



**IPBeja**

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE  
**Educação**

**3º Ano - Serviço Social**  
2009/2010

*UC: Dissertação*  
*Docente: Drª Ana Fernandes*

*17 de Junho de 2010*

***O Contributo das Políticas de Saúde em Portugal na promoção dos Direitos Humanos, mais concretamente, do direito à saúde***



**Discente:**  
- Sara Abreu, nº3966;

**Instituto Politécnico de Beja  
Escola Superior de Educação**

Curso de Serviço Social - 3º ano

UC: Dissertação

**O Contributo das Políticas de Saúde em Portugal na  
promoção dos Direitos Humanos, mais concretamente,  
do direito à saúde**

**Docente:** Dr<sup>a</sup> Ana Fernandes

**Discente:** Sara Abreu, nº3966

Beja, 17 de Junho de 2010





## Índice

Introdução .....	6
1. Saúde, Direitos Humanos, Necessidades Humanas Básicas e políticas de saúde, uma abordagem .....	14
2. O Sistema de saúde em Portugal: Evolução e tendências.....	21
3. Saúde como Direito Humano .....	32
3.1 - Saúde: Direito e Necessidade Humana, que relação? .....	35
4. A saúde na vertente social .....	37
5. O Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na área da Saúde e a importância da sua intervenção.....	38
Conclusão .....	43
Bibliografia.....	51

## Introdução

O tema da presente investigação prende-se com o **Contributo das Políticas de Saúde em Portugal na promoção dos Direitos Humanos, mais concretamente, do direito à saúde.**

Neste estudo pretendeu-se, não só perceber de que forma as Políticas de Saúde em Portugal garantem o Direito à mesma, como aprofundar o conceito de saúde associado ao bem-estar e não apenas à ausência de doença.

Considerou-se também a importância de salvaguardar a garantia deste direito uma vez que o mesmo representa uma condição necessária para adquirir direitos sociais e satisfazer necessidades Humanas Básicas. Como afirma a autora Potyara Pereira, baseada no estudo de Doyal e Gough, “para que as necessidades básicas sejam satisfeitas, tanto a saúde física como a autonomia têm que ser atendidas.” (Pereira, 2002: 69) Segundo este mesmo estudo a saúde poderá ser uma pré-condição para que os indivíduos tenham a possibilidade de participar na sociedade e serem sujeitos autónomos, capazes de tomar as suas próprias decisões. O facto desta pré-condição não se verificar poderá constituir um problema social e implica a luta pelo reconhecimento deste direito como ele se apresenta na Declaração dos Direitos Humanos. Foi portanto, com base em Potyara Pereira que se partiu do pressuposto que a saúde é um Direito Humano e uma Necessidade Humana Básica.

Pretendeu-se problematizar este tema de forma a aprofundar, conhecer e investigar em que medida as Políticas de Saúde em Portugal, contribuem para a garantia da saúde como Direito Humano. Sendo que, caso o direito à saúde não seja assegurado, se verifica também a falência de outros direitos.

Deste modo as **razões que se encontram subjacentes à escolha deste tema** são variadas.

Uma das motivações, mais de âmbito pessoal, prendeu-se com a curiosidade em perceber se as Políticas Sociais na área da saúde em Portugal proporcionam aos cidadãos o acesso à saúde, uma vez que esta é, não só, um Direito Humano, como também, uma Necessidade Humana Básica. Esta motivação foi gerada pela percepção da importância da saúde para que as pessoas possam viver uma vida com dignidade. Esta percepção surgiu da

análise da obra da autora Potyara Pereira, *Necessidades Humanas, Subsídios à crítica dos mínimos sociais* (2002), sendo esta autora o grande pilar que esteve na origem do surgimento deste tema, bem como um estudo recente de dois autores ingleses Len Doyal e Ian Gough mencionados pela mesma.

“Trata-se, portanto, de reconhecer que mesmo no plano das satisfações de necessidades físicas ou biológicas, a origem do homem, como saliente Marx, não está nem na natureza concebida abstractamente, nem na totalidade da sociedade (...) Tal origem está visceralmente ligada à praxis humana” (Pereira, 2002: 69)

Esta práxis não significa, nem se cinge apenas à prática humana, é muito mais que isso, “implica a acção e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.” (Freire, 2003: 67)

Assim, foi na tentativa de fazer este reconhecimento da origem do Homem, e de se aprofundar se, de facto, a saúde, sendo um direito Humano é, também, um factor condicionante para a acção do homem sobre o mundo e para a aquisição de outros direitos por parte dos indivíduos, que este estudo se desenvolveu. Pretendeu-se saber se a saúde é um elemento crucial para que os homens possam exercer a sua cidadania e ser livres, na medida em que a ausência de saúde pode conduzir também à ausência de liberdade. Refere a autora que é

“imperativo de se considerar a intencionalidade da ação humana como parte integral e intrínseca da sua essência e, por conseguinte, como parte constitutiva do básico necessário à sua existência”. (Pereira, 2002: 70)

No sentido de responder ao apelo da autora em relação à necessidade *imperativa* de fazer esta consideração acerca da intencionalidade humana, a investigação proposta pretendeu conhecer em que medida a saúde se encontra relacionada com todo este processo e com a práxis humana. Sendo fundamental contextualizar este processo e, portanto, considerar quais as possibilidades que são concedidas aos cidadãos, ao nível das Políticas de Saúde existentes em Portugal, para que estes sejam livres e participem socialmente na construção da sua própria vida. Como afirma Yamamoto citando Marx e Engels “o primeiro pressuposto de toda a existência humana e,

portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para fazer história.” (Iamamoto, 2003: 26)

Assim sendo, esta motivação pessoal acaba por ser também uma motivação académica, uma vez que, é fundamental o Serviço Social lutar pela garantia das necessidades Humanas Básicas e salvaguardar o respeito pelos Direitos Humanos.

De forma sucinta, uma das grandes motivações que despoletou a escolha deste tema foi a percepção da importância da saúde, para a valorização da vida e da dignidade Humana e, conseqüentemente, da necessidade de políticas que a promovam. Pois, se de facto, a falta de saúde pode provocar “sérios prejuízos<sup>1</sup> à vida material dos homens e à actuação destes como sujeitos.” (Pereira, 2002: 67), comprometendo a satisfação desta Necessidade Humana Básica, a ausência de Políticas Sociais que a promovam constitui um problema social grave.

Neste sentido e expostas as várias razões que se encontraram na origem da escolha do tema é perceptível que nesta escolha, baseada nas ideias expostas anteriormente, se encontra já implícita a pertinência do tema para o Serviço Social.

Contudo, num primeiro momento, com o propósito de justificar mais concretamente a **pertinência do tema para o Serviço Social** foi preponderante referir que a saúde, sendo um Direito Humano e uma Necessidade Humana Básica, deve ser assegurada a todas as pessoas que dela necessitem, e o Serviço Social deve contribuir para tal. Como disposto no artigo 1º, nº1, da Lei de Bases da Saúde, “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos. da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”

Sendo, de facto, a saúde um Direito e Necessidade Humana, deve ser assegurada pelo Sistema de Protecção Social. Neste sentido, o Serviço Social

---

<sup>1</sup> “Sérios prejuízos são impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objectiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação activa e crítica”. (Pereira, 2002: 67)

deve ter um papel preponderante na construção de Políticas Sociais a este nível, uma vez que o seu principal objectivo consiste na luta pelos Direitos Humanos e, conseqüentemente, na garantia das necessidades básicas dos indivíduos. Como afirma Paulo Netto

“As lutas daqueles que querem um mundo diferente, um mundo melhor, um mundo sem opressão, sem exploração e sem alienação, essas lutas têm futuro, e para esse futuro pode convergir a rota do Serviço Social.” (Netto, 2008).

Com base nesta citação podemos afirmar que só através destas lutas, procurando garantir aos cidadãos a satisfação de necessidades Humanas Básicas, podemos criar um mundo diferente. A autora Malainho refere também neste sentido que,

“Como Assistentes Sociais, não é nosso papel, passar a mensagem de concepções restritivas, (...). Temos sim, que apoiar a sociedade civil na luta a favor da universalidade de acesso ao atendimento e à cobertura social nas áreas da saúde, previdência, assistência, educação, habitação e trabalho.” (Malainho, 2003 :31)

Para que esta luta seja ainda maior e os indivíduos não sejam oprimidos devemos envolvê-los neste processo, concedendo-lhes a possibilidade de se expressarem livremente, de tomarem as suas próprias decisões e de terem uma participação social activa e consciente. Pereira afirma que “a oportunidade de participar implica que as pessoas tenham à sua disposição meios objectivos para exercerem papéis sociais significantes na sua vida social e na sua cultura.” (Pereira, 2002: 71). Como aborda Payne, as perspectivas anti-opressiva e anti-discriminatória defendem que “as estruturas e os traços comuns que surgem das presunções culturais” são uma parte bastante importante do comportamento pessoal não resultando, portanto a discriminação<sup>2</sup> “completamente e nem sequer principalmente, do prejuízo pessoal.” (Payne, 2002: 33)

Deste modo, para que as pessoas discriminadas possam participar socialmente, de forma a combater inclusivamente este fenómeno é importante

---

<sup>2</sup> “A discriminação significa identificar indivíduos e grupos com determinadas características e tratá-los menos bem do que as pessoas ou grupos com características convencionalmente valorizadas.” (Payne, 2002: 337)

que tenham meios objectivos para o fazer. Sendo que um destes meios objectivos poderá ser precisamente a saúde. Se assim for, o Serviço Social deve contribuir para que os indivíduos tenham condições de exercer o seu papel social. Neste sentido os “Assistentes Sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida.” (Iamamoto, 2003: 18)

Como refere Martinelli (2003) é da competência dos profissionais de Serviço Social lutar pelos direitos dos seus utentes e assegurar que as políticas de saúde sejam cumpridas e os Direitos Humanos assegurados. Como afirma a autora,

“A partir do lugar social em que atuam, e do patamar da política da saúde em que se encontram, os Assistentes Sociais participam das lutas mais gerais em defesa da concepção de seguridade social pública, democrática e de cobertura universal.” (Martinelli, 2003 : 12)

Não obstante, esta luta não é fácil e o trabalho que os Assistentes Sociais desenvolvem é bastante complexo, na medida em que os utentes que recorrem aos serviços de saúde têm, normalmente, contacto com um conjunto alargado de problemas sociais. Como afirma Iamamoto, citada por Olivar, “a matéria-prima do trabalho do Assistente Social encontra-se no âmbito da questão social em suas múltiplas manifestações.” (Olivar, 2008: 5) Assim, é importante considerar, como defende a autora, que os limites entre doença e exclusão social são cada vez mais ténues. Pois, a ausência de saúde condiciona diversos factores sociais, como os sociopolíticos, culturais e económicos conduzindo os indivíduos a possíveis situações de exclusão social.

Tendo presente este processo associado à falta de bem-estar físico, psíquico e social é preponderante que os Assistentes Sociais, reconheçam e lutem, juntamente com os sujeitos, pela garantia dos direitos de cidadania que lhes assistem. Esta interacção entre protecção social e direitos, contribui também para a construção da identidade do Serviço Social. Como refere a autora

“todos estes requisitos, entre si articulados e em permanente interacção, ancoram-se na premissa básica para o Serviço Social e fundamental para o trabalhador colectivo da saúde, que é a centralidade do humano, expressa no

reconhecimento da saúde como um direito humano básico de cidadania.”  
(Martinelli, 2003: 14)

Assim sendo, a questão seguinte constitui-se como a **questão de Partida** da investigação.

***De que forma as Políticas de Saúde em Portugal contribuem para a concretização do direito à saúde dos seus beneficiários?***

Tendo por base os pressupostos expostos anteriormente esta investigação teve por **objectivos**:

- Aprofundar os conceitos de saúde, políticas de saúde, Direitos Humanos, Bem-estar e o de necessidades humanas básicas.
- Conhecer a evolução das políticas de saúde em Portugal e as políticas de saúde actuais;
- Perceber em que medida as políticas de saúde em Portugal contribuem para a sua concretização enquanto Direito Humano;
- Compreender a relação existente entre saúde como Direito Humano e Necessidade Humana básica.
- Saber qual a importância do Serviço Social na garantia da saúde enquanto Direito Humano e na construção de Políticas Sociais que a promovam.

No que concerne à metodologia utilizada, primeiramente foi importante definir pesquisa, sendo que como refere Gil (1987) esta consiste no

“processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objectivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.” (Gil, 1987: 43)

Com vista a problematizar a questão - alvo de investigação foram utilizados procedimentos científicos, tais como a pesquisa e análise bibliográfica e documental. Como refere Saint-Georges, “não nos documentamos ao acaso, mas em função de uma investigação.” (Saint-Georges, 1997: 29)

O mesmo autor acrescenta, relativamente aos procedimentos de pesquisa que “os procedimentos na pesquisa científica referem-se à maneira

pela qual se conduz o estudo e, portanto, se obtêm os dados” (Saint-Georges, 1997: 15)

Neste sentido, em termos metodológicos, numa primeira fase, foi realizado o levantamento dos dados referentes à saúde: os conceitos que lhe estão subjacentes e a evolução do sistema de saúde em Portugal; a saúde enquanto Direito Humano e a sua relação com a satisfação das necessidades Humanas Básicas dos indivíduos; bem como a relação da saúde, com os factores de ordem social. Ou seja, como afirma Baptista

“A colecta de dados, em geral, inicia-se por uma aproximação preliminar exploratória que busca levantar informações que irão compor um primeiro quadro da situação geral.” (Baptista, 2000: 51)

A mesma autora acrescenta ainda, em relação a este primeiro quadro da situação, que a

“aproximação sucessiva, que dá acesso a dados básicos para o desencadeamento da pesquisa, detecta uma representação caótica do real - que ao mesmo tempo que evidencia, esconde nas suas relações concretas - não permitindo, imediatamente, a percepção da sua racionalidade.” (Baptista, 2001: 57)

Ou seja, os dados recolhidos na fase inicial da pesquisa permitem apenas realizar uma primeira aproximação ao objecto, que se apresenta distante do real e pouco explícita, sendo portanto necessário, posteriormente, realizar uma análise mais detalhada à informação recolhida, trabalhando as perspectivas dos diversos autores em relação à saúde e aos Direitos Humanos. Esta análise permitiu progressivamente conhecer o objecto e a realidade concreta que o caracteriza, ou seja, a saúde enquanto Direito Humano e os seus determinantes a nível social.

Na investigação pretendeu-se analisar as teorias referentes a esta problemática, de forma a apreender o que se pretendia estudar. Como afirma Baptista,

“apoiam-se, basicamente, numa teoria sobre o ser social e no conhecimento já constituído da realidade - o qual será tanto mais abstracto quanto mais imediata for a sua apreensão.” (Baptista, 2001: 58)

Um outro aspecto crucial a considerar, e que está presente nesta investigação, não sendo portanto descurado, relacionou-se com a necessidade de separar a informação importante daquela que se podia dispensar, através da análise aos dados e das teorias recolhidas.

Miryam Veras Baptista refere, relativamente a este aspecto que, com esta primeira aproximação se deve procurar,

“apropriar factos que pareçam estranhos à primeira vista, eliminar outros que não se mostrem significativos no decorrer da análise, até chegar a uma proposição estrutural que permita a compreensão e a explicitação de um conjunto coerente de factos, de modo a que se possa identificar, conhecer e transformar o objecto.” (Baptista, 2001: 59)

Assim, a análise dos elementos recolhidos relativamente à saúde, reportou-se à compreensão e explicitação da saúde enquanto Direito Humano e, conseqüentemente, as suas conseqüências na satisfação das necessidades Humanas Básicas dos indivíduos. Esta apreensão permitiu formar uma primeira noção do tema

“formar uma ideia mais precisa dos domínios que o problema aflora e descobrir um certo número de temas que decompõem o assunto central e que irão orientar as primeiras diligências.” (Saint Georges, 1997: 33)

A formulação desta ideia mais precisa acerca do objecto apresentou-se como um desafio neste momento da investigação, uma vez que o que se pretendia era organizar dados “a partir de um processo compreensivo, em estruturas tão significativas quanto possível.”, (Saint Georges, 1997: 59) o que se revelou uma tarefa complexa. Pois como afirma Baptista,

“A superação dos problemas da pesquisa não se limita ao desvelamento dos nexos entre os factos, mas implica a reconstrução do real tendo por base categorias compreensivas e explicativas.” (Baptista, 2001: 73)

Importa por fim referir, relativamente à pesquisa bibliográfica que, o facto de se ter recolhido e consultado fontes especializadas, permitiu que se realizasse uma análise reflexiva tendo em consideração aspectos que inicialmente não tinham sido pensados.

Quanto à **explicitação da estrutura do documento**, num primeiro momento, foi necessário abordar e esclarecer alguns conceitos subjacentes ao

tema de forma a aprofundar o conhecimento acerca do mesmo e adquirir conhecimentos científicos que permitam começar por realizar uma ruptura com as ideias provenientes do sendo comum acerca de cada um dos conceitos. Deste modo, foram abordados os conceitos de saúde, bem-estar, necessidades humanas básicas, Direitos Humanos e Políticas sociais.

Num segundo ponto e no âmbito das Políticas de Saúde em Portugal, foi preponderante analisar a evolução e as tendências do sistema de saúde nacional, de forma a compreender a evolução destas políticas ao longo dos anos e se as mesmas contribuem para a concretização da saúde enquanto direito Humano, sendo esta a grande questão colocada nesta investigação.

Neste sentido, num terceiro momento realizou-se um reconhecimento da saúde enquanto direito, referindo todos os aspectos subjacentes aos direitos Humanos que devem ser salvaguardados e garantidos, também com o contributo dos Assistentes Sociais. Neste ponto abordou-se, também, a relação intrínseca entre saúde como direito humano e saúde como necessidade humana básica, de forma a conhecer a importância da saúde na vida das pessoas e de que forma esta importância é realçada enquanto direito Humano.

Pretendeu-se, também, compreender, no quarto ponto, a saúde numa vertente social. Ou seja, conhecer os factores sociais que condicionam o estado de saúde e de bem-estar dos utentes, e perspectivar de que forma a ausência de saúde se repercute a nível social, na vida das pessoas.

Por fim, abordaram-se as condições em que os profissionais de Serviço Social exercem a sua prática na área da saúde, referindo também a importância da sua intervenção, não só na garantia da saúde enquanto direito como na construção de políticas que a promovam.

Como último ponto foi elaborada a conclusão do trabalho de dissertação na qual forma traçadas linhas retrospectivas dos principais conteúdos abordados, bem como, foi formulada uma resposta à questão de partida norteadora de todo o processo de investigação.

## **1. Saúde, Direitos Humanos, Necessidades Humanas Básicas e políticas de saúde, uma abordagem**

### **Abordagem ao conceito de Saúde**

O primeiro conceito a definir foi o de saúde, uma vez que se verificou a importância da sua compreensão, bem como do conhecimento de outros conceitos que lhe estão subjacentes. Desta forma, “Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo - funcional dos organismos vivos (*sanidade*).” (Conselho Federal de Medicina, 2004)

De forma mais aprofundada pretendeu-se chegar a uma definição o mais precisa possível de saúde, apesar da constatação de que esta definição tem evoluído e sido perspectivada de distintas formas, pois, “por um lado ela é definida negativamente como a ausência de doença e por outro, ela é definida positivamente, como a capacidade de adaptação e bem-estar.” (Alves, 2001: 23) Na maioria dos artigos e obras científicas, os autores adoptam a definição da Organização Mundial da Saúde que perspectiva a doença não apenas como a ausência de doença ou de algum tipo de distúrbio biológico, “mas antes como um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social” (Alves, 2001: 23). Esta perspectiva deriva do facto da doença não afectar apenas uma parte específica do indivíduo, mas o seu todo. Ou seja, a doença não afecta somente o indivíduo como se estende também à família bem como aos seus grupos de pertença. Deste modo

“o tratamento da doença não pode circunscrever-se à supressão da sintomatologia nem ao indivíduo doente, mas também ao contexto familiar, social, laboral entre outros em que a pessoa doente se insere e se desenvolve” (Alves, 2001: 23)

Neste sentido, importa referir que a problematização dos conceitos de doença e de saúde, tem-se debruçado, maioritariamente entre duas abordagens distintas: a abordagem funcionalista e a abordagem marxista da saúde. Estas foram clarificadas, para que fique explícito o fundamento desta investigação, que se justifica não só pela abordagem que será adoptada como também pela abordagem que se considera incompleta e limitada.

No que respeita à abordagem funcionalista o autor que mais se dedicou à problemática da saúde foi Talcott Parsons. Este analisa a sociedade como sendo um sistema social, que deve manter o seu equilíbrio. Assim, “ênfatisa a disfuncionalidade para o sistema social que um nível de saúde geral baixo e

uma incidência de doença muito elevada origina”. (Alves, 2001: 23). Com base nesta perspectiva considera que

“a saúde é um pré-requisito para a manutenção desse mesmo sistema social, pois só com a saúde os indivíduos podem efectivamente desempenhar os papéis para os quais foram socializados.” (Alves, 2001: 23).

A abordagem marxista parte da análise da definição de saúde, que predomina nas sociedades capitalistas ocidentais, assente na capacidade demonstrada pelos indivíduos para desempenharem os papéis socialmente aceites. Deste modo, a abordagem marxista crítica esta análise argumentando que é apenas parcial na medida em que

“não considera os aspectos intrínsecos à dinâmica social no seu todo, e acusam-na por servir os interesses dos proprietários dos meios de produção e não se apresentar congruente com as necessidades da força de trabalho.” (Alves, 2001: 2324)

Ou seja, esta abordagem crítica a ênfase concedida aos factores biológicos, que despoletam doença ou saúde, descurando os factores sociais, considerados pelos marxistas também originadores de saúde.

Tendo em consideração os pressupostos de cada uma destas abordagens, pôde-se afirmar que os funcionalistas definem saúde com base no modelo médico, “assumindo que se trata da definição de saúde (universal) porque é aceite por todos.” (Alves, 2001: 23) A abordagem marxista crítica a anterior considerando a definição apresentada parcial “na perspetivação do problema e chamando a atenção para outros níveis de análise, nomeadamente a importância dos factores sociais e do meio para a definição de saúde.” (Alves, 2001: 23)

Foi, portanto, tendo em consideração o conceito de saúde associado ao bem-estar físico, social e psicológico e a abordagem marxista da saúde, que se justificou a pertinência da escolha do tema. Pois, como referido, a saúde encontra-se associada a factores sociais e do meio sobre os quais os Assistentes Sociais devem intervir e, necessariamente, investigar.

Como refere Werneck, citando o Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde, a saúde é concebida como

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstracto. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas.” (Werneck, 2008: 2)

Assumiu-se assim, tal como na abordagem marxista, uma crítica à abordagem funcionalista que não tem em consideração o todo do sujeito, cingindo-se a uma análise individual, descurando factores envolventes que compõem o todo social em que este se insere e que o condicionam.

### **Bem-estar**

Sendo que o conceito de bem-estar se encontra implícito na própria definição de saúde demonstrou-se importante defini-lo de forma a perceber os factores intrínsecos à saúde.

O Conselho Federal de Medicina do Brasil (2004) considera neste sentido que

“O primeiro significado de bem-estar pode ser a noção subjectiva de sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Aí, bem-estar significa sentir-se bem e não apenas não se sentir mal. Mas bem-estar também significa condição de satisfação das necessidades (conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais). Nos seres humanos, implica a satisfação das necessidades biológicas, o bem-estar físico; das necessidades psicológicas, o bem-estar mental; e das necessidades sociais, o bem-estar social. E não apenas satisfeitas todas essas necessidades, mas perfeitamente (ou completamente) atendidas, como explicita a OMS.”<sup>3</sup>

De forma mais sintetizada, Ezequiel Ander-Egg define bem-estar como o “Estado que alcanza y experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible con la dignidad humana.” (Ander-Egg, 1995: 47)

---

<sup>3</sup> <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#> - consultado em 22 de março de 2010

Desta forma, se a saúde é definida como um estado completo de bem-estar, supõe-se que, os indivíduos, para terem saúde, necessitam que as suas necessidades humanas básicas estejam asseguradas. Pois, como refere o autor Ander-Egg na citação anteriormente exposta, o indivíduo só atinge ou experimenta um estado de bem-estar compatível com a dignidade humana quando as suas necessidades se encontram satisfeitas.

### **Necessidades Humanas Básicas**

Com base no que foi exposto anteriormente também o conceito de *Necessidades Humanas Básicas* demonstrou a sua relevância, sendo fundamental defini-lo. Neste sentido, a autora Pereira afirma que este termo “tem uma conotação tão ampla, relativa e genérica, que fica difícil identificar os conteúdos, contornos e particularidades desse conceito.” (Pereira, 2002: 38)

Contudo apesar do termo ser relativo e genérico, como refere a autora, pode-se constatar que as necessidades humanas são frequentemente consideradas como

“falta ou privação de algo (tangível ou intangível); preferência por determinado bem ou serviço em relação a outro ou a outros; desejo, de quem psicologicamente se sente carente de alguma coisa; (...); demanda, como procura por satisfação econômica, social ou psicológica de alguma carência.” (Pereira, 2002: 40)

Neste âmbito, as necessidades humanas são consideradas objectivas e universais, sendo importante ponderar estas características. Estas são

“objectivas porque a sua especificação teórica e empírica independe de preferências individuais. E são universais, porque a concepção de sérios prejuízos, decorrentes da sua não-satisfação adequada, é a mesma para todo indivíduo, em qualquer cultura.” (Pereira, 2002: 68)

### **Direitos Humanos**

Realizou-se, também uma abordagem ao conceito de Direitos Humanos, uma vez que se pretendeu saber, com esta investigação, em que medida as políticas de saúde em Portugal promovem a saúde enquanto Direito Humano.

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu Direitos Humanos, em 1987, “em termos gerais, como aqueles direitos que são inerentes à nossa natureza e sem os quais não podemos viver como seres humanos.” (ONU, 1999; 19)

Acrescentando ainda que,

“Os Direitos Humanos são universais e aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação. O respeito pelos direitos dos indivíduos tem de ser garantido em todas as ocasiões, independentemente das circunstâncias ou dos sistemas políticos.” (ONU, 1999: 20)

Ou seja, ao nível das políticas de saúde em Portugal dever-se-ia garantir o direito à saúde, independentemente do sistema político instituído, uma vez que este é um direito universal. Esta investigação teve, também, o propósito de perceber através da evolução das políticas de saúde, se, efectivamente este facto se verifica na sociedade portuguesa. Pois,

“O respeito pela vida é condição sine qua non para o desenvolvimento de todo o trabalho relacionado com os Direitos Humanos (...) A saúde física é um aspecto importante do valor e da qualidade de vida.” (ONU, 1999: 27)

Esta qualidade de vida que é imprescindível para a verificação da dignidade humana e da protecção do ser Humano.

### **Abordagem ao conceito de Políticas Sociais e Políticas de Saúde**

Num âmbito geral,

“entende-se por política as decisões de carácter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planeamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos.” (Ministério da saúde brasileiro, 1998:6)

Relativamente ao conceito de política social, como defendem diversos autores, devem-se considerar diferentes abordagens históricas. Pois, como afirma Faleiros,

“A análise da política social não pode ser colocada em termos de um esquematismo rígido, de leis imutáveis, como se a realidade se desenvolvesse segundo um modelo teórico ideal. Se há campo onde se torna necessário

considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura é o da política social.” (Faleiros, 1983:55)

Não obstante, Silva Leal afirma que, apesar de todas as abordagens históricas que se possam ter observado,

“a expressão de política social continua a estar muito intimamente associada à acção do Estado e à posição que ele assume perante a vida económica e social.” (Leal, 1969:21)

Potyara Pereira acrescenta que a política social expressa na acção do Estado é uma

“espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social , por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros. (Pereira, 2002: 16)

Silva Leal refere ainda que, depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos

“a política social passou a ser considerada como uma actuação ao serviço do desenvolvimento e a ter, portanto, como objectivo a realização plena do homem.” (Leal, 1969:23)

Deste modo, foi importante ter presente as políticas de saúde existentes para fazer face às necessidades dos utentes e da população em geral. Com base na perspectiva de Leal, pode-se afirmar que as políticas sociais se encontram ligadas à acção do Estado e têm como objectivo a plena realização do homem. Assim sendo, a saúde é uma área que merece uma certa atenção na medida em que, caso se verifique a sua ausência, o objectivo para o qual as restantes políticas são criadas não se pode ver cumprido, pois não existindo saúde, o homem não se pode realizar plenamente, estando impedido inclusivamente de viver.

Assim, deve-se não só analisar as políticas de saúde existentes como também criar novas políticas de saúde que contribuam para o bem-estar dos utentes e para a plena realização do homem. E esta é, uma tarefa que o Assistente Social deve assumir. Como afirma Vasconcelos,

“É na crítica e superação da forma como a atenção à saúde esta sendo pensada e conduzida pelo poder público e usufruída pelo cidadão de direitos

que os assistentes sociais alcançam seu objeto de trabalho. Na dificuldade de identificar o que é exigido pela realidade, nega-se a “questão social”, objeto de trabalho dos assistentes sociais.” (Vasconcelos, 2002: 434)

## 2. O Sistema de saúde em Portugal: Evolução e tendências

Em primeiro lugar foi preponderante perceber a evolução do sistema de saúde, em Portugal, de forma a perceber em que medida o direito à saúde tem sido assegurado e se tem manifestado na sociedade portuguesa.

Assim sendo, verificou-se, em traços gerais, que do século XV até ao início do século XX, não só ao nível da saúde como também ao nível da protecção social não se observaram mudanças significativas.

Como afirma Fernando Maia

“a assistência social em Portugal, até ao século XIX apenas pôde contar com as iniciativas particulares das Misericórdias e outras instituições de protecção social de forte inspiração religiosa.” (Maia, 1985: 4).

Neste sentido, também no que respeita aos serviços de saúde e à sua prestação pouco ou nada se alterou, para além de alguns aspectos higieno-sanitários e da criação das autoridades sanitárias, no decorrer do século XVIII e XIX. Como refere Alcina Martins,

“Destacam-se neste período estudos sobre as doenças infecciosas (...); os progressos que se alcançam no ensino e expansão das noções de higiene e prática da sanidade e a criação do Instituto bacteriológico.” (Martins, 1999: 51)

Neste sentido, a reforma que operou em 1899 e 1901, manteve-se nestas bases e não foram considerados os problemas de “assistência médica” à população, com excepção dos pobres e dos indigentes, que de forma gratuita tinham direito à assistência que lhes deveria ser prestada pelas autarquias ou pelas entidades benévolas de caridade, como era o caso das Misericórdias.

Ou seja, como afirma Fernando Maia,

“a par da persistência dos simples impulsos de beneficência, individual, traduzidos em actos isolados e acidentais de mero «auxílio aos pobres», foram-se multiplicando, até aos finais do século XV, sob inspiração dos valores subjacentes ao «espírito da caridade cristã», as instituições de protecção social

destinadas a remediar paliativamente situações de carência económica.”  
(Maia, 1985: 1)

Em 1898 realizou-se um Congresso Nacional, um ano antes da criação da Liga Nacional contra a Tuberculose, onde se estabeleceram ligações entre a tuberculose, as condições de vida das populações e os sectores mais pobres. Deste modo, a sanatorização assinalou, como refere Martins, nos diversos países,

“a evolução progressiva da assistência filantrópica baseada na caridade individual, actuando por dever moral de Humanidade, na assistência social baseada na ideia de previdência, e concebendo-se a protecção como um direito conquistado pela cooperação dos interessados.” (Martins, 1999: 53)

Propõem-se então, como resultado deste congresso, entre outras medidas, a criação de sanatórios populares, “visando o pauperismo, a luta contra a habitação insalubre, a melhoria da alimentação das classes trabalhadoras e das condições de trabalho.” (Martins, 1999: 53)

Em 1901 é publicado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública. Neste âmbito, competia aos serviços centrais de beneficência, entre outros aspectos, “fomentar uma caridade guiada pelos interesses sociais e económicos e tutelarmente protegida pelo Estado.” (Martins, 1999: 94)

Deste modo, a assistência em Portugal manteve-se com carácter caritativo e apenas para os indigentes e os pobres.

Os republicanos deram alguns contributos que nunca chegaram a ser executados na realidade. Pois, como refere Fernando Maia, “Ao longo desse período o alcance das medidas tomadas desde os primeiros tempos da República ficou sempre aquém do desejável.” (Maia, 1985: 5)

Contudo, nesta conjuntura, como afirma Alcina Martins, “as propostas dos higienistas e adeptos da Medicina Social para higienizar a vida social ganham uma outra relevância, face à extensão do problema.” (Martins, 1999: 64)

Um dos exemplos a referir é o de Miguel Bombarda que considerava necessário relativamente aos cuidados de Saúde realizar uma intervenção que actuasse também sobre as causas dos problemas e não apenas sobre as suas

consequências, uma vez que, o que se realizava, era apenas o tratamento aos tísicos e aqueles que tinham doenças infecciosas. Referia, neste sentido, que “é preciso atacar o problema no que ele tem de mas vivo.” (Martins, 1999: 54) Sidónio Pais, enquanto Presidente da República em 1918, “implementa um conjunto de medidas tendentes à melhoria das condições de vida dos operários” (Martins, 1999: 64) atingidos pelas doenças infecciosas e pelas pestes.

Passada a primeira República e instaurada a ditadura em Portugal, em Outubro de 1926, o higienista Ricardo Jorge procede à reorganização geral dos serviços de Saúde Pública. (Martins, 1999) Assim, reconhece-se no preâmbulo do Decreto nº 12 477 de 1926 que “em matéria de higiene pública, Portugal está em «considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional»” (Martins, 1999: 68, 69). Desta forma, não era apenas a não satisfação das necessidades humanas dos cidadãos que os levavam à morbilidade que estava em causa, mas, também, as “conveniências materiais e morais da nação”.

Por estes motivos revelava-se imperativa a reorganização dos serviços em Portugal. Pois, até à década de 30 o Estado não teve qualquer intervenção na saúde e apenas assegurava uma protecção mínima às pessoas que se encontravam numa situação de pauperismo ou indigência.

Assim, até 1945 assiste-se à legitimação do princípio baseado numa intervenção supletiva por parte do Estado e das autarquias às iniciativas particulares que apenas satisfaziam as necessidades primordiais da população, pois em 1944 foi aprovado o primeiro Estatuto de Assistência Social que permitiria uma reorganização dos serviços Públicos. Como defende Maia, este “apontava claramente para uma função supletiva do Estado na prestação directa da assistência, reservando para si a função orientadora, promotor, tutelar e de inspecção das actividades assistenciais. Tratava-se de afirmar que estas actividades deviam, em regra, ser cometidas à responsabilidade e iniciativas particulares.” (Maia, 1985: 5)

Segundo Maia (1985) através de uma apreciação acerca deste Estatuto poder-se-ia verificar que se manteve constante a insuficiência dos níveis de protecção social de raiz assistencial, o princípio de universalidade apregoad

não de efectivou, persistiu uma acentuada dispersão entre serviços e permaneceram descoordenadas as actividades de assistência social com as de previdência.

Ao nível das actividades principais de saúde constatou-se a importância da criação de planeamento e programação, bem como de uma administração eficiente, uma vez que se verificou uma descoordenação deste tipo de actividades. Como refere Sónia Abreu,

“Só no começo da década de 40 é que o Estado Novo inicia a separação das actividades preventivas das curativas e se verifica a edificação de grandes hospitais, a reorganização das maternidades e se concedem subsídios às Misericórdias para a prestação de serviços.” (Abreu, 2003: 13 e 14)

Assim, foi com base nas mudanças sociais e políticas ocorridas e com as políticas adoptadas no período de pós-guerra que se criou a previdência, inspirada no modelo de segurança social de Bismark (1893), alemão, com um atraso, portanto de 50 anos.

Em 1945, são criados, os institutos de organização vertical para doenças infecciosas, a Direcção Geral de Saúde, os Serviços executivos independentes, através do Decreto-Lei nº35108 de 7 de Novembro, sob a alçada de Trigo de Negreiros. Esta fase até 1945 foi considerada por Machado, citado por Abreu, uma fase “caritativo - corporativista” (Abreu, 2003: 14)

Em 1958 é criado o Ministério da Saúde e Assistência (Dec.- Lei nº 40825 de 13 de Agosto), apesar de se manter a orientação das estruturas sanitárias e a ausência de uma direcção única para os serviços de saúde e assistência.

Nos anos 60 verificou-se uma alteração da situação económica e social devido à emigração crescente para a Europa e também devido ao início da guerra colonial. Deste modo, como refere a autora Sónia Abreu “A previdência assume progressivamente a direcção das responsabilidades da prestação de cuidados curativos aos seus beneficiários, criando em 1966 os Serviços Médico-Sociais.” (Abreu, 2003: 14)

Neste âmbito, Gonçalves e Costa, citados por Abreu (2003), referem que o período compreendido entre 1945 e 1971 foi denominado de fase assistencial, mantendo uma filosofia de acção baseada na caridade.

Como afirma Fernando Maia, “o avolumar das consequências negativas de todo este condicionalismo viria a impor a necessidade de nova organização dos serviços do então Ministério da Saúde e Assistência, nos começos dos anos setenta, mais precisamente em 1971.” (Maia, 1985: 3)

Assim no período relativo aos anos 70 importa considerar esta reforma de 1971, onde vigorou uma outra filosofia também relativamente à saúde, onde se pretende universalizar este tipo de cuidados. Como refere Maia,

“a filosofia que lhe está subjacente tende a traduzir uma intenção de ultrapassagem de cunho fortemente paternalista da protecção social que sempre se fez prevalecer nos diplomas anteriores (...) Reconhece-se «, para além da mera função curativa, a prevalência das funções preventiva, promocial e de desenvolvimento da acção social” (Maia, 1985: 10)

Esta reforma ocorreu em plena era Marcelista e enfatiza o eixo do sistema de cuidados essenciais. Como refere Carapinheiro e Pinto, citados por Abreu

“O Dec.-Lei 413/71 de 27 de Setembro inaugura uma nova filosofia de protecção da saúde, apelando à intensificação das actividades de saúde pública, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações, através de uma melhor integração dos serviços públicos, não dispensando contudo a iniciativa de instituições particulares.” (Abreu, 2003: 15)

Teve também como propósito a promoção integração funcional de serviços que se apresentavam dispersos, bem como a universalização de cuidados, onde foi reconhecido o direito à saúde a toda a população. Fernando Maia refere também que esta medida tinha como objectivo “atender à instantaneidade de intensificação e desenvolvimento das actividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização” (Maia, 1985: 3), mediante a integração dos serviços, já referidos anteriormente por Alcina Martins.

Começa assim, como refere Gonçalves e Costa, citados por Abreu, a fase sanitaria em que “a intervenção do Estado deixa de ser supletiva para ser responsável pela política de saúde, bem como pela sua execução.” (Abreu, 2003: 15)

Em 1973 o Ministério da Saúde e as actividades da saúde foram separadas da assistência. Desta forma, o Estado Português considera a saúde e a segurança social como dois domínios autónomos.

Depois do 25 de 1974 em Portugal, como refere Carapinheiro e Pinto, citados por Abreu, “a análise do Sistema de Saúde em Portugal centra-se no contexto histórico das mudanças estruturais introduzidas pela Revolução de 25 de Abril de 1974” (Abreu, 2003: 16) Durante este período e devido à evolução político-social verificou-se uma alteração do sistema através de movimentos de universalização, nacionalização, e também no tipo financiamento e organização, bem como na movimentação social.

Passados dois anos da Constituição de 1976, o Ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut, prepara a Lei de Bases que posteriormente daria origem ao Sistema Nacional de Saúde.

Bravo afirma neste sentido que,

“A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da constituição democrática de 1976 – convocada após o processo revolucionário de 1974, conhecido como Revolução dos cravos, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que garante a gratuidade dos serviços.” (Bravo, 2008, 1)

Assim, em 15 de Setembro de 1979 é publicada a Lei nº 56/79, que se apresenta sob a forma jurídica de Lei de Bases. Neste sentido, Ferreira, citado por Abreu, define a Lei de Bases ou o Estatuto de Saúde como a “medida legislativa que estabelece as bases regulatórias da forma como os problemas de saúde são resolvidos pela sociedade, nos aspectos políticos e técnicos.” (Abreu, 2003: 19)

Durante os anos 80 desenvolveu-se um novo modelo de sistema de saúde, que se foi delimitando progressivamente no decorrer desta década, terminando na aprovação da nova Lei de Bases no ano de 1990. Assim, em 1989, como refere Abreu “a revisão constitucional altera a expressão gratuidade do Serviço Nacional de Saúde, substituindo-a por tendencialmente gratuito.” (Abreu, 2003: 20) Acrescentando Bravo, citando Arnaut, que, “em Portugal, (...) há uma alteração (...) com a reforma constitucional de 1989 que tem por objectivo a cobrança de «taxas moderadoras» aos serviços de saúde.” (Bravo, 2008, 1)

Em 1990 foi, portanto, aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) que se faz presente até hoje na política de saúde, sendo regulamentada três anos depois pelo Decreto-Lei 11/93.

“Em Portugal, as principais alterações no Sistema Nacional de Saúde são: responsabilidade conjunta pela saúde, ou seja, dos cidadãos, da sociedade e do Estado (antes era principalmente do Estado); criação segura saúde; estabelecimento de taxas moderadoras a serem cobradas pelo SNS e a flexibilização da gestão dos serviços podendo ser desenvolvida por meio de convénios e cooperativas médicas através da prestação de serviços privados no setor público.” (Bravo, 2008, 2)

Assim sendo, a gestão dos serviços de saúde em Portugal tornou-se um tema central a partir dos anos 90. Como refere Bravo,

“o debate acerca das Reformas do Estado, ou contra-reformas como afirmam alguns autores tem relação com o fenómeno de globalização e/ou mundilaização quando se observa um movimento de acelerada expansão do capital financeiro e da universalização de mercados que ocorre a partir dos anos 70 em consequência da crise do capitalismo monopolista.” (Bravo, 2008: 3)

Deste modo, as transformações ocorridas relativas às responsabilidades do Estado conduziram a um corte de direitos sociais e repercutiram-se ao nível das políticas de saúde. Pois, “a partir dos anos 1980, observa-se uma tendência de «reformas» no setor saúde em vários países, em geral relacionadas à reformulação dos sistemas de proteção social.” (Bravo, 2008: 5)

Neste âmbito Rosa (2006) refere que o direito à saúde é um dos direitos dos portugueses que mais tem sido atacado pelos grandes grupos económicos, sendo este um direito consagrado como tendencialmente gratuito. Este mesmo autor, citado por Bravo, afirma que na “reforma do início da década de 1990 já havia sido inscrito a possibilidade da gestão dos serviços de saúde para o setor privado, por meio de contrato de gestão.” (Bravo, 2008: 5)

Esta gestão tem por base a lógica de mercado dominante na sociedade capitalista o que gera e produz desigualdades ao nível do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. A autora Souza afirma, portanto, que

“No setor saúde, a imposição da lógica do mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela dos consumidores de

serviços de saúde. Este novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas como privadas.” (Souza, 2008: 1)

Deste modo, acrescenta Silva, citada por Souza uma consideração importante a este respeito.

“Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho económico, a direção das ações de saúde assume uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais.” (Souza, 2008: 1)

Não obstante, a lei de bases pela qual se rege o sistema de saúde, lei nº 48/90 de 21 de Agosto, no seu ponto IV, nº 1 refere que “O sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde”.

Neste âmbito, actualmente, as medidas que vigoram encontram-se presentes no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que teve e tem como grande objectivo criar e estabelecer estratégias para obter mais saúde para todos. Segundo este plano importa considerar duas estratégias: “centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença.” (PNS, 2004-2010: 54)

Relativamente à intervenção centrada na família e o ciclo de vida verificou-se que tem adquirido “cada vez mais favorecimento, particularmente em relação aos estilos de vida e aos problemas de origem social.” (PNS, 2004-2010: 54)

No que concerne às estratégias concretas para a gestão da mudança considerou-se que para que estas se demonstrem eficientes “é necessário promover mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização.” (PNS, 2004-2010: 64) Para tal existem orientações estratégicas baseadas em três perspectivas: “centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar o sistema de saúde.” (PNS, 2004-2010: 64) Estas três perspectivas foram abordadas separadamente de forma a perceber em que consiste cada uma delas, segundo o plano Nacional de saúde (2004-2010).

Quadro nº 1 – Três perspectivas para a mudança do SNS

<b>Mudança centrada no cidadão</b>	<b>Capacitar o Sistema de saúde para a inovação</b>	<b>Reorientar o Sistema de Saúde</b>
<p>Esta perspectiva percepciona a equidade “como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde”, sendo portanto “essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão e o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular.” (PNS, 2004-2010: 64)</p> <p>Este aspecto é muito importante e também requer uma intervenção do profissional de Serviço Social. Como afirma Vasconcelos, “Os assistentes sociais têm a possibilidade de potenciar a</p>	<p>Como refere o Plano Nacional de Saúde, “a capacitação do sistema para a inovação passa pela definição e adequação de uma política de recursos humanos, pela gestão da informação e do conhecimento, pelo incentivo da investigação e desenvolvimento em saúde e pela valorização da participação do sector da saúde nos fóruns internacionais.” (PNS, 2004-2010: 67)</p> <p>Relativamente À política de recursos Humanos esta deve ser abordada tendo em consideração a valorização das pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações. Esta política é importante e não pode ser descurada na medida em que consiste numa “declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir ao Sector da Saúde a capacidade de resposta necessária à satisfação das expectativas de saúde da população e, dentro do possível, das expectativas das pessoas que trabalham neste sector.” (PNS, 2004-2010: 69) Este plano refere, neste sentido, que em Portugal ainda não existiu uma política</p>	<p>Relativamente a esta perspectiva, os princípios lhe estão subjacente prendem-se com “o providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.”, (PNS, 2004-2010: 77) devendo investir-se nestes aspectos ao nível do sistema de saúde. Assim, para que estes princípios possam ser cumpridos “a mudança prevista deverá focar, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados</p>

<p>participação social, a organização e capacitação dos usuários com vista ao controle social da política de saúde e dos serviços prestados” (Vasconcelos, 2002: 432)</p> <p>No entanto, é possível verificar que em Portugal, relativamente aos serviços de saúde “a garantia do acesso, passa, por vezes, por uma sistematização dos cuidados, que parece limitativa das opções de escolha do cidadão.” (PNS, 2004-2010: 64)</p>	<p>de recursos humanos nem nenhum pensamento estratégico para a adquirir.</p> <p>No que concerne à gestão da informação e do conhecimento deve-se considerar, segundo o plano nacional de saúde “organizações de saúde (capital estrutural), recursos humanos (capital humano) e utentes (capital de cidadãos).” Sendo que “é na interacção destes três elementos que se cria conhecimento, (PNS, 2004-2010: 69) com base não só na informação armazenada e partilhada no sistema de informação do capital estrutural (“<i>knowledge tools</i>”), mas também nos conhecimentos prévios tanto dos cidadãos como dos recursos humanos das organizações de saúde”, pois, “o conhecimento só existe no ser humano, para por ele ser utilizado.” (PNS, 2004-2010: 70) Não obstante, no sistema de saúde português não tem existido uma forte componente do conhecimento científico.</p>	<p>secundários, a rede de cuidados continuados e terminais e a política do medicamento.” (PNS, 2004-2010: 77)</p>
--	--	---

Expostas estas três perspectivas apresentadas pelo Plano Nacional de saúde (PNS) importa salientar em relação às mudanças centradas no cidadão e nas suas opções de escolha que existe uma “falta de informação validada, isenta e pertinente ao cidadão.” (PNS, 2004-2010: 98) uma vez que, como aponta este plano “a liberdade de escolha tem vindo a ser cerceada por um conjunto de condicionantes e imposições, nomeadamente, no que respeita a experiências de gestão que vedam o recurso a agentes do sector privado, criando um problema de Listas de Espera em sectores outrora eficientes.”

(PNS, 2004-2010: 98) E, também, “se verifica a ausência de informação disponível e adequada, assente em critérios objectivos, que permitam escolhas esclarecidas.” (PNS, 2004-2010: 99) Neste âmbito demonstrou-se necessário aumentar o acesso a uma informação válida e esclarecedora de forma a aumentar, conseqüentemente, a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de saúde. Ainda assim, ao estabelecer este aspecto como uma meta, o Plano Nacional de Saúde, acaba por referir que deve ser respeitada a liberdade de escolha do cidadão “bem como a qualidade em que e como os serviços são prestados”, desde que “não comprometa o funcionamento eficiente do SNS como um todo.” (PNS, 2004-2010: 99)

Relativamente à participação do cidadão no sector de saúde, como aponta o Plano Nacional de Saúde, verifica-se uma “pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde” (PNS, 2004-2010: 99), sendo que este aspecto constitui um problema social na medida em que a não participação dos utentes no sector de saúde conduz a situações de exclusões, não existindo estratégias para reduzir as desigualdades em saúde.” (PNS, 2004-2010: 100) Segundo o plano nacional de saúde

“as populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informadas sobre os cuidados preventivos.” (PNS, 2004-2010: 100)

Deste modo, para colmatar esta lacuna foram propostas orientações estratégicas e intervenções necessárias, concedendo voz à cidadania através da organização da sociedade civil. Foram também estabelecidas estratégias a desenvolver relativas à atenção particular “aos socialmente excluídos.” (PNS, 2004-2010: 101) Consoante o PLN “será desenvolvido, pela DGS, um Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde, visando a sua redução e a inclusão social no sector da saúde.” (PNS, 2004-2010: 101) Assim, para actuar com eficácia sobre este problema e reduzir as desigualdades em saúde forma adoptadas algumas medidas em diversos campos de actuação. São elas:

- o estudo da situação, “caracterizando os casos de desigualdade em saúde e inventariando e divulgando os exemplos de boas práticas neste domínio, de modo a disseminar este tipo de intervenção;”
- a adequação dos “recursos e criar centros de saúde ou mobilizar unidades móveis, em comunidades consideradas mais desfavorecidas, com recursos que permitam aos serviços de saúde adequar-se às necessidades dos imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem-abrigo e de outras populações desfavorecidas;”
- e, o estabelecimento de “parcerias com outros sectores, para além da saúde, trabalhando para esse objectivo com as ONG e com outros serviços.” (PNS, 2004-2010: 101)

### 3. Saúde como Direito Humano

Em primeiro lugar e num âmbito geral, foi importante recorrer à Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) que se baseia no respeito e defesa da dignidade da pessoa Humana. Como consagra o seu artigo primeiro, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.” Sendo que, esta liberdade e igualdade deveria ser respeitada e salvaguardada, concretamente, na vida das pessoas e também ao nível da saúde. Pois, como afirmou a OMS (1985),

“As metas de saúde para todos constituem uma afirmação de que o direito à saúde e aos cuidados de saúde são indissociáveis e constituem atributos do direito à liberdade e à igualdade individual e social.”

Relativamente ao direito à saúde também a Declaração Universal dos Direitos do Homem se refere a este, declarando no seu artigo 25º que,

“1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

Neste sentido, para que a saúde e o bem-estar de uma pessoa estejam garantidas é necessário assegurar um nível de vida digno, uma vez que existem determinantes que condicionam o estado de saúde, como a

alimentação, condições habitacionais, de higiene e de vestuário Como refere Jorge Torgal citado por Sónia Abreu (2003)

“O respeito dos direitos Humanos, direito à educação, direito à habitação, direito ao trabalho, direito à justiça, liga-se inexoravelmente ao conceito de saúde e afirma-se como um dos meios essenciais para a prática da saúde pública, que tem como primeiro objectivo assegurar as condições que permitam às pessoas permanecerem saudáveis.” (Abreu, 2003: 5)

No entanto Lúcia Barroco afirma em relação aos direitos Humanos que, “A sua proposta universal esbarra com limites estruturais da sociedade capitalista: uma sociedade que se reproduz através de divisões (do trabalho, de classes, do conhecimento, da posse privada dos meios de produção, da riqueza socialmente produzida);” (Barroco, 2008:3)

Estes limites estruturais que a autora refere devem ser considerados na acção profissional de forma a garantir esta universalidade.

A nível nacional, a Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64º, consagra, também, a saúde como um direito dos cidadãos. Como se encontra presente no ponto nº 1 desse artigo, - “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Segue-se o ponto 2 que declara como deve ser concretizado este direito de protecção da saúde, nas alíneas a) e b), afirmando que deve ser realizado,

“a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, 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 e de práticas de vida saudável.”

Ou seja, a saúde é um direito de todo e qualquer cidadão, não devendo os factores de ordem económica e social ser impedimento para o seu usufruto.

Por este motivo, apesar de este artigo ser o único da Constituição que se refere expressamente à saúde, também se encontram associados a este direito outros artigos, como o do respeito ao Direito à Vida (Art. 24º), Direito à

Integridade Pessoal (Art. 25º), o Direito ao Ambiente e Qualidade de Vida (Art. 66º), entre outros que também se podiam elencar.

Com base nestes artigos, especialmente no 64º, verificou-se que é dever do Estado salvaguardar o direito das pessoas à saúde, de modo a assegurar-lhes, como referido anteriormente, um nível de vida digno de um ser Humano. Contudo, a realidade nem sempre é esta e existem muitas pessoas que não têm acesso a este direito que é seu e que o Estado se compromete neste artigo a assegurar. Neste sentido, estando este direito consagrado a todos os cidadãos, ainda que de forma tendencialmente gratuita, e sendo efectivamente um Direito Humano, é da responsabilidade do Assistente Social lutar para que as pessoas adquiram este direito e conceder-lhe meios de luta para que também elas o possam reivindicar.

Foi importante considerar, como defende a autora Vasconcelos que,

“mais do que a discussão e orientação em relação à doença em si, cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicitar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado.” (Vasconcelos, 2002:442)

Esta luta pela ampliação do direito à saúde deve estar presente na acção profissional dos Assistentes Sociais que trabalham na saúde, na medida em que o seu objectivo de trabalho é a luta pela conquista de direitos Humanos e pela liberdade de cada um. Como afirma a ONU,

“Os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais permitem-nos desenvolver e utilizar plenamente as nossas qualidades humanas, (...). Baseiam-se na crescente procura por parte da Humanidade de uma vida na qual a dignidade e o valor inerentes a qualquer ser humano mereçam respeito e protecção.” (ONU, 1999: 19)

Deste modo, sendo a saúde um direito Humano, considerou-se que a ausência deste direito pode conduzir, também, à ausência de liberdade por parte dos indivíduos que, pelo facto de não alcançarem um estado de bem-estar, não possuem condições para se expressarem livremente. Ou seja,

perante a ausência de saúde e devido às condições em que se encontram os indivíduos perdem o direito de se expressar livremente e, inclusivamente, a decidirem acerca da sua própria vida.

Neste sentido, a autora Vasconcelos, refere que quando se fala em saúde e na sua promoção deve-se abordar não só a saúde física, como também a económica e até a política, mais objectivamente, refere-se o bem-estar e a liberdade que cada pessoa deve possuir para viver a sua vida com dignidade e exercer uma cidadania participativa. Assim,

“Uma educação em saúde articulada aos interesses dos envolvidos, que contribua no desenvolvimento concomitante de cidadãos saudáveis política e fisicamente, deve se pautar na protecção e recuperação de uma vida saudável que, ao mesmo tempo que dê conta dos saberes necessários a uma colectividade saudável – saúde na vida pessoal, no trabalho e na sociedade -, não se restrinja à saúde física individual, mas objective a saúde política, económica e cultural dos envolvidos, caminho para a vida social.”  
(Vasconcelos, 2002: 430)

### **3.1 - Saúde: Direito e Necessidade Humana, que relação?**

Considerando a saúde um Direito Humano percebeu-se a importância de o relacionar com a saúde enquanto necessidade humana básica. Nesta perspectiva considerou-se pertinente desenvolver este tema sendo que, tal como as necessidades humanas básicas,

“Os Direitos Humanos são universais e aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação. O respeito pelos direitos dos indivíduos tem de ser garantido em todas as ocasiões, independentemente das circunstâncias ou dos sistemas políticos.” (ONU, 1999: 20)

Assim deveria acontecer com a saúde, que é, como já verificado um Direito Humano e também uma necessidade Humana Básica, indispensável em qualquer cultura para a vida de cada pessoa.

Como refere Potyara Pereira a saúde constitui, efectivamente, uma necessidade humana básica. Segundo os autores Doyal e Gough, referidos por Pereira só existem dois conjuntos de necessidades básicas objectivas e universais “que devem ser concomitantemente satisfeitos para que todos os

seres humanos possam efectivamente se constituir como tais.” (Pereira, 2002: 68) Estes dois conjuntos são a saúde física e a autonomia. Como afirma a autora estas necessidades “não são um fim em si mesmo, mas precondições para se alcançarem objectivos universais de participação social.” A mesma autora citando Cabrero refere ainda que estas necessidades são “direitos morais que se transformam em direitos sociais e civis mediante políticas sociais.” (Pereira, 2002: 68)

Pereira acrescenta também que a não satisfação da saúde como uma necessidade básica cria sérios prejuízos aos indivíduos independentemente da sua cultura. Sendo possível afirmar que a “saúde física é necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusivé de viver”. (Pereira, 2002: 69).

“Trata-se, portanto, de reconhecer que mesmo no plano das satisfações de necessidades físicas ou biológicas, a origem do homem, como saliente Marx, não está nem na natureza concebida abstractamente, nem na totalidade da sociedade (...) Tal origem está visceralmente ligada à praxis humana” (Pereira, 2002: 69)

Esta práxis não significa, nem se cinge apenas à prática humana, é muito mais que isso, “implica a acção e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.” (Freire, 2003: 67) Sendo,

“imperativo de se considerar a intencionalidade da ação humana como parte integral e intrínseca da sua essência e, por conseguinte, como parte constitutiva do básico necessário à sua existência”. (Pereira, 2002: 70)

Neste sentido, a satisfação integral das necessidades humanas básicas, dá-se, segundo Ander-Egg e Idáñez, “mediante um processo de inter-relação cujo produto vai definir a qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos sociais.” (Ander-Egg e Idáñez, 2007: 30) Pois, é certo que

“A diferença de possibilidades de acesso aos diversos meios de satisfação de cada uma das necessidades humanas provoca diferenças culturais e sociais nas condições de vida das populações.” (Ander-Egg e Idáñez, 2007: 30)

Deste modo, para reduzir estas diferenças que se fazem sentir na sociedade e, concretamente, ao nível do acesso à saúde é necessário reconhecer a saúde como necessidade humana básica e direito humano para que as pessoas possam viver, inclusivamente, como refere Pereira (2002).

Sendo este um direito que assiste a todo e qualquer cidadão, deve ser assegurado de forma a ser satisfeita esta necessidade humana básica, uma vez que ambos se apresentam, como universais.

Efectivamente, da satisfação da saúde como uma condição básica pode depender a participação dos utentes na luta e reivindicação deste direito humano. Como refere Potyara, defendendo a perspectiva dos autores Doyal e Gough, a existência de saúde é crucial “para que seja possível haver participação com vista à libertação humana de quaisquer formas de opressão, incluindo a pobreza.” (Pereira, 2002: 69), que é o objectivo, também, dos direitos humanos.

#### **4. A saúde na vertente social**

Não basta verificar que o direito à saúde é, de facto, um direito Humano e uma necessidade básica. Foi indispensável identificar que a ausência de saúde conduz efectivamente a sérios prejuízos na vida dos indivíduos, como refere Potyara Pereira, sendo que existem determinantes sociais que condicionam a saúde dos indivíduos e que a ausência de saúde se repercute, posteriormente na vida das pessoas e condiciona o seu bem-estar. Ou seja, esta é uma relação dialéctica que pode ser perspectivada de diversas formas e produzir-se de várias maneiras. Vasconcelos realça que,

“Superar a petição de princípios exige a identificação dos determinantes sociais do processo saúde/doença evidenciando a complexidade das questões que os envolvem – económicas, sociais, culturais, habitacionais, psicológicas, políticas, ambientais -, o que depende de uma formação especial, conhecimentos e práticas” (Vasconcelos, 2002: 440) em distintas áreas e campos de intervenção.

Como refere a autora, anteriormente citada, no sentido de reforçar esta ideia, não existem dúvidas que de facto a saúde se encontra relacionada com o campo da vida onde se encontram presentes uma multiplicidade de factores. Ou seja, para que as pessoas possam gozar de saúde é necessário que apresentem efectivamente, condições económicas, laborais habitacionais, políticas, muitas outras, sendo que necessitam daquelas que lhes permitem adquirir um estado de bem-estar e realização plena. Assim caso se verifique

ausência de saúde, necessitam de ter todas estas condições e meios para se reabilitar e possuir esse mesmo bem-estar. Pois esta ausência de saúde poderá causar-lhes certos prejuízos económicos, laborais, culturais, políticos, ou até outros. Pois, é neste sentido que Vasconcelos defende que,

“O campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado directamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética.” (Vasconcelos, 2002: 430)

Impera, portanto, a necessidade reconhecer a saúde como um direito, que caso não seja atendido pode ter repercussões nos aspectos da realidade social e, conseqüentemente ou directamente, na própria vida das pessoas. Este reconhecimento demonstra-se urgente, também, para que se possa criar uma

“prática em saúde que, articulando os interesses sociais (os quais expressam o papel que a educação em saúde deve ocupar na construção de sujeitos de direitos portadores de qualidade de vida, saúde, trabalho e estilo de vida) e os interesses individuais (expressos no papel da educação em saúde na construção da vida/saúde pessoal, do sujeito de direitos e deveres, na vida afetiva, intelectual, no trabalho), firmem os princípios fundamentais norteados da saúde como direito social.” (Vasconcelos, 2002: 440)

Neste sentido, verificou-se que existem múltiplos factores que condicionam a saúde dos indivíduos e, necessariamente o seu bem-estar, sendo importante considerar que

“Os determinantes da saúde não estão nela mesma, mas em condições de vida, de trabalho e no estilo de vida dos indivíduos a partir de suas relações sociais, o que implica considerar a cultura, os preconceitos, o lazer, a educação básica, social e política.” (Vasconcelos, 2002: 443)

## **5. O Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na área da Saúde e a importância da sua intervenção**

Tendo presente a importância do Serviço Social na promoção da saúde como Direito Humano e necessidade humana básica foi importante perceber qual o contributo das políticas de saúde para a concessão do mesmo e em que contexto profissional se desenvolve a acção profissional dos Assistentes

Sociais no sentido de compreender quais os obstáculos e constrangimentos que podem condicionar à aquisição deste direito. Como afirma Aurora Matias o exercício profissional situa-se

“num contexto permeado por uma multiplicidade de forças que o influenciam e que em certa medida pode influenciar de acordo com o poder de que dispuser neste conjunto de interações. Esse poder depende fundamentalmente da capacidade da profissão responder com eficácia aos pedidos que são lhe são dirigidos e aos que consegue dar visibilidade, o que exige competências de natureza teórica, técnica/operativa e ético /política.” (Matias, s/d: 1)

Sendo a saúde considerada um Direito Humano e Necessidade Humana Básica, é imperativo que os profissionais de Serviço Social, apesar de todas as forças presentes no contexto institucional em que se inserem, tenham capacidade de garantir este direito aos seus utentes e criar eles mesmos políticas que o garantam. Como afirma lamamoto

“Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.” (lamamoto, 2003: 20)

Contudo, apesar da importância da existência desta luta por parte dos profissionais surgem muitos processos de exclusão devido ao facto da universalidade do acesso aos cuidados de saúde ser desvalorizada. Esta desvalorização ocorre num contexto em que o Estado não se assume como garante deste direito assumindo uma lógica de privatização. É neste sentido que a autora Matias afirma que

“é desvalorizada a universalidade do acesso aos cuidados, predominando o controle dos gastos públicos e a repartição de despesas com os cidadãos, não se esperando que possa resolver as questões de fundo relacionadas com a saúde dos portugueses.” (Matias, s/d: 3)

Deste modo, pudemos constatar que o trabalho dos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde se depara com um dilema, exposto pela mesma autora. Como esta refere

“A intervenção dos assistentes sociais na saúde situa-se no centro da contradição entre necessidades e ausência de recursos, entre a racionalidade

social e a racionalidade burocrática, entre a necessidade de integrar acções e a compartimentação das respostas, entre a concepção biomédica hegemónica e uma concepção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados (...), articulados e adequados às necessidades de cada cidadão.” (Matias, s/d: 3)

Assim, sendo a intervenção dos profissionais subordinada, apesar das competências que estes possam apresentar para mediar esta questão, foi necessário ter presente que a pressão exercida sobre os profissionais por estas contradições, pode conduzir a um aumento da *desprofissionalização*.<sup>4</sup> A questão que se coloca e que deve ser ponderada é a de que estas contradições afectam as pessoas “que são incapazes de receber total ou parcialmente os cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde.” (Matias, s/d: 3)

Como cita a autora Matias, no dizer de Weisshaupt (1985), é importante considerar em relação ao exercício profissional que

“submetidos a regras emanadas de uma racionalidade tecnocrática seremos avaliados sobretudo por uma eficácia assente apenas na quantificação (altas tratadas, dias de protelamento de altas), deixando de ter importância (...) a dimensão subjectiva da nossa intervenção, o acompanhamento das situações mais problemáticas assim como o desenvolvimento de práticas tendo em vista a criação de novos recursos e direitos sociais na doença.” (Matias, s/d: 3)

Desta forma, constatou-se que o contexto e a conjuntura em que os profissionais de Serviço Social exercem as suas funções na área da saúde, não lhes concedem condições para tratar sistematicamente a heterogeneidade de situações que se colocam no seu quotidiano.

“num contexto permeado por contradições profundas inerentes à relação de acesso/não acesso, contribuem para que as nossas energias se esgotem em respostas imediatistas, pouco reflectidas, dispersas dando do profissional uma

---

<sup>4</sup> “A desprofissionalização ocorre sempre que o trabalhador deixa de atuar dentro da esfera de saberes, atividades, responsabilidades e referenciais próprios de sua profissão, e que são negociados em acordos coletivos e corporativos, e passa a desempenhar papéis e funções próprios de outras áreas e ocupações, com conseqüências para a sua (des)qualificação profissional. “ (Deluiz, 1995: 4)

imagem de aparente polivalência (...) que dificulta a diferenciação profissional e em consequência a produção de conhecimentos.” (Matias, s/d: 4)

Assim sendo, os Assistentes sociais, não reunindo condições de apreenderem o objecto da sua intervenção, que engloba uma totalidade social, são postos em causa e considerados incompetentes. Estes profissionais assumem, muitas vezes, nesta área, uma tarefa exclusivamente sua, contudo, como afirma a autora Vasconcelos, muitas vezes apresentam-se “sem força e competência teórica para denunciar, explicitar e reagir a esta conjuntura/condição” (Vasconcelos, 2002: 435) Este acaba por ser um desafio que os Assistentes Sociais têm que enfrentar na área da saúde, que sendo um direito Humano e necessidade humana básica muitas vezes é negado às pessoas que dele necessitam, impossibilitando-as de viver. Como refere lamamoto “os Assistentes Sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada nas suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida.” (lamamoto, 2003: 18) Pois, o Assistente social, independentemente da área em que exerce a sua acção profissional não deve esquecer o objecto da sua intervenção - a “questão social”, que deve mover a sua acção que pretende ser transformadora. Em relação à sua intervenção na área da saúde, Vasconcelos refere as competências que o profissional deve adquirir para desempenhar as suas funções, referindo a importância das competências ao nível da prática, mas também das competências teóricas que este deve possuir de forma a sustentar a sua prática profissional. Como esta afirma,

“Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, recuperação e promoção da saúde, aos assistentes sociais – que têm como objeto a “questão social” – cabem, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social.” (Vasconcelos, 2002: 434)

Neste âmbito, perante as condições e contradições em que os profissionais de Serviço Social exercem a sua acção profissional na área da saúde, não restam dúvidas que é necessário agir e tomar uma posição, de

forma a mediar a questão. Para tal a autora Vasconcelos sugere a importância de adquirir conhecimentos teóricos que auxiliem a prática deste profissional e lhe concedam a possibilidade de ampliar o direito à saúde tendo em consideração a conjuntura em que as políticas de saúde se desenvolvem. Deste modo, tornou-se explícita a imperatividade de os profissionais se capacitarem para efectivamente atenderem às necessidades e aos interesses dos seus utentes, adoptando sempre uma postura crítica e reivindicativa que lhes permita lutar, neste caso específico, pelo direito à saúde. Como realça Vasconcelos,

“Enquanto os Assistentes Sociais não se capacitarem para, no quotidiano, dar visibilidade às determinações da prática social na saúde não criarão condições necessárias para possibilitar a condução de suas ações na direção dos interesses e necessidades dos usuários de seus serviços. Uma capacidade que depende de uma leitura da realidade que permite, também extrair alternativas de trabalho.” (Vasconcelos, 2002: 437)

Deste modo, tendo presente uma conjuntura em que as desigualdades são cada vez mais evidentes e se caminha para a desumanização dos serviços é preponderante que os Assistentes Sociais, como afirmam Brites e Barroco, citadas por Burginski, marquem a diferença e “remem contra a maré” que

“na esfera da ética, significa não compactuar com a reprodução de valores que neguem os direitos humanos e sociais, não se omitir diante das injustiças, opressões e discriminações.” (Burginski, 2008: 7)

Ou seja, é necessário realizar mais do que simples práticas humanitárias, é necessário desafiar a opressão e lutar pela verdadeira efectivação dos direitos Humanos, assentes na valorização da dignidade da pessoa humana. Devem-se, portanto, superar

“práticas humanitárias – que tomem como parâmetros a bondade, a clemência, a compaixão, a caridade, a benevolência, a abnegação, na direcção do acesso à saúde como um direito social, é essencial não só o investimento na capacitação dos profissionais, mas também, no resgate da reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil.” (Vasconcelos, 2002: 429)

Neste sentido verificou-se, também, a importância de adoptar as perspectivas, anti-opressiva e anti-discriminatória abordadas por Payne na medida em que estas consideram preponderante reconhecer a discriminação

existente na sociedade em relação a grupo mais desfavorecidos como algo que “surge em primeiro lugar, pelo facto de que na sociedade grupos poderosos mantêm a discriminação como uma forma de preservar o seu poder.” (Payne, 2002: 337)

## Conclusão

Num primeiro momento da conclusão foi preponderante realizar uma pequena retrospectiva de todos os aspectos focados ao longo de todo o trabalho teórico de investigação que teve como tema **o contributo das Políticas de saúde em Portugal na promoção dos Direitos Humanos, mais concretamente, o direito à saúde**, de forma a extrair as ideias fulcrais que foram apreendidas. Assim, antes de mais foi, de facto, importante e indispensável, apreender os conceitos que se encontravam subjacentes ao tema a que esta investigação se propôs. Definir saúde e adoptar uma perspectiva em relação a este conceito conduziu todo o processo na medida em que se constatou a importância dos “factores sociais e do meio para a definição de saúde.” (Alves, 2001: 23). Esta abordagem estabeleceu uma linha de pensamento que coincidiu com o esclarecimento da importância da intervenção social na área da saúde, uma vez que esta foi concebida como

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstracto. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas.” (Werneck, 2008: 2)

Assim, verificou-se que sendo a saúde perspectivada desta forma, constitui-se também objecto de intervenção do Assistente Social manifestando-se, inegavelmente, na questão social. Devendo ainda ser acrescentado que, o Assistente Social deve ter o objectivo de promover e garantir a saúde a todos os cidadãos na medida em que esta é consagrada como Direito Humano, universal. Como referido pela ONU,

“O respeito pela vida é condição sine qua non para o desenvolvimento de todo o trabalho relacionado com os Direitos Humanos (...). A saúde física é um aspecto importante do valor e da qualidade de vida.” (ONU, 1999: 27)

Em relação às políticas sociais em geral é importante realçar que as mesmas se repercutem nas Políticas de saúde, elas próprias influenciadas pela a Declaração Universal dos Direitos Humanos

“a política social passou a ser considerada como uma actuação ao serviço do desenvolvimento e a ter, portanto, como objectivo a realização plena do homem.” (Santos Silva, 1969:23)

Para que esta realização plena exista, tornou-se perceptível ao longo deste estudo, que todos os cidadãos têm que alcançar um determinado bem-estar. Como salienta Pereira, a saúde constitui uma necessidade básica que caso não seja satisfeita pode criar sérios prejuízos aos indivíduos, sendo possível afirmar que a “saúde física é necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusive de viver”. (Pereira, 2002: 69).

Este aspecto demonstrou-se estrutural e determinante ao longo de todo o trabalho devendo ser reflectido por todas as pessoas e, especificamente, por Assistentes Sociais, para que não neguem na sua intervenção profissional o objecto do seu trabalho. Pois, como afirma Vasconcelos,

“É na crítica e superação da forma como a atenção à saúde esta sendo pensada e conduzida pelo poder público e usufruída pelo cidadão de direitos que os assistentes sociais alcançam seu objeto de trabalho. Na dificuldade de identificar o que é exigido pela realidade, nega-se a “questão social”, objeto de trabalho dos assistentes sociais.” (Vasconcelos, 2002: 434)

É certo que esta atenção nem sempre se manifestou da mesma forma e, apesar de ter evoluído e mudado ao longo dos anos, ainda existe muito trabalho pela frente em relação à defesa da saúde como Direito Humano e como necessidade humana básica.

Efectivamente, o contributo das Políticas de Saúde do país nem sempre conduziu à efectivação deste direito, assegurando-o a todos os cidadãos. Foi importante realizar uma evolução histórica das tendências existentes para obter

esta percepção. Através dela, foi possível verificar que nos séculos passados a atenção à saúde encontrava-se intrinsecamente relacionada com a protecção social que era prestada às pessoas mais pobres através da assistência, da beneficência e da caridade, sendo que estas actividades não abrangiam toda a população, nem eram profissionalizadas.

Como afirma Fernando Maia

“a assistência social em Portugal, até ao século XIX apenas pôde contar com as iniciativas particulares das Misericórdias e outras instituições de protecção social de forte inspiração religiosa.” (Maia, 1985: 4).

Assim, com o decorrer dos anos, e devido às transformações ocorridas na sociedade que manifestaram as necessidades existentes ao nível da saúde e o atraso de Portugal em relação a outros países, revelou-se imperativo reorganizar os serviços de saúde em Portugal. Apesar de algumas medidas que foram sendo tomadas é possível afirmar que, até à década de 30 o Estado não realizou qualquer intervenção na saúde e apenas assegurou uma protecção mínima às pessoas que se encontravam numa situação de pauperismo ou indigência. Deste modo,

“A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da constituição democrática de 1976 – convocada após o processo revolucionário de 1974, conhecido como Revolução dos cravos, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que garante a gratuidade dos serviços.” (Bravo, 2008, 1)

Não obstante, esta gratuidade durou apenas umas anos sendo que “a revisão constitucional altera a expressão gratuidade do Serviço Nacional de Saúde, substituindo-a por tendencialmente gratuito.” (Abreu, 2003: 20)

Actualmente, apesar de todas as transformações e medidas que foram sendo tomadas, o direito à saúde ainda não é assegurado a todos os cidadãos que dele necessitam, pois apesar de terem existido e existir o plano nacional de saúde, que como política social pretende contribuir para a garantia deste direito, verifica-se, segundo este mesmo plano que,

“as populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informadas sobre os cuidados preventivos.” (PNS, 2004-2010: 100)

Assim é preponderante ter presente este factor e lutar por este direito na medida em que é um Direito Humano e, portanto, deve ser assegurado a todo e qualquer cidadão sem haver desigualdades no seu acesso e na sua prestação. Como descrito na Declaração universal dos Direitos do Homem, artigo 25º,

“1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

Neste âmbito, esta luta pela ampliação do direito à saúde deve estar presente na acção profissional dos Assistentes Sociais que trabalham nesta área, na medida em que o seu objectivo de trabalho é a luta pela conquista de direitos Humanos e pela liberdade de cada um. Como afirma a ONU,

“Os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais permitem-nos desenvolver e utilizar plenamente as nossas qualidades humanas, (...). Baseiam-se na crescente procura por parte da Humanidade de uma vida na qual a dignidade e o valor inerentes a qualquer ser humano mereçam respeito e protecção.”  
(ONU, 1999: 19)

Importa ainda referir que um dos aspectos apreendidos e que deve ser acrescentado relaciona-se com a percepção de que a existência de saúde é crucial “para que seja possível haver participação com vista à libertação humana de quaisquer formas de opressão, incluindo a pobreza.” (Pereira, 2002: 69).

Não obstante, verificou-se que as condições de trabalho dos Assistentes sociais na área da saúde, nem sempre são as mais favoráveis para o desempenho das suas competências profissionais. Como afirma Matias,

“A intervenção dos assistentes sociais na saúde situa-se no centro da contradição entre necessidades e ausência de recursos, (...) entre a concepção biomédica hegemónica e uma concepção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados (...), articulados e adequados às necessidades de cada cidadão.” (Matias, s/d: 3)

Neste sentido, é fundamental que o Assistente Social encontre uma forma de adquirir poder dentro da instituição em que desenvolve a sua acção profissional de forma a não negar o objecto da sua intervenção, a questão social, e lutar pelo direito à saúde. Para conseguir alcançar este objectivo tem antes de mais que adquirir conhecimentos teóricos que lhe permitam ter este poder, através da fundamentação da necessidade da sua prática.

“Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, recuperação e promoção da saúde, aos assistentes sociais – que têm como objeto a “questão social” – cabem, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usurários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social.” (Vasconcelos, 2002: 434)

Com base em todas estes aspectos referidos e apreendidos verificou-se a concretização dos objectivos deste estudo. Num primeiro momento foi possível aprofundar os vários conceitos subjacentes a esta problemática, como é o caso do conceito de saúde, políticas sociais, Direitos Humanos, Bem-estar e necessidades humanas básicas. Em seguida procedeu-se a uma análise acerca da evolução das políticas de saúde em Portugal, de forma a perceber em que medida essas políticas contribuíram ou contribuem para a concretização da saúde enquanto Direito Humano. Direito Humano este que é reconhecido e deve, portanto, ser assegurado uma vez que constitui uma necessidade Humana básica como se observou. E, como tal, deve ser trabalhado pelos Assistentes Sociais o acesso a este direito. Deste modo, perante as manifestações da questão social na saúde foi possível perceber a importância do Serviço Social na garantia da saúde enquanto Direito Humano e na construção de Políticas Sociais que a promovam.

Por fim a conclusão pretende responder à questão de partida com base nas teorias analisadas. O que se pretendeu saber, concretamente, foi **“De que forma as Políticas de Saúde em Portugal contribuem para a concretização do direito à saúde dos seus beneficiários”**. Para encontrar uma resposta para esta pergunta, apesar da importância de todos os temas abordados foi imprescindível a compreensão da evolução das políticas de saúde em Portugal

e das suas tendências, bem como do plano Nacional de Saúde actual. É certo que as políticas de saúde em Portugal têm evoluído ao longo dos anos, no entanto, o reconhecimento concreto da saúde enquanto direito pode-se afirmar que tem verificado avanços e retrocessos. Ou seja, concretamente, ainda não existiu nenhuma conjuntura que tivesse criado políticas que contribuíssem para a efectivação da saúde enquanto Direito Humano. Sendo que estes

“são universais e aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação. O respeito pelos direitos dos indivíduos tem de ser garantido em todas as ocasiões, independentemente das circunstâncias ou dos sistemas políticos.” (ONU, 1999: 20)

No entanto, pode-se verificou-se que ao longo da história as políticas sociais e, conseqüentemente, as de saúde foram-se alterando de acordo com o sistema político vigente.

Apesar destes factos, quando se fala em saúde enquanto direito Humano dever-se-ia falar de universalidade, ou seja do acesso de todo e qualquer cidadão a este serviço, não se verificando desigualdades, independentemente das circunstâncias ou sistema político. Contudo, como refere a autora Lúcia Barroco,

“A sua proposta universal esbarra com limites estruturais da sociedade capitalista: uma sociedade que se reproduz através de divisões (do trabalho, de classes, do conhecimento, da posse privada dos meios de produção, da riqueza socialmente produzida);” (Barroco, 2008:3)

Deste modo todos os avanços que se têm verificado, passados mais de 100 anos, se analisarmos as políticas numa perspectiva crítica e reflexiva é possível constatar que o acesso à saúde não se baseia na ideia de providência mas continua a basear-se na previdência, ainda que noutros parâmetros e por outros motivos. Pois, em 1898 a sanatorização assinalou, como refere Martins, nos diversos países,

“a evolução progressiva da assistência filantrópica baseada na caridade individual, actuando por dever moral de Humanidade, na assistência social baseada na ideia de providência” (Martins, 1999: 53)

Actualmente, segundo o Plano Nacional de Saúde de 2004/2010, os cidadãos continuam a não poder ter acesso a todos os serviços de saúde de uma forma igualitária. Como refere este mesmo plano

“a liberdade de escolha tem vindo a ser cerceada por um conjunto de condicionantes e imposições, nomeadamente, no que respeita a experiências de gestão que vedam o recurso a agentes do sector privado, criando um problema de Listas de Espera em sectores outrora eficientes.” (PNS, 2004-2010: 98)

Assim, o direito à saúde é um dos direitos dos portugueses que mais tem sido atacado pelo sistema capitalista, sendo que na “reforma do início da década de 1990 já havia sido inscrito a possibilidade da gestão dos serviços de saúde para o setor privado, por meio de contrato de gestão.” (Bravo, 2008: 5) Esta gestão tem por base a lógica de mercado dominante na sociedade capitalista o que gera e produz desigualdades ao nível do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

“No setor saúde, a imposição da lógica do mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela dos consumidores de serviços de saúde. Este novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas como privadas.” (Souza, 2008: 1)

Esta desigualdade que é originada pela gestão da saúde baseada numa lógica de mercado leva a afirmar que as políticas de saúde, subjacentes nesta lógica não contribuem para a efectivação da saúde enquanto direito humano.

Deste modo, apesar da mudança de filosofia em relação à protecção na saúde, o que se aclara é que esta continua sem ser assegurada a todos os cidadãos, verificando-se passados mais de 100 anos, apesar do melhoramento e da evolução científica da área, desigualdades entre classes. O grande marco de mudança de filosofia foi o Decreto-Lei 413/71 de 27 de Setembro, em plena primavera marcelista que

“inaugura uma nova filosofia de protecção da saúde, apelando à intensificação das actividades de saúde pública, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações, através de uma melhor integração dos serviços públicos, não dispensando contudo a iniciativa de instituições particulares.” (Abreu, 2003: 15)

Este objectivo proposto neste decreto-lei em relação à cobertura médico-social continua actualmente sem ser cumprido na íntegra. Pois,

“Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho económico, a direção das ações de saúde assume uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais.” (Souza, 2008: 1)

Neste sentido, a garantia do acesso aos serviços de saúde “passa, por vezes, por uma sistematização dos cuidados, que parece limitativa das opções de escolha do cidadão.” (PNS, 2004-2010: 64), sendo que, como referido no próprio plano nacional de saúde, “este aspecto constitui um problema social na medida em que a não participação dos utentes no sector de saúde conduz a situações de exclusões, não existindo estratégias para reduzir as desigualdades em saúde.” (PNS, 2004-2010: 100)

Perante as políticas analisadas e com base naquilo que são os Direitos humanos e as necessidades humanas básicas torna-se perceptível que apesar de uma tentativa de melhoramento das medidas traçadas ao longo dos anos, na prática, continuam-se a verificar desigualdades que conduzem para a noção de que as políticas de saúde em Portugal não contribuem para a concretização da saúde enquanto Direito Humano.

## Bibliografia

- Abreu, Sónia Guadalupe, *Políticas e Sistemas de Saúde*, textos académicos I, Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga, 2003.
- Alves, Fátima, “Os conceitos.” In *Acção Social na área da saúde mental*, de Fátima Alves, 19-37, Lisboa, Universidade Aberta, 2002.
- Ander-Egg, Ezequiel. *Diccionario del Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen, 1995.
- Baptista, Myrian Veras, *Planejamento Social, intencionalidade e instrumentação*, São Paulo, Brasil, Veras, 2000.
- Bravo, Maria Inês Souza, “A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos”, *19ª Conferência Mundial de Serviço Social*, Salvador, Brasil, 2008, 10.
- Faleiros, Vicente de Paula, *A política social do estado capitalista*, São Paulo, Cortez, 1983.
- Freire, Paulo, *Pedagogia do Oprimido*, Brasil, Paz e Terra, 2003.
- Gil, António Carlos, *Métodos e técnicas de pesquisa social*, Atlas, 1987.
- Iamamoto, Marilda Vilela, *O Serviço Social na Contemporaneidade, trabalho e formação profissional*, São Paulo, Cortez, 2003.
- Leal, António Silva, *Economia e Sociologia*, Évora, Instituto de Estudos Superiores de Évora, 1969.
- Maia, Fernando, *Segurança Social em Portugal, evolução e tendências*, Lisboa, Estudos para o desenvolvimento, 1985.
- Malainho, Adelaide, *Ética e práticas profissionais do Assistente Social, Algumas reflexões*, Beja, 2003.
- Martinelli, Maria Lúcia, “O Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica”, *Intervenção Social*, 2003, 9-16.
- Martins, Alcina Maria de Castro, *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*, Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.
- Netto, Paulo, “Desafios Contemporâneos do Serviço Social”, 2008.

- Olivar, Monica Simone Pereira, “O trabalhos dos Assistentes Sociais nos hospitais Municipais no Rio de Janeiro: Assistencialização na saúde?”, *19ª Conferência Mundial de Serviço Social*, Salvador, Brasil, 2008, 10.
- Payne, Malcon, *Teorias do Trabalho Social Moderno*, Lisboa, Quarteto, 2002.
- Pereira, Potyara, *Necessidades Humanas, Subsídios à crítica dos mínimos sociais*, São Paulo, Cortez, 2002.
- Saint-Georges, Pierre de, “Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político”, In *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, de Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy e Pierre de Saint-Georges Danielle Ruquoy, 15 – 47, Lisboa, Gradiva, 1997.
- Souza, Moema Amélia Lopes, “Trabalho em saúde: as expressões da flexibilização e precarização nos serviços públicos,” *19ª Conferência Mundial de Serviço Social*, Salvador, Brasil, 2008, 11.
- Unidas, Organização das Nações, *Direitos Humanos e Serviço Social*, Lisboa, Departamento editorial do ISSS, 1999.
- Vasconcelos, Ana Maria de, *A prática do Serviço Social, Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*, São Paulo, Cortez, 2002.
- Werneck, Paulino, “Atuação do SS no hospital municipal”, *19ª Conferência Mundial de Serviço Social*, Salvador, Brasil, 2008, 7.

### **Legislação consultada**

- Lei nº 48/90 de 22 de Agosto (Lei de Bases da Saúde);
- Lei nº 4/2007 de 16 de Janeiro (Lei de Bases do Instituto de Segurança Social);
- Constituição da República Portuguesa de 1976.
- Decreto-Lei nº 11/93.
- Lei n.º 57/78, de 9 de Março de 1978 (mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros) - Declaração Universal dos Direitos do Homem.

### **Documentos Consultados**

- Plano Nacional do Sistema de Saúde, 2004-2010.