

## The individual accountability issue in portuguese public health

# A problemática da responsabilidade individual na saúde pública em Portugal

**ABSTRACT | Introduction:** Health prevention is the main theme of the World Health Organization (WHO). It has been applied to public health actions in all countries of the European Union, including Portugal, for many decades now. **Objective:** Discussing the social and individual accountability issue in the current Public Health scenario in Portugal due to a political proposal to likely abandon the shared accountability model applied to public health. **Methods:** The study addresses the social and health status verified over the last decades in Europe, mainly in Portugal. It discusses Ethics and public health, as well as actions focusing on the intersection among Risks, Health Effects and Prevention. The discussion distinguishes individual from social accountability, which is a subject that emerges from the values that guide, or that should guide, humans' relationships to each other, debates, justice and the right to health, based on the reality of healthcare in Portugal. The prioritization of financial resources seems to be an ethical dilemma for Portuguese decision-makers. **Results:** The current situation of public finances, mainly in Portugal, should imply the search for new perspectives, according to which, the participation of all health agents - in particular doctors, nurses and other technicians -, becomes indispensable. They must address their positions about the ways through which they aim at exercising their professional activity based on clear definitions about rights and duties. **Conclusion:** The State must commit to health professionals in order to establish political, financial and clinical principles to achieve an efficient and effective health plan.

**Keyword |** Public health; Social Justice; Health Inequity.

**RESUMO | Introdução:** A prevenção em saúde é o principal mote da Organização Mundial de Saúde (OMS) e há muitas décadas é já aplicada nas acções de saúde pública de todos os países da União Europeia, inclusive Portugal. **Objetivo:** Discutir a questão da responsabilidade social e individual no actual cenário da Saúde Pública em Portugal, face a uma proposta política de possível abandono de um modelo de responsabilidade partilhada na saúde pública. **Métodos:** Este estudo aborda o Estado social e saúde verificadas ao longo das últimas décadas na Europa e em Portugal, discute a Ética e saúde pública cujas acções se situam na intersecção entre Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção, dicerne a Responsabilidade individual e social que emergem dos valores que orientam ou deveriam orientar as nossas relações com os outros, debate a Justiça e direito à saúde acom base na realidade da saúde em Portugal, que parece ser um dilema ético para quem toma decisões acerca do estabelecimento de prioridades no uso dos recursos financeiros. **Resultados:** O estudo relatou que a actual situação das finanças públicas, especialmente em Portugal, deveria remeter para a busca de novas perspectivas em que a participação de todos os agentes de saúde torna-se indispensável; em particular médicos, enfermeiros e outros técnicos, no sentido de apresentarem as suas posições quanto aos modos como desejam exercer a sua atividade profissional, numa clara definição de direitos e de deveres. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de o Estado, com o empenho dos profissionais de saúde, estabelecer os princípios políticos, financeiros e clínicos para um plano de saúde eficiente e eficaz.

**Palavras-chave |** Saúde Pública; Justiça Social; Iniquidade em Saúde.

<sup>1</sup>Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

Entre os muitos anúncios oficiais feitos aos portugueses às vésperas do ano novo de 2013, um dos que gerou maior perplexidade foi o comunicado do secretário de Estado da Saúde, Fernando Leal da Costa. Nesse comunicado, o secretário apela aos cidadãos que utilizem menos os serviços de saúde, uma vez que as atuais despesas do Estado neste sector tornaram-se insustentáveis. Segundo o secretário, nem o aumento dos impostos poderá adiar o colapso do sistema, e caberá basicamente a “nós”, cidadãos, a possibilidade de travar esse processo, em especial através da nossa atitude de prevenção contra as doenças. Na realidade, é preciso pensar sobre o contexto em que a sua declaração é feita e discutir a dimensão que se propõe abarcar.

A prevenção em saúde é o principal mote da Organização Mundial de Saúde (OMS) e há muitas décadas é já aplicada nas acções de saúde pública de todos os países da União Europeia, inclusive Portugal. Por isso, a ênfase do secretário na prevenção não surpreende. Os profissionais de saúde parecem, inclusive, concordar com a perspectiva da prevenção (<https://www.tsf.pt/portugal/saude/prevencao-de-doencas-competete-sobretudo-ao-estado-diz-bastionario-2968958.html>). Além disso, não se afigura que as pessoas, de uma maneira geral, discordem da ideia de que é melhor manterem-se bem e saudáveis, muito embora a concepção de saúde e bem-estar de cada um possa variar bastante por razões diversas.

Há, porém, que considerar o momento de crise social e económica por que vem passando o país, com o desemprego em ascensão; a pobreza e a vulnerabilidade social a se alastrarem; uma classe média cada vez mais reduzida; a diminuição do consumo em quase todas as áreas, inclusive na saúde pública, especialmente após o aumento das taxas moderadoras, o que fez com que houvesse um decréscimo muito significativo no número de utentes dos serviços de saúde; cortes sucessivos por parte do Estado de modo a minimizar os gastos públicos e a diminuir o défice; enfim, um ambiente social insalubre onde, pode-se assim dizer, a desesperança parece ser a tónica. Como disse o secretário de Estado da Saúde, os serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde são tendencialmente gratuitos. As taxas moderadoras são pagamentos efetuados pelos que utilizam os serviços de saúde para moderar a utilização desses serviços. Em 2012, as consultas nos centros de saúde passaram de €2,25 para €5, enquanto nas urgências hospitalares a taxa moderadora passou de €9,60 para €20

Deste modo, a voz do secretário vem agravar o quadro geral, pois parece antecipar uma paradoxal política de saúde “pública” que só poderá funcionar se cada cidadão, para além de cuidar de si mesmo, se abster dos cuidados de saúde “disponibilizados” pelo Estado, uma situação que já vem acontecendo de fato, inclusive porque cerca de um quinto da população portuguesa actualmente já é utilizadora de seguros de saúde privados. Logo, a responsabilidade que compete a cada cidadão pela sua saúde, provavelmente num futuro mais próximo do que imaginamos, não poderá ser partilhada pelo Estado. Assim, ao contrário do que diz o secretário, o que o Ministério da Saúde parece querer propor é, de fato, a discussão do princípio da justiça que se encontra na base do actual Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Este artigo pretende discutir a questão da responsabilidade social e individual no actual cenário da Saúde Pública em Portugal, face a uma proposta política de possível abandono de um modelo de responsabilidade partilhada na saúde pública. Mais do que um discurso de responsabilização e culpabilização dos indivíduos pela sua própria saúde, e que já é muito disseminado nas sociedades actuais, inclusive na portuguesa, o abandono desse modelo implicaria uma efectiva transferência da responsabilidade para o indivíduo, anunciado por um inadiável colapso do SNS num futuro mais ou menos próximo.

## RELATO DE CASO |

As movimentações sociais e económicas verificadas ao longo das últimas décadas na Europa, inclusive em Portugal, interpelam a uma cada vez maior atenção aos desafios éticos resultantes das opções políticas. De fato, o significativo aumento da esperança de vida, e que vem ocorrendo desde a segunda metade do século XX na Europa, vai de encontro ao modelo de gestão pública que muitos países europeus, em especial após a Segunda Guerra Mundial, passaram a seguir ao se organizarem como Estados sociais. Estado social é aquele em que o Estado tem um papel fundamental na protecção e promoção do bem-estar económico e social dos seus cidadãos. Baseia-se nos princípios da igualdade de oportunidades, na distribuição equitativa da riqueza e na responsabilidade pública pelos que não são capazes de dispor de recursos próprios para terem uma vida digna, e tem sido muito recentemente motivo de intensas discussões.

Essa concepção de Estado revela a dimensão política e socioeconómica do problema que passou a impor-se aos diversos países que tinham se organizado enquanto Estados sociais. Assim, a partir do aumento da esperança de vida das populações europeias, pode afirmar-se que, se por um lado, viver mais é bom, por outro, isso pode implicar custos muito elevados para o Estado se este continuar a financiar indiscriminadamente a saúde dos seus cidadãos. Isso porque o aumento da esperança de vida fez-se acompanhar da diminuição das doenças infecciosas e do aumento das *non-communicable diseases* ou doenças crónicas. Tais doenças, de longa duração e de progressão lenta, segundo as estatísticas da OMS, passaram a representar 60% das causas de morte em todo o mundo.

É justamente no campo da etiologia das doenças crónicas que passa a ser fundamental para a gestão da saúde pública o conceito de risco. Isso ocorre porque o principal modelo etiológico para as doenças crónicas nos indivíduos adultos dá ênfase aos fatores de risco atribuídos principalmente ao estilo de vida<sup>22</sup>.

O uso e a aplicação da ideia de risco relaciona-se com o desenvolvimento das sociedades industriais, na medida em que tinham que tomar decisões tecnoeconómicas e fazer considerações quanto à utilidade das coisas<sup>3</sup>. Enquanto conceito, o risco refere-se a uma racionalização sobre o futuro, já que é o resultado de um cálculo probabilístico que pretende determinar a possibilidade de um acontecimento desagradável ou de um perigo vir a ocorrer. De fato, o cálculo e a noção de orientação para o futuro são fundamentais para que, a princípio, se distinga o risco de outros termos que frequentemente lhe são associados, tais como perigo, medo, destino ou sorte. Além disso, o risco parece descortinar um universo de possibilidades de gestão e controle, pois na medida em que o risco pode ser calculado, estabelecem-se relações entre certas ações no presente que possam evitar o perigo ou o acontecimento indesejado. Desse modo, o risco, ou melhor, o cálculo do risco, é o elemento que, nas sociedades actuais, passa a definir e a fundamentar estratégias de gestão nos mais variados níveis, desde a gestão do indivíduo sobre o seu próprio corpo até à gestão local/global das ameaças, passando pela gestão económica e do Estado.

No campo da saúde, a noção de risco é aplicada a um modelo de prevenção, ao focar, particularmente, o controle do indivíduo sobre seus hábitos e modo de vida. Portanto, na saúde, as mudanças são direcionadas para o

nível das ações individuais, no sentido da autorregulação, tendo-se como estratégia principal as campanhas de *promoção da saúde*, voltadas mais para as ações preventivas de autocuidado, principalmente através da informação, em detrimento de intervenções médicas. essa nova “racionalidade epidemiológica” configura-se a partir de um tipo de governo que se faz à distância, que pressupõe a adesão voluntária às tecnologias de autovigilância e uma mudança no sentido da responsabilidade individual, no lugar da intervenção direta do Estado<sup>12</sup>. Logo, com o desenvolvimento e a aplicação dessa noção de risco e ao destacar-se a importância da responsabilidade individual para a promoção de estratégias de controle de riscos, tornou-se possível pensar em alternativas ao Estado social, particularmente no campo da saúde.

Desse modo é que Rose<sup>16</sup> afirma que “the person who is to be made prudent is no longer mutualized but autonomized”. Trata-se, portanto, da privatização do cuidado que passa a ocorrer numa ampla gama de cenários e situações onde o indivíduo deve conduzir a própria vida de modo a evitar os perigos e gerir a incerteza, a pluralidade e a própria ansiedade. De fato, no âmbito dos Estados sociais, os cidadãos tinham o dever de ser prudentes em troca de uma série de garantias sociais contra a incerteza. No contexto desse novo “prudencialismo”, os indivíduos, educados através de mecanismos de *marketing* e de pedagogias voltadas para o consumo e o estilo de vida, poderão ter acesso aos benefícios anteriormente “sociais”, tais como educação, condições de saúde, segurança e satisfação na velhice, porém mediante o pagamento por esses serviços num mercado bastante competitivo.

No entanto, a partir da ênfase em estratégias de saúde particulares, pautadas na responsabilidade e nas técnicas de autogestão, como se daria a administração da saúde no âmbito coletivo em situações de alegada urgência, como aconteceu em 2009 com a Gripe A? Uma vez que é predominante a ideia de que a doença seria potencializada pelo indivíduo enquanto gestor ineficiente do próprio cuidado, o que, segundo a promoção da saúde pode ser solucionado pela atribuição e desenvolvimento de competências individuais, de que modo tal lógica viabiliza a uniformidade e a coerência de ações em saúde no contexto de uma pandemia causada por um agente infeccioso?

Mais que respostas, as perguntas suscitam reflexões acerca das relações de causalidade que determinam o actual modelo de governação. Este, ao provocar o esvaziamento

do papel do Estado e priorizar a ação e a responsabilidade individual, deixa antever no atual contexto de crise um agravamento do quadro de saúde da população.

A saúde pública, definida como a ação coletiva de uma comunidade ou sociedade para proteger a saúde e o bem-estar dos seus membros, é hoje uma realidade consolidada<sup>7</sup> cujas acções se situam na intersecção entre Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção<sup>23</sup>.

Nessa nova perspectiva, a Saúde Pública distingue-se por um conjunto de características: (a) base populacional; (b) foco na responsabilidade coletiva para a saúde, na sua proteção e prevenção de doenças; (c) reconhecimento do papel fundamental do Estado e (d) ênfase nas parcerias com todos aqueles que contribuem para a saúde da população<sup>9</sup>.

Nos países desenvolvidos, a saúde pública visa servir os interesses da sociedade, assegurando as condições de vida que permitam a todos uma vida mais saudável. Nesse sentido, pode dizer-se que o seu âmbito é determinado por três ações: avaliar e monitorar a saúde da comunidade e das populações em risco, identificando os problemas de saúde existentes e as prioridades de intervenção; formular políticas para resolver problemas de saúde locais e regionais, atendendo às suas prioridades; assegurar que todas as populações tenham acesso a cuidados de saúde mais custo-efectivos e apropriados, incluindo serviços de promoção de saúde, prevenção de doença e avaliação da efectividade desses cuidados.

De fato, o conceito de saúde pública está relacionado com o significado de “coletividade”, sugerindo a necessidade de um comportamento cooperativo e relações construídas na sobreposição de valores e da confiança. Ao mesmo tempo, o objetivo de assegurar as condições em que as pessoas podem ser consideradas saudáveis sugere um modelo que concentra a atenção, não só nas necessidades médicas dos indivíduos, mas também nas condições sociais fundamentais que afetam os níveis populacionais de morbidade e mortalidade. De um ponto de vista ético, as ações que se enquadram num modelo de saúde pública são geralmente entendidas como teleológicas e consequencialistas, na medida em que o seu fim principal é o completo bem-estar físico, mental e social das populações<sup>6</sup>.

O próprio conceito de responsabilidade obriga a identificar uma fundamentação ética sólida que justifique as intervenções paternalistas que se sobrepõem à autonomia

individual, com o objectivo de impedir comportamentos individuais considerados menos saudáveis<sup>4</sup>. Como se depreende, em tempos de afirmação do individualismo, os elementos que poderão justificar as deliberações éticas são bastante complexos.

Um dos aspectos mais controversos dessa justificação assenta nos processos de alocação de recursos. A dificuldade reside na natureza limitada desses recursos, o que implica o estabelecimento de prioridades. Assim, quando os recursos são canalizados para uma determinada doença ou grupo de pacientes, a consequência será a diminuição de recursos em outras áreas. Dito em termos económicos, essa relação se define como custo de oportunidade<sup>18</sup>. Por outras palavras, a medição da eficiência na distribuição de recursos de saúde envolve uma avaliação de custo de oportunidade e, portanto, uma comparação de custo das várias possibilidades que estão na base do que se estabelece como necessário em termos de utilização desses recursos.

Assim, um quadro de análise ética voltado especificamente para a saúde pública tem de ter em conta o fornecimento de orientações práticas para profissionais de saúde pública e ao mesmo tempo a definição de modelos de fundamentação das políticas públicas<sup>11,5,6,21</sup>.

No contexto das sociedades atuais, existem várias razões para considerar que os indivíduos devem ser capazes de fazer as suas próprias escolhas na área da saúde. Motivados por essa percepção, muitos tecnocratas tentam sugerir que devem ser os cidadãos a controlar os seus recursos, em vez de atribuir aos governos essa função<sup>15</sup>. Nesse contexto, o desejo de melhorar a saúde da população se conecta de forma restritiva com as ideologias governamentais e as opções políticas, que estão na base do gradual afastamento do Estado das questões que antes eram da ordem do público<sup>2</sup>.

A consequência dessa nova situação é clara: existe uma necessidade urgente de resolver as tensões entre o interesse público e o interesse privado. Parece que a base dessa resolução passaria indiscutivelmente por uma reflexão sobre o conceito de responsabilidade e o modo como, quer a responsabilidade individual, quer a responsabilidade social/colectiva, podem ser consideradas no campo da saúde pública.

A palavra *responsabilidade* circula por todas as áreas, talvez com o objetivo de nos servir de guia: a responsabilidade

civil (visa à obrigação de reparar, em termos legais, os danos causados a outro), a responsabilidade penal (no caso de punir aquele que comete um crime ou um delito), a responsabilidade moral (responsabiliza aquele que cometeu um ato, independentemente da lei ou da atitude consciente) e outras como responsabilidade global, a profissional, a normativa etc. No entanto, tal como citado por Etchegoyen na sua obra *A Era dos Responsáveis*, embora pronunciada muitas vezes, e muito valorizada como uma referência no nosso tempo, a palavra responsabilidade “sofre o destino de todos estes termos ambulantes que perdem a sua clareza à força de serem invocados”<sup>8</sup>. Pode afirmar-se que, no fundo, todas essas “formas” da responsabilidade derivam de uma base comum, ou seja, emergem dos valores que orientam ou deveriam orientar as nossas relações com os outros e da responsabilidade que atribuímos ou deveríamos atribuir às nossas ações, tendo como pressuposto o reconhecimento de que a convivência em sociedade é e deve ser objeto de valor. Assim, de forma a tentar simplificar essa reflexão, talvez se possa fazer uma distinção, ainda que simplificada, entre a responsabilidade individual e a responsabilidade social ou coletiva.

Assim, entende-se a responsabilidade individual como um sentido de responsabilidade que o ser humano tem para consigo mesmo, isto é, um compromisso do indivíduo para com a sua realização pessoal. Porém, para que essa responsabilidade possa ser praticada de forma livre e esclarecida, é preciso considerar que esse indivíduo deve poder exercer a sua própria autonomia de forma competente, e, também como consequência, a sua capacidade de exercer a própria liberdade. O princípio da autonomia implica o reconhecimento de que as pessoas são capazes de tomarem decisões com base na informação disponível. Em geral, a autonomia moral é considerada uma questão de escolha moral livre de acordo com o conjunto de valores que cada indivíduo percebe como certo e justo. Para que a autonomia possa ser exercida, é necessário que haja opções válidas de escolha, informação clara sobre as alternativas e ausência de pressões na tomada de decisão. Assim, considera-se que as condições essenciais para o exercício da autonomia implicam ausência quer de pressões externas, quer de pressões internas, tais como emoções, dúvidas, ou preconceitos que possam limitar a capacidade de reflectir criticamente sobre as opções disponíveis, impedindo a acção de acordo com os valores e preferências dos indivíduos. A liberdade não pode ser definida como o exercício ilimitado e arbitrário da vontade, implicando sempre a Responsabilidade. Aqui,

cada sujeito seria responsável apenas pelos próprios atos que são genuinamente seus e, na medida em que os previu, os quis e foram livremente praticados, as consequências lhe são imputáveis.

Embora essa responsabilidade sofra a influência de fatores externos, ela se revela uma escolha autônoma e racional, pois é baseada na sua consciência moral e passa por um saber: é necessário discernir que determinada causa produz um determinado efeito para poder, com conhecimento de causa e de modo responsável, agir ou abster-se. A responsabilidade individual implica, portanto, um dever de saber para o indivíduo e um dever de informação do indivíduo pela sociedade. Trata-se da forma como nos vemos em relação aos outros e em relação à sociedade em geral: as escolhas que fazemos e as responsabilidades que assumimos dizem mais acerca de nós mesmos, como atores morais, do que acerca do problema<sup>14</sup>.

Contudo, se a imputação da responsabilidade às vezes pode ser difícil no caso da responsabilidade individual, o processo pode tornar-se mais complexo quando falamos de responsabilidade social ou coletiva, de ações complexas com consequências indiretas e pouco ou nada previsíveis. A noção de “responsabilidade social” hoje em dia é muito frequente e facilmente utilizada. No entanto, quando analisado, o conceito pode não fazer muito sentido, uma vez que não existe uma entidade coletiva. Fazendo uma abstração, pode-se considerar que existe realmente um coletivo do agir. No entanto, a responsabilidade não é um amontoado de “consciências pesadas”, não se pode ser responsabilizado por ações sobre as quais não se tem qualquer controle nem intervenção, e isso seria uma responsabilidade “mal-assumida”<sup>1</sup>. De fato, muitas vezes, a responsabilidade social é invocada para tentar diluir ou diminuir a responsabilidade individual.

Cada cidadão é parte constituinte de uma sociedade, e tem o dever moral de ter um papel ativo e representativo nessa sociedade. Trata-se de um dever que é socialmente imposto, mas que também pode ter origem na consciência individual de cada um, sendo que, para isso, seja necessário que tenha sido inculcada no processo educativo do indivíduo de modo a viabilizar uma maior interiorização de valores.

A noção de responsabilidade social é demasiado complexa, o que não quer dizer que não deva ser considerada. Tal responsabilidade do indivíduo deve ser entendida como uma responsabilidade para a cidadania, e aqui a escola

pode ter um papel crucial no sentido de ir trabalhando a responsabilidade desde os primeiros anos, principalmente um sentido de responsabilidade individual ou, tal como defende Engelhardt, uma responsabilidade centrada no indivíduo<sup>10</sup>.

Responsabilidade significa aprender mais sobre os outros, sobre o mundo, sobre nós. Uma interpretação ética de responsabilidade sugere uma prioridade na nossa relação ética que estabelecemos com o outro, que vai além da nossa compreensão e conhecimento do outro. Essa atitude desperta o outro para a responsabilidade da sua acção, temos de conseguir que ele seja capaz de relacionar a descrição da acção com as razões que o levaram a ter determinada acção. Deve-se ainda ser capaz de permitir que o próprio indivíduo desenvolva o seu processo de deliberação de modo que possa compreender e legitimar a sua acção. Tal capacidade de reflexão também deveria ser trabalhada ao nível da educação formal e, assim, permitir que as crianças e jovens tenham a oportunidade e o direito de deliberar sobre assuntos que lhes digam respeito, desenvolvendo sua capacidade deliberativa e tornando-se cidadãos responsáveis<sup>17</sup>. Assim, a educação passaria a ser não apenas um processo onde ocorre um crédito de conceitos, mas seria necessariamente um processo deliberativo que se concentra no desenvolvimento de competências reflexivas e deliberativas. Tais competências requerem uma atitude geral, aberta ao outro e a si mesmo; o estabelecimento de uma relação comunicativa; uma vontade de ser responsável pelo outro, e também trabalho contínuo do processo de deliberação sobre conhecimentos, valores e normas.

No plano da saúde em Portugal, há duas questões de fronteira que são de difícil resolução: a dos recursos e a das pessoas. A escassez de recursos financeiros com que a saúde em Portugal se vê confrontada, sempre crescente nos últimos anos, leva os decisores das políticas de saúde a minimizar certas prioridades. Ao mesmo tempo, as pessoas doentes têm que ser tratadas e cuidadas hoje e não amanhã. Logo, a realidade da saúde em Portugal parece ser um dilema ético para quem toma decisões acerca do estabelecimento de prioridades no uso dos recursos financeiros, quando insuficientes. O direito à saúde é um direito civilizacional, de todas as civilizações, antigas e modernas, cada uma à sua maneira, mas em todas com o objetivo de restituir ao Homem um equilíbrio perdido, preocupação legítima levando-se em conta que o equilíbrio da pessoa humana é o próprio equilíbrio da sociedade<sup>19</sup>.

Silva<sup>13</sup>, no seu livro sobre a *Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina*, destaca que o direito à saúde não seria um direito subjetivo que pode ser invocado por cada indivíduo ao Estado. No entanto, esse direito pode levar o Estado a comprometer-se, no sentido de garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde. De fato, o acesso equitativo não significa necessariamente o acesso a todos os cuidados. Significa que todos os cidadãos terão um acesso igual àqueles cuidados que possam ser oferecidos. Isto é, se por um lado, a questão essencial passa por uma decisão coletiva nacional – todos os cidadãos, ricos e pobres –, sobre o direito fundamental à proteção da saúde e sobre as formas de lhe dar satisfação<sup>20</sup>, por outro, a questão essencial sobre a natureza do direito fundamental à proteção da saúde seria: enquanto os direitos civis e políticos, como direitos fundamentais individuais se proclamam para defender os cidadãos contra toda e qualquer intervenção do Estado, os direitos sociais, particularmente, o direito à proteção da saúde, proclamam-se para exigir a intervenção direta do Estado para a sua satisfação.

Assim, o Estado poderia e deveria intervir para que todos os cidadãos tenham acesso aos meios de proteção à saúde. Contudo, a questão passaria a ser *como* intervir, quando o número de pessoas doentes não é comportável com os recursos que decrescem?

Os direitos fundamentais são direitos individuais universais e igualitários, por todos reconhecidos. Porém, o direito à proteção à saúde foge desse âmbito, uma vez que nem sempre as pessoas precisam de cuidados de saúde. Logo, o Estado não pode obrigar os cidadãos a terem o mesmo nível de saúde, na medida em que essa obrigação atenta contra os direitos individuais que são exercidos de forma independente e pessoal por cada pessoa. No entanto, o exercício do direito de proteção à saúde, que é interdependente, que influencia e é influenciado, deveria ser assegurado no que se denomina por saúde pública, levando-se em consideração a responsabilidade individual e a responsabilidade social.

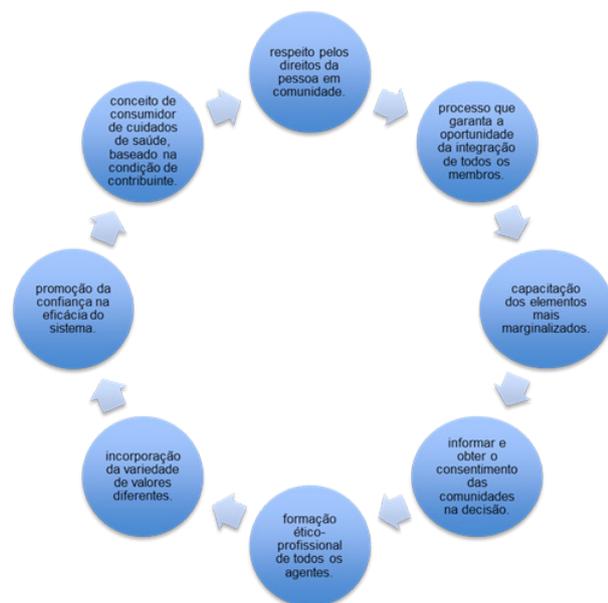
O direito de proteção à saúde, portanto, segundo os conceitos de responsabilidade individual e de responsabilidade social, já não assume uma posição de direito, mas sim de justiça. Nessa perspectiva, a natureza do Estado Social não partiria do direito, mas do justo meio – da justiça, que exige um debate bioético no qual se inscrevem e devem ser considerados os princípios éticos da dignidade humana, a participação dos cidadãos, a equidade

e solidariedade a partir de um pacote de cuidados avaliados que conduza a uma alocação eficiente e eficaz, como base para a sustentabilidade do Estado Social na área da Saúde.

De acordo com os elementos em discussão, pode-se apresentar um conjunto de pressupostos que poderão constituir um modelo de avaliação em saúde pública. Deste modo:

1. A saúde pública deverá analisar a saúde da comunidade respeitando os direitos da pessoa na comunidade.
2. As diretrizes, programas e prioridades das políticas de saúde devem ser desenvolvidas e avaliadas através de processos que garantam a oportunidade da integração de todos os membros.
3. A saúde pública deverá trabalhar na defesa e capacitação dos membros da comunidade mais marginalizados, com o objetivo de garantir a acessibilidade a todos.
4. As instituições públicas de saúde deverão informar e obter o consentimento das comunidades nas decisões sobre políticas ou programas em saúde pública e na sua implementação.
5. As instituições públicas de saúde devem promover a formação ética de todos os agentes, assegurando a sua competência ético-profissional.

Figura 1 - Elementos para a construção de um modelo de avaliação em saúde pública



6. As políticas públicas de saúde devem incorporar uma variedade de abordagens respeitando os diferentes valores da comunidade.
7. As instituições públicas de saúde devem prestar especial cuidado à promoção da confiança da sociedade na sua eficácia.
8. Os cidadãos devem considerar-se consumidores dos cuidados de saúde, mas baseando-se na sua condição de contribuintes. É a partir dessa condição que se dever-se-ia apelar para o conceito de responsabilidade individual.

## DISCUSSÃO |

No plano político, não é simples articular um modelo sustentável de saúde pública num contexto de crise, porque isso exige uma estabilidade política e governativa que o próprio momento da crise torna difícil colocar em prática. O processo também não é simples no plano social, pois um modelo como este pode ser interpretado como um corte nos chamados “direitos adquiridos”. Porém, a atual situação das finanças públicas, especialmente em Portugal, deveria remeter para a busca de novas perspectivas em que a participação de todos os agentes de saúde torna-se indispensável; em particular médicos, enfermeiros e outros técnicos, no sentido de apresentarem as suas posições quanto aos modos como desejam exercer a sua atividade profissional, numa clara definição de direitos e de deveres.

O exercício do direito fundamental de protecção à saúde de todos os cidadãos deveria ser uma questão importante para o Estado. No âmbito da governação, cabe ao Estado a responsabilidade de definir os grandes objetivos de uma política de protecção à saúde e de a estruturar com a intervenção dos destinatários dessa política, que são os cidadãos, e com os executores, que são os profissionais de saúde, dando cumprimento aos diferentes aspectos da política que venha a ser aprovada. Cabe-lhe, ainda, decidir sobre as formas diversas de se financiar o Sistema – que passaria a ser um conjunto plural de ações estruturadas, a partir das quais deveriam ser atingidos os objetivos dessa nova política de protecção à saúde – e de avaliar a qualidade executiva de cada uma das peças desse Sistema<sup>24</sup>.

Tendo em conta esses pressupostos, a questão do direito à saúde deveria ser colocada em dois planos: o primeiro, o plano dos direitos humanos, objetivo e universal; o segundo, o plano das necessidades, subjetivo e contextual, no qual se enquadra a responsabilidade individual e social. Do ponto de vista da Ética, as decisões que emergissem desses dois planos seriam necessariamente diferentes e complementares. Assim, enquanto no primeiro plano predominariam os critérios de justiça, no segundo sobressairia o dever de cuidar.

Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de o Estado, com o empenho dos profissionais de saúde, estabelecer os princípios políticos, financeiros e clínicos para um plano de saúde eficiente e eficaz. Esse plano, ainda que sob a responsabilidade financeira de um Estado Social, poderia incluir, caso a caso, as doenças raras, atender às situações emergentes e acidentais, inclusive com a introdução de novos meios de diagnóstico e tratamento. Tudo isso sempre a partir de uma eticidade social, ou seja, dentro de um conjunto de valores eticamente aceites pela sociedade que tenham por base uma Responsabilidade que não pode ser descurada, pois este é o desafio que nos coloca um projecto social, justo e solidário.

## REFERÊNCIAS |

1. Apel KO. Ética e responsabilidade. Lisboa: Instituto Piaget; 1988.
2. Beaglehole, R. Challenging the public health workforce. *Scand J Public Health*. 2004, 32(4):241-242
3. Beck U. Risk society: towards a new modernity. London: Sage; 1992.
4. Buchanan, Robert J. State-funded medical assistance programs: Sources of coverage for HIV-related health care. *Journal of health and human services administration*, 1998: 3-29.
5. Callahan D, Jennings B: Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health* 2002, 92:69-176.
6. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P: Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002, 30(2):170-178.
7. Detels R. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editores. *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University; 2002. p. 3-20.
8. Etchegoyen A. A era dos responsáveis. Lisboa: Difel, 1995.
- 9 Forum for Public Health in South Eastern Europe (FPH-SEE) [Internet] Slovenia; 2006 [01.03.06] Disponível em: URL: <http://www.snz.unizg.hr/ph-see/index.htm>
10. Hotois G. Fundamentos éticos das prioridades em matéria de saúde: responsabilidade individual/responsabilidade social. In: *Anais do Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde*; 2011 nov 29. Lisboa, Portugal. Lisboa: CNECV; 2011.
11. Kass NE. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health* 2001, 91(11): 1776-1782.
12. Lupton D. The imperative of health: public health and the regulated body. London: Sage; 1995.
13. Silva PM. Convenção dos direitos do homem e da biomedicina: anotada. Lisboa: Cosmos; 1997.
14. Munõz D, Almeida M. Noções de responsabilidade em bioética. In: Cohen C, Segre M, coordenadores. *Bioética*. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 121-32.
15. Rice, Thomas. Individual autonomy and state involvement in health care. *Journal of medical ethics*, 2001, 27(4):240-244.
16. Rose N. Powers of freedom. Cambridge: Cambridge University; 1999.
17. Roth K. Deliberative pedagogy and the rationalization of learning. In: Zajda J, Geo-JaJa MA, editores. *The politics of education reforms* [Internet]. New York: Springer; 2004 [04.01.2012]. p. 209-218. Disponível em: URL: [http://books.google.pt/books?id=U0zQcVh\\_E70C&lp-g=PA209&dq=Deliberative%20Pedagogy%20and%20](http://books.google.pt/books?id=U0zQcVh_E70C&lp-g=PA209&dq=Deliberative%20Pedagogy%20and%20)

the%20Rationalisation%20of%20Learning&hl=pt-PT&p-g=PA209#v=onepage&q&f=false, 04.01.2012, 11.20h.

18. Samuelson, Robert J. The cost of chaos. Our health-care system is out of control because we want it to do the impossible. *Newsweek*, 1989, 114(14): 52-52

19. Serrão D. A protecção da saúde como direito civilizacional. In: Nune R, Rego G, Nunes C, editores. *Afectação de recursos para a saúde: perspectiva para um novo SNS*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2003.

20 .Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G, editores. *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw Hill; 2002.

21. Tannahill A. Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for healthpromotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* 2008, 23(4):380-390.

22. Uusitalo U, Pietinen P, Puska P. Dietary transition in developing countries: challenges for chronic disease prevention. In: Yach D, Puska P, editores. *Globalization, diets and noncommunicable diseases*. Genebra: OMS; 2002. p. 1-25.

23. Weed DL. Precaution, prevention and public health ethics. *J Med Philos.* 2004; 29(3):313-32.

24. Serrão D. *Recomendações para uma Reforma Estrutural. Apresentação e debate do Relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde em Sessão Pública, organizada pela APIFARMA: Lisboa, 23 de março de 1998.*

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Mónica Carvalho**

*Universidade Federal do Espírito Santo,*

*Av. Marechal Campos, 1468,*

*Maruípe, Vitória/ES, Brasil*

*CEP: 29043-900*

*Tel.: (27) 3335-7287*

*E-mail: monica.marino@gmail.com*

Recebido em: 13/03/2019

Aceito em: 19/06/2019