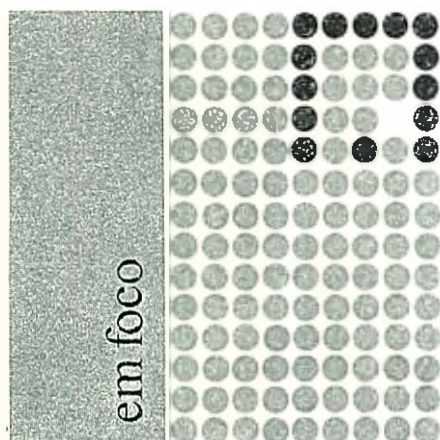




Saúde e política social na União Europeia

LUÍS GRAÇA
MÁRIO FARIA

O texto que ora se publica é uma reflexão parcelar sobre o *Livro Verde*. Este documento, referente à política social europeia e aos desafios que se colocam à União Europeia, foi objecto de discussão pública no 1.º trimestre de 1994, a pedido do Conselho Económico e Social português.

É evidente que os pontos de vista defendidos apenas comprometem os seus autores, pelo que não reflectem necessariamente o pensamento oficial ou officioso da Escola Nacional de Saúde Pública sobre esta matéria.



Luís Graça é assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas na Escola Nacional de Saúde Pública.

Mário Faria é professor catedrático e regente da cadeira de Saúde Ocupacional na Escola Nacional de Saúde Pública.

A saúde é uma «dimensão-chave» da política social, uma área-charneira para a qual concorrem as diversas políticas sectoriais, desde a educação, a formação e a investigação até ao ambiente, passando pelo emprego, a habitação e a segurança social.

O *Livro Verde* passa *au vol d'oiseau* sobre as questões da saúde, condensando-as em meia dúzia de parágrafos (pp. 65-66), sob pretexto de já terem sido objecto de comunicações específicas da Comissão. É evidente que uma tal economia de análise por parte do autor do relatório (o comissário Pádraig Flynn, com o pelouro do Emprego e dos Assuntos Sociais) retira à saúde toda a sua visibilidade enquanto «interface» da política social.

Por outro lado, dissocia-se a «saúde pública» da saúde e segurança no trabalho (S&ST), como se esta última fosse da esfera do privado. E, por fim, põe-se sobretudo o acento tónico nas preocupações (aparentemente só economicistas) partilhadas por todos os Estados membros, cujos

custos de saúde (públicos e privados, medidos em proporção do PIB) não param de crescer desde 1970 (p. 66).

Em contrapartida, reconhece-se que «o estado de saúde da população é cada vez mais tributário do 'modo de vida' [leia-se 'estilos de vida'] e das 'condições do meio' [leia-se 'ambiente físico e psicossocial'] e não da acção curativa dispensada pelo sistema de saúde [leia-se 'prestadores de cuidados']» (p. 65).

A «prevenção da doença», a par da «protecção, da manutenção e da promoção da saúde», é apresentada como uma das prioridades estratégicas da política de saúde que, dentro do princípio da subsidiariedade, os Estados membros deveriam adoptar no futuro.

O único artigo do volumoso Tratado da União Europeia que respeita à saúde pública aponta para uma certa «desmedicalização» da saúde, ao dar mais ênfase à prevenção da doença do que ao seu tratamento e cura.

O mérito (e o alcance) do artigo 129.º do Tratado é, pelo menos, o de

não reduzir a saúde ao sistema prestador de cuidados (e muito menos à medicina), sem deixar de sublinhar que a uniformização das políticas e sistemas de saúde não é, em si, uma finalidade a atingir pela União Europeia.

Fica, entretanto, um campo aberto à «cooperação intersectorial em saúde», seja a nível de cada Estado membro, seja a nível intra e extra-comunitário, bem como uma acção mais «concertada» e «integrada» neste domínio da política social.

Historicamente, a saúde é um dos pilares em que assentou a construção do Estado-Providência. Com Bismarck e Beveridge, o «direito à saúde» foi entendido como um direito (i) ao acesso a cuidados médico-hospitalares em caso de doença e (ii) à reparação (ou compensação monetária, sob a forma de indemnizações e pensões) devida a incapacidade, temporária ou permanente, parcial ou total, por usura física imputável ao trabalho (acidentes de trabalho e doenças profissionais como tal reconhecidos pelo sistema médico-legal).

A «universalização» dos cuidados de saúde (o hospital *toutes classes*, como lhe chamou a socióloga francesa Antoinette Chauvenet) veio acabar com a distinção entre uma medicina pública para os pobres e uma medicina privada para os ricos. Mas não deixou de estar, por sua vez, na origem do desenvolvimento da «espiral biotecnológica» e do aumento exponencial dos «custos», com a crescente indução da procura pela oferta.

Historicamente, o Estado-Providência coincide também com o reconhecimento da medicina enquanto profissão autónoma, dotada de poder jurisdicional (ou de auto-regulamentação), pelas elites dominantes dos primeiros países que encetaram o processo de industrialização.

O sistema de saúde que os países da União Europeia herdaram resulta, em grande parte, da confluência do Estado-Providência com o poder médico.

A orientação medicocêntrica e hospitalocêntrica da saúde seria, entretanto, objecto de contestação nos

anos 60-70. É nesse contexto que surge «a filosofia, a estratégia e o modelo organizativo da prestação de cuidados» de que a OMS foi o principal protagonista, ao recuperar a velha filceira da saúde pública (ou «higiene social») que emerge da primeira revolução industrial e ao casá-la com as crescentes preocupações relativamente aos efeitos perversos do crescimento económico do pós-guerra, aos limites da sociedade de consumo, à alteração dos padrões de morbi-mortalidade, à qualidade de vida, à ecologia, à redescoberta do corpo e da sexualidade, aos movimentos sociais, às desigualdades Norte/Sul que se agravam com a descolonização, etc.

A ofensiva neoliberal e o colapso do império soviético não deixaram de ter repercussões, na década de 80, na crise do modelo (algo fundamentalista) proposto pela OMS, o qual dava primazia aos «cuidados de saúde primários», à articulação entre diferentes níveis de cuidados, à prevenção da doença, à promoção da saúde, à cooperação intersectorial em saúde, à auto-responsabilização dos indivíduos, famílias e grupos, à equidade, etc.

Um modelo que, em todo o caso, punha em questão a tradicional abordagem «biomédica» da saúde/doença, contrapondo-lhe (ou talvez antes acrescentando-lhe) a componente «psicossocial».

A pandemia da SIDA e as proezas da engenharia genética permitiram à medicina (ou à sua facção mais tecnocrática) recuperar algum do seu poder simbólico e sobretudo societal, entretanto perdido. Mas os desafios que se põem hoje à saúde, dentro e fora da União Europeia, não podem deixar de ter em conta o debate (necessariamente teórico-ideológico) sobre os modelos de saúde/doença, as políticas de saúde e as formas de organização e administração dos serviços de saúde (que não se esgotam nas questões do financiamento).

Esse debate está em grande parte por fazer, por inépcia da classe política, por estratégia defensiva da corporação médica e do lobby da indústria biomédica, por fraqueza estrutural das organizações de utentes de saúde

e, muito provavelmente também, por ausência de movimentos sociais e de participações de outros importantes *stakeholders*, como os cientistas sociais ou os outros profissionais de saúde não médicos.

De qualquer modo, a saúde é (e continuará a ser) um *enjeu* económico, social, ideológico e político de grande importância até ao final do milénio.

O pano de fundo desse debate passa, a nosso ver, pela «desconstrução» do modelo biomédico e hospitalocêntrico que se desenvolveu tentacularmente com o Estado-Providência e que tenderá, muito provavelmente, a reforçar-se com o avanço espectacular das biotecnologias e da genética molecular, prefigurando aquilo a que François Gros chama a «civilização do gene», cujas implicações sociais, políticas, económicas e éticas estão bem longe de poderem ser hoje correctamente equacionadas.

A «garantia de equidade» face à saúde, à doença e à morte não pode deixar de ser uma das prioridades da política social da União Europeia, sob pena de continuarem a persistir (ou mesmo de se agravarem) as desigualdades em saúde (em relação aos factores determinantes da saúde e não apenas ao acesso dos cuidados de saúde) ao nível dos diferentes grupos sociais, regiões e Estados membros, nomeadamente numa eventual União Europeia a «duas velocidades».

É previsível que essas desigualdades tendam a agravar-se com a pobreza e a exclusão social, com o enfraquecimento da família, da comunidade e das redes tradicionais de suporte social, com a precarização das condições de vida e de trabalho, com o desemprego, o emprego temporário e o subemprego, com o crescimento das formas de trabalho atípicas, com a «desindustrialização» de largas regiões europeias, com o desenvolvimento da economia paralela, com o aumento do *distress* fora e dentro do local de trabalho, com o envelhecimento das populações, com as assimetrias económicas a nível das regiões, com a concentração urbana, com a estratificação socioespacial, etc.

A necessidade de construção de um novo conceito de «saúde» (e de indicadores positivos de saúde em lugar dos tradicionais e grosseiros indicadores de mortalidade e morbilidade, baseados na nosografia médica) não poderá deixar de ser equacionada.

Esse novo conceito de saúde, que irá ter implicações na política e nos sistemas de saúde dos Estados membros, é um problema de «construção social», contra o qual esbarra o paradigma dominante, resultante de uma forte aculturação médica.

A mobilização de esforços e a acção conjunta dos Estados membros a nível da prevenção do cancro, da SIDA, da toxicodependência e do alcoolismo, ou até mesmo da chamada «educação para a saúde», são importantes, mas não chegam, se se entender a saúde numa perspectiva societal.

Será preciso então pôr decididamente na agenda da política social a «promoção da saúde», entendida não na acepção estreita da adopção de «estilos de vida» saudáveis (que cada um seria livre de adoptar ou não, e que encerra a lógica perversa do *blaming the victim*), mas no sentido mais lato da construção do *health supportive environment*, ou seja, de um ambiente físico e psicossocial favorável à saúde, dentro e fora do local de trabalho.

Neste domínio, é lamentável que os problemas da S&ST se resumam, na óptica do *Livro Verde*, aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais. A preocupação económica é evidente, mesmo que não manifesta: de facto, são os únicos riscos legalmente susceptíveis de reparação dentro da lógica do Estado-Providência. O problema das «doenças relacionadas com o trabalho» (*workrelated diseases*) e das «doenças agravadas pelo trabalho», que contribuem hoje seguramente para a maior quota-parte das ausências ao trabalho, nem sequer é colocado.

A perspectiva jurídico-normativa e a fixação de padrões mínimos de protecção contra os riscos profissionais (exposição ao cloreto de vinilo

de monómero, ao ruído, a substâncias cancerígenas, a outros agentes químicos, físicos e biológicos, etc.), ou de prescrições mínimas para certos ramos de actividade (v. g., estaleiros de construção e obras públicas, indústria extractiva), têm norteado o essencial da política da Comissão das Comunidades Europeias em matéria de S&ST, sob a forma de mais de vinte directivas e recomendações.

Em contrapartida, o problema do *stress* e do bem-estar (físico, mental e social) no trabalho não é ainda suficientemente debatido na União Europeia, apesar de a presidência belga ter organizado em Bruxelas, em 15 de Novembro de 1993, um oportuno e importante seminário sobre este tópico (*Stress at work: a call for action*) que reuniu os principais especialistas de nível mundial, com a participação activa de representantes dos parceiros sociais dos Estados membros e com o apoio da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. Refira-se igualmente o papel desta instituição comunitária, com sede em Dublin, no domínio da investigação e da divulgação de acções inovadoras para a saúde no trabalho.

Finalmente, as vantagens económicas e sociais da «promoção da saúde nos locais de trabalho» — que não se confunde com a aplicação de padrões mínimos de S&ST — também não surgem no *Livro Verde* com a mesma ênfase que é dada à questão do *dumping* social (ou concorrência desleal, baseada na diferenciação das condições de trabalho entre as empresas da União Europeia).

Também neste domínio, a informação, a educação e a formação são de alcance limitado. O que, em última análise, está em jogo é a possibilidade de os trabalhadores europeus ganharem um estatuto de (e exercerem efectiva e concretamente a) «cidadania» nos locais de trabalho através de uma «participação activa na determinação» das componentes materiais do trabalho (incluindo os factores psicossociais), que condicionam o seu desempenho, a sua saúde e a sua qualidade de vida, com reflexos na qualidade, produtividade e competitividade das empresas.

A simples regulamentação em matéria de S&ST (v. g., níveis de exposição ao ruído ou ao amianto) não chega, se bem que seja historicamente importante no plano da legislação laboral. O caso português é disso uma prova evidente. As condições de trabalho não se melhoram por decreto (a não ser aquelas que têm mais directamente a ver com a duração máxima do tempo de trabalho e a protecção social). O papel da inspecção do trabalho, por seu turno, continua a ser completamente ineficaz. Em suma, o protagonismo tem de ser dos actores sociais (empregadores, trabalhadores e seus representantes).

No caso específico da Escola Nacional de Saúde Pública, o seu papel neste domínio da política social poderia passar por vários tipos de iniciativas, no sentido de, através da sua actividade de educação, investigação e acção externa, contribuir para:

- a) A renovação do debate de ideias em Portugal sobre os «sistemas» e as «políticas de saúde»;
- b) O alargamento e o enriquecimento da problemática da «saúde pública»;
- c) O desenvolvimento da «promoção da saúde»;
- d) A urgente formação dos gestores e representantes dos trabalhadores no domínio da «promoção da saúde no trabalho»;
- e) O reforço da «cooperação inter-sectorial em saúde» e da «colaboração internacional» no domínio da investigação científica;
- f) A criação de um laboratório de observação sobre «tendências» em saúde, articulada com as demais áreas da política social, em Portugal e na União Europeia.

□ Bibliografia

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Livro Verde sobre a política social europeia: opções para a União. Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. 1994. 108 páginas.