

# A ética, a ciência e a governação em Saúde

*Ethics, science, and health governance*

*Éthique, science et gouvernance de la santé*

**José António dos Reis**

Presidente do Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde – Praia – Cabo Verde  
Licenciado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Clássica de Lisboa

## Resumo

O presente trabalho aborda a problemática da ética, ciência e governação em saúde e procura descrever como estas diferentes dimensões se interrelacionam e, de alguma forma, se complementam.

Para o efeito, adotou-se uma metodologia que consistiu em revisitar alguns estudos já realizados, consultar e identificar elementos-chave em documentos como a Constituição da OMS, a *Reconceptualising Governance*, trabalho editado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e a Governação do Sistema de Saúde em Cabo Verde, para, a partir destes instrumentos, concetualizar a relação entre a ética, a ciência e a governação em saúde.

Neste exercício, procurou-se analisar um exemplo prático da relação ética, ciência e governação em saúde, descrevendo o caso do sistema de governação em saúde de Cabo Verde, onde é possível observar como os diferentes subsistemas interagem, contribuindo, cada qual, de acordo com a sua função, para um todo que se pretende coerente e funcional.

A conclusão a que se chegou com relação a “caso Cabo Verde” é que resulta de forma clara que existe um percurso no setor da saúde em Cabo Verde onde a ética, a ciência e a governação em saúde conhecem uma evolução, relativamente positiva, pautada por uma relação de recíproca influência. Este quadro, configurado num sistema de inter-relação e de inter-influência, permite que os diversos subsistemas possam desempenhar o seu papel e, simultaneamente, cada um possa também contribuir para o seu funcionamento integral e harmonioso.

**Palavras-chave:** ciência, ética, governação, saúde, sistema, inter-relação, limites

## Abstract

The present work addresses the issue of ethics, science and governance in health and seeks to describe how these different dimensions interrelate and, in some way, complement each other.

For this purpose, a methodology was adopted that consisted of revisiting some studies that had already been carried out, consulting and identifying key elements in documents such as the WHO Constitution, *Reconceptualizing Governance*, a work edited by the United Nations Development Program, and the Governance of the Health System in Cape Verde, to, from these instruments, conceptualize the relationship between ethics, science and governance in health.

In this exercise, an attempt was made to analyse a practical example of the relationship between ethics, science and health governance, describing the case of the health governance system in Cape Verde, where it is possible to observe how the different subsystems interact, each contributing in a different way. according to its function, for a coherent and functional whole.

The conclusion reached in relation to the “Cabo Verde case” is that there is a path in the health sector in Cape Verde where ethics, science and governance in health undergo a relatively positive evolution, based on through a relationship of reciprocal influence. This framework, set up in a system of inter-relationship and inter-influence, allows the different subsystems to play their role and, simultaneously, each one can also contribute to its integral and harmonious functioning.

**Keywords:** science, ethics, governance, health, system, interrelationship, limits

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.443>

## Résumé

Le présent travail aborde la question de l'éthique, de la science et de la gouvernance en santé et cherche à décrire comment ces différentes dimensions s'interpénètrent et, d'une certaine manière, se complètent.

A cet effet, une méthodologie a été adoptée qui consistait à revisiter certaines études déjà réalisées, à consulter et identifier des éléments clés dans des documents tels que la Constitution de l'OMS, *Reconceptualizing Governance*, un ouvrage édité par le Programme des Nations Unies pour le Développement, et la Gouvernance du Système de Santé au Cap-Vert, pour, à partir de ces instruments, conceptualiser la relation entre éthique, science et gouvernance en santé.

Dans cet exercice, on a tenté d'analyser un exemple pratique de la relation entre l'éthique, la science et la gouvernance de la santé, décrivant le cas du système de gouvernance de la santé au Cap-Vert, où il est possible d'observer comment les différents sous-systèmes interagissent, chacun contribuant de façon différente selon sa fonction, pour un ensemble cohérent et fonctionnel.

La conclusion à laquelle on aboutit, concernant le «cas Cabo Verde», est qu'il existe une voie dans le secteur de la santé au Cap-Vert, où l'éthique, la science et la gouvernance en matière de santé connaissent une évolution relativement positive, basée sur une relation d'influence réciproque. Ce cadre, érigé en un système d'inter-relations et d'inter-influences, permet aux différents sous-systèmes de jouer leur rôle et, en même temps, chacun peut également contribuer à son fonctionnement intégral et harmonieux.

**Mots clés:** science, éthique, gouvernance, santé, système, interrelation, limites

## 1. Introdução

A evolução da sociedade, da ciência e dos princípios éticos tem proporcionado significativas mudanças nos paradigmas e comportamentos sociais, nos valores e nas crenças, os quais colocam o Homem perante desafios de complexidade diversa, produzindo, em resultado disso, tensões que requerem diferentes tipos de soluções.

O presente texto procura descrever as interinfluências que existem entre a ética e a ciência, no quadro do desenvolvimento socio-organizacional, e como esta dinâmica influi mutuamente na governação em saúde.

Igualmente, procura descrever como o desenvolvimento das sociedades andou atrelado ao desenvolvimento científico e como o conhecimento científico contribuiu para o aprimoramento das formas organizativas complexas que conhecemos hoje.

A complexificação social, a pressão e as demandas dos cidadãos por melhores serviços, bem como a necessidade de responder a estas exigências em tempo oportuno e com qualidade, levaram a que fossem adotadas soluções governativas dos sistemas e, no caso em apreço, da governação em saúde.

A ética e as suas dimensões acompanham o ser humano desde os primórdios da sua existência. O Homem ganhou consciência da dimensão ética como parte intrínseca do seu ser, quando especialmente se apercebeu da existência do outro, sem o qual não podia realizar-se como ser social.

Esta tomada de consciência da existência do outro gerou questionamentos e necessidades, cujo resultado foi

o de querer saber como se deve estar com os outros ou como agir para e com o outro.

Desde a existência da humanidade, houve necessidade de se estabelecerem regras para que houvesse espaço para a convivência regulada e aceitável para todos. Se recorrermos aos primórdios da humanidade, sobretudo às escrituras sagradas, facilmente identificaremos a emergência de um momento em que o Homem sentiu a necessidade de imposição, não só de regras que permitissem uma convivência pacífica entre os integrantes do mesmo espaço, como, ainda, a incorporação de princípios e valores, enquanto filosofia de vida ou de partilha de sentimento e espírito comunitário (Bíblia Sagrada, 2015) [1].

As regras da antiguidade, traduzidas, por exemplo, nos Dez Mandamentos, são um exemplo acabado de como o Homem, vivendo em comunidade, tem necessidade de estabelecer um certo contratualismo que permita regular as relações sociocomunitárias, baseadas em princípios aceites e comungados por todos.

Os mandamentos, como os de “honrar pai e mãe”, “não matar”, “não furtar”, “não levantar falso testemunho”, “não desejar a mulher do próximo” ou “não cobiçar as coisas alheias”, constituíram o núcleo essencial do que deve e não deve ser feito, do que é aceitável ou não, para todos aqueles que quisessem ser integrantes e desejassem partilhar uma filosofia de vida nessa comunidade da época [2].

Algumas destas normas chegaram até aos nossos dias,

com mais ou menos adaptações, apesar de toda a evolução e transformação registada ao longo de séculos. Isso revela que certos valores humanos fundamentais transcendem civilizações, horizontes temporais, gerações, para se projetarem como categorias intemporais e universais.

A ciência evoluiu à medida que a organização, as demandas e necessidades sociais se tornaram mais complexas e esta complexidade também proporcionou à ciência condições essenciais para crescer e progredir.

O conhecimento científico permitiu ao Homem, gradualmente, apossar-se do domínio e compreensão sobre si próprio e sobre a natureza de uma maneira geral, à medida que o tempo foi passando e as dificuldades encontradas no percurso foram superadas. Esse domínio gerou avanços em várias esferas, criando efeitos sinérgicos que determinaram e determinam um movimento circular que se traduz em progresso social, no desenvolvimento científico e tecnológico e, sucessivamente, em novos progressos.

O desenvolvimento da ciência nem sempre andou pelos bons caminhos. Houve momentos em que, em nome da ciência e dos princípios que a devem nortear, se cometeram atrocidades e atentados graves aos princípios éticos que puseram em causa a dignidade da pessoa humana, como descreveu Lucília Nunes [3].

Esses desvios trouxeram para a discussão a necessidade de se estabelecerem limites à ciência, cuja finalidade essencial residia no estabelecimento de regras que garantissem o respeito pelas pessoas, a submissão aos princípios da integridade e, sobretudo, a sujeição dos projetos de investigação científica à aprovação prévia por uma entidade idónea e independente, que zelaria pelo cumprimento das regras pré-estabelecidas.

A institucionalização da regulação, especialmente em projetos de investigação científica em seres humanos, abarca a ideia de que essa investigação deve observar parâmetros de natureza ética, devendo salvaguardar e conciliar os diversos interesses em confronto, de forma que a função social da investigação não seja posta em causa.

Trata-se de um momento fundamental em que se quis, claramente, sinalizar que não há ciência sem ética, ou seja, que ela faz parte intrínseca da própria ciência.

O presente artigo procura descrever a inter-relação que se estabelece entre a ética, a ciência e a governação em saúde. Para o efeito, o autor procurou, através de trabalhos já realizados e de documentos relacionados com a temática, desenvolver a ideia de uma inter-relação triangular entre as dimensões escolhidas e já citadas

para este trabalho.

A partir do desenvolvimento teórico que sustenta a tese defendida, entendeu-se escolher um caso que servisse de referência para demonstrar em concreto como esta inter-relação se dá e como a inter-influência se estabelece.

O caso escolhido para análise neste trabalho é “Cabo Verde e a governação do sistema nacional de saúde”. O propósito da escolha foi tentar demonstrar, de forma prática, como as diversas dimensões da temática, que dão origem a este trabalho, se inter-relacionam e se influenciam reciprocamente dentro do sistema nacional de saúde cabo-verdiano.

Para o efeito, tomamos como referência as conclusões de um estudo realizado em 2008 sobre a Governação do Sistema de Saúde em Cabo Verde, elaborado por Cláudio Furtado [4]. Nesse estudo, o autor fez uma análise pormenorizada do sistema de governação em saúde em Cabo Verde, com base em 10 critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

## 2. Indagações e considerações teóricas

A relação entre a ética e a ciência já foi objeto de estudo e de diversas considerações de diversos autores e estudiosos.

Ao longo do tempo, foram desenvolvidas várias ideias e perspectivas, umas que se orientavam e se sustentavam nos pressupostos de que a ciência é objetiva e despida de qualquer subjetivismo e outras correntes que entendiam que a ciência e o conhecimento científico transportam consigo valores éticos e morais daqueles que os constroem.

Num artigo da autoria de Anor Sganzerla e Paulo Eduardo de Oliveira [5], publicado na Revista de Filosofia Princípios, sob o título “*Da Relação entre Ética e Ciência: Uma Análise a partir da Epistemologia de Karl Popper*”, os dois citados autores analisaram a relação entre a ciência e a ética, à luz da teoria de Karl Popper [6].

Partiram da seguinte afirmação de Popper: “*A ética não é uma ciência. Mas, embora não haja base científica racional da ética, há uma base ética da ciência e do racionalismo*” [7].

Interessa-nos, para o presente trabalho, debruçarmos sobre a segunda parte da frase de Popper, de acordo com o seu pensamento de que “*há uma base ética da ciência*”.

De acordo com Sganzerla e Oliveira, Popper recusa a ideia de uma ciência despida de valores que o próprio apelida de suposta “neutralidade ética da ciência” [5].

Na ótica dos dois autores, Popper entende que o

conhecimento científico não só incorpora valores morais, como defende que a própria *“atividade de construção desse mesmo conhecimento é também passível de uma avaliação de natureza moral”* [5]. Ou seja, no quadro deste postulado, existe uma ética inerente à própria ciência, em resultado da incorporação dos valores éticos-morais do produtor da ciência na própria ciência, daí a conclusão do filósofo de que existe uma ética da ciência.

Esta perspetiva não trata a problemática da relação ciência e ética no plano de regulação ou de estabelecimento de limites a partir dos quais não se pode ultrapassar, em respeito aos valores fundamentais dos quais se destaca a dignidade da pessoa humana, mas antes coloca o acento tónico na incorporação da ética na ciência.

Na visão de Patrão Neves e Graça Carvalho em *“Ética Aplicada e Investigação Científica”* [8], as autoras defendem que a ética e a ciência *“partilham a sua genealogia comum de criação do espírito humano, distante da suspeição com que na contemporaneidade alguns cientistas olham para a Ética ou do intuito limitante com que alguns eticistas olham para a Ciência”*. Deve-se sublinhar, desde logo, a ideia destas autoras, segundo a qual a ética e a ciência não podem ser vistas como duas dimensões dicotómicas, em que uma persegue a outra, advogando para a necessidade de criação de uma visão mais cooperativa.

Decorre desta perspetiva, a negação de a ética ser a *“polícia”* da ciência, sem, no entanto, deixar de recusar a ideia de a ciência ver na ética um elemento limitador ou castrador da própria ciência.

Como muito bem pontuaram, durante a Segunda Guerra Mundial, especialmente com o que aconteceu em Auschwitz, a ciência perdeu o seu estatuto de *“moralmente neutra”*, posição que se perfila um pouco na linha do pensamento de Karl Popper, e, simultaneamente, acrescentam que o cientista *“perdeu a sua inocência”*.

Em abono da verdade, a história da medicina ficou marcada, nesse período, por atuações desumanas, cruéis e, não raras vezes, mortais sobre milhares de pessoas encarceradas nos campos de concentração de Auschwitz. Médicos nazistas sujeitaram os seus prisioneiros/pacientes à realização dos experimentos mais horríveis, como, por exemplo, obrigá-los a ingerir venenos ou submetê-los à injeção intravenosa da gasolina ou ainda à prática da eugenia, onde se procurava melhorar geneticamente a raça, no caso, ariana [9].

Depreende-se deste posicionamento de Patrão Neves e Graça Carvalho a emergência de postulados que sinalizam a necessidade de introdução de regras e procedimentos, geridos por entidades independentes, face ao falhanço manifesto de mecanismos autorregulatórios.

Porém, esse novo estágio de relacionamento entre a ética e a ciência, segundo Patrão Neves e Graça Carvalho, deve desenvolver-se num quadro de *“articulação e na sua desejável complementaridade”*.

Paulo Jesus, no seu trabalho de 2012, *“Ética e Ciência: Questionar as relações entre a Verdade e o Bem”* [10], defende que as relações entre a ética e a ciência se colocam num plano mais vasto da interação entre *“valores ou interesses e a atividade de produção de conhecimento”*. Para Jesus, existem interações *“distintas e interdependentes”* entre *“vários domínios axiológicos e o processo de investigação científica”* e dessa interação, segundo ele, resultam *“relações intrínsecas”* entre a ciência e os valores *“epistémicos ou cognitivos”* e relações extrínsecas que a ciência estabelece com outros valores, como os de caráter *“ético, estético, social, político e religioso”*, sendo esse processo um elemento decisivo nas *“motivações mais profundas para a prática científica”*.

Joaquim Clotet [11], em *“Ciência e Ética: Onde Estão os Limites?”*, coloca o acento tónico na ideia segundo a qual os princípios éticos deveriam *“orientar o uso adequado ou correto (bom uso) da ciência e, particularmente, das ciências biomédicas e da genética molecular”*, porque, no seu entendimento, esses princípios *“estão diretamente relacionados com os direitos humanos”*.

Para este autor, o limite inultrapassável de caráter ético é, sem dúvida, a *“dignidade humana”*, que considera *“um elemento nuclear da ética e do direito”*. Neste trabalho, Clotet conclui, afirmando o *“caráter indissociável do progresso da ciência e das exigências éticas”* e sublinhando que essa indissociabilidade tem a *“força de um imperativo moral para os cidadãos do século XXI”* [11].

Num artigo publicado na Revista Episteme, sob o título *“Rompendo os Limites entre Ciência e Ética”*, José Roberto Goldim [12] defende que a *“relação entre a Ciência e a Ética é uma das questões de maior atualidade”*. E acrescenta que *“a principal discussão neste sentido tenha sido a relativa à possibilidade e à adequação da imposição de limites à pesquisa”*.

Goldim sublinha o ponto de vista da ciência, segundo o qual *“o pesquisador foi, durante muito tempo, considerado como não responsável pela aplicação dos conhecimentos por ele gerados”*, ou seja, foi uma época em que se admitia ou, melhor, se fazia *“uma clara disjunção entre os factos e os valores”*.

No entanto, nesse trabalho, Goldim conclui advogando que o *“grande desafio para a relação da Ética com a Ciência é o da efetiva interação entre estas duas áreas de conhecimento”*. De seguida, acrescenta que *“é importante que se reconheça que, mais do que aplicada à Ética, (esta*

*tem que estar inserida na prática da Ciência”.*

Goldim entende que, com a ética integrada na investigação científica, se permitirá “discutir, refletir e educar” sobre a relevância, ou não, de se instituir limites para a investigação científica, devendo esses limites ser adotados de forma “adequada, justa e participativa”.

Parece manifesto que, de uma maneira geral, os diferentes autores partilham pontos de vista comuns em alguns aspetos que tentaremos evidenciar, nomeadamente que:

- a) existe uma relação intrínseca e extrínseca entre a ética e a ciência;
- b) as relações entre a ética e a ciência devem pautar-se por princípios cooperativos, consubstanciados em subsidiariedade e complementaridade;
- c) o estabelecimento de limites, resulta de uma necessidade inerente à condição humana, que acaba por se refletir na condição da própria ciência.

E como a ética e a ciência se relacionam e influenciam a governação em saúde?

Temos de entender e analisar a saúde como um sistema, integrado naturalmente por vários subsistemas.

Estes diversos subsistemas relacionam-se e interagem entre si, gerando assimilação, respostas, dinâmicas culturais e organizacionais.

E é nessa cadeia relacional, tipo funcionamento em rede, que importará perceber o encadeamento entre os diferentes elementos que integram essa cadeia.

Importa, ainda, perceber o que é a governação em saúde e a definição ou os conceitos que a mesma encerra.

Não é o objetivo deste trabalho analisar as várias perspetivas em matéria de definição do conceito da governação, especialmente da governação em saúde. Tomar-se-á, como referência para este trabalho, a definição proposta no documento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, *Reconceptualising Governance, 1997* [13], como sendo “o exercício da autoridade política, económica e administrativa para administrar os assuntos de uma nação”, ou seja, e precisando a definição: “São os complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio dos quais cidadãos e grupos articulam os seus interesses, exercem os seus direitos e obrigações e medeiam as suas diferenças”.

Ter-se-á, ainda, como referência a orientação da OMS, que, num estudo realizado em parceria com o Centre on Global Change and Health da London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), define a governação em saúde como uma atividade que “consiste em promover e proteger a saúde da população, a partir de ações e meios organizados com esse objetivo. A sua implementação passa por utilizar um sistema a que determinada sociedade recorre, de forma a conseguir organizar e gerir os assuntos dos vários se-

tores e parceiros, para que possa atingir os seus objetivos” [13]. Acresce que a OMS, na linha seguida pela Organização das Nações Unidas (ONU), também entende que a noção da governação em saúde deve integrar dimensões como a transparência e a prestação de contas, enquanto condição para o sucesso.

Em termos históricos, antes da II Guerra Mundial, Brown, Cueto e Fee [15] descrevem vários eventos, agrupando diversos países e regiões, visando encontrar plataformas transnacionais que pudessem responder às necessidades globais de saúde. Dando conteúdo a estas iniciativas, foram acordadas e implementadas várias convenções, com base num contratualismo aceite pelos estados que subscrevessem esses acordos [15].

Após a II Guerra Mundial, muitas iniciativas continuaram a ter lugar, sendo a mais relevante a criação da OMS em 1948 [16].

A criação da OMS marca uma etapa histórica na promoção da governação em saúde a nível global e o compromisso assumido com a universalidade dos cuidados de saúde, o seu principal desafio, numa ótica de “saúde para todos”.

A OMS aparece como uma primeira resposta estrutural, face à necessidade de uma governação global em saúde. Nesta instância internacional discute-se, decide-se e implementam-se as grandes orientações em matéria de saúde, que depois são adotadas por cada um dos Estados membros. A governação global em saúde permitiu que houvesse coordenação, partilha de conhecimento, padronização dos procedimentos e nomenclatura técnica partilhada, possibilitando, assim, o combate às doenças, sobretudo as de natureza pandémica.

Deve-se, no entanto, pontuar que a evolução da OMS não foi linear, e, por conseguinte, conheceu diferentes fases ao longo do seu percurso.

Brown, Cueto e Fee demonstraram como a OMS evoluiu e como esta organização, passando por crises de natureza política, financeira e de credibilidade, conseguiu superar os problemas que se foram apresentando no seu percurso. O ponto importante deste trabalho foi o de apresentar como se processou a transição na OMS, que, de uma organização que geria a “saúde internacional”, passou para uma entidade gestora de “saúde global”, devendo assinalar-se que essa transição ocorreu a partir dos anos 50, prolongando-se pelos anos 90 [15].

Igualmente, Brown, Cueto e Fee definiram o que se entendia, e se entende, por “saúde internacional” e “saúde global”. Por saúde internacional entendia-se que o foco das atenções se concentrava “no controlo de epidemias ultrapassando fronteiras entre nações”, enquanto que a “saúde

global” considerava as “*necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses das nações*” [15].

A OMS, muito embora já tivesse previsto alguma orientação para o relacionamento com as organizações não governamentais, pouca ou nenhuma ação substancial desenvolveu.

Ao longo de muito tempo, foi debatido no seio da OMS o relacionamento a estabelecer com os agentes não estatais, sendo a primeira versão, relativamente aos seus princípios e diretrizes, lançada na primeira Assembleia Mundial da Saúde, tendo sido sucessivamente alterada em 1950, 1958, 1968 e, de forma substancial, em 1987. A aprovação de uma orientação só se dá em 2016, tendo sido adotado o documento “*Marco de Cooperação da OMS com Atores Não Estatais*” (“*Framework of Engagement with Non-State Actors*” – FENSA) [17].

No FENSA foram definidos quatro tipos de atores não estatais: “*organizações não governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições académicas*”. A partir da adoção deste documento orientador, o quadro de relacionamento entre a OMS e os atores não estatais torna-se mais efetivo e mais de acordo com a noção que encerra a definição de governação em saúde global.

### 3. Relação ética, ciência e governação em saúde: pontos de contacto

As sociedades humanas evoluíram de forma extraordinária. Porém, à medida que o tempo foi passando, a organização das sociedades tornou-se mais complexa e mais exigente.

A ciência, especialmente a que tem a ver com o homem e a sociedade, não só evoluiu extraordinariamente, como permitiu que barreiras aparentemente intransponíveis fossem superadas, tornando possível o que parecia ser impossível.

Através da ciência, a capacidade de dar respostas, nas suas diferentes facetas, às inquietações e preocupações humanas aumentou significativamente, de um modo especial nos domínios do conhecimento, da organização social, da saúde, do trabalho, etc.

Mas esse desenvolvimento espetacular da ciência não aconteceu sem senão. Em certos momentos, aconteceram situações poucas dignas e cometeram-se algumas atrocidades. Os acontecimentos que tiveram lugar, no decurso da II Guerra Mundial, nos campos de concentração de Auschwitz, revelaram o quão é importante o estabelecimento de limites e de regras na investigação científica, conformando e, sobretudo, harmonizando os seus interesses às exigências éticas e ao respeito pela

dignidade da pessoa humana.

Outros eventos, no mínimo questionáveis, tiveram lugar, por exemplo, nos Estados Unidos da América, cujos procedimentos deixaram as autoridades públicas inquietas e preocupadas: referimo-nos aos casos relacionados com os ensaios da talidomida [18], nos anos sessenta do século passado, e ao famoso estudo Tuskegee relativo à sífilis [18], iniciado nos anos trinta e descoberto nos anos setenta.

Estes acontecimentos chamaram a atenção das autoridades para a necessidade de regulação da investigação científica em seres humanos e, por conseguinte, a necessidade de criação de instituições regulatórias independentes, comumente conhecidas por comissões de ética, cuja responsabilidade era, e é, a de analisar a integridade dos projetos de investigação, a sua conformidade com os princípios éticos e a salvaguarda da dignidade humana dos participantes nas investigações.

Um dos pontos relevantes, consagrado no *Código de Nuremberg*, e depois retomado na *Declaração de Helsínquia* e no *Relatório Belmont*, prende-se com a obtenção do *consentimento livre e informado* do participante na investigação. Estabeleceu-se o princípio, segundo o qual, os participantes nos estudos devem ser informados, de forma clara e detalhada, sobre os propósitos do estudo, passando o investigador a ser obrigado a oferecer garantias de respeitar um conjunto de direitos inerentes à condição de participante.

Foram, ainda, estabelecidos os princípios éticos basilares, que deveriam e devem nortear a investigação científica em seres humanos, sustentados nomeadamente em: (i) *responsabilidade*, (ii) *honestidade*, (iii) *fiabilidade*, (iv) *rigor*, (v) *objetividade* e (vi) *integridade*, elementos essenciais, a partir dos quais os projetos de investigação clínica passaram a ser avaliados [18].

À medida que as sociedades evoluíram, as necessidades e os interesses dos diferentes intervenientes também cresceram. As relações entre os diversos atores políticos, sociais, económicos e outros tornaram-se mais complexas e as diferenças a nível de desenvolvimento e de respostas evidenciaram-se assimétricas em muitas situações. Dessa complexidade e assimetrias emergiu, como incontornável, a necessidade de um sistema de coordenação que pudesse orientar, harmonizar e superintender tudo o que tivesse a ver com a saúde a nível internacional.

A OMS, enquanto organismo especializado da ONU, surge como resultado de uma necessidade sentida, por diversos atores, face à ausência de mecanismos que pudessem oferecer respostas às questões da saúde de

natureza transfronteiriça.

Assim, como se referiu anteriormente, a OMS aparece como a primeira resposta de uma governação global em saúde. É sob a sua égide, enquanto instância internacional de saúde, que se discute, se decide, se implementam e se monitorizam as grandes orientações e recomendações em matéria de saúde global, e que são adotadas, posteriormente, por cada um dos Estados membros.

Como também se referiu anteriormente, a governação global em saúde permitiu que houvesse consensualização sobre temáticas da saúde, coordenação, partilha de conhecimento, padronização dos procedimentos e de nomenclatura técnica. Tratou-se de um marco importante na governação global em saúde, face à situação anterior, pautada pela ausência de uma estrutura institucional de consensualização, coordenação, concertação, partilha de informação, ou seja, de inexistência de um *modus operandi* de enfrentamento dos fenómenos que afetassem a saúde mundial.

Se tomarmos como referência a definição da OMS relativamente à saúde [16] concluiremos que, para este organismo, a saúde é mais do que a ausência de doença. Na perspetiva da OMS, a noção de saúde incorpora o bem-estar do indivíduo, o que exige respostas adequadas nas dimensões sanitária, ambiental e comunitária, resultando disso um conjunto de responsabilidades que recaem sobre diferentes atores (estatais e não estatais). A Constituição da OMS prevê a existência da Assembleia Mundial da Saúde, que é um órgão central da organização. Trata-se de um órgão composto “por delegados representando os Estados membros” (artigo 10º), que se reúne uma vez por ano e lhe compete, entre outras funções, “adotar convenções ou acordos respeitantes a qualquer assunto que seja da competência da Organização” (artigo 19º).

Ao lado da OMS, muitas vezes em colaboração ou em competição com ela, emergiram entidades globais, como algumas fundações e certas organizações não governamentais (ONG) com intervenção na área de saúde e empresas multinacionais com forte intervenção na fabricação de produtos farmacêuticos, que trouxeram novas questões, sobretudo no que respeita ao modo de relacionamento com os países, especialmente os países em via de desenvolvimento.

A conciliação entre os diversos interesses em jogo nem sempre foi possível e momentos houve em que a OMS foi secundarizada em detrimento de interesses políticos ou geoeconómicos das grandes potências mundiais, das corporações multinacionais ou das organizações filantrópicas globais, levando a OMS a desempenhar, em certos momentos, um papel limitado, senão mesmo,

marginal, em contraponto com o seu mandato, estabelecido na sua própria constituição [15].

Assim, apesar de todo o investimento feito no projeto de governação global em saúde, protagonizado pela OMS, autores como Anne-Emanuelle Birn, Matthew Bishop e Giovanni Berlinguer não deixaram, no entanto, de criticar certas derivas, resultantes das intervenções de grupos de interesses, a que designaram de “filantropicapitalismo”.

Para Berlinguer [19], a gestão da saúde global tem uma finalidade social desejável. No entanto, entende que, hoje, está “descuidada ou deformada pela influência do fundamentalismo monetário”.

A emergência de grandes corporações empresariais, como, por exemplo, as indústrias farmacêuticas e as produtoras de tabaco e alimentos, veio trazer novos desafios e novas exigências que concitaram e concitam ponderação no relacionamento com entes desta natureza, enquanto atores importantes a se ter em conta, sobretudo pela pressão que exercem sobre os sistemas de governação, sejam globais ou locais.

Bishop [20] e Birn [21] criticam, de forma vigorosa, algumas fundações internacionais de carácter privado que investem somas avultadas em planos e atividades de saúde, em programas de investigação científica e em atividades de cooperação, através das quais fazem propagar os seus interesses ou dos seus parceiros e financiadores. As entidades, como a *Rockefeller Foundation* e a *Bill & Melinda Gates Foundation*, destacam-se como grandes atores na cena internacional, cuja relevante intervenção na área da saúde a nível local e global é reconhecida por todos, ainda assim, não livre de críticas e questionamentos.

Importa, no entanto, sublinhar, que a participação dos privados no domínio da saúde é positiva e deve ser estimulada, desde que sejam respeitadas as regras que evitem o desvirtuamento da função social da prestação de cuidados de saúde, assim como a salvaguarda do interesse público intrínseco.

Da sua criação até ao presente, a OMS conheceu várias fases. Como se referiu anteriormente, começou por ser uma entidade cujo papel incidia mais na gestão da “saúde internacional”, para, paulatinamente, transitar para a gestão da “saúde global”.

Com a aprovação pela OMS do FENSA, em 2016, com a incumbência de abordar as questões que se relacionam com as organizações denominadas “atores não estatais”, dá-se um passo importante no estabelecimento de princípios que deviam e devem regular esse relacionamento e, ao mesmo tempo, regista-se

um avanço significativo na construção da governação global em saúde.

Assim, com o FENSA, definiu-se, nomeadamente, os “*princípios que devem reger as relações com atores não estatais, possíveis benefícios dessa cooperação, riscos, tipos de interações (participação, recursos, evidências, “advocacy” e colaboração técnica) e ferramentas para lidar com conflitos de interesse*”.

Desta incursão, em diversas abordagens e autores, resulta evidente que não se pode falar da ética sem se falar da ciência, como não se pode analisar a ciência sem verificar a sua dimensão ética. A ciência e a ética apresentam-se como subsistemas incontornáveis de um sistema de governação em saúde, dada a natureza intrínseca e recíproca que alimenta a sua relação numa dinâmica que se funda na tese de circularidade.

#### **4 Análise sobre a interinfluência entre a ética, a ciência e a governação em saúde: O “caso Cabo Verde”**

A Constituição da República de Cabo Verde (nº 1 do artigo 71º) [22] estabelece que “*Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica*”. A Carta Magna cabo-verdiana estabelece, ainda, que é direito/dever de todos defenderem e promoverem a saúde, enquanto um bem social fundamental, não deixando, contudo, de referir, de forma expressa, que compete “*ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde*”.

A mesma lei fundamental define, ainda, que o “*direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde*”, cabendo ao Estado assumir um papel relevante no sistema, nomeadamente com tarefas como:

- a) *assegurar a existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde;*
- b) *garantir a existência de cuidados de saúde pública;*
- c) *promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.*

A política de saúde em Cabo Verde, espelhada em vários documentos oficiais, orienta-se por princípios basilares, como Universalidade, Integralidade, Complementaridade e Racionalização, princípios estes que permitem que os serviços prestados sejam balizados e sujeitos a essas exigências constitucionais.

O Ministério da Saúde é a entidade estatal encarregada de conduzir a política de saúde no país. No entanto, não o faz sozinho. Existe um conjunto de parceiros, do setor privado à sociedade civil, que participa na conceção e implementação de políticas da saúde, quer a

nível de cuidados médicos preventivos e de promoção da saúde, quer a nível farmacêutico e medicamentoso. Em termos de participação, podemos, ainda, destacar as ordens profissionais, como as dos médicos, dos farmacêuticos, dos enfermeiros e dos psicólogos, cujo papel no sistema reside e reflete em matérias técnicas, na gestão de saúde e na regulação e autorregulação das atividades profissionais que lhes estão adstritas. Importa, ainda, destacar a existência de um Conselho Nacional de Saúde [24], que tem por missão “*promover e assegurar a participação de todos os parceiros da área da saúde na construção e no aperfeiçoamento de um sistema sustentável de colaboração mútua*,” (nº 2 do artigo 8º da Lei Orgânica do Ministério da Saúde)[23].

Furtado (2008) [4], dá-nos conta do estado de governação em saúde no país, num estudo financiado pela OMS, tendo o autor seguido as diretrizes desta organização na sua elaboração. O autor seguiu nesse trabalho os 10 princípios estabelecidos no documento “*Cadre pour l’évaluation de la gouvernance des systèmes de santé dans les pays en développement*” da OMS [24].

Entre as muitas conclusões a que chegou, importa destacar algumas, nomeadamente as que consideramos como as mais relevantes:

1) Da análise do Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde, verifica-se que o mesmo se encontra “*em processo de construção e consolidação. (...) a partir dos anos noventa começa a verificar-se uma tendência progressiva de surgimento de iniciativas privadas*”.

2) Destaca-se outra conclusão, segundo a qual se encontrava em curso a reforma do Sistema Nacional de Saúde, tendo como pressupostos básicos “*envolver todos os atores no processo de tomada de decisão, na implementação e avaliação dos programas e projetos*”. Com estes fundamentos, foram institucionalizados “*o Conselho Consultivo do Ministério, as Regiões Sanitárias e seus Conselhos Consultivos, as Comissões Municipais de Saúde*”.

3) Realça-se outra conclusão, onde se sublinha que, “*não obstante os investimentos feitos, nomeadamente a nível dos medicamentos, ainda algumas categorias populacionais, as mais vulneráveis, têm dificuldades de acesso*”. Do mesmo modo, embora se verifique o reforço do pessoal médico e de enfermagem, assim como de outros técnicos de saúde, porém, “*para os cuidados diferenciados existem ainda carências significativas a nível das várias especialidades*”.

4) Outra conclusão presente no estudo é a de que, embora se tenham registado progressos no atendimento face às demandas da população, reconhece-se, no entanto, a “*necessidade de reforçar e melhorar o sistema*

de informação sanitária, descentralizando o processo de tratamento e análise de informações”.

A partir das principais conclusões do estudo de 2008, e seguindo os princípios/orientações estabelecidos pela OMS, decidimos, com base em elementos hoje disponíveis, proceder a uma avaliação empírica do estado atual da governação em saúde em Cabo Verde.

O documento da OMS que serviu de guia para a avaliação foi também o “*Cadre pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé dans les pays en développement*”, editado pelo Bureau Régional de l'Afrique[24]. As tabelas apresentadas a seguir (Tabela 1 a 6) refletem as orientações da OMS, baseadas nos 10 princípios a que já se fez referência.

**Tabela 1:** Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
Visão estratégica	Os líderes devem ter uma visão clara dos objetivos pretendidos a curto e longo prazo sobre a saúde e o desenvolvimento humano. Paralelamente, devem existir planos de ação para realizar esses objetivos.	A visão do que deve ser o Sistema Nacional de Saúde está presente nos principais instrumentos de orientação política de Cabo Verde, nomeadamente, o Programa do Governo, o documento Política Nacional de Saúde e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, sendo a sua principal missão a de “garantir o acesso universal aos cuidados de saúde da população de forma eficaz e equitativa”.
Participação e consenso	Todos os homens e mulheres devem ter a possibilidade de determinar a sua escolha para a saúde, de forma direta ou indireta (através de instituições intermediárias que representem seus interesses). A boa governação dos sistemas de saúde permite que perspectivas divergentes sejam discutidas, de forma a alcançar um consenso (por meio de reuniões abertas, <i>workshops</i> públicos e inquéritos de satisfação).	O país dispõe de espaços institucionais de participação, que visam atender as diferentes visões, bem como considerar os interesses diversificados dos atores que intervêm no domínio da saúde, procurando assegurar que as decisões e as políticas públicas a implementar obtenham os acordos possíveis que permitam lançar políticas de longo prazo para o setor. Importa referir a existência do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Medicamentos, bem como de comissões intersectoriais, como o Comité de Coordenação do Combate a Sida e a Comissão de Coordenação do Álcool e Outras Drogas (CCAD). Todos estes órgãos, de composição multisectorial, integram atores não estatais que intervêm na área da saúde.

Tabela 2: Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
Cumprimento da lei	As estruturas legais relativas à saúde (legislação, regras, procedimentos, códigos de conduta e acreditação) devem ser justas e aplicadas de forma imparcial.	A Constituição da República de Cabo Verde estabelece os princípios e as orientações fundamentais que devem enformar a política nacional em matéria de saúde. Esses princípios e orientações são retomados pela Lei de Bases da Saúde, que desenvolve e especifica o papel de cada ator, bem como os direitos e responsabilidades de cada interveniente. Diferentes leis regulam as atividades na área da saúde, o exercício profissional, o regime das prestações de cuidados de saúde, a isenção e as comparticipações nos custos, os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, etc.
Transparência	Fluxo livre de informações para todos os assuntos relacionados com a saúde (libertação de informações de desempenho, serviços de inspeção, disponibilização de informação orçamental e financeira).	Os procedimentos na administração cabo-verdiana, regra geral, são transparentes, e este critério aplica-se ao setor da saúde. As regras de acesso, admissão, atos e tratamentos médicos, acesso a medicamentos, pagamento ou copagamento, são conhecidas do público, e existem possibilidades e espaços para qualquer cidadão, que se sinta prejudicado, apresentar queixas e reclamações em locais definidos e apropriados. O Orçamento do Estado dispensado ao setor da saúde é gerido pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças, sendo as contas sujeitas ao julgamento do Tribunal de Contas. No entanto, algumas informações pecam por escassez de divulgação, nomeadamente, as que têm a ver com as inspeções, desempenho ou satisfação dos utentes com os serviços, muito embora existam <i>sites</i> de todos os atores com informações diversas. O índice da perceção de corrupção relatado em relatórios internacionais [25] é baixo.

Tabela 3: Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
Recetividade	Instituições e processos devem servir a todas as partes interessadas, de forma a garantir que as políticas e os programas respondem às necessidades de saúde em geral, e não às necessidades de saúde específicas dos seus clientes.	O Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano apresenta, a nível de cuidados primários, uma capacidade de resposta satisfatória [22], tendo, para o efeito, uma rede de infraestruturas, meios humanos e outros, que garantem respostas adequadas às demandas da população. Já a nível de cuidados diferenciados, existem dificuldades que se traduzem em tempo de espera para marcação de consultas ou realização de alguns exames complementares de diagnóstico, acima do que seria desejável [26]. Paulatinamente, o país tem evoluído, embora haja um certo caminho a percorrer para que as necessidades da população sejam plenamente supridas.
Equidade e inclusão	Todos os indivíduos, sem exceção, devem ter oportunidades para melhorar ou manter sua saúde e bem-estar.	O acesso de todos à saúde é uma garantia constitucional, cabendo ao Estado assegurar o seu cumprimento. Seguindo este princípio, ninguém deixa de ter acesso aos cuidados de saúde, em resultado da sua condição económica ou social. No entanto, este princípio poderá ser desvirtuado se a capacidade de resposta não estiver ao nível das necessidades. O país precisa de melhorar a sua capacidade de resposta, especialmente a nível da prestação de cuidados secundários (tempo de espera bastante elevado para a obtenção de consultas de algumas especialidades, assim como para exames complementares de diagnóstico).
Eficácia e eficiência	Processos e instituições devem produzir resultados que respondam às necessidades da população. Os resultados de saúde devem ter impacto na otimização dos recursos.	De uma maneira geral, o Sistema Nacional de Saúde melhorou, em relação a 2008, e tem vindo a melhorar em termos de capacidade de resposta[26]. Contudo, muitos aspetos precisam de ser melhorados e rentabilizados. Urge a adoção de medidas que permitam racionalizar o uso dos recursos e equipamentos, rentabilizando, até onde for possível, os meios que são afetos aos diferentes serviços. Impõe-se, ainda, com vista a aumentar a eficácia e a eficiência dos serviços, a adoção de uma política de manutenção de equipamentos, visando, por um lado, aumentar o tempo útil de vida destes recursos e, por outro, reduzir o tempo de paragem ou avarias que ocorrem com alguma regularidade, o que concorre para uma menor eficiência dos serviços e em prejuízo para o atendimento dos utentes em tempo útil.

Tabela 4: Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
<p>Prestação de contas</p>	<p>Prestação de contas do Ministério da Saúde e de outras agências governamentais relevantes (sistemas de combate à corrupção, contratos baseados em resultados, pagamento por desempenho).</p>	<p>O setor da Saúde dispõe de mecanismos claros e funcionais que permitem desenvolver as atividades de monitorização e avaliação. A prestação de contas é um princípio respeitado na administração cabo-verdiana. As despesas do Ministério da Saúde não só são controladas pelo Ministério das Finanças, como as contas são submetidas ao julgamento do Tribunal de Contas. Para além disso, o governo e, conseqüentemente o Ministério da Saúde, presta contas ao parlamento.</p> <p>Os mecanismos de responsabilização existem e atuam a diversos níveis, estando as entidades, com atribuições para as implementar, compenetradas em fazer cumprir as normas, os regulamentos, as regras financeiras e de gestão administrativa do sistema.</p> <p>Deve-se, no entanto, destacar o papel central da Entidade Reguladora Independente de Saúde (ERIS)[27], criada em 2019, cuja tarefa é, nomeadamente, a de <i>“garantir os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, dos profissionais de saúde e dos cidadãos, o acesso, o uso racional, a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos de uso humano e veterinário, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, bem como dos estabelecimentos do setor alimentar, englobando a segurança sanitária dos produtos alimentares”</i>. Para além disso, a ERIS dispõe, ainda, de competências como a de <i>“regular e supervisionar as atividades dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, dos setores dos medicamentos de uso humano, medicamentos veterinários, dispositivos médicos e estabelecimentos do setor alimentar”</i>.</p> <p>No fundo, cabe à ERIS fiscalizar o cumprimento das leis, das normas e dos requisitos técnicos aplicáveis aos setores regulados, para além de produzir normas e regulamentos, bem como exercer a função inspetiva.</p>

Tabela 5: Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
Inteligência e informação	Inteligência e informação são cruciais para a compreensão do sistema de saúde. Devem ser tomadas decisões informadas, que respondam às necessidades de diferentes grupos de interesse (relatórios elaborados por investigadores independentes, auditorias periódicas, avaliações de desempenho, utilização de ferramentas reconhecidas internacionalmente para análise da situação).	<p>O Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano dispõe de uma política de informação sanitária que produz um conjunto de informações relevantes, permitindo um acompanhamento da situação epidemiológica do país, assim como a produção de estatísticas de saúde que auxiliam na análise e compreensão da dinâmica das doenças, assim como auxiliam as entidades competentes nas tomadas de decisão, com base em evidências.</p> <p>Para além disso, importa destacar o papel relevante do INSP [28], entidade cuja missão é a de “gerar, desenvolver e disseminar conhecimentos científicos sobre a saúde e seus determinantes”. O INSP tem, ainda, por missão “coordenar e promover a adoção de políticas de promoção da saúde no país, numa perspectiva multisectorial e multidisciplinar”. Deve-se salientar ainda que o INSP intervém na esfera da produção de materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC), bem como a sua difusão para a população. Um outro importante papel é reservado ao INSP: trata-se da tarefa que consta da sua missão e que consiste em promover a investigação científica e, em particular, a investigação em saúde. Nesta linha, o INSP aprovou a Agenda Nacional de Investigação para a Saúde 2020-2024[29], que tem por finalidade dispensar aos diferentes intervenientes de investigação em saúde “orientações sobre as prioridades de investigação na área da saúde, identificadas a partir da análise do estado de saúde da população e da situação organizacional e funcional do Sistema Nacional de Saúde”.</p> <p>Apesar de uma evolução positiva em matéria de pesquisa e sistema de informação, o Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano ainda carece de aprimoramento de alguns aspetos, especialmente aqueles que se prendem com a comunicação interpessoal, com realce para os serviços de atendimento aos utentes, estendendo-se para a comunicação médica na relação com os doentes[30]. Para além disso, há uma deficiente divulgação de documentos relevantes que são produzidos, cujo conhecimento e divulgação ficam reservados a algumas entidades [30].</p>

Tabela 6: Princípios de governação em saúde - aplicação a Cabo Verde

Princípios de governação	Descrição/Operacionalização	Estado atual
Ética	<p>Questões referentes à ética em cuidados de saúde incluem o respeito pela autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.</p>	<p>A postura ética no campo da saúde é ditada por um imperativo categórico da salvaguarda da dignidade da pessoa humana.</p> <p>A saúde humana é uma questão sensível que deve ser gerida com atenção redobrada. A defesa da dimensão ética da e na saúde deve ser garantida pelos poderes públicos.</p> <p>Atendendo a estes pressupostos, Cabo Verde dispõe, desde 2007, de um Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde (CNEPS), cuja definição, de acordo com a lei que o criou, é a de “uma entidade autónoma e independente, multissetorial e multidisciplinar, que assegura a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar de todos os potenciais participantes em pesquisas para a saúde” (artigo 2º do decreto-lei 26/2007) [31].</p> <p>O CNEPS emite pareceres de carácter vinculativo e qualquer projeto de investigação em saúde submetido à sua apreciação só poderá arrancar após aprovação.</p> <p>Mas as questões éticas colocam-se não só no plano da investigação em saúde, elas também se impõem na esfera do exercício profissional. Neste particular, as ordens profissionais, através dos respetivos códigos deontológicos, responsabilizam-se por fazê-los cumprir.</p> <p>Encontra-se em curso o processo de reforma legislativa, que culminará com a aprovação da Lei de Investigação Clínica e da lei sobre o CNEPS. O novo quadro legal vai permitir a realização de ensaios clínicos e outras investigações com intervenção, o que até ao presente momento não acontece no país. O CNEPS terá a sua composição e competências alargadas, passando a emitir pareceres não apenas sobre os projetos de investigação, podendo estender a sua esfera de ação a todas as matérias que têm a ver com as ciências da vida.</p> <p>Igualmente, está a decorrer a tramitação para aprovação da proposta de “lei que estabelece as normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de órgãos, tecidos e células de origem humana”, legislação que, uma vez aprovada, vai permitir a realização de colheita de órgãos e de transplantes, o que trará novas exigências em matéria de regulação, quer de natureza ética, quer em matéria de procedimentos técnicos.</p>

Da análise do estado da ética, ciência e governação em saúde, verifica-se que o país dispõe de instituições, de regras, de instâncias de consensualização de políticas e estratégias, de mecanismos de supervisão, de regulação e de prestação de contas.

Do ponto de vista formal, Cabo Verde possuiu um sistema de governação em saúde, integrado por vários subsistemas, cada um operando, influenciando e contribuindo para a funcionalidade do sistema como um todo coerente.

Como já havíamos dito, a Constituição da República de Cabo Verde refere que todos os cidadãos “*têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica*” e que “*incumbe ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde*”.

Este desiderato constitucional só se cumprirá plenamente com maiores e mais equilibrados investimentos, que visem reduzir drasticamente as assimetrias regionais ainda existentes, especialmente em ilhas mais periféricas como a Brava, São Nicolau, Maio ou Boa Vista, porquanto essas assimetrias têm reflexo no acesso equitativo aos serviços de saúde.

O projeto da telemedicina já instalado e a funcionar poderá ser uma boa alternativa para contornar a insuficiência de médicos e especialistas nesses espaços territoriais, onde o acesso a cuidados está prejudicado por razões aqui expendidas.

O Ministério da Saúde criou e desenvolveu espaços de consensualização de políticas e atividades de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Medicamentos, os Conselhos Consultivos nas Regiões Sanitárias e as Comissões Municipais de Saúde, espaços onde os diferentes atores da sociedade participam e contribuem para o desenvolvimento de políticas de saúde a nível nacional e local.

A criação e o funcionamento do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) veio imprimir uma nova dinâmica na vertente da investigação em saúde, contribuindo para um melhor conhecimento da situação de saúde em Cabo Verde e para um apoio efetivo em termos de subsídios para formulação e implementação de políticas de saúde no país.

A Agenda Nacional de Investigação para a Saúde 2020-2024, produzida e coordenada pelo INSP, constitui a referência em tudo o que diz respeito à investigação em saúde em Cabo Verde, permitindo que diferentes parceiros, de acordo com a sua vocação, desenvolvam o seu trabalho de investigação, tendo em conta os domínios prioritários que carecem de ser explorados.

No entanto, se é certo que existem progressos visíveis a diferentes níveis, também não é menos verdade que há vários aspetos a melhorar, nomeadamente no que concerne à ampliação das instâncias de consensualização, transformando, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde, de simples órgão de consulta do Ministro da Saúde, numa instância autónoma de consensualização de políticas para o setor de saúde e com atribuições mais amplas e com a inclusão de outros atores relevantes, como, por exemplo, as universidades.

Um maior envolvimento das universidades, especialmente daquelas que desenvolvem formação e investigação na área da saúde, parece uma necessidade inequívoca.

Importa destacar que, por exemplo, o CNEPS recebe anualmente dezenas de projetos de investigação em seres humanos, oriundos das universidades, cujos conteúdos incidem, na maior parte, sobre matérias que se prendem com a saúde e o comportamento humano.

Verifica-se o aprimoramento dos mecanismos de controlo, especialmente com a criação da ERIS, entidade cuja tarefa é a de regular todas as atividades ligadas às atividades de saúde, quer de prestações de cuidados de saúde, quer de produção e comercialização de medicamentos, quer de regulação de atividades profissionais, quer de defesa dos interesses dos utentes da saúde.

O sistema de informação sanitária carece de reformas, na linha do diagnóstico feito por Cláudio Furtado (2008), onde propunha a desconcentração desse serviço e o reforço de capacidade das estruturas sanitárias locais, visando permitir o tratamento local de dados, ficando as estruturas centrais com a responsabilidade de proceder à sua sistematização, consolidação e análise global.

Continuam a subsistir dificuldades em atender as demandas da população a nível dos cuidados secundários de saúde. O tempo de espera, com destaque para a demora na marcação das consultas de especialidade e na realização de alguns exames complementares de diagnóstico, bem como a qualidade do atendimento, constituem pontos a ser melhorados (*Estudo sobre o Exercício de Cidadania em Saúde em Cabo Verde, 2022*)[30].

Este quadro menos positivo, no tocante a carência na prestação de cuidados diferenciados, provavelmente, poderá vir a ser resolvido a prazo, quando se iniciar a entrada, nas estruturas e serviços, do pessoal médico em formação local. Trata-se de um ganho importante, que acontece pela primeira vez, numa parceria entre as universidades de Cabo Verde e de Coimbra, podendo, a partir deste novo quadro, abrir-se novas possibilidades para aumentar o leque de pessoal médico e assim desenvolver um programa de especialização do pessoal que já

se encontra no sistema e, com isso, equacionar, a prazo, o problema da demora nas consultas de especialidade. Quanto a exames complementares de diagnóstico, cujo tempo de espera por vezes compromete o próprio diagnóstico, estão a ser realizados investimentos para suprir as insuficiências. No entanto, concomitantemente ao investimento feito na aquisição de equipamentos, é necessário projetar uma política de gestão e manutenção de equipamentos, por forma a prevenir as avarias dos mesmos e, sobretudo, prolongar o seu tempo de vida.

#### 4. Conclusão

Parece evidente a existência de uma relação, inter-relação, complementaridade, influência recíproca entre a ética, a ciência e a governação em saúde.

O modo como este relacionamento se realiza e se desenvolve não é linear, tendo características de uma relação de natureza circular.

Cabo Verde, apesar dos diversos constrangimentos, visíveis em vários pontos aqui analisados, tem estado a progredir em matéria de ética, ciência e governação em saúde, talvez não com a velocidade que seria desejável, porém têm sido dados passos no sentido da superação paulatina das insuficiências.

Assim:

(i) O país dispõe de um sistema de governação em saúde, integrado por vários subsistemas, que integram entre si nas esferas de gestão das políticas de saúde, da investigação científica em saúde e da regulação ética;

(ii) Existem instâncias de participação, como o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Medicamentos, que permitem consensualizar as políticas e as estratégias para o setor;

(iii) No entanto, mais do que um Conselho, como órgão de consulta do Ministro da Saúde, o atual estágio de gestão da saúde requer a existência de um espaço e de um mecanismo de participação, que permitam que todos os atores que intervêm na área da saúde tenham voz, possam contribuir com o seu saber e experiência, assumam tarefas e responsabilidades, participem nas decisões que são tomadas e no seguimento e avaliação do desempenho do sistema de saúde;

(iv) As instâncias de consensualização existentes precisam de ser aprimoradas e dotadas de atribui-

ções mais abrangentes e devem ser integradas por novos parceiros que assumam realmente o papel de atores e não de simples participantes;

(v) A capacidade do Sistema Nacional de Saúde tem estado a melhorar progressivamente e a participação do setor privado da saúde, na resposta às necessidades do país em matéria de saúde, tem contribuído para minorar alguns efeitos da incapacidade de resposta do serviço nacional de saúde;

(vi) Há evidências de um algum défice, ao nível da prestação de cuidados, em certas especialidades médicas. O reforço de cuidados a nível secundário é crucial, sobretudo numa conjuntura em que se verifica a transição epidemiológica, onde as doenças não transmissíveis superaram as transmissíveis e estão a criar maior pressão a nível dos serviços;

(vii) O sistema de informação sanitária continua com as mesmas insuficiências identificadas em 2008. Impõe-se a implementação de um conjunto de medidas com o objetivo de dotar as estruturas locais de meios necessários para poderem produzir e tratar localmente dados de saúde. Um sistema de informação sanitária funcional, que permita não só produzir dados descentralizados, como assegurar a sua consolidação a nível central, permitirá caracterizar a situação epidemiológica global do país e facilitar as tomadas de medidas e de decisões com base em evidência;

(viii) Verifica-se que as universidades não estão suficientemente representadas nas instâncias de consensualização de políticas e de acompanhamento de atividades do setor. As universidades poderão desempenhar um papel importante no sistema de governação em saúde, sendo, ao lado do INSP, as principais instituições do país que realizam investigação em saúde, e ambas, entretanto, não fazem parte das instâncias nacionais de consensualização;

(ix) As reformas legislativas em curso, especialmente as que se destinam à reestruturação do CNEPS, à criação de bases para o desenvolvimento de investigação clínica, incluindo a realização de ensaios clínicos, ou a proposta de lei que vai permitir a realização de colheitas de órgãos, bem como o transplante dos mesmos, terão, sem dúvida, repercussão significativa e cruzada nos domínios da

ética, da ciência, da organização de serviços e na capacitação técnica e profissional do pessoal afeto ao sistema de saúde.

Assim, em conclusão, resulta de forma clara que existe um percurso no setor da saúde em Cabo Verde onde a ética, a ciência e a governação em saúde conhecem uma evolução, relativamente positiva, pautada por uma relação de recíproca influência. Este quadro, configurado num sistema de inter-relação e de inter-influência, permite que os diversos subsistemas

possam desempenhar o seu papel e simultaneamente, cada um possa também contribuir para o seu funcionamento integral e harmonioso.

O tempo, com a sua dinâmica própria, tem contribuído para formatar os sistemas em função da emergência de novas necessidades, que, regra geral, geram novos paradigmas, novas abordagens e novas respostas, que, por sua vez, fazem emergir novas formas de organização e novos quadros regulatórios, numa dinâmica permanente, própria de sociedades humanas do nosso tempo.

## Bibliografia:

- [1] Bíblia Sagrada, Gênese, Cap. 9 e 11 - Publicada por A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias - Salt Lake City, Utah, EUA, 2015
- [2] Bíblia Sagrada, Êxodo, Cap. 20 a 24 - idem
- [3] Nunes L. Conferência de abertura, Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz. Março 22, 2013. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica\\_LN\\_2013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf)
- [4] Furtado C. Governação do Sistema de Saúde em Cabo Verde, Praia – 2008 Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
- [5] Sganzerla A, Oliveira PEde. Da Relação entre Ética e Ciência: Uma Análise a partir da Epistemologia de Karl Popper – Revista de Filosofia Princípios - v. 19, n.31 Janeiro/Junho de 2012, p. 327-349.
- [6] Popper K. A lógica da pesquisa científica. São Paulo: Cultrix, 1974.
- [7] Popper K. A sociedade aberta e seus inimigos. Vol. 2. São Paulo: Editora da USP/Belo Horizonte: Itatiaia, 1987, (p. 153; p. 246).
- [8] Neves MCP, Carvalho MG. Ética Aplicada - Investigação Científica - Edições Almedina, S.A. – 2018
- [9] Marques RCP. Barbaridades na pesquisa com seres humanos: principais desvios bioéticos na humanidade - Edições UERN, 2018, pág. 58-70
- [10] Jesus P. Ética e Ciência: Questionar as relações entre a Verdade e o Bem. In C. Beckert et al. (Coord.), *Ética: Teoria e Prática* (pp. 355-366). Lisboa, 2012: CFUL. ISBN: 978-989-8553-14-0. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt/bitstream/11328/809/1/Capitulo%202012%20Etica%20%26%20Ciencia.pdf>
- [11] Clotet J. Ciência e Ética: Onde Estão os Limites?, Revista Episteme, Porto Alegre, n. 10, p. 23-29, jan./jun. 2000.
- [12] Goldim JR. Rompendo os Limites entre Ciência e Ética, Revista Episteme, Porto Alegre, n. 10, p. 31-37, jan./jun. 2000.
- [13] Reconceptualising Governance, United Nations Development Programme, New York - 1997.
- [14] Dodgson R, Lee K, Drager N. Governança Global de Saúde: Uma Revisão Conceitual - Global Change Center (<https://globalchange.center/en/>) e London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) (<https://www.lshtm.ac.uk/>) - Organização Mundial de Saúde, 2002.
- [15] Brown ThM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 623-47, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/hcsm/v13n3/04.pdf>
- [16] Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) – 1946, Disponível em: <https://goo.gl/YagYkS>
- [17] Martins RM, Rocha CMF, Faria MA. Histórias da saúde global: a Organização Mundial da Saúde e a Cooperação com Atores não Estatais - rev. colomb. cienc. soc. | Vol. 12 | No. 1 | pp. 253-278 | enero-junio | 2021
- [18] Nunes L. Conferência de abertura, Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz March 22, 2013. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica\\_LN\\_2013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf)
- [19] Berlinguer G. Globalização e saúde global. Estudos Avançados, São Paulo, 1999.
- [20] Bishop M. O filantropocapitalismo torna-se global, AndreySgorla, 2008.
- [21] Birn A. E. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. Hypothesis, Toronto, 2014.
- [22] Constituição da República de Cabo Verde de 1992 – Revista em 2010 - Assembleia Nacional – Cabo Verde
- [23] Lei Orgânica do Ministério da Saúde - Decreto-lei n° 26/2021 - Boletim Oficial - I série n° 91
- [24] Cadre pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé dans les pays en développement: Passeport pour une bonne gouvernance, Organisation Mondiale de la Santé, Division du Développement des Systèmes et des Services de Santé Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique
- [25] Transparency International: Corruption Perceptions Index, 2022 - Disponível em: <https://www.transparency.org/en/cpi/2022>
- [26] Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021 Vol. I – Ministério da Saúde – 2017
- [27] Entidade Reguladora Independente de Saúde (ERIS) - Decreto-Lei n° 03/2019, de 10 de janeiro (B. O. n° 03/2019, I Série, 1° Suplemento)
- [28] Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) – Resolução n° 21/2014 de 14 de março de 2014
- [29] Agenda Nacional de Investigação para a Saúde 2020-2024 – INSP – Praia – 2019
- [30] Estudo sobre o Exercício de Cidadania em Saúde em Cabo Verde - Comissão Nacional para os Direitos Humanos e Cidadania - 2022
- [31] Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) - Decreto-lei 26/2007, de 30 de julho - B. O. I Série – N° 28

## Conflitos de interesse:

O autor declara que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.