

PARTE II – CIDADÃO

CIDADANIA E SAÚDE

SAÚDE DOS PORTUGUESES

EQUIDADE

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

PERCEPÇÕES DOS PORTUGUESES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

ESCOLHAS E DECISÕES INFORMADAS

CIDADANIA E SAÚDE

No último relatório do OPSS foram identificadas áreas críticas relativamente às quais era urgente articular uma nova relação entre o sistema de saúde e o cidadão, considerado como o elemento central do seu desenvolvimento. Nomeadamente, os direitos à informação, escolha e representação e as questões relativas à acessibilidade, participação e satisfação, mereceram uma reflexão na qual se salientava que “a reforma da saúde em Portugal seria difícil de realizar sem atribuir mais poder ao cidadão”. Ou seja, informação sobre a realização dos objectivos do sistema de saúde e sobre o acesso e a qualidade de cuidados de saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação face aos resultados.

Um ano depois importa reflectir sobre a evolução da construção do poder do cidadão, considerado como o fulcro fundamental da evolução positiva das sociedades modernas. O conceito de empoderamento (*empowerment*) sintetiza esta dinâmica, na qual a questão central não se resume à obtenção de poder, de direitos e sua defesa, mas no exercício positivo desse poder na construção de uma cidadania participativa. Este exercício implica criar as condições para que o cidadão tenha uma activa contribuição para a tomada de decisões sobre si próprio, de gestão de serviços e adopção de políticas, negando uma relação meramente simbólica com o sistema. Deste modo acentua-se a contribuição para a necessária mudança que põe à prova o alcance que a construção do poder do cidadão assume em Portugal.

Para Riger (1993) este processo pode ser apenas uma ilusão, já que a nível macro a vida é controlada pelas instituições e políticas existentes em cada sector da sociedade, de tal modo que "a experiência do indivíduo em termos de poder ou impotência pode não estar relacionada com a capacidade de influenciar e um aumento da sensação de *empowerment* nem sempre reflecte um aumento do poder actual".

O desafio é lançado, no âmbito da criação das condições que permitem uma participação activa do cidadão no sistema, alcança directamente do modelo de governação, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos, de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento.

É neste contexto que 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 interacções 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.

Também são identificadas três áreas de actuação mínimas (OECD, 2001) no *empowerment* do cidadão:

1. A informação - completa, objectiva, acessível, fidedigna, relevante e fácil de encontrar;
2. A consulta - conduzida com base em objectivos claros e de acordo com as regras que claramente definem os limites desse exercício;
3. A participação activa - providencia o tempo e a flexibilidade suficientes para o aparecimento de novas ideias e propostas por parte dos cidadãos bem como a emergência de um mecanismo para a sua integração no processo político.

SAÚDE DOS PORTUGUESES

Quando olhamos para o primeiro destes pontos – a informação – referido como sustentáculo do *empowerment* do cidadão, a nossa atenção é remetida para o relatório “Ganhos em Saúde em Portugal. Ponto de situação”, do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Reconhecendo a sua posição ímpar para aceder à informação necessária que permite caracterizar o estado de saúde dos portugueses, salienta-se a importância desta iniciativa para o diagnóstico da situação actual “para, com maior clareza, se poderem distinguir as intervenções desejáveis e, face às que se puderem desenvolver, avaliar os progressos, os retrocessos, as oportunidades e as limitações”.

A sua apresentação em 2002 pretende marcar uma regularidade anual, apresentando-se como um estímulo ao desenvolvimento dos sistemas de informação, reconhecidos no relatório como estando ainda “longe do desejável”.

De acordo com o relatório os indicadores analisados reflectem ganhos em saúde concretos nos últimos cinco anos. Estes ganhos observam-se em todos os domínios contemplados. Passam não só por uma observação da redução da incidência de problemas de saúde (nomeadamente das doenças transmissíveis) (Quadro V) e por reduções nas taxas de mortalidade (nomeadamente de algumas doenças crónico-degenerativas) (Quadro VI), mas também pelo explícito reconhecimento de problemas de saúde, até agora não devidamente contemplados (associados a questões das desigualdades, do género, da dor, da violência doméstica, entre outras). É importante reconhecer que muitos dos ganhos observados para os menores de 65 anos de idade não se reflectem em ganhos para a população mais idosa.

De um modo geral, os ganhos mais significativos verificaram-se nas áreas onde predomina a influência de factores extrínsecos, nomeadamente, maior afluência socioeconómica, melhorias estruturais e de prestação de serviços. O caso mais notável é o da saúde perinatal, em que, de 1996 para 2000, se passou de uma taxa de 8,4 para 6,1 óbitos por 1000 nados vivos, em comparação com a taxa europeia média em 2000 de 6,3 (Fig. 3). De realçar, igualmente, a redução da mortalidade associada a alguns cancros hematológicos.

Quadro V - Resultados do PNV: ganhos de saúde comparando duas décadas

	Década 1956-1965	Década 1991-2000
Tosse convulsa	14.429 casos	204 casos
	873 mortes	3 mortes
Poliomielite	2.723 casos	0
	316 mortes	0
Tétano	3.923 casos	259 casos
	2.625 mortes	113 mortes
Difteria	19.100 casos	3 casos
	1.457 mortes	1 morte (caso importado)

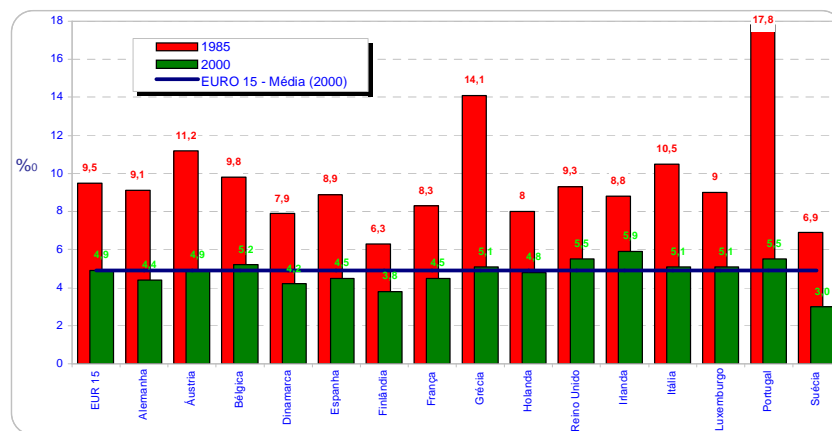
Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

Quadro VI - Taxas de mortalidade (1996-1999)

Indicador mortalidade (/100.000) por cancro a):	Homens < 65 anos		Mulheres < 65 anos		Homens > 65 + anos		Mulheres > 65 + anos	
	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999
Colo do útero			3,0	2,6			8,7	9,3
Estômago	13,0	12,0	5,5	5,7	182,8	177,3	94,4	84,6
Mama			16,8	14,7			92,4	90,6
Próstata	3,3	3,0			253,8	256,4		
Pulmão	22,3	20,5	3,2	3,7	220,4	226,9	30,5	35,5
Diabetes Mellitus b)	5,9	5,5	4,5	4,4	169,2	195,5	171,7	181,2
Isquémia Cardíaca c)	34,3	30,5	8,3	8,2	646,9	622,9	412,4	382,4
Cerebro-Vascular d)	30,3	25,7	16,3	14,3	1.555,7	1.335,4	1343,1	1171,7

Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

Figura 3 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Países da União Europeia



Fonte: Fonte: INE

Quadro VII - Taxa de mortalidade por acidentes de viação e taxa de mortalidade e por SIDA

Indicador (/100 000)	Homens até 65 anos		Mulheres até 65 anos		Homens com 65 + anos		Mulheres com 65 + anos	
	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999
	Taxa de mortalidade por acidentes de viação	31,5	22,5	8,2	5,3	54,7	37,6	18,8
Taxa de mortalidade por SIDA	20,2	17,0	4,1	3,7	3,6	3,4	1,1	0,5

Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

No entanto, os progressos são bem menores nas áreas onde predomina a influência de factores intrínsecos, como “atitudes e comportamentos nocivos, condutas imprudentes e agressivas, escasso respeito por si próprio, pelos outros e pela sociedade, em suma, traços de subdesenvolvimento cívico e de cidadania”. Estão neste caso os acidentes, em especial os de viação, a violência doméstica e a SIDA (Quadro VII).

A saúde da mulher e da criança é uma das áreas que se tem mostrado mais dinâmica e inovadora, mas ainda com espaço para ganhos, no que se refere, por exemplo, ao apoio pré-concepcional e ao diagnóstico pré-natal. A incidência da sífilis neonatal, a mais elevada da UE, merece um esforço especial para a sua erradicação. As últimas décadas foram marcadas por grandes alterações na situação social da mulher. Mas é também verdade que as mulheres continuam com um estatuto social e económico pior do que o dos homens. Esta realidade reflecte-se nos seus padrões de morbilidade, mortalidade e de utilização dos serviços de saúde.

EQUIDADE

Os conceitos de equidade e desigualdade 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 emparceiram 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.

O desdobramento da taxa de mortalidade infantil, pelo grau de instrução da mãe e pela profissão do pai, revela uma maior "penalização" tanto dos graus mais baixos de escolaridade da mãe (diferença entre 2,9, para as mães com curso superior e 24,1 para as mães analfabetas ou sem frequência de instrução básica), como das profissões menos diferenciadas do pai. A mortalidade infantil, para além

de um indicador de saúde, foi sempre considerada como um parâmetro socioeconómico. Durante muitos anos as suas causas principais estavam intimamente associadas às condições ambientais em que a criança nascia, crescia e vivia durante o seu primeiro ano de vida, *à priori* o mais vulnerável. Não restam dúvidas que a melhoria das condições de vida — habitação, nutrição, higiene, educação — teve uma influência determinante na descida da taxa de mortalidade infantil. Em Portugal, esta relação é por demais evidente.

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Na fase de expansão do sistema de saúde português 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 (Fig. 4).

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.

PERCEPÇÕES DOS PORTUGUESES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

Com base em 2500 entrevistas representativas da população adulta portuguesa, o sociólogo Manuel Villaverde Cabral, no estudo acima referido, proporcionam dados recentes sobre a opinião dos portugueses relativamente à saúde.

Este estudo, inédito em Portugal, revela alguns dos aspectos onde melhoramentos substanciais devem ser desenvolvidos. Cinco grandes dimensões que estruturam as relações dos portugueses com a saúde e a doença são assim passadas a pente fino: a morbilidade, isto é, o estado de saúde da população e a sua propensão para a doença; os hábitos de saúde, isto é, os cuidados que as pessoas tomam ou não no sentido da promoção da sua saúde e da prevenção da doença; as condições de acesso e a utilização efectiva dos diferentes serviços públicos e privados; a avaliação que os utentes fazem dos cuidados de saúde públicos; as atitudes da população perante as prioridades sociais do Estado, as políticas de saúde, o funcionamento do sistema de saúde, as relações entre serviço público e medicina privada, e ainda as suas atitudes perante a saúde, a doença e a medicina em geral.

Quando consideramos a avaliação global do sistema (incluindo o médico de família, centro de saúde, consultas externas nos hospitais, internamento hospitalar, serviços de urgência) feita pelos inquiridos, “satisfeito” é a categoria modal nas quatro variáveis (Quadro VIII). No entanto o médico de família e o internamento hospitalar são os níveis de cuidados que recolhem maior conjunto de avaliações positivas (cerca de três quartos dos inquiridos).

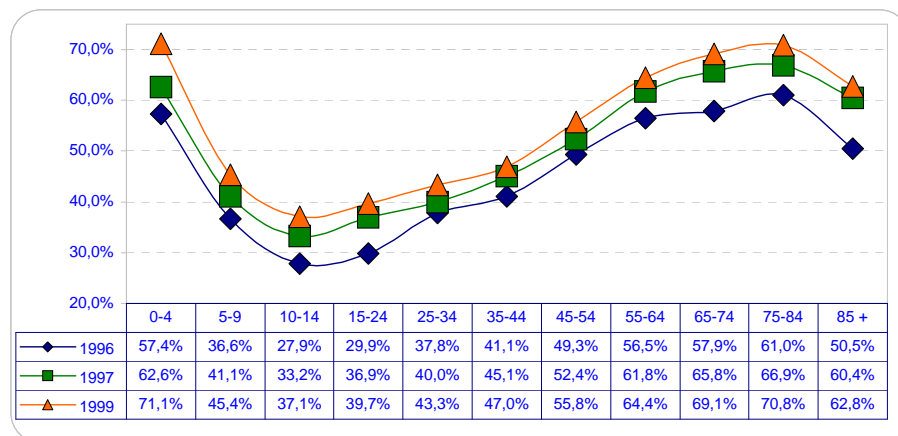
A relação com o médico de família é, possivelmente, a pedra angular do funcionamento do sistema, ajudando a perceber melhor o conjunto de avaliações feitas pelos utentes. Essa relação satisfaz ou satisfaz muito em cerca de 74%. É em grande parte graças a esta boa relação que os Centros de Saúde obtêm uma avaliação globalmente positiva da parte dos utentes, metade dos quais considera os cuidados prestados bons e apenas 13% maus.

Verifica-se ainda que, embora quase todos os indicadores sejam avaliados positivamente, com excepção das esperas para a consulta e o atendimento, a relação com o médico é a melhor avaliada, seguido da enfermagem, das condições das instalações e do horário de funcionamento. No caso particular, mas significativo, dos cuidados infantis, a avaliação é também claramente positiva para mais de dois terços das mães.

No que diz respeito às consultas externas dos hospitais públicos, a avaliação dos cuidados prestados é positiva.

Figura 4 – 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

Quadro VIII - Avaliação global dos cuidados públicos de saúde (2001)

	Médico de Família/C.S.		Consultas Externas Hospitalares		Internamento		Serviços de Urgência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito satisfeito	119	8,8	23	4,2	29	9,0	35	3,4
Satisfeito	882	64,9	271	50,6	208	65,7	520	50,3
Indiferente	214	15,7	139	25,9	53	16,6	259	25,1
Insatisfeito	120	8,8	81	15,0	17	5,2	165	16,0
Muito insatisfeito	5	1,8	23	4,3	11	3,4	53	5,2
Total	1.377	100	551	100	320	100	1.070	100

Fonte: Villaverde Cabral e colaboradores. Saúde e doença em Portugal. 2002

O mesmo se passa com os cuidados prestados aos inquiridos que estiveram internados: perto de 74% de opiniões positivas. Por último, no que diz respeito às urgências, os níveis de satisfação também são altos (54% de avaliações positivas contra 21% negativas).

ESCOLHAS E DECISÕES INFORMADAS

No preâmbulo da Declaração Francesa dos Direitos do Homem (1789), põe ler-se que “a ignorância, o esquecimento e o desprezo dos direitos do homem são as únicas causas de infelicidade pública e corrupção dos governos”.

O défice de cidadania em saúde é um facto em Portugal. No entanto, muitas das razões que podemos apontar para este défice extrapolam o - já em si amplo - domínio da saúde.

Razões históricas condicionam os comportamentos dos cidadãos portugueses. De entre elas há a salientar a curta experiência de vida em democracia, pois só há pouco mais de 25 anos é que os portugueses têm acesso a formas mais solidárias de viver em sociedade.

Nestes poucos anos que se sucederam ao 25 de Abril de 1974, os cidadãos portugueses assistiram a enormes mudanças no sector da saúde. Em 2 de Abril de 1976, a Assembleia Constituinte aprovava a Constituição onde, pela primeira vez, se afirmava 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.

Muitas vezes o papel do Estado como provedor tem sido exercido em desfavor da sua responsabilidade de informar e promover escolhas informadas.

Por outro lado são frequentes também propostas de solução dos problemas de saúde centradas no direito de escolha de doentes sem se considerarem igualmente os mecanismos necessários para que essa escolha possa ser inteligente – baseada no conhecimento de qualidade/preço das alternativas disponíveis no curto prazo e das novas implicações a médio e longo prazo, proporcionados de uma forma precisa e perceptível por uma fonte independente dos interesses dos serviços envolvidos. No primeiro caso, o Estado que não informa e não permite escolhas, exclui, diminui o sentido de cidadania. Por outro lado, o direito de escolha, sem informação e representação adequadas, favorece a captura de um consumidor desprotegido por interesses alheios aos da sua saúde.

Quadro IX - A informação mínima e o *empowerment* do cidadão

Oferta de cuidados

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.

Desempenho das Unidades de Saúde

Produção das unidades de saúde em número de consultas, intervenções e urgências;
Publicitação das listas de espera (número de pessoas e tempos de espera) por cirurgia e consulta;
Indicação das taxas de cobertura dos centros de saúde e do número de cidadãos sem médico de família;
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;
Informação sobre modernização e racionalização das unidades de saúde.

Participação dos Cidadãos

Tipologia das reclamações nos serviços públicos de saúde e possibilidade de cada cidadão ter acesso à fase em que está a sua reclamação;
Possibilidade de cada cidadão ter acesso, pelo número de utente, à sua posição na lista de espera.

Informação Genérica aos Cidadãos

Doenças mais vulgares e em relação às quais há algum espaço de intervenção do cidadão para as evitar ou diminuir o seu impacto;
Sinais de risco e de alerta;
Plano de vacinação aprovado;
Medicamentos e farmácias;
Hábitos propiciadores de uma vida saudável.

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

Sobre a informação e administração pública parece ser exacto que: “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 talvez 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 IX, pode ser um bom ponto de partida.