

# VULNERABILIDADE E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CRISTINA LIMA

Serviço de Medicina I. Hospital de Curry Cabral. Lisboa.

## RESUMO

A protecção da saúde tem sido um objectivo em todas as civilizações estudadas antigas e modernas. Nos tempos modernos, pelo menos nos países ocidentais, o aumento da longevidade associada ao isolamento social criou uma vulnerabilidade acrescida aos indivíduos mais idosos.

A prestação de cuidados de saúde é actualmente um encargo social com custos elevadíssimos, que entre nós é assegurada pelo Serviço Nacional de Saúde de acordo com a Constituição da República Portuguesa. Apesar das garantias Constitucionais de equidade na saúde, há manifestas as simetrias no acesso aos cuidados de saúde e aos bens que promovem a saúde, como a educação e o rendimento.

Num país pobre, mesmo com recursos limitados, as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundadas na equidade e na responsabilidade social e não apenas no princípio da eficiência económica. Só assim garantiremos acesso equitativo e afectação dos recursos disponíveis em função das necessidades de saúde. No entanto, o investimento em alta tecnologia entre nós parece desajustado, quando comparado com o investimento na área da recuperação funcional da doença cérebro-vascular, de elevada morbidade entre nós.

O panorama nacional é verdadeiramente desolador. Foi prolongada a esperança de vida, mas a qualidade de vida mantém-se muito aquém do desejável. Mercê da actual forma de organização social, os idosos vivem sozinhos sem família que possa encarregar-se dos cuidados de que necessitam; por outro lado, a falta de investimento na recuperação e reabilitação e reinserção social de indivíduos com sequelas, transforma o fim de vida num pesadelo para o próprio e para os familiares.

Segue-se chamada de atenção para a necessidade de analisar e definir os critérios a utilizar na locação de recursos, de forma a garantir a igualdade na saúde e na supressão do sofrimento e também de forma a impedir a discriminação no acesso aos cuidados de saúde das populações mais vulneráveis.

Qualquer que seja o critério a utilizar, deverá ser pré definido e discutido de forma ampla e profunda nos seus fundamentos, não esquecendo que, a longevidade pode não ser um critério aceitável para valorizar uma vida.

Chama-se ainda a atenção para a necessidade de investir na educação para a saúde, tão importante quanto a justa distribuição de recursos escassos nos cuidados de saúde e quanto a redução do risco de prejuízo de doentes mais vulneráveis.

*Palavras-chave: ética, Serviço Nacional de Saúde, justiça distributiva, política de saúde, assistência ao idoso*

## SUMMARY

### VULNERABILITY AND NATIONAL HEALTH SERVICE

Safeguarding health has been an objective of every learned civilization, ancient and modern. In modern times, at least in the western world, the increase in longevity associated with social isolation has created further vulnerability for the older individual. Today, healthcare is a social burden of extremely high cost. Among us this service is provided by the National Health Service in accordance to the *Constituição da República Portuguesa* (Constitution of the Portuguese Republic). Despite the constitutional guarantees of equality in health there are obvious discrepancies in access to health care and the conditions that promote health such as education and wealth.

In a poor country, even with limited resources, inequality can be minimized via policies and practical measures founded in equality and social responsibility, not only the principles of economic efficiency. Only in this way can we guarantee equal access to health and the distribution of available resources in accordance to health care necessities. Yet, the investment in high technology among us seems out of fase with the investment in the area concerning functional recovery from high mortality illness, such as stroke. In Portugal the problem is extremely bad. Life expectancy has been extended but quality of life is still very low. Victims of the social order, the elderly live alone without family who can care for them; on the other hand, the lack of investment in recovery and social integration of individuals with disabling scars, Turns the ends of their life's into a nightmare for themselves and their kin.

It follows stating the necessity to analyse and define the criteria to be used when allocating resources in order to guarantee equality in health and relief from suffering and also to stop discrimination of vulnerable populations in access to healthcare.

Whatever the criteria, it must be pre-defined and its principles widely discussed, reiterating, only that longevity cannot be an acceptable criteria to value life.

The article concludes drawing attention to the need to invest in health education, which is just as important as the fair distribution of precious health care resources in reducing harmful risks to the most vulnerable patients.

*Key words: Ethics, National Health Service, Distributive Justice, Health Policy, Old Age Assistance*

## INTRODUÇÃO

### A Condição Humana e a Vulnerabilidade

O sofrimento, assim como a luta contra todas as condições adversas causadoras de dor e sofrimento fazem parte da condição humana. Estar vivo é estar em perigo, é susceptível a sofrer danos, é estar vulnerável. As ameaças mais essenciais à condição humana, como a fome, a doença, a dor, a exploração, o assassinato e a tortura são universais. Ao longo dos tempos tem o Homem tentado dominar as suas vulnerabilidades maiores, como a fome, o frio e a doença e é esse o principal objectivo da organização social. As estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas para combater a vulnerabilidade e a exploração. Nas sociedades desenvolvidas, onde a fome, a habitação

e a exposição ao frio são questões resolvidas, para o povo a vulnerabilidade social mais importante é a saúde. Mas, o controlo de vulnerabilidade básicas gera inevitavelmente outras.

### As Novas Vulnerabilidades

Nas últimas décadas nos países ocidentais houve profundas transformações de valores que têm como principal marca o crescente individualismo.

Nas sociedades mais tradicionais as pessoas têm pouca escolha individual, têm poucas opções e em simultâneo têm muitas ligações familiares e sociais; nas sociedades modernas, há menos laços e as opções são imensas. As pessoas continuam a manter laços, mas que são assumidos voluntariamente. A autonomia permite a rejeição

das ligações opressivas características das sociedades tradicionais, e também das voluntariamente assumidas, como por exemplo o casamento.

Se inicialmente este individualismo correspondia à liberdade e auto-suficiência, começa agora a transformar-se, em egoísmo e rejeição de responsabilidades e de compromissos morais para com outros. A inevitável consequência é o isolamento social.

Historicamente, não era papel do estado cuidar do bem estar da população. Esta estava entregue a si própria e o estado cuidava do território e da guerra. Entre nós surgem em 1498 as Misericórdias<sup>1</sup> que assumiram todo o trabalho social, surgindo no século XIX o movimento sindical mutualista que tinha como objectivo cobrir as mais importantes carências relacionadas com a saúde, como por exemplo os medicamentos necessários a cada um. Em 1940 surgem as caixas sindicais de previdência<sup>2</sup> para trabalhadores e familiares.

Depois da segunda guerra mundial quase todos os estados ocidentais apostaram na protecção dos direitos individuais, criando Estados Providência, garantindo emprego ou rendimento mínimo para todos e reconhecendo o direito à saúde como um direito fundamental, o que implica, independentemente do sistema político concreto, o acesso de todos a um pacote básico de cuidados.

As vulnerabilidades mais essenciais e universais, são a base dos direitos humanos e civis, consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, datada de 10 de Dezembro de 1948. O Artigo 25º consagra o direito à saúde e à assistência médica. Entre nós, o reconhecimento dos direitos do Homem só acontece depois da Revolução de 25 de Abril de 1974.

As pessoas passaram a estar amplamente protegidas. Pela teia familiar e comunitária e pelo Estado. Mas, mercê da nova forma de organização social, consequência da desestruturação da família tradicional e da transformação profunda de valores, que tem como principal marca o crescente individualismo, em conjunto com as alterações demográficas com um aumento do número de idosos, esta população adquiriu uma vulnerabilidade particular ao perder grande parte da protecção familiar com que contava.

### **Portugal e Serviço Nacional de Saúde**

Em Portugal, o direito à protecção da saúde está consignado no Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, aprovada em 1976 e revista em 89,92 e 97, que diz:

1. *Todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.*

2. *O direito à protecção da saúde é realizado:*

a) *Através de um Serviço Nacional de Saúde univer-*

*sal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;*

b) *Pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.*

3. *Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:*

b) *Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*

c) *Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o País;*

d) *Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.*

Ao Serviço Nacional de Saúde se deve a melhoria dos indicadores de saúde da população portuguesa. Assim em 1970 a taxa de mortalidade infantil era de 58‰, valor este 137,5% acima do valor da taxa de mortalidade infantil dos 15 países que constituíam a União Europeia antes do recente alargamento. Actualmente, situa-se nos

5‰, valor muito semelhante ao dos 15 países que tomámos como comparação<sup>3</sup>. Apesar de todas as regiões apresentarem valores progressivamente mais baixos, subsistem significativas diferenças regionais, com valores acima da média nacional, em primeiro lugar os Açores, seguindo-se o Norte do País e a Madeira, apresentando valores abaixo da média nacional, o Alentejo, a região Centro, Lisboa e vale do Tejo e por fim o Algarve. A causa de morte entre nós, continua a ser liderada pelas doenças do aparelho circulatório, com uma percentagem de 38,6% em 2001<sup>4</sup>. Embora a evolução dos nossos indicadores de saúde seja muito favorável, continua a ser negativamente marcada nos indicadores de doenças ligadas aos comportamentos.

É sabido que individualmente a situação económica e a posição social de uma pessoa na comunidade determinam o seu estado de saúde e as suas modalidades de recurso e de acesso aos cuidados de saúde. Em Portugal, uma percentagem significativa da nossa população é pobre e existe uma importante assimetria na distribuição de riqueza; ao mesmo tempo, os nossos níveis de literacia são muito baixos.

Apesar das garantias constitucionais de equidade na saúde, há manifestas assimetrias no acesso aos cuidados de saúde e aos bens que promovem a saúde, como a educação e o rendimento.

Assim sendo fácil se toma perceber que a educação e

o combate à pobreza devem ser a prioridade de acção política de forma a assegurar níveis de saúde compatíveis e possibilidade de afirmação autónoma das pessoas.

Num país pobre, mesmo com recursos limitados, as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundadas na equidade e na responsabilidade social e não apenas no princípio da eficiência económica. Só assim garantiremos acesso equitativo e afectação dos recursos disponíveis em função das necessidades de saúde.

No entanto, o investimento em alta tecnologia entre nós parece desajustado. Portugal, com uma população de cerca de dez milhões de habitantes e com área relativamente pequena, cujo maior comprimento é de aproximadamente 600 Km que se percorrem de helicóptero em cerca de três horas, tempo inferior ao tempo de isquémia fria permitido para transplante de órgãos sólidos, possui três centros de transplantação cardíaca e pulmonar, cinco de transplantação hepática, sete de transplantação renal, quatro de transplantação de medula e onze de transplante de córnea. De acordo com o relatório de actividades de 2003 publicado pela Sociedade Portuguesa de Transplantação<sup>5</sup>, o conjunto de todos os centros realizou 178 transplantes hepáticos, 20 transplantes cardíacos, quatro transplantes de pulmão, 10 de pâncreas, 357 transplantes renais, 579 de córnea e 274 de medula. De facto, com excepção dos três últimos: rim, córnea e medula, que necessitam de menor investimento tecnológico e que realizaram transplantes em quantidade significativa, o baixo número de transplantes hepáticos, cardíacos e pulmonares realizado em cada um dos vários centros dispersos pelo País, não pode permitir que se ultrapasse o nível de amadorismo, ao mesmo tempo que se dispersam recursos enormes e utilizáveis noutras situações. Em simultâneo, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística a primeira causa de morte em Portugal são as doenças do aparelho circulatório, com 38,6% em 2001, principalmente o acidente cérebro vascular. Se considerarmos a morbilidade não mortal, este número multiplica-se e com ele as sequelas neurológicas. Durante esse mesmo ano de 2001, a análise dos diagnósticos de alta dos doentes internados nos serviços de Medicina de um dos hospitais de Lisboa, o Hospital de Curry Cabral, revelou que a doença cérebro vascular aguda, não aguda ou sequelar, constava dos diagnósticos de alta de 32,24% dos doentes<sup>6</sup>; fácil será concluir quão necessário é o investimento na área da recuperação.

Na realidade, após o evento cérebro vascular agudo, o doente regular é enviado para casa onde deveria ter acesso aos cuidados necessários para a sua recuperação funcional. Com algumas felizes excepções tal não acontece. O

doente fica abandonado muitas vezes a si próprio, degradando-se progressivamente, frequentemente em condições verdadeiramente indignas e passando a sofrer do que em gíria hospitalar Portuguesa é já conhecido como o *síndrome da porta giratória*: o doente entra e sai do hospital sucessivamente, muitas vezes com intervalos de 2-3 dias, desnutrido e desidratado, na realidade com fome, sede e consequências da imobilidade em que é deixado todo o dia.

O panorama nacional é verdadeiramente desolador. Foi prolongada a esperança de vida, mas a qualidade de vida mantém-se muito aquém do desejável. Merçê da actual forma de organização social, os idosos vivem sozinhos sem família que possa encarregar-se dos cuidados de que necessitam; por outro lado, a falta de investimento na recuperação e reinserção social de indivíduos com sequelas, transforma o fim de vida num pesadelo para o próprio e para os familiares.

Porquê esta ordem de prioridades?

Em democracia a saúde é poder e o poder obtém-se através do voto. Se os velhos tendem a ser uma maioria, não são seguramente uma maioria votante, não só pela doença de que já sofrem e que é um impedimento físico e intelectual, mas pela iliteracia e falta de participação democrática. Grande parte dos investimentos na área da saúde são feitos em função das preocupações do eleitorado. As franjas da população sem poder de voto, ficam inevitavelmente entregues à boa vontade e à solidariedade das maiorias. Se a justiça distributiva implica que uns pagam para que outros usufruam é manifesta a injustiça de abandono a que são votados quando necessitam os que ao longo da sua vida de trabalhadores sempre pagaram para no futuro usufruir; assim seria se fosse tido em conta na locação de recursos o critério do merecimento. Mas outros podem ser tidos em conta, como o critério da necessidade, que considera a gravidade do quadro clínico e social, e o critério do prognóstico, em que o processo de envelhecimento e do menor tempo de sobrevida dos velhos em relação às restantes faixas etárias, pode ser altamente desfavorável aos idosos. Qualquer que seja o critério a utilizar, deverá ser pré definido e discutido de forma ampla e profunda nos seus fundamentos, não esquecendo que, a longevidade pode não ser um critério aceitável para valorizar uma vida.

## CONCLUSÃO

A necessidade de protecção contra a vulnerabilidade e a doença é universal. A protecção da saúde tem sido um objectivo em todas as civilizações estudadas antigas e

modernas. Nos tempos modernos, pelo menos nos países ocidentais, o aumento da longevidade associada ao isolamento social criou uma vulnerabilidade acrescida aos indivíduos mais idosos. A prestação de cuidados de saúde é actualmente um encargo social, com custos elevadíssimos. Entre nós os custos do Serviço Nacional de Saúde são da responsabilidade do colectivo nacional, sendo os custos dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos doentes, pagos por todos os cidadãos que pagam impostos.

Se é verdade que a Constituição da República Portuguesa garante o direito à protecção da saúde, também é verdade que, a pobreza, a posição social na comunidade e a cultura de cada um são determinantes do seu estado de saúde e das suas modalidades de recurso e de acesso aos cuidados de saúde.

A educação para a saúde, ao permitir às pessoas uma escolha informada e a aceitação de responsabilidade pela própria saúde, é o instrumento primordial para diminuir a diferença em termos de assistência médica que separa os ricos dos pobres. A educação para a saúde é tão importante quanto a justa distribuição de recursos escassos nos cuidados de saúde e quanto a redução do risco de

prejuízo de doentes mais vulneráveis.

É fundamental a discussão e definição dos critérios a utilizar na locação de recursos, de forma a garantir a igualdade na saúde e na supressão do sofrimento e também de forma a impedir a discriminação no acesso aos cuidados de saúde das populações mais vulneráveis.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROSEIRA, MB: Artigo 3.º (1- Igualdade de acesso aos cuidados de saúde. In: AA vv. Direitos do Homem e Biomedicina. Lisboa. Universidade Católica Editora 2003;45-54
2. Idem
3. Instituto Nacional de Estatística. *A mortalidade infantil em Portugal*. <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/1999/d990527/d990527.html>. (consultado em 10/3/2004)
4. Instituto Nacional de Estatística, *As causas de morte em Portugal*. [http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm\\_cod=64](http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm_cod=64). (Acedido em 10/3/2004)
5. Organização Portuguesa de Transplantação. *Relatório de actividades de 2003*. Editado pelo Ministério da Saúde, sem data.
6. Análise segundo GDH de doentes saídos entre 01-01-2001 e 31-12-2001, do Hospital de Curry Cabral; dados do Serviço de Codificação do Hospital de Curry Cabral; análise efectuada em Abril 2004

