

Duas Décadas de Desenvolvimento e o Serviço Nacional de Saúde

Introdução

- O que aconteceu então em Portugal ao SNS?



Período de transição a múltiplos níveis

- A deriva do desenvolvimento económico para o crescimento económico
- O desenvolvimento sustentado
- O desenvolvimento humano

Transição da quantidade para a qualidade

- Os direitos sociais, direitos humanos inadiáveis
- A saúde, um conceito centrado na pessoa
- A complexidade e a transversalidade
- A gestão da saúde por objectivos: metas e calendários
- A saúde como pilar da segurança humana

A literacia da saúde, garantia da participação dos cidadãos



Introdução

Na Resolução do Conselho de Ministros de Fevereiro de 1996, que criou o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, foram invocados os seguintes motivos:

"... os problemas ligados à promoção da saúde e ao tratamento da doença devem ser equacionados no quadro das alterações globais previsíveis para os próximos 15 anos, não apenas relativos aos avanços científicos e tecnológicos, mas também relacionados com a redefinição do conceito de direito à saúde."

Em 16 de Outubro de 1974, foi aprovado pelo Conselho de Ministros o Programa do Ministério dos Assuntos Sociais onde se indicava, entre os objectivos do Ministério, o seguinte:

"Lançamento das bases de um Serviço Nacional de Saúde estabelecendo a transição de um reduzido sistema oficial centralizado e de um sistema liberal economicamente discriminatório para um sistema assente na resposta institucionalizada do direito à saúde de todos os cidadãos."

Em Setembro de 1979, a folha de "avaliação de progresso" do Ministério dos Assuntos Sociais dizia:

"O Programa do V Governo Constitucional estabeleceu como objectivo fundamental na área da saúde, a regulamentação do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº56/79). Por isso, a Secretaria de Estado da Saúde está a proceder à elaboração dos diplomas legais que criam as condições necessárias à gradual implementação do SNS".



Afirmção consistente do direito à saúde, enraizamento do SNS na prática governativa. Fica apenas a pergunta: o que mudou nestes 20 anos? Estaremos a dizer a mesma coisa que dissemos então?

Focalizadas, como estão, essas afirmações no direito à saúde, é sobre o que a ele conduz - em termos de evolução do pensamento e da prática política destas duas décadas, - que me vou concentrar.

E diga-se logo de entrada que o direito à saúde de que falamos hoje, em contraste com o que aconteceu há mais de 20 anos, não é um direito que possamos deixar levar o seu tempo a ser concretizado, como se se tratasse de um aspecto residual da governação, de um ingrediente suplementar à realização da democracia.

Por isso, o Conselho da Europa afirma hoje, sem hesitações que

"a elevação ao estatuto de direitos humanos dos objectivos de alimentar os que têm fome, educar os analfabetos, ou fornecer cuidados médicos aos doentes e vulneráveis, deve significar, como mínimo absoluto, (...) que tais objectivos não estão abertos à refutação pela racionalidade económica nem por quaisquer outras razões."



O que aconteceu então em Portugal ao SNS?



Encontro uma explicação plausível na análise coincidente de dois médicos eminentes. No relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, o Professor Daniel Serrão afirma:

"Não é legítimo avaliar as reformas vazadas em Lei, a partir da Lei Arnaut, porque nem esta lei, nem as que se lhe seguiram, foram, de facto, postas em vigor na totalidade dos seus Artigos." (pg.98)

Numa Conferência feita em Março deste ano na Gulbenkian, o Professor Armando Sales Luís por seu turno afirma:

"Temos excelentes modelos, muitos deles pioneiros. Antes que o actual resulte, ou possa revelar prós e contras, é distorcido, modificado, re-ocado, abandonado. Quando se avança, tenta-se modificar, quando se recua, disfarça-se."

Esta análise leva-nos sem rodeios ao cerne do problema da governabilidade no nosso tempo. A aposta nos direitos humanos pressupõe um princípio político fundamental: a continuidade governativa que transcende as mudanças de Governo e, com maioria de razão, de governantes. Só na base da continuidade governativa é possível dar respostas adequadas às necessidades dos cidadãos e respeitar os seus direitos fundamentais. Ora, uma tal continuidade governativa apresenta, nos países de democracia recente, uma grande dificuldade. Parece ser impossível conciliar objectivos de médio prazo como é o caso do SNS com ciclos eleitorais muito breves e com as suas lógicas próprias. Dizia-me há alguns meses Fernando Henrique Cardoso: "Preciso de 10 anos para



levar o Brasil ao nível de felicidade a que cada brasileiro tem direito - mas como fazê-lo, face às exigências eleitorais?"

Nesta perspectiva, o SNS é menos um problema técnico do que um problema político, i.e., de entendimento e de prática da gestão da coisa pública.

Período de transição a múltiplos níveis

Este impasse da governabilidade que, assim, tem afectado a realização do Serviço Nacional de Saúde é também influenciado nas duas últimas décadas por um período de profunda transição. A partir de 1989, começámos a chamar aos países da Europa Central e de Leste "países de economia de transição" - e aparentemente não nos demos conta de que estávamos todos, a muitos níveis, vivendo a sobreposição de várias transições. Mais: a nossa própria economia já carecia, ela também, de um período de transição. Mas manietavam-nos duas dificuldades: por um lado, a derrocada do comunismo era interpretada como a "vitória" da economia de mercado que assim se satisfazia por ter ganho a batalha da guerra que não houve; por outro lado, não se vislumbrava no horizonte nenhuma teoria que nos garantisse o caminho da transição. Se é certo que a transição é sempre um adentramento para um contexto desconhecido, alguns parâmetros de viabilidade são necessários para que ela não seja - como o tem sido, afinal, na Rússia - o desmantelamento do que existe sem que seja arquitectada, nas suas vertentes, uma alternativa coerente.



Nestes 25 anos, passámos da aspiração a um desenvolvimento endógeno, auto-gerido, baseado nos recursos de cada país - concretizado na Carta dos Direitos e Deveres dos Estados, aprovado em Janeiro 1975 pela Assembleia Geral Extraordinária das Nações Unidas - para um único modelo de desenvolvimento tendo como objectivo o crescimento económico.

Ao impor a condicionalidade dos fundamentos da democracia e do mercado aos países saídos do regime comunista, o Ocidente reforçou esse modelo e tornou-o um imperativo. O Ocidente, vergando-se ele próprio às exigências do mercado, não foi capaz de afirmar - como se verificou na famosa reunião dos países do Sudeste Asiático com os países europeus - que o crescimento económico feito à custa de violações maciças dos direitos humanos é, afinal, uma caricatura do desenvolvimento, incluindo paradoxalmente o próprio terreno da economia que, quando sobre-aquecida, e na falta das infra-estruturas adequadas, conduz à explosão como a que teve lugar recentemente nos países asiáticos.

Fundação Cuidar o Futuro

A revolução tecnológica dos últimos 15 anos - nos últimos 20 anos, a rede global de computadores, telefones e televisões aumentou a sua capacidade 1 milhão de vezes - não fez senão acentuar essa deriva do desenvolvimento. É que a agilidade própria e inegalável dos agentes económicos e financeiros facilmente os levou a utilizarem as novas condições tecnológicas. A constatação desse facto levou o último número da revista dos trabalhos em curso na Universidade das Nações Unidas a colocar esta interrogação fundamental: "Será o cyber-espço a senda para o desenvolvimento sustentado?". Quando, em meados da década de 80, um jovem escritor de ficção científica usou pela primeira vez a expressão "cyber-espço", definiu-o como um lugar de "complexidade inimaginável". Mais do que qualquer outro domínio, a tecnologia dá-nos a dimensão da



complexidade que caracteriza este período de transição. Não nos deixa dúvida que se exige uma mudança radical na maneira de viver e de pensar o mundo.

A deriva do desenvolvimento para o crescimento económico

O desenvolvimento começou por ser encarado como um processo integrado. Era considerado harmonioso, absorvedor de injustiças.

Mas, entretanto, as próprias Estratégias Internacionais do Desenvolvimento, aprovadas em cada década pela Assembleia Geral da ONU, concentraram-se no único indicador, o PNB, já que esse indicador era susceptível de comparações internacionais. Alguns parágrafos qualitativos eram introduzidos no final das resoluções da ONU, mas eram quase irrelevantes face às metas quantitativas propostas.

A classificação em países desenvolvidos e em desenvolvimento, supondo o desenvolvimento como tendo atingido um certo PNB/capita, acentuou a deriva do conceito de desenvolvimento. Fácil foi tornar gradualmente o desenvolvimento sinónimo de crescimento económico.

A metodologia japonesa – “imitação, depois inovação” – ao atingir, no decorrer dos anos 70 e sobretudo nos anos 80, um crescimento económico contínuo que levou à supremacia do yene sobre o dólar,



teve os seus discípulos no continente asiático. Em primeiro lugar a Coreia do Sul e Taiwan, depois Singapura e Hong-Kong, a Malásia e a Tailândia e, finalmente, a Indonésia. Em todos estes países, o crescimento económico tornou-se galopante atingindo, no princípio desta década, na China os 12% ao ano. Este crescimento teve lugar sem que a dimensão social do desenvolvimento tivesse sido salvaguardada nos salários, nas condições de trabalho, na legislação laboral.

Nos países industrializados - e apesar da cobertura social existente na maioria desses países - o desenvolvimento visto como desenvolvimento económico conduziu ao desemprego e à exclusão social.

O desenvolvimento sustentado

Fundação Cuidar o Futuro

Simultaneamente, e a partir da Conferência de 72 em Estocolmo, tomou-se consciência da existência de graves problemas no ambiente, com especial relevo para a perda dos sistemas de suporte de vida pela redução da diversidade biológica das espécies, para o aquecimento do clima devido à emissão dos gases emitidos pelos combustíveis fósseis e para o buraco do ozono na atmosfera.

É na sequência destas preocupações que a Assembleia Geral da ONU criou a Comissão para o Ambiente e o Desenvolvimento, que em 87 sob a presidência da Primeira Ministra da Noruega Gro Harlem Brundtland, apresentou o relatório “O nosso futuro comum”.



Aí se consagra o conceito de desenvolvimento sustentado, i.e., o desenvolvimento que responde às necessidades do presente sem comprometer as possibilidades de as futuras gerações terem assegurada a resposta às suas próprias necessidades.

As principais recomendações da Comissão são retomadas em 92 no Rio, na Cimeira da Terra, em que conceitos e ideias são aceites, mas que não logram passar à prática as decisões então tomadas, como o mostrou, à evidência, a Conferência de Kyoto de Dezembro do ano passado - todos os países, sem excepção retrocederam quanto aos compromissos assumidos, adiando as metas de redução das emissões dos gases com efeito de estufa do ano 2000 para o período entre 2008 e 2012. O desenvolvimento sustentado, nascido embora de uma incorporação dos desgastes ambientais no processo de crescimento económico, através do princípio do "poluidor paga", sofre de duas carências. Por um lado, pela própria imprecisão quanto aos modos de o efectivar, torna-se um novo "slogan" facilmente utilizado por políticos e académicos, sem que nele vertam os moldes novos de gerir os bens naturais, património de toda a humanidade. Por outro lado, não é levado até às suas últimas consequências, i.e., à internalização dos processos ambientais nos processos e esquemas económicos de produção.

O desenvolvimento humano

É neste contexto que se procura um desenvolvimento mais centrado na pessoa humana: é esse o esforço da equipa de investigação do PNUD, com o seu relatório anual sobre o Desenvolvimento Humano,



que iniciou a sua publicação em 1990. Novos métodos, novas perspectivas, novas ponderações dos diversos factores.

E é igualmente a preparação e a realização da Conferência da ONU sobre o Desenvolvimento Social, que teve lugar em Copenhaga em 1995. Ai, pela primeira vez, se afirma que é a pessoa o centro do desenvolvimento. Mais de 120 chefes de Estado e de governo comprometem-se a pôr o desenvolvimento ao serviço da pessoa humana.

Mas tanto num como noutro caso continua-se longe de atingir o cerne da questão: o da transformação de uma economia que se apresenta como fim e não como meio da gestão de uma sociedade. Essa foi de resto a crítica intransigente feita pelas milhares de organizações representativas da sociedade civil que acompanharam em paralelo a Conferência Inter-Governamental de Copenhaga.

Fundação Cuidar o Futuro

Transição da quantidade para a qualidade

Gro Brundtland - actualmente Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde - é a única chefe de governo que, no início dos anos 90, não hesita em afirmar que “precisamos de uma transição de quantidade para qualidade”. A acumulação é hoje - e numerosos aspectos da vida quotidiana o demonstram - destruidora



da qualidade.

A dar consistência a esta perspectiva socio-política, a filosofia, ao longo da década de 80, começara a aprofundar um novo conceito, cuja raiz vai buscar, curiosamente, ao domínio da saúde: trata-se da Qualidade de Vida.

Tenho como convicção que esta transição é a mais decisiva para entrarmos com esperança no século XXI.

Se permanecermos dentro do paradigma da quantidade (i.e., do crescimento como linha a seguir em todos os domínios) e se, naturalmente, quisermos que todos os seres humanos gozem dos mesmos direitos, precisaríamos, logo na primeira metade do próximo século, não de todos os recursos do planeta, mas sim de 5 planetas Terra!

A Qualidade de Vida não pode ser medida por valores médios, já que nela intervêm factores subjectivos e socio-culturais. Dentro de uma mesma sociedade, a Qualidade de Vida depende de factores que são próprios a cada grupo social, às suas referências culturais e aos seus hábitos.

Essa dimensão subjectiva não esgota, porém, a Qualidade de Vida. Ela assenta também em elementos objectivos que decorrem do modo como entendemos os direitos fundamentais. É também neste domínio que as duas últimas décadas sofreram uma mudança fundamental. A tal ponto que é possível afirmar, ao nível macro-



social, que "o nexó entre a estabilidade política e a globalização é o conceito da Qualidade de Vida." (Alejandro Foxley, in "New Respectives Quarterly", Fall 1997, pg.13)

Como unificar então um conceito ao mesmo tempo intrinsecamente subjectivo e de tão decisiva importância objectiva para as pessoas, para a sociedade como um todo, para enfrentarmos de forma positiva o fenómeno irreversível da globalização? A proposta que está hoje na mesa dos decisores políticos e económicos bem como de todos os que na sociedade civil querem olhar de frente a realidade global tal como se manifesta na realidade mais próxima e local é a de tomar os direitos humanos fundamentais como os pilares em que assenta a Qualidade de Vida.

Os direitos sociais, direitos humanos inadiáveis

Os direitos humanos foram enumerados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, cujo cinquentenário festejamos este ano. Mas nunca chegou a ver a luz do dia a Convenção que os devia tornar vinculativos. Em vez deles, a comunidade internacional discutiu durante anos dois Pactos distintos: por um lado, o Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos e, por outro, o Pacto dos Direitos Sociais, Económicos e Culturais. Ficou, porém, da tentativa de elaborar uma Convenção o Preâmbulo comum aos dois Pactos a afirmação de que todos os direitos são "interdependentes e indivisíveis".



Apesar da sua ratificação por um número suficiente de países para os tornar vinculativos, os dois Pactos seguiram caminhos bem diversos. A distinção tradicional entre os direitos de execução imediata (com o argumento de que não custam dinheiro ao Estado) e os direitos de execução programática (que requerem tempo para serem implementados) conduziu a uma situação cada vez mais paradoxal.

Repetiram-se as intenções internacionais e nacionais de resposta estrutural aos direitos sociais, mas a sua universalidade tornou-se cada vez mais distante.

A impossibilidade de iludir por mais tempo a opinião pública e a indignação que as carências de mais de mil milhões de pessoas provocam nas consciências - de que foram principais porta-vozes as Organizações Não-Governamentais e que os organismos políticos reconheceram como realistas - conduziram, no fim dos anos 80 e nesta década, a uma série de reformulações dos direitos, em sede das grandes instituições regionais e mundiais, em que Portugal se insere, e que é importante sublinhar.

Enquanto o Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos teve como instrumento internacional a Comissão dos Direitos Humanos da ONU, onde se registaram e debateram as queixas contra a violação dos direitos cívicos e políticos, o Pacto dos Direitos Sociais, Económicos e Culturais só em 1987 teve como estímulo à implementação o Comité dos Direitos Sociais, Económicos e Culturais - mas a sua acção tem sido irrelevante, entre outras razões, porque não inclui queixas contra Estados.

No entanto, a necessidade de implementar também esses direitos e a verificação da inoperância do



Comité criado em 1987 levou a Comissão dos Direitos Humanos da ONU a nomear este ano, pela primeira vez, um relator especial para os direitos sociais, económicos e culturais, que poderá investigar o que quiser junto de cada governo e ter a assistência dos vários serviços da ONU. Espera-se deste trabalho um aguilhão poderoso à implementação das respostas aos direitos sociais, económicos e culturais da parte dos governos.

Entretanto, e já nesta década, a Comissão Europeia fez uma tentativa importante no sentido de tornar parte do Tratado da União os direitos sociais. Foi o relatório do Comité des Sages, “Por uma Europa dos direitos cívicos e sociais”, que tive o gosto de presidir. Mas, apesar do apoio entusiasta do Parlamento Europeu e do trabalho realizado pela Comissão, o Conselho não foi ainda capaz de dar, dentro da região europeia, a mesma importância que teoricamente já deu, ao nível de toda a comunidade internacional, a todos os direitos sociais.

Fundação Cuidar o Futuro

O próprio Conselho da Europa, que era visto e se via a si próprio como o reduto exclusivamente dos direitos cívicos e políticos, alargou, nos últimos dois anos, o âmbito das suas competências, que passaram a incluir os direitos sociais, económicos e culturais. No território europeu, estes direitos são preocupação prioritária da sociedade civil. A uma etapa prevista, com o apoio da Comissão Europeia, em que percorri a quase totalidade dos países da U.E. a convite das ONG's, têm-se sucedido, na agenda de vários grupos e de organizações científicas, as intervenções sobre esta dimensão até há pouco esquecida da cidadania. Porque é de cidadania, e não de ideias utópicas, que se trata.

Tendo assente toda a minha intervenção política sobre a importância destes direitos para o



aprofundamento da democracia e para a felicidade das pessoas, é com satisfação que reconheço ter chegado o momento em que as questões relativas aos direitos sociais e, em particular, ao direito universal à saúde deixaram de ser negociáveis e passaram a ser imperativas.

A saúde, um conceito centrado na pessoa

Percorri este caminho para acentuar o encontro conceptual entre o conceito de desenvolvimento implícito na Qualidade de Vida e a abordagem da saúde tal como ela é definida enquanto política pública. Essa definição implica alguns aspectos fundamentais na gestão da saúde e do seu entendimento no corpo social.

Fundação Cuidar o Futuro

As definições de saúde já dadas, quer no Acto Constitutivo da OMS quer em várias das suas Conferências gerais deliberativas, vieram, desde o início, marcadas pela centralidade da pessoa humana. É à pessoa que se referem, é da pessoa humana que falam, é a pessoa, no seu bem-estar, na sua Qualidade de Vida, que é o objectivo último das suas decisões e das suas afirmações normativas.

Quando se passava, porém, do nível pessoal para o nível comunitário e social, passava-se para uma outra escala. O contágio de escola desenvolvimentista não podia deixar de se fazer sentir. De tal modo que cada uma das etapas e tendências que encontro na evolução do desenvolvimento nas duas últimas décadas tem o seu eco nas tentativas de desenho e estruturação dos esquemas que, à escala nacional, tentaram responder ao



direito à saúde.

Foi assim que, a súbita verificação dos saltos dos custos de saúde, entre os anos 60 e fins dos anos 80 (e especialmente entre 1975 e 1987 nos países europeus), exacerbou, no nosso país, a distinção “público/privado”, aplicada às instituições e meios do SNS. Idêntica obsessão ideológica veio a caracterizar a evolução da saúde na Rússia depois de 89. O que se tem passado nos países de Leste e da Europa Central neste domínio é patético e, na ordem da racionalidade, quase inverosímil.

Para além do atentado ao direito à saúde, o que a situação desses países revela, numa espécie de demonstração por redução ao absurdo, é que não é na dicotomia público/privado que se encontram as raízes das principais disfunções dos sistemas de saúde. Também aqui há a dizer que a racionalidade económica é um instrumento que não pode ser elevado ao nível de critério último. Nos sub-sistemas que, para maior eficácia, devem ser entregues à iniciativa privada, o próprio mercado sofre uma inflexão: a competitividade, que o caracteriza, tem de subordinar a racionalidade do lucro à da qualidade dos serviços prestados. E também este princípio não é negociável, mas decorrente do valor primeiro que está em causa: o da Qualidade de Vida.

Já foram suficientemente estudados os mecanismos que actuam sobre a oferta e sobre a procura das várias componentes dos serviços de saúde. Também aqui a desagregação desses serviços, em termos da análise da sua performance, é indispensável para que se tomem as decisões correctas em cada uma das suas componentes.

O que não pode deixar de ser tomado em linha de conta nessa escolha são os critérios que dizem respeito ao direito à saúde, nomeadamente:

- "a) a própria adequação de um sistema de contratação ao sector específico dos cuidados de saúde;
- b) a determinação das condições em que os sub-contratos implicam uma total autonomia de gestão;
- c) a salvaguarda do princípio de que o incentivo à competição só se legitima pela qualidade do serviço;
- d) a verificação prévia do rigor técnico e da vertente ética dos sub-contratos;
- e) a garantia de que o sistema de contratação, embora vindo do mercado, não se dirige em primeiro lugar a consumidores, mas a pessoas em situação de dependência e vulnerabilidade, não devendo envolver práticas que neguem a universalidade do acesso (p. ex., preços de certos meios auxiliares de diagnóstico)." (Parecer 14/96 do CNECV)

Fundação Cuidar o Futuro

A complexidade e a transversalidade

Um aspecto essencial na abordagem das respostas aos direitos humanos decorre do princípio da complexidade de todos os sistemas humanos. A complexidade conduz a que nenhum problema possa ser resolvido exclusivamente dentro das suas próprias fronteiras. Quanto mais perto se encontra o problema da pessoa humana, lugar de irredutível complexidade, em que se articulam, consciente ou inconscientemente, as aspirações e as necessidades mais fundamentais, tanto menos se podem isolar os problemas. A saúde não é excepção. Não se resolvem os problemas da saúde só no âmbito da saúde. Com ela se cruzam, fortalecendo-a



ou minando-a, outras áreas de actividade social e da decisão política: “a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o rendimento, um eco-sistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade” (OMS, Conferência sobre “O desenvolvimento social”, 1995).

Isto significa que imaginar uma reforma da saúde equivale à necessidade de revisitar, nas suas interações, outras áreas de gestão pública.

A saúde de uma comunidade só pode, por isso, ser gerida eficazmente se fôr colocada numa perspectiva holística em que se fazem intervir todos os factores. É um facto social e não já um sector, considerada como força unificadora do tecido social, factor decisivo da Qualidade de Vida da comunidade.

Daqui tiraria um corolário evidente mas de difícil implementação. É necessário que a preocupação da saúde atravesse transversalmente as áreas da governação que lhe estão mais intimamente ligadas. À semelhança do que se pretende em outras correlações, é necessário que se possa avaliar com exactidão o impacto sobre a saúde de decisões tomadas noutros sectores. Como fazê-lo? Um grupo interministerial ao nível mais alto do funcionalismo público facilitará cruzar interações e verificar possíveis contradições ou produzir sinergias.



A gestão da saúde por objectivos: metas e calendários

A gestão das políticas públicas de forma integrada só é possível se forem claramente definidos os objectivos e o horizonte temporal da sua implementação. Mas, na perspectiva da resposta aos direitos o que entendemos por gestão por objectivos não pode confundir-se com a gestão das instituições em que se produzem bens de consumo. Aí, a mais valia do processo pode traduzir-se em objectivos relativos aos meios: melhor equipamento, construção de novas unidades, re-organização dos serviços, etc.. Na gestão da saúde, os objectivos têm de ser sempre formulados em termos da melhoria da qualidade de vida das pessoas: assistência pronta, acesso não-discriminatório, diagnósticos estabelecidos em condições que não acentuam a vulnerabilidade do doente, etc..

Fundação Cuidar o Futuro

Para que a gestão seja gestão específica da saúde, estamos bem conscientes de que a estratégia consiste na elaboração de objectivos precisos, metas secundárias, por assim dizer, a que têm de ser acoplados os respectivos calendários. O conjunto objectivos/metas/calendários é um instrumento indispensável da governabilidade para os tempos de hoje. Mas tem de resultar da participação de todos os intervenientes - os cidadãos, preferivelmente agrupados em organizações da sociedade civil, em famílias, em grupos locais; os profissionais que, directa ou indirectamente, intervêm na resposta ao direito social em questão, neste caso, a saúde: profissionais agrupados nas instituições de classe, nas instituições em que prestam serviço ou especialmente organizados para este fim; grupos de peritos de alto nível especialmente vocacionados para equacionar os vários cenários que se põem para a resposta aos problemas-chave do sector em questão.



Objectivos, metas e calendários devem também ser elaborados em cada região ou distrito. Só a estes níveis será possível funcionar com metas e calendários realistas, uma vez que a cada um desses níveis se não devem aplicar as médias nacionais (figuras sem grande significado para o direito de cada pessoa a um nível razoável) mas sim os objectivos universais, as metas concretas em cada zona e os calendários que as tornam viáveis.

As metas precisam de ser convertidas em indicadores que dizem respeito, sobretudo, à satisfação das necessidades das pessoas e ao grau de resposta aos seus direitos, mais do que ao funcionamento interno e às normas de gestão das instituições que as servem. São estes indicadores que permitem o envolvimento de toda a população no controle democrático do funcionamento das instituições e o seu empenhamento em reduzir as zonas de estrangulamento.

Trabalhar por objectivos e metas não é uma novidade. A maior parte dos países industrializados ou ligado às instituições de crédito internacionais tem de controlar a adequação de objectivos macro-económicos, tais como orçamento equilibrado, inflação baixa, taxa de crescimento do PNB. Mas estes indicadores pouco dizem da qualidade de vida de cada pessoa. No caso da saúde, por exemplo, omitem completamente os cuidados prestados no quadro da família a idosos dependentes ou a crianças durante a primeira infância. Basta recordar que, na CEE dos 12, 85% dos cuidados não-remunerados prestados a idosos com mais de 60 anos eram realizados por mulheres - trabalho que não figura em nenhum sistema de contabilidade. (Uma primeira tentativa para se ir ao encontro deste problema foi aconselhado em 1993 pelo serviço de Estatística da ONU quando indicou que devia figurar no Sistema de Contabilidade Nacional a produção de bens destinados a consumo próprio.)



O que pode ser novo no domínio da saúde é a formulação dos objectivos na área própria da saúde: na redução dos tempos de espera por uma consulta, quer na sua marcação quer no seu atendimento; na relação privilegiada de cada doente com o seu médico, relação que não só lhe dá segurança mas que lhe permite compreender melhor a sua relação com os outros membros da equipa inter-disciplinar, etc.

A saúde como pilar da segurança humana

A segurança humana foi, até ao fim da Guerra Fria, ofuscada pela segurança do Estado. Quando muito a segurança referia-se à ordem interna. Apagado o receio da guerra, foi possível olhar para o primeiro dividendo da paz. Se não se corporizou em termos materiais, traduziu-se em termos conceptuais: a segurança de cada ser humano passou a ser um factor fundamental da Qualidade de Vida de cada pessoa.

É fundamental adoptar uma nova visão de segurança, que não tenha o Estado como eixo central, tanto no plano interno como externo. "Um Estado muito seguro pode conter uma multidão de pessoas inseguras." ("Cuidar o futuro", relatório da Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998).

A segurança equivale a tornar a vida segura para as pessoas. Uma definição adequada de segurança, que permita ultrapassar a indeterminação sobre a perda da própria subsistência ainda para muitos seres humanos e se traduza para todos na garantia de serem humanamente tomados a cargo quanto a ferimentos,



acidentes de trabalho, condições ambientais perigosas e doença - uma tal segurança equivale a ser livre do medo de danos possíveis.

É por isso que hoje se torna claro o que alguns diziam há 12, 15, 20 anos: a liberdade e as condições da liberdade são inseparáveis. A liberdade, como alicerce da democracia, não pode deixar de lado as condições do seu exercício.

É certo que cada pessoa tem de utilizar todos os meios ao seu alcance para garantir a segurança de carácter mais pessoal. Mas devem pré-existir condições favoráveis a alicerçar essa segurança pessoal.

A saúde é um elemento-chave da segurança pessoal.

Ao dizermos que o desenvolvimento passa a centrar-se na pessoa dizemos necessariamente que o sentimento de segurança pessoal é o ponto decisivo dessa centralidade. E, como corolário, que a saúde é o factor que opera a transição de um desenvolvimento macro, conduzido por valores médios que nada dizem das condições individuais de uma população, para um desenvolvimento que assenta na capacidade de cada pessoa viver com segurança a sua própria vida.

A literacia da saúde, garantia da participação dos cidadãos

O facto de a saúde ter a pessoa como sujeito e objecto, lugar irredutível do centro, implica necessariamente a participação das populações na gestão da saúde. A participação supõe necessariamente informação, educação, responsabilidade. Três eixos são fundamentais (cf. Parecer 14/96 do CNECV):

- a) a responsabilidade do indivíduo na gestão da própria saúde, concretizada nos chamados cuidados elementares (nutrição, drogas, stress, controlo cardíaco, etc.), na atenção preventiva e na obrigação da procura atempada dos cuidados curativos;
- b) a organização dos cidadãos como agentes de saúde quer ao nível da comunidade (imunização, protecção do ambiente) quer ao nível dos locais de trabalho (higiene do trabalho);
- c) a educação dos indivíduos, desde a mais tenra idade quanto aos cuidados pessoais de saúde e quanto ao seu lugar na comunidade enquanto agentes espontâneos dos cuidados de saúde (programas escolares, organizações de juventude, programas municipais).

A saúde cruza-se decisivamente com a educação. É no ponto de intersecção da educação e da saúde que têm lugar as mais importantes decisões para a prevenção. Uma verdadeira literacia da saúde é necessária. Ninguém devia deixar o ensino básico sem o conhecimento das grandes linhas de comportamentos e hábitos que protegem a saúde.



O nível mínimo de literacia na saúde permite que sem discriminações se estabeleça o alargamento da noção de parceria social ao sector da saúde. Em fases críticas, a redefinição de prioridades e, em momentos em que uma nova orientação se impõe, é necessária a mais larga participação e consulta possível, de modo a determinar consensualmente as prioridades na utilização dos recursos, com particular ênfase para os “pacotes básicos de protecção social”.

Os critérios a utilizar na definição dessas prioridades são de particular importância. À semelhança do que foi feito em outros países, nomeadamente na Holanda e na Suécia, seria importante que um grupo de trabalho totalmente independente pudesse ter como mandato a definição dos critérios e a determinação do mecanismo de filtragem de modo a definir e a actualizar regularmente o pacote básico dos cuidados de saúde. É da existência de um mecanismo independente capaz de manter actualizada a garantia da cobertura dos cuidados de saúde que depende, em grande parte, a segurança de cada pessoa.

Fundação Cuidar o Futuro

Se a saúde é um direito, as condições da sua efectivação têm de ser determinadas com a participação de todos os interessados. A decisiva Declaração de Alma-Ata (1978) sobre os cuidados primários de saúde é explícita a este respeito:

“As pessoas têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação dos seus cuidados de saúde.”