alargado. A ausência destas linhas de referência compromete severamente a monitorização e avaliação prospectiva e enfraquece a implementação.

A leitura do conceito de saúde da OMS (1947), pode ser tido como um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Adquire assim uma dimensão cultural que Leininger (1984) considera como um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflecte a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar as suas actividades quotidianas, de uma forma culturalmente sensível e satisfatória.

Pender (1996) vai mais além quando afirma que nem todas as pessoas que não têm doença, são saudáveis por igual, acrescentando que, para muitas, são mais as «condições de vida» e não as «situações patológicas» que definem a saúde.

Considerando esta perspectiva, a noção que as pessoas têm de saúde pode variar entre indivíduos de vários grupos etários, género, etnias e culturas, sendo a saúde um modo de estar que as pessoas definem em função dos seus valores, das suas crenças, dos seus conhecimentos e do seu estilo de vida.

As diferentes abordagens à saúde podem ser sintetizadas por duas perspectivas básicas: o modelo biomédico e o modelo social da saúde. Enquanto o primeiro evidencia o papel dos cuidados de saúde em evitar, resolver ou mitigar os efeitos da doença, o modelo social dá especial relevo aos determinantes sociais da saúde. Neste segundo modelo, é dada especial atenção ao valor social da saúde, o seu significado e o contexto social que estrutura a procura da saúde e da luta contra a doença. O primeiro (biomédico) foca-se na doença e nas eventuais actuações – os cuidados de saúde – que a tecnologia disponibiliza na actualidade.

Importa então compreender que são muitos os factores que influenciam ou determinam a saúde dos indivíduos e das comunidades, designando-se como determinantes da saúde. De acordo com a estratégia europeia para a saúde, são eleitos como determinantes relacionados aos estilos de vida: o tabaco, o álcool, a alimentação e a actividade física e a saúde mental. Já em relação às determinantes da saúde, relacionadas com os factores externos, são relevadas na referida estratégia: as determinantes sócio-económicas da saúde; o ambiente e a genética e rastreio de entre outras.

A saúde inclui assim, várias dimensões: umas de carácter subjectivo que têm a ver com o sentir-se bem e outras de carácter objectivo que se relacionam com a capacidade funcional. O'Donnell (1986) defende que a saúde abrange cinco dimensões incluindo cada uma várias áreas que devem coexistir em equilíbrio: a saúde emocional que inclui a gestão do stress e os cuidados com as crises emocionais; a saúde social abrangendo as relações com os amigos, família e comunidade; a saúde intelectual que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual; a saúde espiritual que tem a ver com aspectos como o amor, a esperança, a solidariedade e os objectivos de vida; a saúde física que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados de saúde e o controlo do abuso de substâncias.

Um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia par as actividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das

actividades de lazer, culturais ou outras e permite fazê-lo durante mais tempo e com mais sucesso.

De acordo com o conceito de saúde como um direito humano fundamental, a Carta de Otawa em 1986, destaca determinados pré-requisitos para a saúde que incluem a paz, adequados recursos económicos e alimentares, habitação, um ecossistema estável e o uso sustentado dos recursos, relevando a bioética para esta reflexão.

As duas perspectivas referenciadas, não são indiferentes para a discussão da equidade na saúde (que discutiremos adiante) e da adequabilidade dos diferentes critérios de justiça. O modelo biomédico preocupa-se mais com as diferenças no acesso aos cuidados de saúde e os respectivos critérios de prioridade.

Esta ambiguidade conceptual, não operacionalizada, gerou alguma confusão e crítica por diferentes disciplinas, de entre as quais procurei relevar o contributo da sociologia, tanto mais porque o próprio conceito de saúde coloca muitas dificuldades na sua avaliação objectiva. A saúde não pode ser medida por simples dados fisiológicos ou funcionais como a pressão arterial e o pulso. Pelo contrário, o termo saúde reflecte tudo o que o ser humano é e quer ser, considerando o ser humano no seu todo bem como o ambiente em que se move, numa visão holística e ecológica das suas circunstâncias.

➤ **Tradição normativa**

A gestão da mudança tem uma forte tradição normativa em Portugal. A legislação é mais vista como um instrumento de lançamento de um processo de reforma que como um instrumento facilitador e de reforço a experiências de sucesso, no terreno. Esta tradição tende a desvalorizar a importância de elementos culturais, educacionais e de gestão, no processo de mudança.

Desde a década de 40 que se construiu um sentido de valorização das normas que pautaram o exercício da responsabilidade, permitindo antever noções que perduraram até hoje e que se constituíram como a principal linguagem jurídica da saúde pública, embora tendo que ser sujeita à necessária actualização por referência a dimensões temporais que comportaram quadros sócio-políticos variáveis. Uma dessas noções é a preferência por actividades preventivas ou de recuperação sobre as actividades curativas, tal como está estipulado nas ideias que têm presidido às estratégias actuais das políticas de saúde; outra é a da assistência visar o aperfeiçoamento da pessoa, família e agrupamento social, tal como, mais tarde, os Cuidados de Saúde Primários visaram o indivíduo, a família e a comunidade. Por outro lado definiram-se três tipos de

assistência, «paliativa e curativa», «preventiva» e «construtiva» que iriam ser a base das perspectivas «curativa», «preventiva» e de «promoção» de toda a política de saúde.

Em Portugal, a saúde pública tem funcionado mais como risco do que como oportunidade, não só a partir da perspectiva dos seus utilizadores, mas também da perspectiva dos seus profissionais, se tivermos em conta que as medidas estratégicas de saúde pública previstas em importantes documentos de reforma (nomeadamente na Estratégia para o Virar do Século – 1998/2002), ainda não foram cabalmente assumidos como prioridade nas orientações políticas do sector.

#### ➤ **Administração “comando e controlo”**

Esta tem sido uma característica dominante do sistema de saúde. O papel limitado dos sistemas de informação na gestão e política tornam a implementação de políticas um exercício arriscado.

No âmbito da criação das condições que permitem uma participação activa do cidadão no sistema, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos, de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento, a gestão da informação é crucial.

No entanto “a cultura herdada leva a que na administração pública tal como em muitas entidades privadas, o reflexo imediato, a atitude natural, perante qualquer informação, consiste em considerá-la confidencial. E a sua divulgação, em princípio, só parece ser decidida quando produz resultados benéficos para o seu “proprietário”. Se, no caso de entidades privadas, esta actuação se pode estranhar, mas talvez não condenar, já nas esferas públicas deve ser severamente criticada e energicamente combatida. “A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve estar acessível” (A. Barreto).

No actual estado de desenvolvimento do sistema de saúde português é importante estabelecer a ideia da “informação mínima” a que o cidadão-contribuinte tem direito no campo da saúde.

A proposta da OCDE (2001), descrita no quadro pode ser um bom ponto de partida.

#### **A informação mínima e o empoderamento do cidadão**

<b>Oferta de cuidados</b>
Serviços prestadores de cuidados existentes na zona em que os cidadãos habitam ou trabalham e forma de lhes aceder;
Informação sobre a capacidade instalada em cada uma destas unidades de saúde e, se possível, estimativa do número de actos que é possível e desejável esperar-se.
<b>Desempenho das Unidades de Saúde</b>

<p>Produção das unidades de saúde em número de consultas, intervenções e urgências;</p> <p>Publicitação das listas de espera (número de pessoas e tempos de espera) por cirurgia e consulta;</p> <p>Indicação das taxas de cobertura dos centros de saúde e do número de cidadãos sem médico de família;</p> <p>Informação sobre projectos de qualidade existentes nas várias unidades de saúde e, se possível, suas conclusões, para aumentar não só o conhecimento que os cidadãos têm destas unidades mas também a sua transparência para com a sociedade;</p> <p>Informação sobre modernização e racionalização das unidades de saúde.</p>
<b>Participação dos Cidadãos</b>
<p>Tipologia das reclamações nos serviços públicos de saúde e possibilidade de cada cidadão ter acesso à fase em que está a sua reclamação;</p> <p>Possibilidade de cada cidadão ter acesso, pelo número de utente, à sua posição na lista de espera.</p>
<b>Informação Genérica aos Cidadãos</b>
<p>Doenças mais vulgares e em relação às quais há algum espaço de intervenção do cidadão para as evitar ou diminuir o seu impacto;</p> <p>Sinais de risco e de alerta;</p> <p>Plano de vacinação aprovado;</p> <p>Medicamentos e farmácias;</p> <p>Hábitos propiciadores de uma vida saudável.</p>

**Fonte:** OCDE (2001). Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-making. OECD, Paris

Para conseguir atingir estes objectivos mínimos podem ser identificados cinco passos preparatórios (OECD, 2001):

1. Melhorar a qualidade da política, utilizando variadas fontes de informação, perspectivas e soluções, respondendo aos desafios cada vez mais complexos e a crescentes pressões;
2. Responder a crescentes desafios da sociedade de informação, melhores e mais rápidas interações com os cidadãos, assegurando uma melhor gestão do conhecimento;
3. Integrar os contributos dos cidadãos no processo político de tomada de decisão respondendo às suas expectativas, ouvindo e tendo em conta os seus pontos de vista;
4. Responder à exigência de maior transparência e responsabilidade face ao aumento da análise detalhada das acções do Governo pelo público e pelos *média*;
5. Fortalecer a confiança pública no Governo e reverter o desinteresse e desconfiança do público nos políticos e nas instituições públicas.

➤ **Descontinuidade política.**

Nos últimos 20 anos observaram-se descontinuidades severas nas políticas de saúde. Estas não se limitam a mudanças naturais, de ciclos políticos, mas também são vistas, frequentemente, em mudanças ministeriais dentro do mesmo governo. Estas descontinuidades têm sido um factor predominante na dificuldade de implementar reformas da saúde em Portugal.

De acordo com autores como Carapinheiro, 1987; Page, 1998; Carapinheiro e Page, 2001; apesar de ser possível trabalhar a ideia de tempos políticos na construção do sistema de saúde português, tal como o conhecemos, desvinculam a ideia de ser proposto uma periodização estritamente política. Os estudos desenvolvidos, demonstram que a saúde em Portugal sempre foi fortemente determinada por orientações internacionais, predominantemente reconhecíveis na evolução da saúde pública.

De acordo com Sakellarides (2005, p. 73) Mesmo a base social de apoio mais sólida ao SNS compreendeu mal a diferença entre os princípios e capacidade de os concretizar no terreno, num país com frágeis instrumentos de governação, uma administração pública tremendamente antiquada, limitadas capacidades de gestão, lideranças profissionais entre o desconfiado e o hostil, num país com baixos níveis de educação e reduzidas tradições democráticas.

Havia como que uma consciência demasiado difusa da complexidade e profundidade do desafio que as ideias propostas nas leis aprovadas supunham. Não se percebiam com clareza as limitações da cultura política e das concepções de gestão e organização existentes. Não foi possível fazer os grandes investimentos na informação, formação e investigação que eram indispensáveis.

Era como se para realizar uma transformação social tão extraordinária como é por de pé, num país com o grau de desenvolvimento de Portugal de há 25 anos, um SNS que funcionasse, bastassem leis, chefes, pessoas para empregar e dinheiro para comprar.

Em 1993, quatro anos depois após a adopção pelo Parlamento da Lei do SNS, uma das suas implicações organizacionais mais óbvias estava ainda por realizar – a integração numa mesma organização dos cuidados curativos dos «postos da caixa» com os «centros de saúde da 1ª geração».

A cultura fortemente normativista da época não tornou possível incluir na legislação as disposições de transição entretanto sugeridas. As mudanças de liderança que se seguiram descontinuaram os dispositivos de coordenação e acompanhamento estabelecidos. A «integração» fez-se administrativamente. Deixadas as coisas à sua evolução natural, perderam-se muitos dos aspectos mais interessantes das organizações integradas.

#### ➤ **Limitações à governação e resistência à mudança**

Uma boa governação (governance) ainda está por aplicar à gestão da mudança.

Para analisar esta dimensão é importante mobilizar estudos que demonstram a identificação de duas orientações internacionais. Na década de setenta ocorreu uma confluência subtil, de natureza histórica e política, dos particularismos nacionais gerados pela Revolução de 74 e os imperativos internacionais que ditavam a criação de serviços sociais universais. Na década de oitenta, o modelo político dominante de governação nacional da saúde não deixou de repercutir

o fascínio das agendas políticas neo-liberais que se tinham tornado dominantes na Europa ocidental, nomeadamente a racionalização das despesas da saúde, a contenção dos custos da saúde e a acentuação das tendências de privatização.

Pode discutir-se a ideia de entre 1940 e 1990 ter emergido um regime político de regulação na saúde, de orientação contrária, ora no sentido da imposição de variáveis de política interna (aposta por exemplo no reforço do hospitalocentrismo), ora no sentido da submissão a variáveis de política externa ( por exemplo no reforço da saúde pública ou nas reformas da saúde pública ou nas reformas da saúde segundo as linhas programáticas definidas pela OMS), permitindo assim refutar a ideia de produção cíclica de continuidade e mudança.

De acordo com Sakellariades (2005) em Portugal interessa tentar perceber o que faz mover o pêndulo (que associa à imagem e designação do pêndulo de Touraine<sup>4</sup>), quais são as causas e as consequências das continuidades e descontinuidades no sistema de saúde português. Uma análise recente identifica vários factores de continuidade no sistema de saúde português, entre os quais a possibilidade de convergência de pontos de vista de pessoas que partindo de pressupostos diferentes, aprendem uns com os outros face à necessidade de dar resposta a problemas comuns (transvaze ideológico), ao peso da «dependência do percurso», ou seja a dificuldade em sair dos efeitos do que foi feito antes.

Para os aspectos mais positivos desta continuidade contribuíram muitas pessoas, dos mais diversos sectores de opinião e filiação profissional, que durante os últimos 25 anos trabalharam consistentemente para o desenvolvimento do sistema de saúde português.

A continuidade pode ter também um significado mais negativo, principalmente quando aparece associada à incapacidade de gerir a mudança por ineficácia dos instrumentos formais da governação ou por baixos níveis de governança – a dificuldade de fazer cumprir aos interesses particulares mais influentes as regras de jogo que promovem o interesse comum.

### **3. TRANSIÇÕES PARADIGMÁTICAS EM SAÚDE**

No princípio do século passado, os serviços de saúde públicos e privados, estavam estruturados e vocacionados para atender os doentes e responder às necessidades das populações em termos de doença. A saúde correspondia à ausência de doença<sup>5</sup>. Deve

---

<sup>4</sup> Pêndulo de Touraine – Sociólogo francês, lia, em 1999, a experiência Europeia recente e os desafios actuais como resultado de duas necessidades complementares, que provocam movimentos pendulares, conforme predomina uma ou outra destas necessidades: a de desafiar o estado burocrático tradicional, gestor corporativo de uma economia administrativa, promovendo uma sociedade mais aberta e competitiva; a ir contra a hegemonia dos interesses privados e a persistência das grandes exclusões sociais através do estado moderno antecipador, mediador e animador.

<sup>5</sup> Saúde em Portugal: Conceito e contexto, IN: A Saúde dos Portugueses, 1997, p.15.

referir-se, no entanto, que a saúde pública começou a ser uma preocupação em Portugal na primeira metade do século XIX.

No final de 1901, é criada a Direcção Geral de Saúde e Beneficência, relevando-se deste período a criação do ensino de saúde pública por Ricardo Jorge, pela criação do “*Instituto Central de Hygiene, com o objectivo de ministrar a instrução especial technica e conferir o tirocinio profissional pratico necessario como habilitação de admissão aos logares de medicos e engenheiros do corpo de saude publica*”(Ib. p.18).

Mas assistimos a uma ênfase na dimensão médico – científica, na medida em que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ocorre essencialmente pelos avanços no campo da medicina e da farmacologia. Como consequência desta situação do domínio do modelo biomédico, verifica-se o privilegiar uma concepção de doença e das suas causas em termos microbiológicos e fisiológicos.

Muito especialmente depois da segunda guerra mundial, à medida que o acesso aos conhecimentos científicos e a técnicas e tecnologias mais sofisticadas, foi possível identificar novos agentes causais de doenças, bem como melhores diagnósticos, e melhores tratamentos, com melhores níveis de recuperação, acentuando o lado profilático da medicina; os seus aspectos curativos e preventivos estão íntima e inexoravelmente ligados à defesa e fomento da saúde.<sup>6</sup>

Na década de 50, a Comissão Coordenadora de Enfermagem<sup>7</sup> considerava que a evolução económica, social e educacional modificou a atitude das populações civilizadas para com os serviços de saúde. Devido a uma maior procura, os serviços têm que garantir cuidados a um número sempre crescente de indivíduos. Apontava-se já neste documento a necessidade de ter em consideração a uma visão paradigmática diferente perante a saúde, procurando uma orientação da enfermagem menos direccionada para a distinção entre enfermagem de doentes e enfermagem de sãos, o que promovia uma necessidade cada vez mais clara em formar enfermeiros não só para a enfermagem hospitalar – curativa, mas para outras áreas de intervenção.

O acesso à informação, a valorização dos direitos humanos, a interculturalidade que começou a ter peso na sociedade, a medicina social, que já começara no século anterior, adquire um valor cada vez mais importante, onde a doença começa a ser estudada numa perspectiva global, considerando o ambiente familiar e o meio onde vivem e onde

---

<sup>6</sup>Relatório elaborado sobre a situação da enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social (1957).

<sup>7</sup>Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.8 e p.17).

trabalham as pessoas. Assiste-se nesta perspectiva à GÉNESE DA SAÚDE COMO RESULTADO DA RELAÇÃO DA PESSOA COM O SEU AMBIENTE, que viria a constituir-se mais tarde como de extrema importância.

A metodologia epidemiológica do estudo das doenças (para além das doenças transmissíveis) de evolução prolongada, bem como do conhecimento do ambiente leva à criação da Organização Mundial da Saúde<sup>8</sup>.

A epidemiologia assumiu um papel importante no desenvolvimento de uma visão da saúde, para além de conceito oposto a doença, mais evidente “nas sociedades que fizeram uma «transição epidemiológica»<sup>9</sup> caracterizada pela evolução das doenças crónicas e degenerativas de populações envelhecidas, que substituíram as doenças infecto-contagiosas, o que levaria os cuidados de saúde a evoluírem do «curar» (cure) para o «cuidar» (care)”. A componente social associada ao conceito de saúde, embora não sendo completa novidade, veio reforçar a mudança que já se adivinhava.

Um dos factores apontados como inibidores das tentativas anteriores, que falharam, passa pelo facto de que a política de saúde tem de integrar-se na orientação geral da política do país. Quando os diplomas referidos foram publicados, a saúde era considerada como uma actividade essencialmente privada, actuando o Estado com função supletiva; *agora* a saúde é considerada como da responsabilidade do Estado (Providência).

E quanto aos contextos onde a saúde é produzida conceptualmente e onde os cuidados de saúde são procurados e disponibilizados, também se verificam transições importantes.

Se o hospital foi até aos anos 60 a peça central do sistema (Cf., Carapinheiro, 1998) e, se a partir de 60 passou a ser considerado uma peça superior, mas não central do sistema de saúde, esta mudança de posicionamento foi identificada como resultado das mudanças políticas que substituíram o hospitalocentrismo pela saúde pública (embora como se viu fosse já uma preocupação desde o início do século – reforma de Ricardo Jorge), através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção da saúde e do esforço da organização dos órgãos e serviços vocacionados para os cuidados de saúde primários.

Os enfermeiros discutiam sobre esta problemática reflectindo sobre o verdadeiro lugar do Hospital no Sistema de Saúde, na medida em que só uma percentagem de 5 a 15% de

---

<sup>8</sup> Um dos princípios da Constituição da OMS, adoptada na Conferência Internacional sobre Saúde, em 22 de Julho de 1946, Nova York, tendo entrado em vigor em 7 de Abril de 1948, sendo assumido como conceito de saúde: « A saúde é definida como um estado de completo bem – estar físico, mental e social.

<sup>9</sup> Wilkinson (1996a e 1996b) citado em Villaverde Cabral, p.38.

cuidados médicos são prestados na área hospitalar, o que sem diminuir a sua missão, fazia reflectir sobre os outros contextos de prestação de cuidados<sup>10</sup>.

Os serviços de saúde em Portugal são reorganizados em 1971, pelo Decreto Lei nº 413/71, tendo por base uma filosofia inovadora, com prioridade às actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença. A política de saúde consagrada neste diploma visa garantir o direito à saúde, sendo de relevar que muito do debatido e adoptado sete anos depois na Conferência de Alma Ata, já se encontrava contemplado no texto deste diploma<sup>11</sup>. É a partir desta data que se inicia a criação de centros de saúde (de 1ª geração) em quase todos os concelhos, que têm uma actividade predominantemente vocacionada para a saúde da mãe e da criança<sup>12</sup>.

A abertura do estado Português à evolução nas questões da saúde, teve também a sua influência no desenrolar das políticas de saúde a partir dos anos setenta, tendo desempenhado um papel fundamental alguns acontecimentos de nível internacional<sup>13</sup>, com repercussões evidentes nos ganhos em saúde, considerando que «uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida» (Carta de Ottawa) (Ib. p.19).

A situação portuguesa era discutida com abertura pelos enfermeiros e outros profissionais, embora considerando a situação sócio-política à altura, que em conjunto debatiam esta problemática<sup>14</sup>, caracterizando-se “o perfil sanitário português com características diferentes das dos países ocidentais, situa-se numa posição original, pois já apresentava indicadores, qualitativa e quantitativamente próximos dos países industrializados e ainda alguns dos países subdesenvolvidos; por exemplo as doenças cérebro-vasculares, as afecções isquémicas e hipertensivas do coração e dos tumores malignos (...)” (p.232).

Decorrente desta situação construía-se cada vez mais a concepção de que “a enfermagem pode intervir para além cura da doença, pois esta não constitui o melhor meio para se alcançar uma sociedade mais saudável. A enfermagem privilegia a promoção da saúde e a profilaxia da doença” (Ib.p.367), o que implicava uma perspectiva diferente da formação dos enfermeiros, bem como a noção de que “os recursos humanos existentes são aparentemente suficientes, quando se calculam em relação à população que servem” (1981 p.232), o que ao assumir as mudanças de

---

<sup>10</sup> Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicações e Conclusões. Livro de Actas. 1985, (p.230-231).

<sup>11</sup> A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19).

<sup>12</sup> Rodrigues, Luís A. Carvalho (coord.) (2002) Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde, p. 33.

<sup>13</sup> A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19) “ Destacamos a Conferência de Alma Ata (1978), As Estratégias e as Metas da Saúde para Todos (OMS 1985) e a Conferência de Ottawa (1986)”.

<sup>14</sup> Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra nos dias 5 a 10 de Abril de 1981.

paradigma na saúde, mais centrada nos cidadãos e numa relação dinâmica entre estes e o ambiente, colocava aos responsáveis políticos a introdução de estratégias formativas, por forma a dar resposta às «novas» necessidades criadas.

A proximidade dos cuidados à população é um outro princípio relevante, considerando-se que o grau de avanço na protecção do cidadão e da comunidade, nas suas condições de saúde, reside no bom funcionamento da nova instituição de saúde que é o Centro de Saúde, onde se possam prestar cuidados globais e continuados.

Actualmente preconiza-se que a saúde está na qualidade da relação dos indivíduos com o seu ambiente. Se esta é boa, as condições de existência, os comportamentos e a auto-estima reforçam-se mutuamente e produzem efeitos positivos sobre todos os elementos que compõem cada micro – ambiente.

Na actualidade, as preocupações adquirem de facto uma dimensão individual, conforme emergência do debate sobre o meio ambiente e as implicações na saúde global humana e no desenvolvimento<sup>15</sup>, assumindo-se que a saúde de um indivíduo resulta da interacção entre a carga genética, os seus comportamentos, o ambiente físico e a sociedade em que vive, desenvolvendo os fundamentos conceptuais e científicos para uma saúde mais dinâmica e relacional.

A medicina foi estendendo a sua acção, nos cuidados primários e nos diferenciados, ao indivíduo saudável, persuadindo-o de que pode ser um sujeito em risco e como tal é útil seguir o acompanhamento do médico. Embora, a evolução das actividades nos Centros de Saúde, tenha ocorrido no sentido de uma «medicalização» da actividade respectiva, são na sua maioria, serviços de recurso em caso de necessidade, e não instituições prioritariamente de educação, ensino e prevenção.

A outro nível, parece-nos igualmente que a concepção da saúde em Portugal e as Políticas públicas, em particular, apresentam como prioridade essencial o investimento em relação à doença e não em relação à saúde. Uma abordagem na perspectiva desta última permitiria contribuir, sem dúvida, para um conhecimento mais alargado sobre o campo da saúde.

Parece-nos, de facto, que as orientações das Políticas públicas se têm pautado por duas orientações que as têm marcado de forma decisiva

➤ **Mediocentrismo e hospitalocentrismo na organização dos serviços de saúde** (Etnocentrismo em relação à cultura médica)

➤ **Em toda a segunda metade do século XX e em continuidade no início deste século**, apesar da centralidade da saúde ser politicamente referenciada ao cidadão, assiste-se a uma desvalorização do indivíduo como participante activo do processo

---

<sup>15</sup> Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – Conferência do Rio-Eco9. IN: A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19 - 20)

de saúde, deixando aos profissionais e contextos, a vantagem de relações dominantes, caracterizadas essencialmente por assimetrias /desigualdades sociais.

➤ **Prevalência do paradigma mecanicista sobre o paradigma humanista, com conseqüente oposição entre uma visão técnica e uma visão humana.**

Mediante a complexidade em saúde e na perspectiva que caracterizei antes, preconizo uma visão integradora entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática de cada uma, mas sim o conhecimento e as competências dos profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que os cidadãos apresentam, em cada contexto onde aconteça saúde ou doença, ou transições de outro tipo.

Se conceptualizarmos a saúde como um estado (individual e colectivo) que se constitua como único objectivo do consumo de cuidados de saúde, clarificaremos o conceito de forma mais global, pelo contributo que estes cuidados dão para o referido estado.

A saúde enquanto conceito pode definir-se por referência a diversas dimensões, sendo que habitualmente existe uma tendência para o enquadrar numa perspectiva determinista, que só por si conduz a uma visão incompleta e necessariamente distorcida do mesmo.

A compreensão da multidimensionalidade em saúde e da complexidade inerente ao conceito, enquadra-se no conhecimento pertinente das transições identificadas por relação a este fenómeno, essencialmente por referência ao pensamento complexo em saúde e de como esta dimensão surge e se desenvolve em todo o século XX.

Inerente a esta problemática, está o facto do conhecimento no mundo ocidental se organizar em torno de disciplinas, enquanto áreas de saber que pretendem assumir cada uma de «per si» a exclusividade do mesmo, inibindo desta forma o desenvolvimento de uma atitude que promova a transição para o reconhecimento da existência de uma constelação de saberes, que releve a pluri, a inter e a transdisciplinaridade como estratégia para lidar com a complexidade em saúde, no século XXI.

É minha convicção ser necessário olhar cada vez mais para a saúde, não como um «estado» que embora relativo, se caracteriza por um elevado nível de abstracção, que importa tornar concretizável quando se reporta à dimensão singular da pessoa.

A saúde tem sido considerada (e ainda é na actualidade) numa perspectiva dialógica (Morin, 2001) onde se caracteriza essencialmente pela oposição à doença. No entanto, a compreensão do fenómeno (ou dos fenómenos) da saúde para além de uma perspectiva redutora, porque determinística, permite assumir uma outra dimensão que é a do

pensamento complexo, característico da pós-modernidade no dizer de Boaventura Sousa Santos.

Por outro lado, prestar cuidados de saúde tem sido desde os tempos mais remotos uma constante nas sociedades, embora nem sempre se lhe tenha atribuído o mesmo significado social.

Independentemente dos contextos onde os cuidados ocorrem, a colaboração entre os intervenientes nos mesmos parece ser uma constante, sejam eles pais, amigos e profissionais de saúde, e destes, particularmente, os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Quando alguém percebe a necessidade de ajuda “exterior”, pelo aparecimento de uma afecção física ou mental, mobiliza, numa primeira fase, as capacidades que possui para tentar fazer o autodiagnóstico, estritamente pessoal e experimental que, apoiando-se no carácter presumivelmente temporário dos sintomas, conduz à decisão de esperar para ver o que acontecerá.

Com efeito, todo o processo de procura de ajuda implica a existência duma rede de apoio que vai do domínio íntimo e informal do núcleo familiar passando sucessivamente pelo que se pode designar pelo “sistema referencial profano”, cada vez mais próximo dum conhecimento que, embora não científico, é autorizado, até, que, quando é reconhecido como insuficiente, chega ao “sistema profissional” em busca de protecção.

As últimas três décadas, em Portugal, foram de significativos ganhos em saúde. Mas também se acentuaram os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social, sem ter havido, da parte do sistema de saúde, a agilidade necessária para se adaptar aos novos desafios que emergem. Este agravamento resulta, em parte, do aumento das desigualdades sociais, do envelhecimento da nossa população, da maior mobilidade das populações e de um número crescente de imigrantes.

Na segunda metade do século XX, as sociedades da área geocultural em que Portugal se integra, conheceram progressos importantes em quatro dimensões que explicito, bem como consequências associadas.

<b>Dimensões</b>	<b>Progressos</b>	<b>Consequências associadas</b>
Demográfica	Descida da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida	Aumento do impacto da doença crónica
Política	Compromisso político da acção sobre a saúde e bem-estar da população	Crise económica e política do modelo NHS devido às pressões sociais e demográficas sobre

		o sistema
Médico-Científica	Desenvolvimento dos conhecimentos médico –científicos e crescimento dos cuidados de saúde	Desvalorização dos factores que não integram o modelo biomédico de explicação, prevenção e tratamento de doenças
Socio-Cultural	Melhoria das condições de vida	Individualização da questão da saúde através dos «estilos de vida»

Fonte: Cabral, J.M.Villaverde (Org.). Saúde e doença em Portugal

Os progressos obtidos trouxeram problemas inesperados e levantaram novas discussões. Destas relevam-se as que mais directamente se relacionam com a enfermagem. Assim na dimensão Demográfica, o aumento crescente da terceira e quarta idades, faz aumentar exponencialmente a população mais vulnerável às doenças crónicas e às doenças degenerativas associadas à velhice, bem como a incapacidade crescente do modelo biomédico para explicar os factores que não o integrando, necessitam ser analisados no interface entre o estado de saúde e o estado de doença (transições).

### **Para esta discussão impõe-se uma breve caracterização da sociedade portuguesa**

Vejamos então alguns dados que caracterizam a sociedade portuguesa na actualidade, considerando-os como bases paradigmáticas que permitam fundamentar a importância da Enfermagem num cenário de contributo para a melhoria da saúde das pessoas.

Fá-lo-ei a partir do que designo por dimensões:

- Demográfica; Política (atravessada pela Económica<sup>16</sup> e outras) e Sócio-cultural (de Saúde e de Bem estar).

#### ***Dimensão Demográfica***<sup>17</sup>

A sociedade portuguesa caracteriza-se por um envelhecimento, por referência a uma multicausalidade de factores, que promovem o aumento da esperança de vida ao nascer, a diminuição da taxa de mortalidade infantil, o aumento da idade cronológica das

<sup>16</sup> Nos últimos anos, esforços notáveis produziram um enorme **desenvolvimento económico e social** e uma modernização patente nas mais variadas formas de vivência. Os indicadores socio-económicos incluem aspectos relacionados com a educação, a saúde e a cultura, bem como números relevantes sobre a sociedade de informação em Portugal. As melhorias do estado de saúde da população portuguesa parecem estar associadas ao aumento dos recursos financeiros, materiais e humanos nos cuidados de saúde bem como à melhoria geral das condições económicas e sociais (por exemplo, habitação, educação, condições sanitárias, comunicações e transportes).

Apesar do aumento geral das condições de vida, existem desigualdades entre as regiões e provavelmente entre classes sociais. Estas disparidades são evidentes na variação de determinados indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil, bem como nas desigualdades do acesso, como por exemplo, o ratio de habitantes por hospital e o ratio de habitantes por profissionais de saúde.

<sup>17</sup> O perfil demográfico segue o dos outros países ocidentais da Europa, com um aumento da esperança de vida à nascença de 71,15 anos em 1980 para 76,9 em 2001. Contudo, os homens portugueses continuam a ter a esperança de vida mais baixa da Europa – 65 anos – em comparação com os países da UE (em 14,3 anos), enquanto que a esperança de vida no caso das mulheres é a segunda mais baixa (em 17,8 anos) (*Eurostat, Key Figures on health, 2000*).

peçoas, falando-se actualmente já numa 4ª idade, isto é a existência de uma percentagem significativa de peçoas com mais de 75 anos; a evolução do conhecimento tecnológico e científico que permite exactamente promover a longevidade das peçoas, embora nem sempre signifique que ao dar mais anos à vida se dê mais vida aos anos.

Mas uma população envelhecida não o é exclusivamente pela existência de maior número de peçoas com idade cronológica avançada, mas também porque se verifica uma diminuição acentuada da taxa de natalidade<sup>18</sup>.

Nesta perspectiva e mobilizando as diferentes etapas de vida, verificamos uma diminuição do número de peçoas na idade adulta, etapa na qual se desenvolve uma actividade produtiva, essencial ao crescimento económico e ao desenvolvimento da sociedade. Por outro lado um aumento dos mais idosos, quando relacionado com o referido anteriormente, produz a situação social que já hoje se desenha, como de grande dificuldade na manutenção do equilíbrio de uma segurança social estável, que permita às peçoas projectar uma vida mais longa e de melhor qualidade, com repercussões óbvias na saúde das mesmas.

### ***Dimensão Política***

Ouvimos e lemos na imprensa diária, que Portugal é um dos países da Europa que mais gasta em cuidados de saúde.

Importa também enunciar a situação aparentemente paradoxal, que se traduz numa despesa elevada com os cuidados de saúde<sup>19</sup> e sentirmos como cidadãos, que temos um sistema de saúde com muitas lacunas ao nível da assistência individual e familiar.

Este é para mim o resultado de uma política de investimento inadequado na doença, desvalorizando a ênfase na prevenção e na educação para estilos de vida saudáveis.

No entanto, se fizermos uma retrospectiva rápida à década de 70 (no século XX) e compararmos alguns dados que caracterizavam a saúde e o sistema que produzia os cuidados à altura, e a actualidade, verificamos que, de facto a diferença para melhor é notável no domínio dos cuidados dirigidos à doença, o que nos indica o caminho da

---

<sup>18</sup> O número de nascimentos tem diminuído gradualmente desde 1960 (24,10 nados-vivos/1000 habitantes) e, em 1990, a taxa de natalidade bruta em Portugal era de 11,76 nados vivos/1000 habitantes, abaixo da média europeia de 12,02 nados vivos/1000 habitantes, atingida pela primeira vez em 1970 (WHO, Health For All Database, 2003).

Em 2000, a taxa de natalidade era de 11,75 nados vivos/1000 habitantes, ocupando de novo uma posição abaixo da média da EU, de 10,69 nados vivos/1000 habitantes (WHO, Health For All Database, 2000).

<sup>19</sup> Notícia do Expresso (24 de Setembro de 2005) “Saúde poupa 90 milhões”: O Ministro da Saúde já fez as contas ao que vai poupar com a entrada em vigor da nova lei do medicamento (...)espera gastar menos 90 milhões de Euros que o presente ano, com os fármacos comparticipados pelo SNS. A despesa com medicamentos entre Janeiro e Agosto de 2005 foi de 2, 053 mil milhões de Euros, correspondendo 88% aos não genéricos ( 1,801 mil milhões de Euros) e 12% de genéricos (0,252 mil milhões E).

reflexão para a importância de que num futuro, que é já hoje, se redimensionem as propostas de intervenção em saúde.

Estas começam a ter visibilidade no discurso político e nas bases das políticas públicas de saúde, com medidas que foram recentemente anunciadas como por exemplo os projectos de «hospitalização» domiciliária, em que se procura que a pessoa doente recupere o seu estado de equilíbrio num contexto que lhe seja favorável (o domicílio) e por outro lado liberte o contexto hospitalar para a sua missão fundamental que é o diagnóstico e o tratamento das situações agudas e diferenciadas.

Numa perspectiva sociológica que partilho, esta proposta ocorre no âmbito do referido por Anselm Strauss (sociólogo americano), quando dizia que a centralidade da pessoa/cidadão no sistema de saúde só ocorrerá com visibilidade, quando o local de eleição para a prestação de cuidados de saúde deixar de ser o Hospital e passar a ser o domicílio das pessoas. Ora esta perspectiva implica não só uma mudança de paradigma, como de toda a dinâmica que caracteriza as relações assimétricas entre os profissionais de saúde e os cidadãos e, mesmo entre os diferentes tipos dos primeiros.

### ***Dimensão Sócio-Cultural***

Portugal foi outrora país de aventura, descobrimentos e emigração<sup>20</sup> e é hoje um país de acolhimento de pessoas que procuram melhores condições sócio-económicas do que as que possuem nos seus países de origem, emergindo desta situação a necessidade de criação e desenvolvimento de respostas numa perspectiva transcultural, por forma a que ocorra a integração destas pessoas a todos os níveis. Integração importante para que se constituam como participantes activos<sup>21</sup> na construção de uma sociedade melhor e mais humanizada. As respostas a encontrar, devem situar-se cada vez mais na área preventiva dos problemas sociais, de saúde e outros, invertendo o sentido que teimosamente continuam a apresentar, que consiste essencialmente na procura de soluções para os

---

<sup>20</sup> Estima-se que entre 1960 e 1970 cerca de 1 200 000 portugueses tenham emigrado para quase todos os continentes mas, em especial, para a Europa. Nos últimos anos os emigrantes mais velhos começaram a regressar a Portugal (*Nazareth, JM. Introdução à demografia. Lisboa, Presença, 1996*).

<sup>21</sup> Os recentes movimentos migratórios, legais e ilegais, do Brasil e dos países da Europa Central e de Leste, juntamente com a imigração tradicional vinda de África (Cabo Verde, Guiné Bissau, S. Tomé e Príncipe, Angola e Moçambique) estão a levantar novos problemas e novos desafios ao sistema de saúde português.

De acordo com os Censos de 2001, a população imigrante representa 2,2% da população residente (Instituto Nacional de Estatística, Censos 2001). A maioria (81,2%) insere-se nos grupos de idade activa (de 15 a 64 anos de idade), o que confirma as fortes razões das migrações para Portugal. Só 5% dos imigrantes têm acima de 64 anos de idade e 14% abaixo dos 15 anos.

défices e problemas identificados. Em minha opinião, esta situação ocorre porque a sociedade e conseqüentemente as pessoas, continuam a apresentar necessidades não satisfeitas, que no caso da saúde encontram essencialmente resposta a partir da ênfase no avanço da tecnologia e dos cuidados de tratamento.

Associadas a esta temos as dimensões da saúde e do bem estar, que adquirem cada vez maior relevância.

Numa perspectiva de integração analítica da sociedade portuguesa, e no que concerne às questões da saúde em particular, assistimos a um aumento da existência de doenças crónicas, para as quais vão sendo encontradas respostas, uma vez mais com ênfase na prevenção, diagnóstico e tratamento, não sendo visível ainda uma capacidade de criação de estruturas de cuidar a pessoa numa dimensão mais complexa que é a de a considerar como única e singular e como tal produzindo respostas humanas diferentes e singulares, a propostas standardizadas de intervenção, que sendo essenciais são insuficientes.

Sem procurar uma enumeração exaustiva, é do conhecimento de todos nós a importância de criar respostas para as pessoas e famílias com HIV/SIDA, pessoas com doença de Alzheimer, de Parkinson e suas famílias, para além dos programas mais tradicionais para as pessoas com doenças respiratórias, cardiovasculares e outras.

Na dimensão sócio-cultural, emerge um discurso fortemente individualista, onde se procura a assunção de comportamentos saudáveis em termos individuais, desvalorizando o papel do Estado.

Importa então compreender um pouco mais aprofundadamente como têm ocorrido as mudanças paradigmáticas na saúde, fazendo para isso um percurso embora breve pelos principais factos que marcaram a evolução do sistema de cuidados de saúde em Portugal, no século passado.

#### ***4. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. UMA DEMOGRAFIA DO DÉFICE***

A identificação da necessidade de recursos humanos em saúde tem ocorrido a partir do paradigma dominante na saúde que se caracteriza pela ênfase na cura da doença associado ao contexto hospital, desvalorizando a dimensão da promoção da saúde mesmo nos contextos da comunidade onde os cuidados de saúde seriam por natureza mais orientados para o empowerment dos cidadãos como sujeitos activos da construção da saúde individual e colectiva. A consolidação desta orientação quanto aos recursos humanos na saúde fica bem expressa pelos dados do quadro nº 1.

Sempre falámos de défice de profissionais de saúde em Portugal, embora as razões apontadas possam variar de acordo com factores específicos, como sejam: a formação insuficiente de diplomados; a complexidade e a diferenciação dos cuidados de saúde; a assimetria da distribuição no território nacional; as políticas de saúde, que têm alterado a orientação do Serviço Nacional de Saúde, quando em associação com as políticas sociais e económicas, que promovem a transição de um Estado Providência para um Estado Reformista que pretende assumir um estatuto cada vez mais regulador.

Quadro 1 - Número de efectivos por grupo de pessoal segundo o tipo de Instituição em 31/12/2006

Grupo de Pessoal	PESSOAS			EMPREGOS		
	C.Saúde (SRS)	Hospitais	Total SNS	C.Saúde (SRS)	Hospitais	Total SNS
Dirigente	182	664	846	183	682	865
Médico	6.976	16.027	23.003	7.147	17.850	24.997
Téc. Superior de Saúde	191	1.044	1.235	191	1.053	1.244
Enfermagem	6.951	29.671	36.622	7.261	30.173	37.434
Téc. Diag. Terapêutica	1.051	6.127	7.178	1.069	6.241	7.310
Técnico Superior	644	1.578	2.222	647	1.603	2.250
Docente/ Investigação		145	145		145	145
Informática	112	338	450	112	345	457
Técnico	34	115	149	34	115	149
Técnico Profissional	135	1.123	1.258	135	1.134	1.269
Administrativo	7.813	8.922	16.735	7.818	8.943	16.761
Operário	96	1.209	1.305	96	1.209	1.305
Serviços Gerais	3.860	22.099	25.959	3.861	22.143	26.004
Outro Pessoal Auxiliar	884	825	1.709	884	826	1.710
Outro Pessoal	31	103	134	31	105	136
Não Identificado	18	201	219	18	221	239
<b>Total</b>	<b>28.978</b>	<b>90.191</b>	<b>119.169</b>	<b>29.487</b>	<b>92.788</b>	<b>122.275</b>
<b>Peso Relativo (%)</b>	<b>24,32</b>	<b>75,68</b>	<b>100,00</b>	<b>24,12</b>	<b>75,88</b>	<b>100,00</b>

Estudos de identificação de necessidades de recursos (Ponto de situação)

##### 5. RELAÇÃO ENTRE A PROCURA E A OFERTA

Portugal só a partir de 2 de Abril de 1976, garante aos seus cidadãos que "todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e de a promover" e, a seguir, que "o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito". Passa então a incumbir ao Estado a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica, assegurando uma cobertura do país em recursos humanos e em unidades de saúde.

Podemos caracterizar a questão da acessibilidade olhando primeiramente para a fase de expansão do sistema de saúde português na qual a questão da "cobertura" do país em serviços de saúde, tinha particular importância.

Havia que dotar o país de infraestruturas (centros de saúde, hospitais) assim como de médicos e enfermeiros e outros profissionais, em número suficiente e distribuídos por todo o território nacional. Apesar de hoje ainda persistirem importantes desigualdades, a situação modificou-se consideravelmente.

No seu estudo sobre a "Saúde e doença em Portugal", Villaverde Cabral e colaboradores (2002) observaram que os portugueses gastam em média 15 minutos a deslocar-se ao centro de saúde da sua residência (45%) fazendo-o a pé, 25 minutos a deslocar-se ao hospital mais próximo (64,1%) fazendo-o em carro próprio ou de algum familiar ou amigo e 10 minutos à farmácia mais próxima.

Também relatam que 83,7% dos portugueses tem um médico de família no centro de saúde onde costumam recorrer. A questão central deixou de ser a "cobertura" para ser o acesso efectivo a cuidados de saúde, segundo o estudo acima referido. Cerca de 51% dos inquiridos não conseguem consulta no mesmo dia e destes 54% têm de esperar mais do que duas semanas. O tempo de espera entre a consulta com o médico de família e a consulta no hospital (exceptuando as emergências) foi de mais de um mês para 48% dos inquiridos. A melhoria do acesso aos cuidados de saúde continua a ser uma expectativa legítima e importante para uma parte substancial da população portuguesa.

A pressão sobre o acesso aos cuidados de saúde faz-se sentir também como consequência do aumento contínuo de utilização do serviço de saúde pela população portuguesa.

A percentagem de pessoas, em Portugal Continental, que disse ter consultado um médico nos últimos três meses aumentou cerca de 22% entre 1987 e 1999, e em todos os grupos etários, de acordo com os dados obtidos através dos Inquéritos Nacionais de Saúde (Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde).

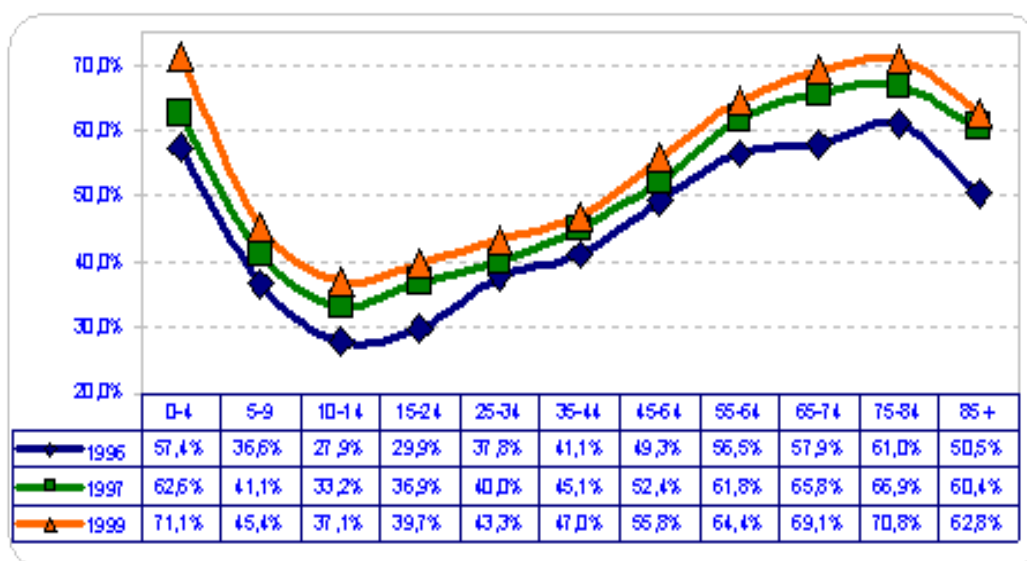
Este indicador de utilização de cuidados foi de 44,1% em 1987, 50,1% em 1996 e 53,7% em 1999. A extensão deste indicador à população residente em Portugal Continental em cada ano resulta nos seguintes números de utilizadores de cuidados médicos: 4520000 em 1987, 4974000 em 1996 e 5391000 em 1999 (ver figura).

Nos grupos etários 0 a 4 e 5 a 9 anos este aumento foi de cerca de 24%. Entre os 10 e os 14 e entre os 15 e os 24 anos verificou-se o valor mais elevado, cerca de 33%. Entre os 25 e os 84 anos os aumentos percentuais em cada grupo etário oscilaram entre os 13% e os 16%. No grupo

etário acima dos 85 anos o aumento verificado foi de 22%. Esta distribuição sugere que a procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador "consultas médicas nos últimos 3 meses", aumentou em Portugal continental cerca de 22% num período de 12 anos, em todos os grupos de idade.

**Figura – Utilização dos Cuidados de Saúde**

Percentagem de entrevistados que declarou ter consultado o médico pelo menos uma vez nos últimos 3 meses



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde, Portugal Continental, 1996, 1997 e 1999

Este questionamento conduz-nos à relação, indispensável de clarificar na nossa perspectiva, entre a procura e a oferta. A procura fundamental por parte do consumidor é de saúde ou de cuidados de saúde? Ao esclarecer esta questão procuramos contribuir para o avanço da análise da procura de cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, poderemos questionar se os cuidados de saúde se constituem como um bem ou um serviço, com a finalidade de proporcionar saúde.

Esta questão adquire em sociologia uma especial relevância, na medida em que a sociedade ocidental se encontra no que se pode designar por transição epidemiológica, mobilizando para a referida transição dimensões como: a demografia; a medicina científica; o político cultural e (...), permitindo introduzir na análise, inovação que está para além da tradição sociológica, no que à saúde diz respeito. Clarifico, referindo que é muito difícil identificar em Portugal uma sociologia da Saúde. Ela existe antes por referência à medicina. Os objectivos do sistema da saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde, podem ser resumidos em mais saúde, melhor resposta em serviços de saúde, uma contribuição financeira socialmente mais justa para a saúde.

O sistema de saúde português realiza estes objectivos de forma significativamente diferente, conforme aparece descrito, de modo comparativo, no "World Health Report" de 2000 (Quadro D): Estado de saúde – O estado de saúde dos portugueses corresponde ao grau de desenvolvimento do País (29º entre 191 países, em saúde, OMS; 27º em desenvolvimento entre os países do mundo, segundo o índice de desenvolvimento humano do FNUAD, 2000);

Para responder ao desafio de melhorar o estado de saúde dos portugueses, está em discussão o plano nacional de saúde, que pretende ser uma estratégia para o futuro do desenvolvimento do campo da saúde em Portugal

Resposta em serviços de saúde – Está substancialmente abaixo do nível de desenvolvimento do país (38º entre 191 países), figurando entre os piores no que diz respeito aos países mais desenvolvidos (os primeiros 50).

A classificação de Portugal na realização dos objectivos "melhorar a saúde" e "melhorar a resposta em serviços" piora, em termos comparativos, quando se introduzem aspectos distributivos (equidade);

Justiça da contribuição financeira – No que diz respeito à realização deste objectivo o País afasta-se ainda mais dos valores característicos dos países mais desenvolvidos (60º entre 191 países). Neste aspecto Portugal situa-se, claramente, abaixo dos valores que caracterizam os países mais desenvolvidos.

Qualquer reforma na saúde deve ter em linha de conta não só a melhoria na realização destes objectivos, mas também um maior equilíbrio entre eles.

Quadro I – Posição relativa de alguns países europeus quanto ao estado de saúde, à resposta em serviços e à justiça da contribuição financeira

	SAÚDE		RESPOSTA		JUSTIÇA FINANCEIRA
	Nível	Distribuição*	Nível	Distribuição*	
Áustria	17	8	12-13	3-38	12-15
Bélgica	16	26	16-17	3-38	3-5
Dinamarca	28	21	4	3-38	3-5
Finlândia	20	27	19	3-38	8-11
França	3	12	16-17	3-38	26-29
Alemanha	22	20	5	3-38	6-7

Grécia	7	6	36	3-38	41
Irlanda	27	13	25	3-38	6-7
Itália	6	14	23-23	3-38	45-47
Luxemburgo	18	22	3	3-38	2
Holanda	13	15	9	3-38	20-22
<b>Portugal</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>53-57</b>	<b>58-60</b>
Espanha	5	11	34	3-38	26-29
Suécia	4	28	10	3-38	12-15
Reino Unido	14	2	26-27	3-38	8-11

**Fonte:** World Health Report, 2000; Por distribuição, entende-se a distribuição de cada um dos atributos (saúde e resposta dos serviços) dentro de cada país/em cada população.

Na abordagem que pretendemos fazer a este fenómeno e de acordo com o enunciado descritivo do projecto mais global, o estatuto do cidadão é uma dimensão extremamente importante a estudar podendo integrar-se no que designamos pelo estatuto do cidadão, que procure conhecer pela investigação os processos de mudança centrados no referido cidadão, no que concerne à problemática geral em estudo.

No quadro seguinte apresentamos uma caracterização dos cuidados de saúde, no qual se procura identificar a transversalidade de várias dimensões – sociais, político-económicas de entre outras - tanto na forma como o cidadão perspectiva a saúde, como o próprio mercado a disponibiliza ou produz.

CUIDADOS DE SAÚDE	
CIDADÃO	MERCADO DA SAÚDE
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Racionalidade do consumidor – coloca-se aqui o problema da «ignorância» / desconhecimento do consumidor, enquadrada na informação imperfeita (...)</li> <li>2. (...)incerteza – relacionada com o cidadão / utente, quanto ao desconhecimento relacionado com o custo associado à prestação dos cuidados de saúde; desconhecimento da qualidade associada aos mesmos cuidados e à impossibilidade de assegurar eficazmente o risco da doença.</li> <li>3. (...) Externalidade(s) – a aversão ao risco, leva a que indivíduos sem necessidades imediatas ao nível da protecção de saúde, sejam contribuintes líquidos do sistema, pelo simples receio dos riscos futuros; indivíduos que retiram utilidade da simples constatação da existência de um sistema eficiente de protecção na saúde, embora possam não fazer grande utilização do mesmo.</li> <li>4. Necessidade em clarificar alguma confusão instalada entre saúde e medicina, pois actualmente confunde-se</li> </ol>	<p>Os cuidados de saúde (...) constituem-se numa procura que deriva de um objectivo determinado: a obtenção de saúde. Podem ser considerados como um bem sem utilidade intrínseca, cujo consumo está relacionado com um estado de necessidade por parte de quem procura (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Racionalidade do consumidor – o problema está em determinar o nível óptimo de «ignorância»/desconhecimento, (...) a eliminação da mesma constitui custos elevados (...) (analisar isto na perspectiva das políticas de saúde e nos próprios interesses profissionais, essencialmente os corporativistas).</li> <li>2. Incerteza – conduz à discussão sobre a existência de uma solução competitiva ou universalista, consistindo a primeira em «segurar» o risco de doença e a segunda na criação de um Serviço Nacional de Saúde.</li> <li>3. Externalidade(s) – a protecção individual pode constituir um benefício social (exemplo a vacinação).</li> </ol> <p>Na lógica do Mercado de Saúde, importa</p>

<p>por vezes o objectivo da saúde, com os meios tecnológicos utilizados pela medicina.</p>	<p>também relacionar esta reflexão com a existência de informação assimétrica e no facto de que o sistema de informação em torno da prestação de cuidados de saúde é dominado pela oferta. (enfatizando desta forma o paradigma mais centrado na doença e na cura).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os conceitos de equidade e igualdade são muitas vezes utilizados de uma forma equiparada, quando na realidade são bastante distintos. A equidade tem a ver com justiça e *fairness*, tem uma dimensão ética relacionada com a redistribuição de algo de acordo com as necessidades referentes a esse algo, é um conceito relativo. A igualdade é um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética.

A igualdade, compara níveis de saúde, de recursos, de acesso, etc., entre indivíduos e comunidades, independentemente de critérios associados às necessidades desses indivíduos ou comunidades.

Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem inequidades. Uma forma de abordar esta problemática é dividir o problema das desigualdades nas não evitáveis (portanto não reflectindo geralmente problemas de inequidade) e as evitáveis, que podem estar associadas a problemas de inequidade.

Considere-se por exemplo a persistência das diferenças que existem entre regiões, entre distritos e entre os diversos sectores socioeconómicos da sociedade — enquanto temos franjas de população com mortalidade infantil melhor do que, por exemplo, na Suécia, temos outras em que as taxas empareiram com as dos países menos desenvolvidos.

Estas desigualdades resultam de várias inequidades, não imputáveis apenas aos serviços de saúde e, constituem um dos grandes problemas que se colocam aos serviços e profissionais de saúde, bem como a toda a sociedade. No nosso País, subsistem diferenças distritais e regionais consideráveis.

Mas estas diferenças não têm uma dimensão nacional, tornando-se relevante compreender o fenómeno numa perspectiva global.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou, num relatório entretanto publicado, que "a injustiça social está a matar em larga escala" a nível global e apelou à criação de uma "nova agenda mundial" para a equidade na saúde.

"A justiça social é um assunto de vida e de morte. Afecta a forma como as pessoas vivem, as consequentes hipóteses de desenvolverem doenças e o risco de morte prematura", refere a [Comissão das Determinantes Sociais da Saúde](#), que realizou este trabalho ao longo dos últimos três anos. "Olhamos admirados à medida que a esperança média de vida e a saúde continuam a aumentar em algumas partes do mundo e olhamos alarmados à medida que esses indicadores não melhoram noutros lados".

## Os problemas portugueses

Para o presidente da Associação Portuguesa de Bioética, Portugal tem dois problemas principais, no âmbito do relatório da OMS: uma pobreza crescente e uma ineficaz gestão de recursos destinados à saúde. "A pobreza crescente indica que, a médio prazo, os nossos índices de saúde vão baixar", diz Rui Nunes. Por outro lado, uma melhor gestão dos recursos primários permitiria que fossem "libertadas" verbas para financiar campanhas de prevenção, numa aposta de longo prazo na saúde.

Para o presidente da Associação Portuguesa de Bioética (APB), este é um "relatório importantíssimo, porque chama a atenção para algo que até aqui tem sido apenas conhecido da classe científica" e é "particularmente importante para um país como Portugal". Segundo Rui Nunes, existe uma mentalidade de que a saúde depende exclusivamente do sistema de saúde. "Isto é um erro", responde o também director do serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

"O sistema de saúde é apenas uma parte da solução", considera Nunes. Existe um conjunto de condições sociais, económicas e culturais que são determinantes para a saúde da população, individualmente e como um todo, explica. É possível "reduzir as desigualdades na saúde através da redução das desigualdades sociais".

### Países nórdicos são o exemplo a seguir

Os autores do relatório destacam o caso dos países nórdicos no que toca ao "compromisso com as políticas universalistas baseadas na igualdade de direitos aos benefícios e serviços, emprego pleno, equidade de género e baixos níveis de exclusão social", favorecendo uma maior distribuição de rendimentos.

Assim, a OMS refere que o nível económico de um país não é o único condicionante para a qualidade de serviços médicos. "Alguns países de baixo nível salarial como Cuba, Costa

Rica, China, Sri Lanka atingiram um bom nível de saúde completamente fora do esperado de acordo com a média orçamental nacional", nota.

O presidente da Comissão das Determinantes Sociais da Saúde, Michael Marmot, afirmou que "fundamental para as recomendações da comissão é a criação das condições para que possa ser dado poder às pessoas, de modo a que tenham a liberdade para viverem vidas que floresçam". "Se as nossas recomendações forem seguidas, a saúde e a vida de milhares de milhões de pessoas serão dramaticamente melhoradas".

De acordo com Rui Nunes, este relatório vai no sentido de criar uma "corresponsabilização" da sociedade no que toca à saúde. "A sociedade do futuro é uma onde os cidadãos ajudam directamente a resolver os seus problemas", afirma, em declarações ao JPN, acrescentando que há uma forte necessidade de se desenvolverem estratégias preventivas que complementem os planos curativos já existentes. Desta forma, a saúde deve ser encarada como um investimento a longo prazo que reduza os danos causados a cada pessoa preventivamente, de modo a que esta não chegue a adoecer.

#### **Podemos então questionar-nos sobre a relação entre saúde e qualidade de vida.**

Os estudos que têm como objectivo medir o bem-estar social ou a saúde social, componente deste amplo conceito de saúde positiva, tendem a focalizar-se no indivíduo mais que na comunidade, como uma dimensão do conceito de **qualidade de vida**.

Este é um conceito que se tornou popular na linguagem do ser humano, dos especialistas aos leigos. Como afirma McGuire (1991) "...todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida e é nisso que reside o problema". Cada investigador tende a interpretar o sentido de qualidade de vida de modo diferente e é frequente encontrar o conceito sem qualquer referência ao seu significado. O conceito de qualidade de vida é assim uma expressão contemporânea, usual, carregada de significados, mas cercada de indefinições.

Terá surgido ligado às questões económicas, demográficas, ambientais e de saúde pública e, mais recentemente, como um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido da valorização de parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida (OMS, 1998).

Em relação á saúde como contexto, para a maioria dos cidadãos, a qualidade de vida tem na sua essência a boa saúde física e mental. Quando se coloca a pergunta sobre quais os factores que consideram mais importantes para a felicidade, a saúde vem no

topo da lista, seguida de uma vida familiar feliz. Estamos aqui numa visão pré-Aristotélica onde a qualidade era associada a felicidade e a virtude. A saúde é assim considerada como um recurso para a vida diária, não o objectivo da vida – é uma pré-condição para a sobrevivência, para o prazer de viver e para uma participação plena na vida económica e social.

Na actualidade a qualidade de vida situa-se no centro da discussão de natureza económica, social, cultural e política, constituindo-se o discurso numa linha de pensamento em conflito com o discurso tradicional. Este propõe uma nova prática - uma prática social centrada sobre a mudança.

A ideia de qualidade de vida aparece na literatura, como um conceito que poderá ser classificado de "sincrético", quer dizer de uma visão de conjunto, confusa e compreensiva de um todo complexo. Este todo complexo reside numa perspectiva geral da questão social e da melhoria da condição humana, sob todas as suas formas e em cada um dos sectores da existência.

Uma mudança que passa por múltiplos campos do bem - estar como a habitação, as condições de trabalho, **a saúde**, a alimentação, a educação, a cultura, os modos de vida urbana, os lazeres, etc. A qualidade de vida é, portanto, um objecto multidimensional do desenvolvimento social que polariza as formas de tratar tanto um conjunto de realidades concretas imediatas e quotidianas, como o conjunto dos mais diversos problemas que se colocam a longo prazo.

É pois na dinâmica da acção social que a qualidade de vida pode encontrar um conteúdo real para a mudança da sociedade em que vivemos. Uma sociedade que, neste início de século, se caracteriza por um conjunto de transformações consideráveis que têm afectado a qualidade de vida dos indivíduos e cada vez mais centradas nestes.

Neste sentido, ao relacionar qualidade de vida com saúde, permite-nos reflectir sobre as respostas individuais e singulares, enquanto respostas humanas aos processos de saúde e de doença e respectivas implicações na vida quotidiana. Envolve mais que um adequado bem estar físico, incluindo também as percepções de bem-estar, o nível básico de satisfação e o sentimento de auto-estima.

Procurei assim reflectir um tema complexo a partir de um conjunto de pressupostos que espero tenham sido claramente expostos e de que relevo a importância que o cidadão tem cada vez mais na construção do seu bem estar e saúde, cabendo ao(s)

profissional(ais) um papel de diagnóstico, planeamento, acompanhamento e avaliação das capacidades para o autocuidado na identificação pelo próprio das necessidades concretas de cuidados de saúde.

As orientações políticas em matéria de saúde que sugerem a mudança centrada no cidadão, promovem o que actualmente se designa de cuidados de proximidade, mas é necessário atender ao facto de que só existem cuidados de proximidade se os profissionais valorizarem a singularidade das situações – contexto em que o cidadão procura esses mesmos cuidados porque os identifica como necessários para o seu bem estar e que quando o faz mobiliza a confiança como característica do profissional que se constitui como mediador no processo de cuidados em causa.

Esta abordagem adquire relevância quando realizada a partir de uma diversidade de saberes que decorre essencialmente do facto dos cuidados serem prestados a cada pessoa de modo personalizado e num contexto relacional, sendo por isso, necessário recriar o saber perante cada pessoa concreta e em função dela própria.

A enfermagem constitui-se como uma das profissões e disciplinas privilegiadas nesta perspectiva, na medida em que o enfermeiro ao adoptar uma estratégia centrada nas necessidades das pessoas, distancia-se do trabalho estandardizado, tão presente mesmo quando falamos de estratégias para promover a saúde das populações, podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação entre o cidadão e o profissional que pretende prestar cuidados de qualidade.

Fará também a diferença, quando mobilizando esta perspectiva se procede à avaliação da qualidade de vida dos cidadãos, na medida em que se valorizarão mais os aspectos positivos que os negativos; se valorizará a avaliação tanto no plano do bem estar como ao nível da funcionalidade; se considerará a interacção entre os diferentes factores e determinantes da saúde e se valorizará a percepção pessoal, enfatizando a dimensão subjectiva para além da objectividade que habitualmente as técnicas de avaliação da qualidade de vida, de forma tradicional pressupõem.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Amendoeira, José (2006). Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX. Coimbra. Formasau. ISBN:972-8485-67-0
- Balsa, Casimiro (Org.) (2006). Confiança e laço social. Lisboa. Edições Colibri. ISBN: 972-772-603-8
- Carapinheiro, Graça (Org.) (2006). Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas. Coimbra. Pé de Página Editores. ISBN:978-989-614-052-6
- Lima, Jorge Ávila e Pereira, Hélder Rocha (Org.) (2008). Políticas públicas e conhecimento profissional. A educação e a Enfermagem em reestruturação. Porto. Legis Editora. ISBN: 978-972-8082-97-0
- Rogeiro, Nuno (2002). Política. Coimbra. Quimera. ISBN: 972-589-071-X
- Sakellarides, Constantino (2005). De Alma a Harry. Crónica da democratização da saúde. Coimbra. Almedina. ISBN:972-40-2442-3