

© Raquel Varela e Âncora Editora

Direitos reservados por
Âncora Editora
Avenida Infante Santo, 52 – 3.º Esq.
1350-179 Lisboa
ancora.editora@ancora-editora.pt
www.ancora-editora.pt
www.facebook.com/ancoraeditora

Capa: Sofia Travassos | Âncora Editora

Revisão: António Simões dos Paços

Edição n.º 10033
1.ª edição: Junho de 2019
Depósito legal n.º *** */19

Pré-impressão: Âncora Editora
Impressão e acabamento: LOCAPE – Artes Gráficas, Lda.

ISBN 978 972 780 690 4

Colecção
ESTUDOS E DOCUMENTOS

HISTÓRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL
A SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO, DO ESTADO NOVO AOS NOSSOS DIAS

Obras publicadas nesta colecção:

FARINHAS, MOINHOS E MOAGENS

Jaime Alberto do Couto Ferreira

PRISIONEIRO DA ESPERANÇA – DOIS MIL ANOS DE MESSIAS E MESSIANISMOS

António Carlos Carvalho

LUZ – TEXTOS E DEPOIMENTOS

Abraham Assor

D. MANUEL MARTINS – A ESPERANÇA DE UM POVO

Alcídio Torres

ANARQUISMO E NEO-REALISMO –

FERREIRA DE CASTRO NAS

ENCRUZILHADAS DO SÉCULO

Ricardo António Alves

PORTO DE PARTIDA, PORTO DE CHEGADA – A EMIGRAÇÃO PORTUGUESA

AA.VV.

DIREITO E OUTRAS COISAS

João Caupers

DICIONÁRIO PSICOLÓGICO DA CRIANÇA

Carlos Céu e Silva

DO QUARTO DE DORMIR PARA O MUNDO –

JOVENS E MEDIA EM PORTUGAL

Gustavo Cardoso, Rita Espanha e Tiago Lapa

CAFÉ ÂNCORA D'OURO – PIOLHO –

UM SÉCULO DE VIVÊNCIAS (2.ª edição)

Alfredo Mendes

ASPECTOS TÉCNICOS DE VITICULTURA

BASEADOS NA CASTA BAGA

Anabela Andrade

AS MINAS DE ERVEDOSA (1906–1969) –

EFÍGIE DE MEMÓRIA E NARRATIVA

Celina Busto Fernandes

PORTO – NAÇOM DE FALARES (2.ª edição)

Alfredo Mendes

OS JUDEUS NO NOROESTE

DA PENÍNSULA IBÉRICA

João Domingos Gomes Sanches

PRODUZIR E BEBER – A QUESTÃO DO VINHO

NO ESTADO NOVO (1929–1939)

Dulce Freire

A QUESTÃO DA ÉTICA PÚBLICA

NO SÉCULO XXI

Alcídio Torres

A MAGIA DO MUNDO LENDÁRIO

NA LITERATURA INFANTIL

Armindo Mesquita (coord.)

SENDIN, TIERRA DE MIRANDA – GEOGRAFIA E TOPONÍMIA

Carlos Ferreira

PROFETAS DO CONSUMO

Mário Beja Santos

CULTURA E POLÍTICA(S)

Fernando Pereira Marques

O DETETIVE HISTORIADOR – ÉTICA E JORNALISMO DE INVESTIGAÇÃO

Oscar Mascarenhas

POMBAL DE ANSIÃES: ENTRE O RIO TUA E O PLANALTO

Fernando Augusto de Figueiredo

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DOS PARTIDOS POLÍTICOS E SISTEMAS ELEITORAIS

Fernando Pereira Marques

VERGÍLIO FERREIRA EM ÉVORA:

ENTRE O SILÊNCIO E A PALAVRA TOTAL

Organização e Edição: Rosa Maria Goulart (coordenadora), Cristina Firmino Santos, Elisa Nunes Esteves e João Tiago Lima

AO LUME BRANDO DA URZE: ESTUDOS SOBRE JOÃO DE ARAÚJO CORREIA

Ana Ribeiro

VERGÍLIO FERREIRA: ESCREVER E PENSAR OU O APELO INVENCÍVEL DA ARTE

Organização: Ana Paula Coutinho, Isabel Pires de Lima, Joana Matos Frias, Jorge Costa Lopes

BARROSO – RESGATE DA MEMÓRIA NA OBRA DE BENTO DA CRUZ

António Chaves

CARRAZEDA DE ANSIÃES – UM MUNICÍPIO

DO DOURO: ESTUDO SOBRE O CONCELHO

Fernando Augusto de Figueiredo

TIMOR-LESTE: A PRESENÇA PORTUGUESA

DESDE A REOCUPAÇÃO À INVASÃO

INDONÉSIA (1945-1975)

Fernando Augusto de Figueiredo

DEMOCRACIA DO LIVRO EM PORTUGAL –

TRANSIÇÕES, PROTAGONISTAS E EVOLUÇÃO SOCIOCULTURAL

Rui Beja

VERGÍLIO FERREIRA, MARIA LÚCIA

DAL FARRA. CORRESPONDÊNCIA

edição de Elisa Nunes Esteves e João Tiago Lima

Coordenação
RAQUEL VARELA

Autores

COLIN LEYS | EUGÉNIO ROSA | PETER KENNEDY |
RAQUEL VARELA* | STEWART PLAY | URSULA HUWS

HISTÓRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

A SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO, DO ESTADO NOVO AOS NOSSOS DIAS

* O estudo Evolução do Esforço médico no SNS depois do
“memorando de Entendimento” foi co-realizado por Renato Guedes



ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS.....	11
PREFÁCIO.....	13
APRESENTAÇÃO	17
PARTE I	
História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias.....	19
I.I. Salário e cuidados de saúde: notas conceptuais.....	22
CAPÍTULO 1: Saúde e protecção social, do século XIX ao Estado Novo.....	37
1.1. Protecção e assistência	37
1.2 Saúde no Estado Novo.....	47
1.3. Demografia da força de trabalho	54
1.4. Organização da Saúde no Estado Novo.....	71
1.4.1. Clínica livre	71
1.4.2. Caixas de Previdência.....	74
1.4.3. Assistência pública.....	79
1.4.4. Hospitais	88
1.4.5 Estado sanitário no Estado Novo	92
1.4.6. Recursos médicos	95
CAPÍTULO 2: O 25 de Abril e a criação do SNS.....	99

CAPÍTULO 3: O Serviço Nacional de Saúde, os médicos e a reestruturação produtiva (1980-2000).....	111
3.1. O fim do pacto social (1982-1986).....	111
3.2. Da gestão democrática à gestão empresarial na saúde	125
3.3. Experiências em gestão empresarial.....	132
3.4. Generalização da gestão empresarial.....	139
3.5. A crise de 2008, o “Memorando de Entendimento”	143
3.6. Precariedade e desemprego: conceitos e números em debate	153
3.7. O “Memorando de Entendimento” e os cuidados de saúde	160
 CAPÍTULO 4: Produção de cuidados de saúde na actualidade	165
4.1. Hospitais	167
4.1.1. Avanços técnicos nos hospitais	171
4.1.2. Força de trabalho nos hospitais.....	176
4.2. Cuidados de saúde primários.....	179
4.2.1. Força de trabalho nos cuidados de saúde primários	184
4.3. Custos do Serviço Nacional de Saúde	185
4.4. Evolução do esforço médico no SNS no último período	191
4.5. Listas de espera.....	201
4.6. Produção privada com custos públicos.....	213
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES	215
 PARTE II	
Formas e consequências da privatização do National Health Service (Reino Unido).....	223
 CAPÍTULO 1: A nova febre do ouro: As novas multinacionais e a mercantilização do trabalho no sector público	225
Referências bibliográficas e fontes	233
 CAPÍTULO 2: A mercantilização dos cuidados de saúde.....	234
O Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido e o Programa de Centros de Tratamento do Sector Independente(ISTC).....	234

2.1. Introdução	234
2.2. O programa ISTC	235
2.3. Mercantilização	237
2.4. Padronização.....	238
2.5. Gerar a procura de cuidados de saúde mercantilizados.....	239
2.6. Transferir a força de trabalho do NHS para o sector privado.....	242
2.7. Obter o consentimento da força de trabalho.....	244
2.8. Desestabilizar a força de trabalho dos chefes de serviço.....	245
2.9. Risco	247
2.10. Os ISTC e o sector independente	250
Conclusão	253
Referências bibliográficas e fontes.....	254
 CAPÍTULO 3: As contradições dos sistemas de saúde capitalistas.....	256
3.1. Panorama da indústria da prestação de cuidados de saúde.....	256
3.2. O Estado e a biomedicina.....	264
3.3. “Solução” 1: Colonizar outras formas de medicina	268
3.4. “Solução” 2: Medicalização	273
3.5. A medicalização da promoção da saúde	275
3.6. A afinidade electiva entre a saúde mental, a biomedicina e a mercantilização.....	277
3.7. Medicalizar a obesidade	279
3.8. Comentário final.....	283
 NOTAS CONCLUSIVAS	285
 PARTE III	
O Serviço Nacional de Saúde no contexto dos Serviços de Saúde em Portugal: A situação atual, os problemas que enfrenta e os desafios futuros	289
 POSFÁCIO	355

LISTA DE FIGURAS

2.1. População residente entre 1940 e 2011	55
2.2. População activa por ramos de actividade	59
2.3. Percentagem da população vivendo em localidades com mais de 10 mil habitantes	64
2.4. Taxa de natalidade e mortalidade	65
2.5. Distribuição da população por grupos de idade	66
2.6. Condição perante o trabalho	67-68
2.7. Condição do médico perante a profissão	72
2.8. Óbitos por faixas etárias	94
2.9. Número de médicos e médicos per capita entre 1960 e 2010	96
3.1. Pessoal ao serviço nos centros de saúde	129
3.2. Número de camas nos hospitais públicos e privados	136
3.3. Evolução da força de trabalho em Portugal (1930-2011)	158
3.4. Taxa de desemprego da população activa entre 1998 e 2015	160
4.1. Produção hospitalar.	168
4.2. Índice do número de cirurgias às cataratas com base em 1992 e relação entre o número dos internamentos em cirurgia de cataratas e o número de cirurgias	174
4.3. Índice de pessoal ao serviço dos hospitais	177
4.4. Consultas nos centros de saúde do SNS	179
4.5. Pessoal ao serviço dos centros de saúde	185
4.6. Gastos reais em saúde (Base 2000 = 100) e proporção dos gastos totais por agente	186
4.7. Distribuição dos gastos em termos do PIB	187
4.8. Gastos do SNS com provedores de cuidados de saúde	188

4.9. Percentagem do custo da mão de obra do SNS no custo total.....	189
4.10. Gastos do SNS por tipos de tratamentos.....	190
4.11. Evolução dos contratos de trabalho nas carreiras especiais de saúde	194
4.12. Evolução da jornada de trabalho semanal das carreiras especiais da saúde.....	195
4.13. Evolução da jornada média das carreiras especiais da saúde e auxiliares da acção médica.....	196
4.14. Estimativa das horas médicas trabalhadas durante o ano	198
4.15. Número de médicos de acordo com a carreira.....	199
4.16. Encargos com o pessoal das carreiras especiais da saúde.....	199
4.17. Encargos médios por trabalhadores	200
4.18. Custo médio da hora trabalhada.....	200
4.19. Encargos com o trabalho suplementar	201
4.20. Variação das primeiras consultas hospitalares, cirúrgicas e consultas subsequentes	206
4.21. Quota de produção dos hospitais privados, 2002-2014	213
5.1. Sistemas de saúde dos EUA e do Reino Unido.....	257
5.2. Gastos nacionais de saúde per capita, 1960-2010.....	262
5.3. Despesa total per capita em saúde, 1997-2012	263
5.4. Mercado global da gestão da perda de peso por produto, 2007-2014	282

LISTA DE QUADROS

1 Receitas e despesas da maioria das famílias operárias em 1906 e em 1916.....	41
2. Rendimento do trabalho e do capital (1973-1983).	103
3. Número de actos complementares de diagnóstico nos anos 2000 e 2012.	172
4. Número de actos complementares de terapêutica nos anos 2000 e 2012	173

PREFÁCIO

Este livro é o resultado de um estudo que o Conselho Regional do Sul (CRS) da Ordem dos Médicos encomendou à investigadora Raquel Varela, do Observatório para as Condições de Vida, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Instituto de História Contemporânea (FCSH/ UNL).

O objeto deste trabalho foi a apreciação do impacto da tendência de privatização da saúde e do enfraquecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) sobre a qualidade e os custos da prestação de serviços de saúde em Portugal e as condições laborais na carreira médica.

A escolha da Prof^a Raquel Varela teve em conta o conhecimento prévio de toda a sua obra assim com o reconhecimento como historiadora social e do trabalho, não se limitando à apresentação de datas e factos, mas sim à investigação de todo o processo histórico, com destaque para os protagonistas da construção de um Serviço Nacional de Saúde em Portugal.

O trabalho apresentado ao CRS, nos finais de 2016, e que agora vai ser publicado em livro, resume a história da assistência e previdência do Estado Novo até aos nossos dias, com especial referência à constituição do Serviço Nacional de Saúde, a seguir à revolução de Abril de 1974. Os autores descrevem também, no capítulo I da Parte I, a saúde e proteção social no século XIX, com as caixas mutualistas e o movimento cooperativo por um lado e a assistência ou caridade por outro, para uma melhor compreensão da História da Saúde em Portugal.

O livro centra-se na evolução histórica da relação entre força de trabalho e saúde no Portugal contemporâneo, assim como nas alterações no mercado de trabalho desde 1974 até hoje.

De salientar nas páginas 57 e seguintes – organização da Saúde no Estado Novo – nas quais se mostra a ligação entre a forma de organização e o trabalho médico. Desde a clínica livre ou “pulso livre”, como

cinicamente se referia o ministro do Interior¹ Trigo de Negreiros, quando médicos dos hospitais civis lhe vieram pedir um salário e ele respondeu: mas os senhores têm o “pulso livre”. Esta ideia deixou marca e perseguiu os médicos até agora – ganha-se pouco nos Hospitais mas muito nos consultórios – o que nunca correspondeu à verdade. Procede-se a uma análise da demografia médica que apesar de diminuta, 6.701 em 1960, levou muitos a que para sobreviver tivessem de emigrar para as colónias. É neste ambiente que surge o movimento dos novos que dá origem ao relatório das carreiras médicas. Os autores referem e bem que este movimento é o fomento de um novo olhar sobre a medicina individualista e que o corolário será o Serviço Nacional de Saúde.

A onda de neoliberalismo na Europa teve reflexos profundos na reorganização do Serviço Nacional de Saúde, iniciando a gestão empresarial da saúde em detrimento de uma gestão democrática. Este capítulo termina com a análise da crise de 2008, o “Memorando de Entendimento”, com os seus reflexos em todo o mundo do trabalho e obviamente nos cuidados de saúde.

A evolução do esforço médico no SNS, depois do Memorando de Entendimento, é também analisada neste estudo. Em entrevista ao Medi.com**, a investigadora afirma que “os ganhos fundamentais na saúde têm sido conseguidos à custa do esforço médico” nos anos mais recentes, o que conduz à sua exaustão.

Estas conclusões, sobre a estimativa dos profissionais ligados às carreiras especiais de saúde, em particular da carreira médica, seguiram uma metodologia de cruzamento de dados obtidos em estatísticas nacionais – Instituto Nacional de Estatística (INE) e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A colaboração do co-autor do estudo, Renato Guedes, físico com formação em Física de Partículas, deu um contributo fundamental para avaliar os erros sistemáticos associados aos valores estimados referentes aos dados dos balanços sociais, utilizando técnicas utilizadas em vários ramos da física.

Parafraseando a expressão “a medicina baseada na evidência”, hoje muito usada entre os médicos, digo que esta história da assistência em Portugal é baseada na evidência e no conhecimento.

À guisa de corolário deste estudo, cito a resposta dada por Raquel Varela em entrevista ao Medi.com². Quando lhe perguntam “*o que é que foi relevante*

¹ A saúde estava sob a tutela do Ministério do Interior.

² Medi.com. Boletim Informativo da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos nº 201

naquele processo de construção” (referente ao SNS), responde que foi “o momento determinante é o processo revolucionário de 74/75 e aquilo que é a criação de um sistema universal, ao unificar a assistência com a previdência”, acrescentado que “deixamos de ter uma saúde como era no Estado Novo para reformados e desempregados e uma saúde para a força de trabalho empregada, e passámos a ter uma saúde unificada. E há uma unificação entre o prestador e o consumidor, quase a 100% de um lado e do outro”.

Para terminar aborda-se as formas e consequências da privatização da saúde no Reino Unido (NHS) com a participação de quatro cientistas sociais anglo-saxónicos: Ursula Huws, Stewart Play, Colin Leys, Peter Kennedy.

Artigos que vieram enriquecer o livro e que mostram o processo de privatização, do National Health Service, iniciado em 2000 por sucessivos governos britânicos numa perspetiva mercantilista de prestação de cuidados de saúde orientada para o lucro.

O NHS nasceu num processo de pós-guerra (1945) e o SNS num processo semelhante pós revolucionário (1974). A onda orto liberal instalada na Europa, destruidora do Estado Social atingiu também o nosso país, os métodos de privatização do nosso SNS são desesperadamente semelhantes aos que foram utilizados na Grã-Bretanha. A introdução de novos prestadores, oriundos do setor privado para ajudar a reduzir as listas de espera de cirurgia, com o programa de centros de tratamento do sector independente (ISTC) correspondem em Portugal à criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) sobre a tutela do ministério, orientando os doentes para clínicas privadas, criando na população a ideia de maior eficácia do sistema privado.

A sua publicação, nesta data, no momento em que um grande debate sobre uma nova Lei de Bases da Saúde se instalou na sociedade civil, torna a leitura deste livro obrigatória.

Lisboa, 31 de Janeiro de 2019

JAIME TEIXEIRA MENDES

Cirurgião Pediatra

Ex-presidente do Conselho Regional do Sul
da Ordem dos Médicos (2013-2016)

Presidente da Associação Médica Pelo Direito à Saúde

APRESENTAÇÃO

Este livro resulta, em parte, do estudo da evolução histórica do SNS, encomendado à Dra. Raquel Varela, da Universidade Nova de Lisboa, FCSH, pelo Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos de Portugal e por esta entidade financiado. Centra-se na evolução histórica da relação entre força de trabalho e saúde no Portugal contemporâneo, nas alterações no mercado de trabalho desde 1974 aos dias de hoje, e inclui um cálculo do esforço médico no Serviço Nacional de Saúde num modelo que observa a eficiência técnica e alocativa do mesmo. O estudo teve ainda a participação de quatro cientistas sociais anglo-saxónicos, Ursula Huws, Stewart Play, Colin Leys, Peter Kennedy sobre as formas e consequências da privatização do *National Health Service* do Reino Unido. Finalmente encontram os leitores um artigo do Dr. Eugénio Rosa, sobre as contas do SNS na actualidade.

Nota: Devido às diferenças na ortografia e critérios de organização das referências bibliográficas, decidimos respeitar a opção de cada autor.

PARTE I

HISTÓRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL: A SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO, DO ESTADO NOVO AOS NOSSOS DIAS

Introdução

Neste estudo procura-se, na primeira parte, estabelecer uma caracterização histórica do SNS indicando a sua dinâmica e, por conseguinte, em que moldes esse sistema seria sustentável. E também se essa sustentabilidade estaria de acordo com as possibilidades da presente oferta de saúde garantida pela capacidade instalada em Portugal, sobretudo em termos de força de trabalho médica. Fica claro que a aproximação mais profícua a esse objectivo seria através de uma análise histórica da produção e oferta de saúde em Portugal aliada à capacidade de criar estimadores através da análise estatística em séries históricas. Neste documento destacamos dois pontos que constituíram simultaneamente um desafio e um aspeto inovador na nossa abordagem: 1) O estudo do sistema de produção de cuidados de saúde desde o Estado Novo enquadrado na dinâmica das relações laborais; 2) A estimativa do esforço dos profissionais ligados às carreiras especiais de saúde, em particular da carreira médica. A propósito das relações laborais, procedemos ao levantamento da literatura relevante sobre a história do serviço de saúde em Portugal desde o Estado Novo até aos nossos dias. Tendo em vista a importância que conferimos às relações laborais, paralelamente à literatura referente ao serviço de saúde, foi dedicada particular importância ao estudo dos diplomas legislativos referentes à previdência e à assistência social no Estado Novo. Foi igualmente dedicada uma importância central às transformações laborais ocorridas em

Portugal desde a década de 40 até à actualidade. Deste modo, foi possível identificar os constrangimentos à produção de cuidados de saúde no Estado Novo, então enquadrada por uma forma privada de clínica livre que chocava com a crescente importância da prestação tanto de cuidados previdenciários como assistenciais numa sociedade em acelerada mudança, com uma cada vez maior e mais importante produção industrial e de serviços em detrimento da produção agrícola. Ou seja, a passagem de uma sociedade rural para uma sociedade urbana. E será essa mudança que permitirá o nascimento da forma universal do SNS após o 25 de Abril de 1974. Para essa parte do trabalho, foi de reconhecida utilidade a experiência acumulada pelo Projeto História das Relações Laborais em Portugal e no Mundo Lusófono: continuidades e mudanças, FCT, PTDC/EPH-HIS/3701/2012 (coord. Raquel Varela, IHC-FCSH-UNL).

Quanto à estimativa do esforço dos profissionais ligados à carreira especial da saúde, em particular os médicos, recorreremos sobretudo às Estatísticas da Saúde produzidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), bem como às informações estatísticas dispersas por vários documentos elaborados pela Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (ACSS). Em particular, foram amplamente utilizados os Balanços Sociais Globais do Ministério da Saúde entre os anos de 2007 e 2014, sendo esta a fonte mais fidedigna do esforço médico. Apesar de esta fonte apresentar um quadro bastante completo sobre a composição do SNS em termos de força de trabalho (número de trabalhadores, tipos de contrato, jornada semanal, ausências, etc.), para um dia do ano (no caso, o último dia), ela pouco ou nada nos informa sobre como teria variado essa mesma força de trabalho ao longo do ano. Por exemplo, podemos saber quantos médicos havia no Ministério da Saúde em dois momentos correspondentes ao final de dois anos. Podemos igualmente saber qual a jornada de trabalho da grande maioria desses médicos que corresponderia às jornadas de trabalho em regime completo e uma grande fatia dos que trabalham em regime de tempo parcial. Finalmente, podemos saber quantos médicos entraram para o sistema e quantos saíram no decorrer desse período, bem como as ausências registadas, o seu regime de férias e de trabalho extraordinário. No entanto, nada nos informa sobre como foi, ao longo desse período, a entrada e saída de médicos e a sua jornada nesse intervalo. Desde modo, é incontornável o reconhecimento de um erro sistemático que é preciso avaliar para julgar quanto nos afastamos

de uma previsão feita com base nas datas de recolha da informação. Para essa estimativa, utilizou-se a simulação de um grande número de cenários, tendo como restrições os momentos do ano a que se referem os dados dos balanços sociais, sendo as entradas e saídas assumidas como aleatórias. Assim, pudemos avaliar a variação dos erros sistemáticos associados aos nossos valores estimados, ou seja, as estimativas feitas nos dias a que se referem os dados dos balanços sociais.

Na segunda parte deste trabalho encontram-se os artigos sobre a privatização do NHS. Ursula Huws, reconhecida especialista dos estudos de políticas públicas e globalização, directora da revista académica interdisciplinar internacional *Work Organisation Labour and Globalisation*, escreve no nosso trabalho uma introdução às formas da «nova acumulação, a «indústria de serviços públicos».

Segue-se um artigo dos autores de *The Plot Against the NHS*, Stewart Play e Colin Leys, que Richard Horton, editor chefe da *Lancet* considerou em resenha no *The Guardian* como um «livro indispensável». Desde 2000, sucessivos governos britânicos têm avançado com a transformação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*, NHS) num mercado de prestação de cuidados de saúde, com uma forte componente de provisão orientada para o lucro. Focando-se no primeiro passo — crucial — da privatização dos serviços clínicos, este texto examina como os quatro requisitos fundamentais para a mercantilização de um serviço público foram cumpridos na íntegra: primeiro, dividiram-se os cuidados de saúde em unidades padronizadas, às quais poderia ser atribuído um preço; em segundo lugar, o público em geral foi induzido a recorrer aos novos serviços mercantilizados; em terceiro, a força de trabalho foi convencida a trabalhar para os acionistas; e, por fim, o Estado assumiu todos os riscos envolvidos. Fica então claro que estamos perante uma penetração profunda do Estado por parte da indústria privada de prestação de cuidados de saúde, incluindo intervenientes de peso com largos antecedentes de fraude. No último artigo, o Prof. Peter Kennedy, da *Glasgow Caledonian University*, defende que a lei do valor tem um âmbito muito ténue sobre a indústria da saúde, seja no modelo americano baseado nos mercados seja no modelo estatal do Serviço Nacional de Saúde (NHS, no original) implementado no Reino Unido. Argumenta-se ainda que a forma dominante de medicina, a biomedicina, funciona como um poderoso mecanismo de apoio ideológico e material, ao estabelecer uma afinidade eletiva nestas

circunstâncias, em que a presença da lei do valor é apenas externa. Retiram-se as implicações desta situação através da análise das tendências imperiais da biomedicina sobre outras formas de medicina e a afinidade eletiva entre a medicalização e a mercantilização de males sociais como as doenças. Explica-se que os beneficiários desta expansão imperial são o Estado, o capital em geral e o capital farmacêutico global em particular.

Queremos agradecer ao Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos, sobretudo ao Dr. Jaime Mendes, que nos confiou este empreendimento, prestando todo o auxílio necessário à sua boa execução. A sua disponibilidade e dedicação foi imprescindível. A todos os médicos que ao longo deste ano nos ajudaram, disponibilizando o seu escasso tempo para nos prestar testemunhos que foram essenciais para este estudo; à FNAM pelo acesso aos arquivos sindicais dos anos 80, fundamentais para compreender a mudança das propostas de gestão então apresentadas e a reacção dos médicos, em particular ao Dr. Mário Jorge Neves e ao Dr. Jorge Mata, jurista; à Dra. Leonor Paixão e ainda a Maria João Costa. À assessoria de imprensa da Secção Regional do Sul da OM pelo auxílio na edição do trabalho; aos colegas do Observatório para as Condições de Vida (FCSH-UNL).

I.I. Salário e cuidados de saúde: notas conceptuais

Uma pergunta para a qual todos terão certamente uma resposta é: o que é o direito à saúde? Menos provável é que essa resposta coincida de um interlocutor para outro. E as razões são várias. Por exemplo, aparentemente o ex-presidente do banco Millennium BCP, Jardim Gonçalves, teria um verdadeiro direito à saúde. De acordo com o *Diário de Notícias*,¹ o ex-banqueiro, a coberto do direito a “segurança e protecção na saúde”, teria 40 seguranças ao seu serviço e o direito de usar o avião fretado pelo banco para, por exemplo, consultar o seu médico em Nova Iorque. No outro extremo, apesar dos preceitos constitucionais que garantem o direito à saúde a todos os cidadãos, David Duarte, de 29 anos, perdeu a vida nas Urgências do Hospital de São José, em Lisboa, na madrugada de

¹ Jardim continua a voar em avião pago pelo BCP_ (2009). Em: *Diário de Notícias* (28 de jun. de 2009). url: <http://www.dn.pt/bolsa/interior/jardim-continua-a-voar-em-aviao-pago-pelo-bcp-1278924.html>.

13 para 14 de Dezembro de 2015, vítima de um aneurisma,² devido à falta de uma equipa especializada em neurocirurgia vascular nessa madrugada. Após esse acontecimento, outros casos de pessoas idosas na mesma situação de David Duarte foram relatados. Também, uma pesquisa na Net remete para uma série de ocorrências com morte de pacientes por falta de auxílio atempado nas urgências. Para uma sociedade como a portuguesa é expectável que a ampla maioria da população se solidarize com o jovem David no seu direito de usar recursos para a sua cura, ainda que esses recursos sejam extremamente dispendiosos. Provavelmente, essa maioria veria esse caso não só como um direito mas como uma obrigação social. O custo é uma equipa bem treinada com muitos anos de formação, composta de médicos, enfermeiros, etc., com a necessidade de um exercício contínuo da sua prática como forma não só de apurar a perícia como de conservá-la. E custa, como é evidente, a disponibilidade dessa equipa para tratar o jovem David. Se a existência da equipa é garantida pelo SNS, a cadeia falhou na sua disponibilidade. O David Duarte foi vítima, antes de mais, de uma política que busca rentabilizar os gastos jogando com a estatística, apoiada numa orientação emanada do Ministério da Saúde de contenção dos gastos públicos e assumida pelas administrações hospitalares de acordo com as normas da gestão empresarial.

Escolhemos estes dois exemplos não para escrutinar o sistema de saúde ou o SNS. Até porque, felizmente, o SNS está muito longe de, no seu dia a dia, oferecer estes exemplos trágicos. Pelo contrário, o SNS é, antes de mais, composto por um conjunto de profissionais que no seu quotidiano procuram proporcionar um serviço de saúde adequado. Ambos os exemplos foram apresentados na imprensa como escândalos exemplares da distância entre a futilidade do serviço prestado ao ex-banqueiro Jardim Gonçalves até ao extremo oposto materializado na tragédia de David Duarte. E, entre ambos, há um fio condutor determinado pelo dinheiro de que um e outro dispunha para fazer face à sua procura de um serviço de saúde. E é precisamente essa lógica de mercado que a criação do SNS tentara contornar na sua nascença. Algures entre esses dois exemplos estará o que se poderia chamar de direito à saúde com propriedade. Esse direito inclui não apenas um serviço de qualidade mais célere, técnica e socialmente. A um português que, devido a um

² Concluídos inquéritos à morte de David Duarte no hospital de S. José_ (2016). Em: *Expresso* (26 de mai. de 2016). url: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-05-26-Concluidos-inqueritos-a-morte-de-David-Duarte-no-hospital-de-S.-Jose>.

acidente de bicicleta, parta uma perna não basta uma cirurgia marcada para daí a cinco dias, seguindo um parecer médico de que esse tempo não é relevante do ponto de vista técnico, de acordo com a gestão de um recurso escasso, seja o próprio trabalho médico, seja a disponibilidade de salas de operação. Esse ciclista abstracto tem direito a não ter dores ou a não ser drogado durante cinco dias à espera da sua intervenção. Tem direito a recuperar a normalidade da sua vida o mais rápido possível. Enquanto trabalhador, a sociedade tem o direito a ter essa força de trabalho recuperada quanto antes. O único limite à redução desse tempo deve ser a disponibilidade de recursos e, observando o recurso em força de trabalho disponível e formado pela sociedade e o que é usado pelo SNS, vemos uma diferença demasiado grande, aproveitada pelos cuidados de saúde privados. Cria-se, assim, uma diferença que vai para além dos recursos, distribuída de acordo com os rendimentos. No extremo, esse recurso pode até ser procurado em Nova Iorque.

Esse compromisso por um serviço de cuidados de saúde universal de acordo com o estabelecimento de condições de produção estáveis e favorável ao maior aproveitamento possível dos recursos através de carreiras médicas é uma forma de facultar esses cuidados que, por outro lado, tende a ultrapassar as condições desejáveis para o lucro com uma maior expansão do salário para além dos “custos intermédios”. No sentido inverso, a focalização dos cuidados seria a saída mais desejável. Esta foi levada a cabo durante o Estado Novo através da mistura de um sistema de previdência com um de assistência, guiado pelo suposto direito à clínica livre³. Uma outra forma que foi tentada em Portugal e que ganhou mais força a partir de 2002, com a criação dos hospitais S.A., dá-se pela mercantilização dos serviços de saúde. Essa forma é ela própria uma ruptura com a clínica. A clínica livre pressupõe serviços de saúde praticados de forma autónoma pelos médicos, forma essa que na época dos hospitais envolve para além de capitais consideráveis com estruturas, a concentração de médicos como assalariados. E esse facto objetivo destrói toda a possibilidade do exercício autónomo da medicina de uma forma generalizada. É precisamente o reconhecimento desse facto que levou os médicos a produzir uma resposta como a do *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. Importa notar que uma virtude do mercado é a sua capacidade de criar mercadorias adequadas aos diversos níveis de rendimento; no caso dos cuidados médicos para os trabalhadores,

³ Esse direito foi de facto negado com a expansão do sistema previdencial ou medicina organizada.

esse nível encontra-se mais próximo do nível de subsistência da força de trabalho do que da sua realização em pleno.

Essa abordagem mercantilista tem para as ciências económicas uma característica que costuma ser apresentada como uma peculiaridade da indústria dos cuidados de saúde, conhecida por relação de agência, ou seja, sendo o médico um agente do paciente, ele terá de agir em conformidade com os interesses desse paciente. Por outro lado, esse paciente não seria um consumidor informado, sendo essa tarefa de informação transmitida ao médico que, por outro lado, tem interesses tanto particulares (como os seus rendimentos, por exemplo) como sociais (obrigatoriedade de transmitir informações sobre doenças transmissíveis, por exemplo), que podem entrar em conflito com esse interesse dos pacientes. Este problema, combinado com a incerteza sobre as condições de saúde do paciente no futuro, como sobre quando ele vai necessitar de cuidados de saúde e sobre o resultado do tratamento, leva a que essa indústria não possa funcionar com regras de competição perfeita ou próxima dela. O consumidor não é soberano em relação aos seus atos de consumo. Acrescenta-se a esse problema a intermediação por via de seguros, por um lado, e o interesse privado dos provedores de cuidados de saúde, que em nada precisa de coincidir com o do médico. Essa questão foi primeiramente abordada num célebre artigo do Prémio Nobel Kenneth J. Arrow⁴. Desde então, a chamada economia da saúde busca elaborar modelos de mercado ou de procura de cuidados de saúde, que simultaneamente partam dos cânones da livre concorrência e da soberania do consumidor num universo em que ela não existe. De um ponto de vista económico, a representação do real por esses modelos fica comprometida.

Em 1961 era publicado o importante Relatório sobre as Carreiras Médicas⁵. Os médicos observavam então uma mudança no país, com o

⁴ “*This paper is an exploratory and tentative study of the specific differentia of medical care as the object of normative economics. It is contended here, on the basis of comparison of obvious characteristics of the medical-care industry with the norms of welfare economics, that the special economic problems of medical care can be explained as adaptations to the existence of uncertainty in the incidence of disease and in the efficacy of treatment. It should be noted that the subject is the medical-care industry, not health. The causal factors in health are many, and the provision of medical care is only one. Particularly at low levels of income, other commodities such as nutrition, shelter, clothing, and sanitation may be much more significant. It is the complex of services that center about the physician, private and group practice, hospitals, and public health, which I propose to discuss*” Kenneth J. Arrow (1963). “*Uncertainty and the welfare economics of medical care*”. Em: *American Economic Review* 53, pp. 941-973.

⁵ Abel Cancela de Abreu et al. (2007). *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. Ordem dos Médicos/CELOM.

aumento da industrialização, a diminuição da população rural em favor da urbana, industrial e de serviços. Os cuidados médicos ganhavam uma outra centralidade e no trabalho médico a clínica livre⁶ deixava de ser a forma mais eficiente de aproveitar esse recurso. Além do mais, o advento do hospital como centro especializado na cura, por um lado, e o nascimento de cada vez mais e maiores intermediários entre médico e doente, como sejam os seguros e a previdência social, retiravam ao médico isolado a capacidade de exercício livre da sua profissão. A solução apresentada então era a criação de uma carreira médica. Com a carreira, o médico comprometia-se a suportar uma formação muito longa e exigente, garantindo um trabalho de excelência e em troca tinha estabilidade que seria sempre suportada por um esquema universalista. O conceito de Estado Previdência era o mais adequado a essa nova situação. A existência de uma carreira médica, tal como fora organizada pelo Relatório sobre as Carreiras Médicas, implicava a criação de um sistema crescentemente universalista de prestação de cuidados de saúde. Para usar uma terminologia mais próxima da económica, os médicos argumentavam que o máximo da eficiência técnica e de escala, tanto para responder à necessidade de cuidados de saúde como para aproveitar a capacidade já instalada, ou seja, o ponto em que o sistema produz o máximo com os recursos disponíveis, não tem que coincidir com o máximo da eficiência alocativa, ou seja a produção com a obtenção do máximo de lucro com mínimo custo. Tal como se observava no Estado Novo, essa situação de máxima eficiência alocativa através da minimização dos custos era conseguida à custa do rendimento dos médicos. Por outro lado, esse comportamento resultava num subaproveitamento desses profissionais já de si tão escassos, ou seja, numa eficiência técnica e de escala medíocre. Pode-se argumentar a favor de um compromisso entre essas diferentes eficiências. No entanto, os possíveis níveis desse compromisso representam uma função não computável no sentido que possa ser resolvida através de um algoritmo. Trata-se antes de um compromisso político do montante que a sociedade está disposta a fornecer como salário e lucro. E, no caso dos cuidados de saúde, o seu exercício resulta em reparação do homem, que é um excelente exemplo daquilo que devemos chamar salário.

Não é indiferente para as diversas eficiências se definimos o nosso universo de interesses, no que diz respeito ao fornecimento de cuidados de

⁶ Cuidados prestados por um médico dono do seu consultório.

saúde, ao conjunto da população de forma indiferenciada ou se hierarquizamos essa população de acordo com a sua condição perante a actividade económica e o emprego. Parece certo que um tal sistema de hierarquização favorece uma melhor eficiência alocativa, na medida em que pode associar de uma forma mais efectiva os gastos em cuidados de saúde com a necessidade de recuperar a força de trabalho em uso ou activa, em primeiro lugar. Em segundo lugar, a força de trabalho inactiva e jovem em formação. Por último, a força de trabalho já gasta, ou seja, a população inactiva reformada ou incapacitada. Era essa a hierarquia explícita do Estado Novo. E, na medida que esses gastos têm o mesmo efeito de gastos em salário, a busca do seu mínimo resulta, em geral, na degradação desses serviços.

Resultaram dessa hierarquização perdas em termos de sobreposição de cuidados entre Serviços Médicos Sociais (SMS) das Caixas e as estruturas assistenciais, como os hospitais e, a partir de 1971, dos centros de saúde. Resultou também uma hierarquização de acordo com a relação da força de trabalho com o emprego, ou “uma saúde à medida da carteira”, isto é, da posição no mercado de trabalho e do rendimento. O equilíbrio que o Estado Novo procurava passava por direccionar os recursos gastos em cuidados de saúde para propiciar uma saúde apropriada a sectores mais abastados da população ou mesmo a sectores mais escassos dos trabalhadores que, em geral, coincidem com a força de trabalho mais especializada.

O Serviço Nacional de Saúde, nascido com as medidas de 1974 e 1975 e oficializado e consolidado em 1979, tenta contrariar esse comportamento através da universalização do sistema, o que é diferente da mera garantia de um esquema de saúde à medida da situação económica dos beneficiários, por muito generosos que sejam esses esquemas. A função dos cuidados de saúde universais, enquanto reparadores da mão de obra, só pode ser plenamente realizada se atender ao conjunto das necessidades da população. Trata-se de uma pressão extra para o uso em pleno da capacidade instalada. É interessante notar que, mesmo após a instituição do SNS, vários esquemas de seguros foram mantidos de maneira a garantir um atendimento diferenciado sem pressionar o conjunto do sistema para níveis mais elevados de atendimento. O exemplo mais importante é a ADSE.

A proposta de uma carreira médica também subtraía às famílias dos futuros médicos os custos da formação pós-universitária, o internato, garantido para todos, através do reconhecimento desses médicos em formação como profissionais de direito e, portanto, remunerados condignamente de acordo com o nível de exigência que lhes era requerido.

O custo de sustentar essa formação seria essencialmente da sociedade, ainda que uma pequena parte seja compensada com o trabalho⁷.

De uma maneira geral, a força de trabalho médica produz um bem necessário, por oposição a um bem de luxo. Enquanto bem necessário, é expectável que a sua realização, em geral, contribua para o incremento da própria produção, na medida em que, por exemplo, permite que a mão de obra ativa retorne mais rapidamente ao trabalho e, acompanhando o desenvolvimento das terapias, consiga evitar a baixa médica. Essa definição somente em algumas circunstâncias coincide com a definição de bens necessários e de luxo segundo o grau de elasticidade, a chamada lei de Engel. Uma elasticidade maior que um, ou seja, quando a proporção de consumo de uma mercadoria aumenta mais rapidamente que o aumento do rendimento (definição de bens de luxo), como no caso da saúde, pode perfeitamente estar relacionada com a grande margem que existe até à saturação da procura⁸. E, de acordo com uma concepção hoje corrente, assim como no Estado Novo, parte-se do pressuposto de que essa saturação fora alcançada. A título de exemplo, veremos que no total de óbitos registados durante um ano, cerca de 20% ainda se observam em indivíduos com idades entre os 40 e os 69 anos, de acordo com o Censo de 2011. Para as capacidades técnicas, esse é um número que urge reduzir, e essa redução só se vislumbra com recurso a um maior tempo de trabalho médico, para além de outras medidas profilácticas.

Em 1979 tomou corpo de lei uma ideia que havia surgido 18 anos antes, e que durante a revolução tinha – ainda sem lei – dado os passos decisivos. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) procura facultar uma garantia de que não só proverá a população de um serviço de saúde de alta qualidade como esse serviço será prestado num tempo considerado adequado de vários pontos de vista. O ponto de vista técnico é apenas um limite absoluto que nos informa sobre o tempo mínimo de reação possível dados os recursos disponíveis e o máximo que é exequível para garantir a recuperação. Entre um e outro há um

⁷ É de facto uma polémica essencial determinar em que medida os médicos internos são força de trabalho em formação ou força de trabalho autónoma, ou seja, capaz de criar excedentes nos seus atos imediatos. A esse propósito, Pedro Pita Barros parece defender que um médico interno seja, do ponto de vista dos custos, semelhante a um médico especialista. Pedro Pita Barros (2013). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3ª. Coimbra: Almedina, p. 231.

⁸ Joseph Newhouse, num estudo com dados de 13 países para o ano de 1971, conclui por uma elasticidade dos cuidados de saúde maior que a unidade. Esses cuidados seriam artigos de luxo de acordo com essa conclusão. Joseph P. Newhouse (1977). “Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey”. Em: *The Journal of Human Resources* 12.1, pp. 115-125.

leque que poderá ser tão grande quão grande for o leque salarial. Portanto, o SNS é um sistema vocacionado para uma sociedade com um pequeno leque salarial, no sentido de garantir que o benefício privado que dependente do rendimento não será melhor que o benefício público – do SNS – em termos de cuidados de saúde. Entre esses dois limites há os limites político-económicos, que serão sempre escolhas realizadas de acordo com a divisão do excedente entre salário e lucro. Um sistema a trabalhar em pleno, sem mão de obra médica artificialmente tornada excedentária, um sistema a trabalhar de forma coordenada em resposta aos problemas de saúde que são independentes do regime dos pensionistas, é simultaneamente um sistema produtivo e caro. A recompensa de um tal sistema são ganhos de anos de vida perdidos inutilmente. Converter-se-ia numa menor morbilidade e, por consequência, numa melhor qualidade de vida. E uma carreira médica é condição necessária para um tal projeto. Dessa forma, a condição médica traduz-se em ganhos de salário indireto, na forma de saúde para a população em geral e para trabalhadores, dependentes e trabalhadores na reforma em particular.

Em 2009, os gastos em cuidados de saúde terão atingido o seu máximo, numa série compreendida entre 2000 e 2014, de 9,9% do PIB. Os gastos do SNS representavam cerca de 56% dos gastos totais de saúde, ou seja 5,5% do PIB. Tanto o SNS como os demais sistemas públicos perderam peso tanto em relação ao PIB como em relação aos gastos totais no período posterior a 2009, em particular com a intervenção da troika.

Como já foi abordado, uma segunda característica da produção de cuidados de saúde universais é que em grande medida se garante que o resultado dessa produção seja ou se comporte essencialmente como salário.

Do ponto de vista do lucro, interessa que o montante utilizado como salário seja o mínimo possível, suficiente para a produção e reprodução dessa força de trabalho. As formas assistenciais focalizadas (ter acesso a cuidados de saúde pagando de acordo com o rendimento/situação laboral, etc., em vez de ser universal, de todos para todos) são as que melhor cumprem esse papel, na medida em que reduzem ao mínimo o montante gasto com cuidados de saúde, em particular com a parcela da população que possui vínculos de trabalho precários. Reduzem da mesma forma ao mínimo esses serviços prestados.

Ambas as características fazem que os cuidados de saúde, junto com as demais funções sociais do Estado (Estado Social), bem como o

consumo dos bens necessários sejam centrais para determinar o custo da força de trabalho, bem como a gestão desse próprio custo através da gestão da força de trabalho.

Utilizamos neste trabalho a expressão “gestão da força de trabalho” com algumas particularidades. Aqui, a gestão aproxima-se da regulação que procura disciplinar o custo da força de trabalho, e a disciplina que aqui nos interessa é a exercida pelo Estado através das políticas económicas e sociais. Essa regulação conta com mecanismos que emanam do poder legislativo e executivo, condicionando incontornavelmente o mercado de trabalho e, por essa via, o custo da força de trabalho. Essa regulação é, por fim, mais explícita em certas circunstâncias, como seja a política económica dos governos. Ou ainda não tão explícita como o impacto do orçamento da saúde no nível salarial. Também a eficácia desses mecanismos está limitada por diversos fatores, como as possibilidades da produção; a distribuição dos rendimentos de acordo com as suas relações de propriedade, ou seja, lucro e salários; a própria distribuição da massa salarial pelo conjunto heterogéneo da própria classe trabalhadora⁹.

A título de exemplo, podemos considerar toda a política económica após o reconhecimento da crise da dívida pública e do ajuste fiscal. Foi então tomada uma decisão clara e concertada (reguladora) de transferir gastos em funções sociais do Estado (salário) para ganhos de capital (remuneração de accionistas privados através do sistema bancário intervencionado com dinheiros públicos). Em função dessa transferência, cortou-se o custo do trabalho através do corte na massa salarial. A produção foi travada em números anunciados pelo governo de acordo com a sua política e a taxa de desemprego resultante foi prevista, ainda que abaixo do resultado final. O desemprego atua condicionando superiormente o custo da força de trabalho – o número de desempregados actua decisivamente para regular o valor do salário da população empregada. A gestão política desse desemprego, por outro lado, é financiada pelo próprio dinheiro dos trabalhadores, através do fundo de desemprego e de outros mecanismos focalizados do fundo da Segurança Social. A ideia é manter a queda do custo da força de trabalho maior do que a queda da produção. É interessante notar que, aqui, a extração de lucro está claramente em contramão com as possibilidades da produção. Finalmente, a perda do consumo em forma de salário, maior

⁹ Por classe trabalhadora entendemos todos os que vivem direta ou indiretamente dependentes do salário atual, como os trabalhadores e todos os seus dependentes, ou do salário diferido, como sejam as reformas, pensões, etc.

que a queda da produção, tem de ser compensada. É nesse ponto que as exportações ganham um peso impensável até há bem poucos anos.

O desemprego é um número que mede indiretamente a abundância relativa da força de trabalho. E essa abundância relativa é determinada não pelas necessidades materiais do que possa ser produzido por essa força de trabalho mas pelos custos e capacidade desta em gerar lucro através do equilíbrio estabelecido pela oferta e procura de mão de obra.

Assim, importa ao governo, no caso de uma paragem da produção, como nos períodos de ajuste orçamental ou fiscal, como foi o período de intervenção da troika, por exemplo, estabelecer quais serão as características da força de trabalho mais afetada. O Estado tem optado pela força de trabalho menos qualificada, que, quantitativamente, coincide com a mais velha¹⁰. Nos mais novos, há uma maior rotação da força de trabalho, fruto de relações contratuais mais inseguras. O desemprego é assim um regulador do mercado de trabalho.

Um outro mecanismo utilizado para cortar os custos do trabalho foi o recurso a legislação para obter maior flexibilização da força de trabalho. As sucessivas modificações no código do trabalho e nos custos das horas extras, facilitando os despedimentos e reduzindo o valor pago por horas extras com legislação aprovada em 2012, 2013. O recurso ao banco de horas negocial para recompensar a distribuição de dividendos nas “horas mortas” e que emprega trabalho com abundância relativa pequena ou mesmo negativa. Finalmente, a asfixia fiscal. Tanto por via do imposto director, como o IRS, que retirou uma fatia substancial dos salários, como no aumento dos custos resultante dos impostos indirectos (como o IVA), uma parcela bastante considerável de salário foi transformada em ganhos de capital. Assim, os governos cada vez mais optaram por gerir o emprego diretamente, coisa que seria mais difícil com contratos coletivos de trabalho ou, em certa medida, mesmo com contratos individuais. E esse tipo de gestão, num contexto de ajuste fiscal, não pode significar outra coisa que não altas taxas de desemprego.

O salário – para se compreender os custos/benefícios da saúde é essencial ter isto presente – é algo simultaneamente maior e menor do que a retribuição pecuniária ou em espécie pelo tempo em que o trabalhador executa um certo número de tarefas contratualizadas. O algo a

¹⁰ Aqui é interessante observar a incidência do desemprego estrutural, ou seja, se esses trabalhadores alguma vez voltarão para o mercado de trabalho e, desse modo, contam para a pressão sobre o emprego.

menos são os impostos suportados pelos trabalhadores com o dinheiro dos seus salários, e o algo a mais os benefícios de que goza o trabalhador através dos serviços do Estado, como sejam a saúde e a educação pública. Podemos, assim, ter de somar ou subtrair um salário social líquido ao montante do salário. Em termos de valores agregados, esse montante pode ser zero (os trabalhadores recebem o que pagam), negativo (os trabalhadores pagam mais do que recebem, o que tipificaria uma transferência de salário para os ganhos de propriedade) ou positivo (os trabalhadores pagam menos do que o que recebem, havendo uma transferência da parte dos lucros para os salários). Essa abordagem foi proposta por Shaikh e Tonak¹¹. Uma aplicação dessa ideia foi coordenada em Portugal por Raquel Varela¹² de onde resultou uma forte evidência para que essa relação seria negativa até 2010, ou seja, os trabalhadores pagavam mais do que recebiam, sendo que de lá para cá a política económica de ajuste fiscal acentuou essa situação. Semelhante estudo foi aplicado a vários países da OCDE¹³. Chamaremos salário indireto à parcela paga em benefícios sociais e onde estará incluída a Segurança Social paga sob a forma de contribuições e o Sistema Nacional de Saúde (SNS), pago centralmente pelo Orçamento de Estado, através da receita fiscal.

O custo da força de trabalho é estabelecido pelo custo da sua remuneração, acrescido dos custos intermédios necessários para que o potencial dessa força de trabalho se efetive. E é dessa maneira que as normas europeias de contabilidade coligidas pelo *European System of Accounts* (ESA 2010) classificam esse custo. A remuneração são retribuições através de ordenados e salários em dinheiro e ordenados e salários em espécies. Esse segundo tipo é definido como “bens e serviços, ou outros benefícios não pecuniários, fornecidos pelos empregadores gratuitamente ou a preços reduzidos e que podem ser utilizados pelos empregados quando e como estes entenderem, para a satisfação de necessidades ou desejos

¹¹Anwar Shaikh e Ertugrul Ahmet Tonak (1987). “The Welfare State and the Myth of the Social Wages”. Em: *The Imperiled Economy: Macroeconomics from a Left perspective*. Ed. por Robert D. Cherry. Vol. Union for Radical Political Economics. Cap. 17, pp. 183-194.

¹² Renato Guedes e Rui Viana (2012). “Quem paga o Estado Social em Portugal?” Em: *Quem paga o Estado Social em Portugal?* Coord. por Raquel Varela. Lisboa, Bertrand Editora, pp. 21-70.

¹³ Anwar Shaikh (2012). “Quem paga o ‘bem-estar’ no Estado-providência? Um estudo sobre vários países”. Em: *Quem paga o Estado Social em Portugal?* Ed. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 119-138.

próprios ou das respetivas famílias”¹⁴. Em seguida, o mesmo manual fornece-nos uma série de exemplos tais como refeições e bebidas pagas pelo empregador ou servidas em cantinas, excluindo as refeições consumidas por condições especiais de trabalho, fardas, desde que estas possam ser usadas como vestimenta no dia a dia, transporte para os trabalhadores, etc. Em seguida, esclarece que os ordenados e salários em espécie não incluem “despesas dos empregadores necessárias para o processo produtivo”¹⁵ e que “As despesas em bens e serviços que os empregadores são obrigados a fornecer aos seus empregados de forma a permitir-lhes executar o seu trabalho são consideradas como consumo intermédio dos empregadores”¹⁶. Se pensarmos ao nível do Estado, as suas funções são agregadas em sociais, económicas e de soberania. Ao reconhecer nas funções sociais parte do salário, reconhecem-se as demais funções como parte do consumo social intermédio através do Estado ou, simplesmente, a realização de lucro através, por exemplo, dos juros.

Desta perspetiva, o salário teria sempre incluído um custo mínimo para a reprodução da força de trabalho. O nível do salário em grande parte determina o tipo de mão de obra. Esse ponto é fulcral porque entre o mínimo necessário para a reprodução da força de trabalho e uma produção que inclua uma reprodução de força de trabalho mais capaz e produtiva vai uma grande distância, um grande leque possível.

Na nossa procura para determinar conceptualmente o salário como o conjunto do salário propriamente dito com o salário indireto, descontados os impostos, reconhecemos que abrimos campo para muitas incertezas, sobretudo no que diz respeito a definir fronteiras entre os montantes. Se é verdade que é algo complexo estabelecer um mínimo para a reprodução da força de trabalho, não é menos verdade que esse mínimo foi procurado em vários momentos da história. E em várias situações foi inclusivamente ultrapassado. Um desses momentos, que é particularmente importante para estudar os sistemas de saúde europeus, foi a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Disso mesmo nos dá conta a obra de Josué de Castro, *Geopolítica da fome*¹⁷. Recorda o médico e geógrafo o método científico adotado pelo regime nazi em

¹⁴ Eurostat (2013). European system of accounts (ESA 2010). Publications Office of the European Union.

¹⁵ Ibid., p. 88.

¹⁶ Ibid., p. 88.

¹⁷ Josué de Castro (1961). *Geopolítica da fome*. Vol. 2.º Editora Brasiliense, cap. IV.

que se decidia qual a força de trabalho que merece viver e qual merece ser exaurida até à exaustão¹⁸. Um outro exemplo mais próximo foi o uso extensivo do trabalho forçado nos sistemas coloniais de uso de trabalho forçado (nas ex-colónias portuguesas até 1974 foi utilizado o trabalho forçado de facto). Portugal foi o império que mais usou de forma sistemática e por mais tempo várias formas de trabalho forçado. Amplamente denunciado nos jornais e agências internacionais, o trabalho forçado trazia todo um rol a ele agregado: pobreza, inexistência de mobilidade social, afastamento da família e da agricultura de subsistência, extrema desigualdade salarial e uma polícia política racista, mas eficaz, porque com uma base social de apoio mais ampla nas colónias do que na metrópole. A característica fundamental do império português, escreveu o historiador Perry Anderson, é o trabalho forçado. Por isso, o historiador britânico batizou-o de “ultracolonialismo”, este império onde os mais pessimistas falam em 2 milhões de trabalhadores forçados, lembrando que 60% do salário dos mineiros moçambicanos na África do Sul, por exemplo, muitos em regime forçado, era entregue em ouro ao Estado Português, sendo que os mesmos trabalhadores eram pagos em escudos locais. Esta polarização contribuiu para transformar a população, maioritariamente camponesa, em apoiante destemida dos movimentos de libertação, facto que vai estar na origem da força destes e na fraqueza do Exército Português, levando em última instância ao golpe de 25 de Abril de 1974. Foi das colónias e não do centro, foi da periferia para a metrópole que chegou a liberdade¹⁹.

Regressemos ao tema do que é o salário. Enquanto o salário tem um limite inferior ditado pelo montante mínimo para a sua própria reprodução

¹⁸ “Ao lado da discriminação racial, estabelecia, assim, a Alemanha, a discriminação alimentar, com a divisão da população da Europa em grupos bem alimentados, grupos deficientemente alimentados, grupos famintos e grupos mortos de fome. Na verdade, o único grupo bem alimentado era o de ‘raça alemã’, desde que todos os outros deviam ser sacrificados para que houvesse sempre alimentos suficientes para a ‘raça superior’. Conforme palavras pronunciadas em 1940 pelo líder trabalhista do Reich, Robert Ley, ‘uma raça inferior necessita de menos espaço, menos roupa e menos alimento do que a raça alemã’. Os povos colaboradores, empenhados em tarefas de importância vital, ou militar, para a segurança da Alemanha, recebiam uma alimentação que lhes permitia manter certa eficiência no trabalho; já os inimigos eram limitados a um regime de privação intensa, que lhes tirava toda a combatividade, sendo que certos grupos raciais, como o dos judeus, eram submetidos a um regime de verdadeiro extermínio. Tinha, pois, o plano de fome organizado pelo Reich sólida base científica e objetivos bem definidos. Tratava-se de poderosa arma de guerra, de alto poder destrutivo, que devia ser usada na mais larga escala e com o máximo de eficácia” *ibid.*, p. 420.

¹⁹ Perry Anderson (1966). *Portugal e o Fim do Ultracolonialismo*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira SA.

biológica, encontramos também um limite superior ditado pelo total da produção (reposição de custos e excedente). Ambos são limites físicos da produção. De acordo com a exploração privada dos meios de produção, muito antes que esse limite superior actue, um outro limite toma o seu lugar. Trata-se da parte do excedente apropriada pelo proprietário do capital, na economia oficial, chama-se “rendimentos do capital”. A formação desses limites é bastante intrincada, depende de um número extenso de fatores atuando de forma mais ou menos aleatória – ainda que, notamos, esses fatores sejam sempre limitados pela própria produção e suas capacidades. Ou seja, a aceitação ou não de um determinado salário é condicionada por razões de ordem histórica, cultural, pelo nível de escolaridade, e também, e com não menos importância, por razões de ordem moral. Tudo isso para além das óbvias razões económicas, limites produtivos.

A grande contradição que vive o SNS é o reconhecimento por parte dos governos de que seriam responsáveis, em última instância, por garantir a recuperação da força de trabalho como condição de funcionalidade dessa mesma força, aproximando esse gasto de um custo intermédio, estritamente necessário para garantir menores níveis de abstencionismo. Aproximando o resto do sistema de um misto de facto de assistência social focalizada e um mercado privado para oferta para além desse mínimo. A nível dos partidos, para PSD e PP, essa concepção assistencial do SNS é bastante clara desde o início deste. A posição do PS terá evoluído, mais pelos atos que pela retórica, no mesmo sentido. Os cortes operados em várias funções do SNS são ilustrativos desse sentido.

O salário e o nível de consumo por ele propiciado só tem sentido depois de contabilizados os impostos, o resultado líquido entre o que se pagou e o benefício por ele propiciado. De acordo com as necessidades de beneficiar das funções sociais do Estado, como a saúde, teremos a nível individual um resultado líquido que oscilará entre valores positivos e negativos. O que interessará, em primeiro lugar, é se a nível do todo essa variação será positiva ou negativa. E, em segundo lugar, mesmo assumindo que ela seja positiva, importa saber se os seus valores são adequados para as necessidades da população. Esse salário social líquido foi discutido e, dentro de certos limites objetivos, calculado em Portugal²⁰ de acordo com a metodologia de Shaikh e Tonak²¹. Estes estabelecem uma polémica com aquilo que seria uma certa crítica

²⁰ Guedes e Viana, op. cit.

²¹ Shaikh e Tonak, op. cit.

radical da tentação de ver o salário social como um subsídio do Estado à classe trabalhadora. Utilizamos aqui o termo salário social, embora tenhamos consciência de que ele não é outra coisa que benefícios financiados pela própria classe trabalhadora. A contabilidade pública reconhece gastos da família onde se desagregam classes de rendimento, e se agrega salário como ganhos de capital²².

²² “Conventional methodology makes it difficult to deal with many important issues concerning the social impact of state taxation and spending. To begin with, because conventional studies generally classify people according to the amount of income they receive, those whose income derives from labor are grouped together with those who derive their income from the ownership of property. This means that distinction between workers and non-workers is obscured. Secondly, when analyzing the impact of state spending on these groups, all government spending is treated as a pure benefit. Within such a framework, the very notion of social benefit loses all meaning because a great expansion of military spending (as over the Vietnam War years) is treated as essentially equivalent to an expansion in social welfare spending. In these ways, the methodology underlying the research actually obscures the social costs and benefits of state intervention” *ibid.*, p. 183.”

CAPÍTULO 1

SAÚDE E PROTECÇÃO SOCIAL, DO SÉCULO XIX AO ESTADO NOVO

1.1. Protecção e assistência

No século XIX havia, grosso modo: 1) protecção social no âmbito restrito das caixas mutualistas e do movimento cooperativo, por um lado; e 2) assistência, ou caridade, focalizada em franjas de miseráveis, em grande medida para controlo da saúde pública. Consideramos aqui a utilização do conceito de protecção social quando existe um âmbito mais vasto de manutenção (saúde) e formação (educação) da força de trabalho. Se a protecção social não é focalizada, isto é, dirigida a setores particulares, mas universal, chamar-se-á segurança social. Utilizaremos o termo assistência quando nos referimos aos programas que visam a reprodução biológica da força de trabalho, isto é, medidas, privadas ou públicas (ou de gestão privada mas de utilização dos fundos públicos, como é mais comum), para manutenção do exército industrial de reserva, ou seja, para evitar a morte (ou garantir a sobrevivência) dos desempregados e pobres.

Assim, no século XIX existe, para a maior parte da população, uma assistência e não uma protecção social, nem sequer uma segurança social. Eram políticas focalizadas, orientadas para setores da população e não universais, ou seja, dirigidas ao conjunto da população. Eram, no caso da caridade e assistência aos pobres, dependentes de instituições particulares, e o Estado tinha um papel “protetor dos estabelecimentos de caridade e fiscalizador de contas”²³.

²³A. H. Oliveira Marques e Joel Serrão (1991). *Portugal, da Monarquia para a República*. Coleção Nova História de Portugal. Lisboa: Editorial Presença, p. 233.

As misericórdias, os asilos, os hospitais regiam-se por leis próprias e estavam sobretudo direcionados para a saúde pública, procurando controlar as epidemias, a tuberculose, doenças infecciosas, etc. A “aristocracia e a burguesia”, escreve Oliveira Marques, “numa época de fácil criadagem e espaço doméstico abundante, preferia tratar dos seus doentes em casa”. Era inexistente a assistência à maternidade – em 1910 não havia em Portugal nenhuma maternidade. Serão criadas três no período da República²⁴ (1910-1926).

O País era, é preciso recordá-lo, sobretudo rural, prevalecendo aí os mecanismos pré-capitalistas de reprodução social, baseados em solidariedades de família, aldeia. Sobretudo com incidência na prole, isto é, um grande número de filhos mantinha e assegurava a força de trabalho para o campo (ou saíam para emigrar), e um grande número de filhas assegurava a reprodução e sobrevivência da prole e manutenção (cuidado) dos velhos e doentes.

Devido à crescente expropriação de bens públicos, aumentos de impostos sobre terras e propriedade, gradual privatização das propriedades comunais, a leis como a do morgadio (que transmitia a herança exclusivamente ao primogénito), foi sendo criado um contingente de trabalhadores assalariados e um processo típico de acumulação primitiva estava assim em marcha – em marcha literalmente, porque estes processos foram acompanhados de milícias e exércitos na frente do título de propriedade, de baioneta e pique na mão²⁵. O século XIX vive entre guerras civis, revoltas e mesmo guerrilhas – invasões francesas, guerra civil, Maria da Fonte, Patuleia, Remexido, até à Janeirinha em 1868²⁶ – que, com direções distintas e complexas alianças, num processo que está longe de ser linear, ora dirigido por franceses e liberais, ora por ingleses, ora pela Igreja, ora pela Igreja com setembristas, frações de liberais e muitas mais fórmulas (e menos puras do que se chegou a pensar), consoante o equilíbrio de forças sociais²⁷, tinham sempre como eixo, por um lado, a concentração da propriedade e, por outro, a proletarianização de

²⁴ Coimbra em 1911, Angra do Heroísmo em 1926 e Lisboa em 1927.

²⁵ António Monteiro Cardoso (2010). “Autogoverno e Moralismo Igualitário. Política Popular em Portugal no Século XIX”. Em: *Como se Faz um Povo. Ensaios para a História do Portugal Contemporâneo*. Ed. por José Neves. Lisboa: Tinta da China.

²⁶ Ibid.

²⁷ António Monteiro Cardoso (2007). *A Revolução Liberal em Trás-os-Montes (1820-1934), O Povo e as Elites*. Porto: Afrontamento.

setores significativos da população. A par destes movimentos criasse, é sabido, a nação, o ser português, e a sua instituição-mor, o Estado, um administrador comum que procura estender o seu poder militar e fiscal a todo o território, gerir as diversas frações da classe dominante e disciplinar a força de trabalho, evitando um conflito social generalizado, isto é, assegurando a estabilidade política para a consolidação do novo modo de acumulação, cujo desenvolvimento será extremamente desigual.

Esta modernização capitalista, que com especificidades e diferentes cronologias se deu em todos os países europeus, vai criar as condições sociais que obrigam, pela primeira vez, o Estado a pensar uma assistência pública, neste caso voltada para as massas de assalariados que só tinham trabalho parte do ano ou de acordo com os ciclos económicos, que gravitavam muitas vezes para a vagabundagem, sem labor, descritos como criminosos que se recusavam à disciplina “fabril”. Dispúnhamos, é preciso recordar, de um imenso e abundante exército de trabalhadores a baixo preço, pouco formados, facilmente substituídos por outros, igualmente pouco formados, sem que fosse portanto colocada a questão da proteção social ampla com vista à manutenção de uma força de trabalho de difícil substituição.

Por outro lado, não vai haver força política do movimento operário, dos setores de trabalhadores, para desenvolver mecanismos amplos de proteção social até à República, e durante esta, desde logo porque a rutura do movimento operário com a burguesia republicana é lenta, mas também porque os setores mais audazes e formados das classes trabalhadoras estavam protegidos, sobretudo por associações mutualistas. As questões da proteção social, dentro da questão geral das condições de trabalho no País, só se tornam um problema que afeta o equilíbrio do Estado quando já estamos no regime concebido para as conter, a ditadura. Conter com alguns momentos em que houve maior dificuldade de administração das reivindicações sociais, como durante a carestia da II Guerra Mundial, nas greves de 1968, entre outros períodos. O certo é que só a revolução de 25 de Abril de 1974 terá força para fazer nascer o Estado social e, dentro dele, a segurança social universal.

A questão da assistência dos despossuídos na viragem do século era particularmente grave porque não existia algo semelhante ao “direito ao trabalho” – é aliás anacrónico colocar a questão nestes termos, porque o direito ao trabalho só será uma realidade, e inscrito em

alguns programas políticos, depois da revolução de abril de 1974. Não eram só os longos e penosos horários de trabalho, o trabalho infantil e todo o rol que nos surge nas descrições típicas do início da revolução industrial, mas a própria noção de trabalho fixo era praticamente inexistente, a não ser entre aqueles que conservavam meios de produção, os artesãos. Era normal o trabalho à jorna, o trabalho ao domicílio, que dependia dos picos de produção, a paralisação de fábricas ou a redução de dias de produção e o salário dependente da produção, de acordo com ciclos económicos. Era ainda vulgar o salário à peça ou à tarefa. Malgrado, por exemplo, os programas de obras públicas – na conservação de estradas trabalha-se em média 175 dias por ano²⁸ – como complemento “aos momentos de crise”, refere Conceição Andrade Martins, os efeitos do desemprego sentiam-se na miséria, doença e insalubridade das casas dos operários.

Esta investigadora sintetiza desta forma o mercado laboral português no fim do século XIX: “Mobilidade, diversidade e irregularidade do trabalho assalariado, por um lado, e retração da oferta e/ou da duração do trabalho a partir de meados da década de 1890, por outro²⁹”. A maior parte das receitas da maioria das famílias operárias não chegava para as despesas³⁰ e o rendimento médio de uma família de operários lisboetas era de 19 mil reis, necessitando estes de pelo menos 24 mil para se manterem acima do limiar de sobrevivência³¹. Como se pode ver pelo Quadro 1.1, essas receitas eram gastas sobretudo na alimentação, não havendo margem salarial para mecanismos de proteção, ficando esses setores à mercê da assistência/ caridade.

²⁸ Conceição Andrade Martins (1997). “Trabalho e Condições de Vida em Portugal (1850-1913)”. Em: *Análise Social XXXII*. 142, p. 494.

²⁹ *Ibid.*, p. 498.

³⁰ *Ibid.*, p. 514.

³¹ L. Poincard, citado in *ibid.*, pp. 514-515.

Quadro 1. Receitas e despesas da maioria das famílias operárias em 1906 e em 1916

Pão	29 %
Carne	8,5%
Peixe	8,3%
Vinho	8%
Toucinho	7%
Batatas	6,7%
Azeite	6,5%
Açúcar	5,9%
Feijão e grão	4,8%
Queijo e manteiga	4,3%
Enchidos	4,1%
Hortaliças	3,7%
Total Alimentação	70 %
Vestuário e calçado	11%
Habitação	13%
Outros gastos (educação, transportes, produtos de higiene, quotas de associações de classe)	6%

Fonte: Martins, Conceição Andrade, 1997³².

É sintomático que Hintze Ribeiro, político destacado da altura, faça em 1901 a reforma dos serviços de saúde e beneficência que incidem justamente sobre a proteção contra epidemias, estatística demográfico-sanitária, combate a doenças infecciosas, salubridade de lugares e habitações, inspeção de substâncias alimentícias, e, já, higiene e trabalho na indústria³³. Temos portanto, uma assistência voltada sobretudo para conter a propagação de doenças e epidemias.

Em 1909 e 1910 havia no continente e ilhas 286 misericórdias, que eram responsáveis por asilos (em 1910 havia 134 asilos de crianças,

³² Com base nos inquéritos socioeconômicos de 1906 e 1916.

³³ Marques e Serrão, op. cit., p. 233.

aleijados, inválidos, surdos mudos, cegos), e recolhimentos. Havia uma assistência nacional aos tuberculosos.

O movimento operário só em 1910, fruindo (e fazendo parte) de uma crise de regime, terá força para, de forma organizada, reivindicar programas nacionais de proteção social, os quais não serão concretizados, desde logo, como referimos, pela falta de força deste operariado, que consegue tornar a República ingovernável, mas não consegue governar.

Sendo esta uma interpretação polémica – sobre este tema há uma profusão de excelentes trabalhos historiográficos que não partilham da nossa opinião³⁴ –, cremos que os mecanismos de contenção postos em marcha para driblar a crise de finais de século XIX, como a emigração massiva, algumas obras públicas e início de uma incipiente exploração colonial, não vão evitar nem o confronto essencial entre frações distintas da burguesia e ainda da velha aristocracia (que aparece como um confronto de regime entre republicanos e monárquicos) e depois destes setores, ou parte deles (o processo é sobejamente complexo), com o movimento operário. A não resolução deste imbróglio, isto é, a incapacidade de estabilizar o País vai fazer um setor importante da burguesia portuguesa jogar a sua mais forte ‘cartada’, a partir de 1926 – abdicar do poder executivo para manter o poder económico ensaiando um clássico regime bonapartista³⁵ – uma ditadura – para disciplinar a força de trabalho, arbitrar a concentração de propriedade em poucos grupos económicos, limitando a concorrência (protegidos das lutas faccionais entre si e de si com o movimento operário) pelo Estado e começar um processo agora intensivo de exploração colonial, com traços típicos de acumulação primitiva – recorrendo por exemplo, de forma maciça, ao trabalho forçado³⁶.

Entre uma intensa conflitualidade social, que é a característica da República, alguns passos se deram no campo social, sobretudo na assistência. Será inscrito na Constituição de 1911, depois da revolução, o direito à assistência pública (Artigo 3.º, n.º 29). Por outro lado, a expropriação dos bens da Igreja abria um vazio no assistencialismo, uma vez que a Igreja, que tinha essa função, é inclusive expropriada de património imobiliário onde estavam, por exemplo, asilos. Em 1911 um decreto

³⁴ Fernando Rosas e Maria Fernanda Rollo (2009). *História da Primeira República Portuguesa*. Lisboa: Tinta da China.

³⁵ Sobre a caracterização dos regimes políticos ditatoriais nos anos 30 ver Felipe Demier (2013). *O Longo Bonapartismo Brasileiro (1930-1964): um ensaio de interpretação histórica*. Rio de Janeiro: Mauad.

³⁶ Anderson, op. cit., pp. 15-17.

de António José de Almeida (então ministro do Interior), que nunca sairá do papel para a realidade, cria uma Direção-Geral de Assistência e Direção Geral de Saúde cujo alcance continuava a ser muito limitado. Seguem-se inúmeras tentativas neste campo, todas falhadas, no intuito de melhorar a vida das classes trabalhadoras: criação do Ministério do Trabalho e da Previdência Social em 1916, onde, entre outras, deveria funcionar uma Inspeção de Previdência Social.

A primeira tentativa de um programa social universal, frustrada, parte da convulsão social que se segue à I Grande Guerra e à revolução russa. Não se tendo em Portugal aberto uma situação revolucionária, embora haja epifenómenos como a pequena comuna de Vale de Santiago – em Espanha esse anos ficarão conhecidos como o triénio bolchevique (1918-1920) –, as convulsões sociais levaram a programas primeiro de atenuação rápida, como a sopa dos pobres, criada por Sidónio Pais, e administradas pela comissão da Obra de Assistência 5 de Dezembro, que servia em média 4000 refeições diárias³⁷, e, depois, à criação de um programa legislativo que atenuasse os efeitos dramáticos da pobreza. Em 1919 é criado o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral, que é extinto seis anos depois por outro decreto que assume a “existência atribulada, desordenada e estéril do sistema”³⁸.

Esta incapacidade de criar um sistema universal deve-se também à estrutura do movimento operário português, cujos setores mais instruídos, escolarizados, cultos e formados, já o referimos, tinham nas cooperativas e, sobretudo, nas associações mutualistas, reflexo de um poderoso movimento associativo de classe e regional, uma via para assegurar a sua proteção social³⁹.

Este vigoroso movimento – muitas vezes confunde-se movimento cooperativo, que foi sempre mais frágil, com o movimento mutualista, este sim de grande ímpeto – revela-nos um país onde setores das classes trabalhadores se organizavam de forma a garantir proteção social aos seus associados e iam além do pão, garantindo também cultura, instrução, ilhas de civilização e cooperação. Nascem aí algumas das

³⁷ Marques e Serrão, op. cit., p. 237.

³⁸ Luís Antunes Capucha (2002). “Assistência Social”. Em: *Dicionário de História de Portugal*. Ed. por Maria Filomena Mónica e António Barreto. Vol. 7. Figueirinhas, pp. 134-137.

³⁹ Ver Américo da Silva Costa (2013). *Associativismo, Mutualismo e Movimento operário em Guimarães nas Primeiras Décadas do Século XX*. Site de Américo Costa; Jorge Silveira (1990). “A Evolução Histórica do Mutualismo e seus Princípios Doutrinários”. Em: *O Mutualismo em Portugal*. Edição da União das Mutualidades Portugueses.

mais importantes coletividades e sociedades de instrução, essenciais para uma formação escolar, de lazer e humanista de setores operários.

Este movimento nasce sobretudo pela mão de artesãos em “resposta à dissolução das corporações” modernas e medievais, mantendo em muitos casos a estrutura corporativa (mais do que cooperativa). Como refere Oliveira Marques, estas associações de socorros mútuos foram também toleradas porque gradualmente perderam, ainda que parcialmente, o seu caráter de classe, incorporando também “burgueses de vários estratos de riqueza”.

Eram associações de caráter sobretudo urbano, estando em Lisboa e Porto concentrados mais de 320 mil dos 380 mil sócios de todo o País, em 1909. Para se compreender o sucesso destes mecanismos passa-se de 3 associações em 1843 para 628 em 1909⁴⁰. Este movimento mutualista, que se organiza em congresso pela primeira vez em 1911, continua a crescer e terá em 1931 mais de 570 mil sócios. O cooperativismo — referimo-nos aqui sobretudo a cooperativas de consumos — teve menos sucesso, havendo em 1919 43 mil associados. O máximo que teve foi 112 mil associados em 1921, entrando depois em declínio⁴¹.

Distintamente do fascismo, um “regime de guerra civil aberta contra o proletariado”, o bonapartismo (ditadura) seria essencialmente um “regime da ‘paz civil’” assente “numa ditadura policial-militar”. Tendo como missão última salvaguardar a propriedade capitalista diante da ameaça proletária — e nesse aspeto mais genérico equivale tanto ao fascismo como à democracia burguesa —, o seu procedimento político seria o de, por intermédio de um aparelho de Estado encorpado e relativamente autónomo, impedir justamente a eclosão dessa cruenta guerra civil apregoada pelo fascismo, poupando a sociedade burguesa a fortes e perigosas convulsões internas. Em poucas palavras, pode dizer-se que a ascensão de um proletariado diante de burguesias temerosas e retardatárias se encontra entre as razões centrais que explicam o porquê de países como Alemanha, Itália, Japão, Espanha e Portugal terem tido regimes bonapartistas ou fascistas no século xx⁴².

Este incómodo novo sujeito histórico — o proletário, ou seja, aquele que nada tem para vender a não ser a sua força de trabalho, que

⁴⁰ Marques e Serrão, loc. cit.

⁴¹ Ibid., p. 239.

⁴² Raquel Varela, Valério Arcary e Felipe Demier (2016). *O Que é Uma Revolução?* Lisboa: Colibri.

pode ser um sapateiro no século XIX ou um médico no século XXI — cresce em número (hoje, aqueles que vivem do trabalho representam 90% da população empregada). Isso fez que, ao contrário de Inglaterra e França, onde as revoluções burguesas foram feitas com um operariado ainda muito incipiente, os mesmos processos em países como Alemanha, Itália, Japão, Espanha e Portugal tenham terminado de facto em movimentos de ditadura. Por outras palavras, a transformação das economias inglesa e francesa em economias de monopólio, imperiais, recorrendo à massiva proletarização dos seus camponeses foi realizada em democracia, e no Sul da Europa, na Itália e na Alemanha foi feita sob as botas de ditaduras porque o movimento de modernização burgueses não se pôde apoiar no movimento operário, mas sim contra ele. Embora, naturalmente, a ditadura alemã tenha sido feita para derrotar o seu movimento operário, e a ditadura portuguesa para criar, em Portugal e nas colónias, a sua massa de trabalhadores, sem a resistência das suas vanguardas mais organizadas e dos seus artesãos, decapitados mal a República se torna vitoriosa, e ao longo de 16 anos.

A República decapitou a sua tropa, os artesãos da carbonária, os operários de Alcântara⁴³, para finalmente parte das suas frações se reorganizarem em torno do Estado Novo e, aí sim, criarem uma coisa e o seu contrário — os monopólios e o proletariado, que saiu das Beiras para a Lisnave, da aldeia nativa para a plantações da Cotonang em Angola.

Em 1910 a agricultura ocupava 61% dos ativos e só 17% da população vivia em centros urbanos com mais de 5000 habitantes. Isto não obstante um salto qualitativo assinalável a partir de 1852 — o operariado fabril entre 1852 e 1910 aumentou 400%. Devido à expropriação de bens públicos, ao aumento dos impostos sobre terras e propriedade, à gradual privatização das propriedades comunais, ao fim de leis como a do morgadio (que transmitia a herança exclusivamente ao primogénito), foi sendo criado um contingente de trabalhadores assalariados e um processo típico de acumulação primitiva estava assim em marcha — em marcha literalmente, porque estes processos foram acompanhados de milícias e exércitos na frente do título de propriedade, de baioneta e pique na mão. O século XIX decorre entre guerras civis, revoltas e mesmo guerrilhas — invasões francesas, a guerra civil entre liberais e miguelistas, a Maria da Fonte, a Patuleia, o Remexido, até à Janeirinha

⁴³ António Simões do Paço (2010). *Entrevista com a República*. Lisboa: Guerra e Paz.

em 1868 — que, com direções distintas e complexas alianças, num processo que está longe de ser linear, ora dirigido por franceses e liberais, ora por ingleses, ora pela Igreja, ora pela Igreja com setembristas, frações de liberais e muitas mais fórmulas (e menos puras do que se chegou a pensar), consoante o equilíbrio de forças sociais, tinham sempre como eixo, por um lado, a concentração da propriedade e, por outro, a proletarianização de setores significativos da população. A par destes movimentos cria-se, é sabido, a nação, o ser português, e a sua instituição-mor, o Estado, um administrador comum que procura estender o seu poder militar e fiscal a todo o território, gerir as diversas frações da classe dominante e disciplinar a força de trabalho, evitando um conflito social generalizado, isto é, assegurando a estabilidade política para a consolidação do novo modo de acumulação, cujo desenvolvimento será extremamente desigual.

Os mecanismos de contenção postos em marcha para driblar a crise de finais de século XIX, como a emigração massiva, algumas obras públicas e início de uma incipiente exploração colonial, não vão evitar nem o confronto essencial entre frações distintas da burguesia e ainda da velha aristocracia (que aparece como um confronto de regime entre republicanos e monárquicos) e depois destes setores, ou parte deles, com o movimento operário. A revolução republicana burguesa apoia-se no movimento operário, mas logo nas primeiras semanas começa a ajustar contas com ele, reprimindo duramente as greves.

Um novo conflito, já não só entre burguesia ascendente e aristocracia decadente, mas entre estes e o movimento operário emerge numa longa situação pré-revolucionária — de intermitente guerra civil — que terminará com um golpe a 28 de maio de 1926. A não resolução deste imbróglio, isto é, a incapacidade de estabilizar o País para promover a acumulação e a modernização capitalista — vai levar um setor importante da burguesia portuguesa a jogar a sua mais forte “cartada”, a partir de 1926: abdicar do poder executivo para manter o poder económico, ensaiando um clássico regime bonapartista — uma ditadura para disciplinar a força de trabalho, arbitrar a concentração de propriedade em poucos grupos económicos, limitando a concorrência (protegidos das lutas faccionais entre si e de si com o movimento operário) pelo Estado, e encetar um processo agora intensivo de exploração colonial, com traços típicos de acumulação primitiva, recorrendo, por exemplo, de forma maciça ao trabalho forçado.

1.2. Saúde no Estado Novo

Não vai haver força política do movimento operário para resistir ao golpe de 28 de maio de 1926 que institui a ditadura militar, começando em 1933 o Estado Novo de Salazar por fatores que outra vez combinam consenso e coerção, cedências e repressão. Este movimento operário estava exaurido por anos e anos de repressão na I República e consegue tornar a República ingovernável, mas não consegue governar. Por outro lado, para além da repressão ao movimento operário, a rutura deste com a República é lenta porque os setores mais audazes e formados das classes trabalhadoras estavam protegidos, sobretudo por associações mutualistas. Há, como em todas as bases sociais dos regimes, políticas de consenso e coerção — uma parte dos artesãos/setores médios estava protegida por um sistema corporativo.

A disciplinação da força de trabalho, a concentração de riqueza protegida da concorrência e a exploração colonial baseada no trabalho forçado são a fórmula de sucesso e durabilidade do Estado Novo⁴⁴, onde verdadeiramente se moderniza o capitalismo português. Já existia antes Portugal, já existia antes capitalismo, mas não modernização. Ela é filha direta do regime bonapartista, a ditadura, engenheiro político do processo de modernização, que combina isso com um arranjo político das forças sociais em que o Estado se coloca como árbitro nesse momento de giro económico.

Os sucessivos regimes vão organizar, em resumo, a dissociação entre trabalhadores e meios de produção (transformar camponeses em proletários), mas nenhum foi tão eficaz nisso como o salazarismo, sobretudo a partir da mecanização agrícola da década de 60 do século xx.

O Estado Novo realiza a incorporação controlada do proletariado na vida pública, dando-lhe lentamente acesso à escola, saúde, etc. O proletariado cede por isso (consenso) mas também pela coerção (ditadura); o núcleo duro do movimento sindical, os melhores e mais aguerridos dirigentes tinham sido eliminados ou cooptados pela República. Este proletariado que se submete e “aceita” o Estado Novo está politicamente decapitado e do outro lado há todo um mundo camponês com crença no Estado, sem organizações próprias. Assim se explica a incorporação do

⁴⁴ Raquel Varela (2013). “A “eugénização da força de trabalho” e o fim do pacto social. Notas para a história do trabalho, da segurança social e do Estado em Portugal”. Em: *A segurança social é sustentável*. Ed. por Raquel Varela. Bertrand Editora, jun. de 2013, pp. 23-85.

proletariado na ordem que vai garantir a sustentação social da modernidade da ordem capitalista. Junte-se a isto um processo de êxodo — e expulsão — rural e urbanização, a partir dos anos 50 e sobretudo 60, em que essa massa camponesa chega à cidade. Boa parte dela é miserável, por isso há aqui também uma combinação de mobilidade social, emprego e consumo, atuando como um elevador social, nesta passagem do campo para a cidade.

Manuel de Lucena atribui a Pedro Teotónio Pereira, primeiro sub-secretário de Estado das Corporações e Previdência Social, a responsabilidade da construção previdencial durante a ditadura⁴⁵. A visão corporativista prevaleceu: os pobres, com uma assistência geral, tenderiam à “irresponsabilidade, com seguro de doença quereriam ficar doentes e com fundo de desemprego estar-se-ia a criar “desempregados profissionais”: as “democracias parlamentares só “para cortejarem e seduzirem o proletariado se meteram na aventura dos seguros sociais”, responsabilidade de um organismo “estadista e socializante”.

Paradoxalmente, num país atrasado e largamente analfabeto, com um movimento operário exaurido por anos e anos de repressão quer na I República quer já no Estado Novo⁴⁶, a virtude da palavra desmaquiada parece ter resistido, deixando aos historiadores peças únicas de análise. É de Teotónio Pereira a frase de que a assistência social ampla seria a “escravidão de uma minoria” que alimentaria uma maioria de ociosos e que só seria aceitável impor seguros sociais universais se se quisesse “impor aos Estados e aos patrões a introdução dos seguros

⁴⁵ Manuel Lucena (2002). “Previdência Social”. Em: *Dicionário de História de Portugal*. Ed. por Maria Filomena Mónica e António Barreto. Vol. 9. Figueirinhas, pp. 152-167, p. 153.

⁴⁶ “Em resposta à lei que proíbe a greve e o lock out e determina o fim do sindicalismo livre – processo que em Portugal ficou conhecido por fascização dos sindicatos, que passam a ser controlados pelo Governo –, no dia 18 de janeiro de 1934 inicia-se uma tentativa de greve geral revolucionária, dirigida por anarquistas e comunistas, com expressão em Lisboa, Setúbal e Barreiro, que chegará a controlar uma pequena cidade onde a indústria vidreira tem grande importância, no centro do País, a Marinha Grande. O fracasso da greve implicará uma derrota séria do movimento operário português: 57 dos 150 presos na sequência da greve irão inaugurar o campo de concentração do Tarrafal, aberto em 1936 nas ilhas de Cabo Verde. O Governo endurece as penas: as greves são distinguidas entre greve simples, política, revolucionária e de solidariedade, e sujeitas a penas que vão desde um ano de prisão até 10 anos de desterro nas colónias. Esta é a legislação que vigora em Portugal até à queda da ditadura em 1974”. In Raquel Varela (2011a). “A Persistência do Conflito Industrial Organizado”. Em: *Revista Mundos do Trabalho* 3.6 (jul. de 2011), pp. 151-175, p. 153.

sociais à maneira de uma brecha de demolição e esgotamento aberta no flanco da sociedade burguesa”⁴⁷.

Os diplomas fundadores da previdência no Estado Novo são a Constituição de 1933 e o Estatuto do Trabalho Nacional, inspirado na *Carta del Lavoro* de Mussolini. Não incumbia ao Estado constituir um sistema de previdência mas fiscalizar e dar condições para que esta se realizasse, no espírito de unidade, então assumida, entre trabalho e capital, por iniciativa dos diversos “corpos” de trabalhadores e empregadores. Corpos unos, e não classes antagônicas.

Era o espírito da encíclica *Rerum Novarum*, do papa Leão XIII, da concórdia entre um corpo único de patrões e trabalhadores que respeitasse a propriedade privada e extinguisse a luta de classes. Porque era, afirmava o papa, fixando a doutrina social da igreja, “sumamente injusto, por violar os direitos legítimos dos proprietários, viciar as funções do Estado e tender para a subversão completa do edificio social (...)”, havia, pelo contrário que “evitar a perturbação em todas as classes da sociedade, uma odiosa e insuportável servidão para todos os cidadãos, porta aberta a todas as invejas, a todos os descontentamentos, a todas as discórdias”⁴⁸.

A Lei 1884, que definia a organização da previdência na aurora do Estado Novo, estatui quatro tipos de instituições: caixas sindicais, do povo e de pescadores; caixas de reforma; associações de socorros mútuos, e previdência do funcionalismo público. Os descontos eram feitos segundo o método da capitalização. Isto deu uma previdência muito variável em função da capacidade económica de cada empresa, e do setor de trabalho, muito desigual portanto. Houve setores que efetivamente escaparam a esta ausência de proteção. Sobretudo por força do seu peso no Estado, no apoio ao regime ou por serem uma força de trabalho de muito difícil substituição, casos evidentes do funcionalismo público e dos médicos.

Mas até à II Guerra Mundial e aos conflitos daí decorrentes devido à carestia de vida⁴⁹, o número de instituições criadas pela “iniciativa de patrões e operários” era diminuto. O “espírito de unidade” não significava outra coisa que a inexistência de previdência, isto é, argumentando

⁴⁷ Lucena, loc. cit., p. 153.

⁴⁸ Leão XIII, Carta Encíclica “*Rerum Novarum*” do sumo pontífice papa Leão XIII a todos os veneráveis irmãos, os patriarcas, primazes, arcebispos e bispos do orbe católico, em graça e comunhão com a sé apostólica. Sobre a condição dos operários, publicada originalmente em 1891.

⁴⁹ Ver, por exemplo, Sónia Ferreira (2010). *A Fábrica e a Rua, Resistência Operária em Almada*. Alentejo: 100 Luz.

o Estado com a não-interferência estava de facto a beneficiar um lado. Com polícia política e proibição das organizações sindicais livres, os patrões estavam protegidos para conter os aumentos da massa salarial.

Em 1932 cria-se o Comissariado e o Fundo de Desemprego que assumia, no auge da crise de 1929, a “colocação de desempregados, a missão nobre de facultar a todos o direito a um salário em vez de criar por lei, para homens válidos, o direito a um óbolo”⁵⁰. Previa-se a extinção do mesmo quando a crise o aconselhasse. Neste período, o Fundo era pago com 1% sobre os salários pelos empregadores e 2% pela parte dos operários. Destinava-se sobretudo à área da construção civil e as entidades que requisitassem estes trabalhadores poderiam beneficiar do pagamento das remunerações pelo comissariado até 3 dias de trabalho semanais.

Verificamos um padrão na previdência estado-novista que obedece a dois tipos de critérios: ou ela se dá em reação a conflitos sociais ou por necessidade de manter uma força de trabalho mais especializada. Será depois das greves de 1943 que se alarga e também nas greves de 1962 e no final dos anos 60 do século xx⁵¹ que o regime reage estendendo ligeiramente a previdência. A população beneficiária de caixas sindicais/reforma/previdência passou de 78 mil em 1942 para 290 mil em 1946, na sequência das greves de 1943, e evoluirá para cerca de 800 mil em 1962. A reforma de junho de 1962 muda o regime de capitalização estrita para capitalização mitigada, o que permite aumentar ligeiramente as prestações, e em que pela primeira vez os trabalhadores independentes estão referidos. É também criada, aí em clara resposta à necessidade de manter a força de trabalho, um pouco mais qualificada, que era imprescindível nas novas fábricas que surgiram na cintura industrial de Lisboa – as mesmas onde se estenderá o controlo operário em 1975, o qual vai estar na origem da extensão radical da proteção social, em 1975 – uma Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais. E ainda outro organismo, este em estreita coordenação com a emigração que sai para o Norte da Europa (ao todo emigraram, entre 1960 e 1974, 1,5 milhão de pessoas), a Caixa Central de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes. A 10 de agosto de 1962 é criado o Fundo de Desenvolvimento da mão de obra (FDMO) que, no processo de forte industrialização, voltada

⁵⁰ Bernadete Maria Fonseca (2008). “Ideologia ou Economia? Evolução da Proteção no Desemprego em Portugal”. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, p. 89.

⁵¹ Dulce Freire (1996). “Greves Operárias”. Em: *Dicionário de História do Estado Novo*. Ed. por Fernando Rosas. Vol. I. Bertrand Editora, p. 406.

sobretudo para gerir o desemprego resultando do “aperfeiçoamento dos métodos de fabrico”. Pela primeira vez se coloca a hipótese de subsídio temporário de desemprego em épocas de paralisação da produção nas fábricas⁵². Há unanimidade entre todos os investigadores no que diz respeito ao baixíssimo e restrito sistema previdenciário durante o Estado Novo⁵³. A mendicidade será crime até ao final dos anos 60, considerada um caso de polícia. Os opositores ao regime perdiam benefícios sociais, para além dos políticos. Todos os outros índices de bem-estar – saúde, mortalidade infantil, educação e alfabetização, lazer, esperança de vida – estão equiparados a países subdesenvolvidos e atrasados⁵⁴.

O período de vigência do Estado Novo é marcado por três planos de fomento (I, II e III) e um intercalar. Durante 20 anos (1953-1973), o Estado praticará gastos com infra-estruturas de cerca de 2% do PIB no caso do primeiro plano e de cerca de 4% nos demais, para além de uma taxa de investimento na ordem dos 25% do PIB. Estes números ilustram uma mudança real e qualitativa. Implicam também um recurso intensivo a mão de obra que, na sua grande maioria, migrara do campo para as cidades. Uma particularidade desse processo de fomento industrial é a política do Estado de remunerar o capital acima do expectável no mercado mundial e, para isso, o recurso à mão de obra barata foi a saída encontrada, sobretudo a mão de obra sem qualificações. Esses trabalhadores com baixa formação usados na indústria eram precisamente os que estavam a chegar do campo. Por outro lado, a formação de força de trabalho qualificada não depende de uma elevada taxa de natalidade e, muito menos, dos contingentes retirados ao campo, analfabetos e desqualificados na sua maioria. Para esses trabalhadores, a política salarial era complementada com recurso inclusive a salários em espécie, como sejam os cuidados de saúde. Muitos desses trabalhadores tinham acesso a caixas de previdência com condições mais vantajosas e, em muitos casos, a própria empresa disponibilizava aos seus trabalhadores os cuidados de saúde através de prestações próprias. Em todo o caso, o perigo de escassez de mão de obra era um problema constante enfrentado pelo

⁵² Fonseca, op. cit., p. 92.

⁵³ Lucena, op. cit.; Irene Pimentel (1999). “A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40”. Em: *Análise Social* XXXIV.151-152, pp. 477-508; Capucha, op. cit.

⁵⁴ Raquel Varela (2012). “Rutura e Pacto Social em Portugal. Um Olhar sobre as Crises Económicas, Conflitos Políticos e Direitos Sociais em Portugal (1973-1975, 1981-1986)”. Em: *Quem paga o estado social em Portugal?* Ed. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 71-108.

Estado Novo. Assim, por exemplo, vemos escrito em diplomas trechos como esta passagem do Estatuto da Assistência Social:

“Poderá ainda o Governo, no intuito de combater a baixa da nupcialidade e da natalidade, fazer incidir taxas ou reduções destinadas à assistência materno-infantil, sobre os rendimentos ou vencimentos dos solteiros não impedidos de contrair casamento, ou casados, viúvos ou divorciados sem filhos e sem encargos de ascendentes ou irmãos carecidos do seu amparo”⁵⁵.

Esse problema ganhou importância extrema nos anos 60, com a queda da população residente, como já foi referido. A importância desse problema para os cuidados de saúde foi expresso por António Correia de Campos na seguinte passagem:

“Só quando a emigração dos anos 60-70 começou a fazer escassear a mão de obra, se tornou necessário cuidar de promover a cobertura hospitalar por conta de outrem. Uma vez curados, e quanto mais depressa melhor, impunha-se que ingressassem de novo no ciclo produtivo. As preocupações pela saúde dos trabalhadores foram entre nós, tal como na generalidade dos países capitalistas, simultâneas do aparecimento das preocupações de produtividade e aos conflitos sociais do movimento operário e de outros sectores de trabalhadores, urbanos e industriais, mas também em alguns períodos rurais. Até lá, confiava-se que a caridade resolvesse os problemas”⁵⁶.

O SNS tem uma data precisa para a sua criação, através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro,⁵⁷ mas as suas pedras basilares são erguidas antes. O período revolucionário de 1974 e 1975 é determinante para a existência de um SNS; antes, a evolução da saúde no final do Estado Novo – que não representa uma continuidade – traça alguns momentos que são essenciais para se compreender a sua evolução. A historiografia económica costuma apresentar a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português como a forma que os governos constitucionais do após 25 de Abril de 1974 (governos pós 1976) encontraram para dar resposta a uma série de problemas na prestação de cuidados de saúde à população herdados do Estado Novo.⁵⁸ Por exemplo, de acordo com Barros, Machado e Almeida

⁵⁵ Lei n.º 1998, n.º 2 da Base XXVIII.

⁵⁶ António Correia de Campos (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda, p. 24.

⁵⁷ Trata-se naturalmente da sua criação formal.

⁵⁸ Desde a Constituição de 1933 até à Revolução de Abril de 1974.

Simões⁵⁹, “Apesar dos esforços anteriores a 1979, persistiam os seguintes problemas principais: distribuição geográfica assimétrica de serviços de saúde e recursos humanos; carências de saneamento; a cobertura da população não ser universal (embora não haja nenhuma estimativa precisa da cobertura); centralização das tomadas de decisão; nenhuma coordenação entre os serviços e prestadores existentes e pouca avaliação; múltiplas fontes de financiamento e disparidade de benefícios entre grupos populacionais; discrepância entre a legislação e a política, e o provimento real de serviços de saúde; baixa remuneração dos profissionais de saúde”⁶⁰.

De facto, esses problemas existiam e estavam devidamente catalogados por todos os intervenientes, tanto ao nível da produção como do consumo e do financiamento dos cuidados de saúde. A resposta assumida como adequada para esses problemas é que quase nunca coincide. Assim, é preciso, antes de mais, contextualizar esses problemas dentro da história social, importa perceber como esses problemas eram vividos pelos intervenientes nos cuidados de saúde e como daí advinham respostas diferentes. Em particular, a percepção do médico de então é central para responder a todas essas questões. Não só porque vivia com esse propósito, o de produzir cuidados de saúde no dia a dia mas, principalmente, porque esses médicos se organizaram em torno da defesa das carreiras médicas e previram com uma fantástica acuidade quanto poderia ganhar a saúde da população e quão barato seria se o sistema se organizasse mais ou menos de acordo com o que reconhecemos como um sistema universal de saúde como o nosso SNS. De facto, durante toda a existência do SNS muitos profissionais e outros agentes sociais têm prestado uma contribuição preciosa para a sua construção. Mas de facto, a existência do SNS, ou seja, de um sistema universal aberto a toda a população e com uma ainda razoável capacidade de atendimento, deve-se sobretudo aos médicos, que colocaram na pauta de reivindicações um programa assente em três eixos indissociáveis: carreiras médicas, serviço universal de saúde e cobertura

⁵⁹ Pedro Pita Barros, Sara Ribeirinho Machado e Jorge de Almeida Simões (2011). “Portugal. Health system review”. Em: *American Economic Review* 13.4, p. 20.

⁶⁰ *Despite the efforts made prior to 1979, the following major problems still existed: asymmetric geographical distribution of health facilities and human resources; poor sanitation; population coverage not being universal (although there is no precise estimate of coverage); centralized decision-making; no coordination among existing facilities and providers, and little evaluation; multiple sources of financing and a disparity in benefits among population groups; discrepancy between legislation and policy, and the actual provision of health services; and low remuneration of health professionals.* Tradução nossa.

de qualidade a toda a população – estes três elementos não existem independentes. Esta é uma tese que defenderemos ao longo deste trabalho. A alternativa à nossa tese enfatiza a continuidade da organização da saúde após a reforma de 1971 e defende que o SNS seria mais e melhor do mesmo⁶¹. Admitem apenas uma ruptura no SNS em 2002 com a criação dos hospitais SA. Teremos oportunidade de discutir mais pormenorizadamente essas propostas de continuidade entre o SNS e o sistema assistencialista do Estado Novo, assinalando a nossa discordância com esta tese.

1.3. Demografia da força de trabalho

Para ano de referência foi escolhido 1940, em função da quantidade e qualidade de informações demográficas e dos recursos em saúde. Anteriormente a essa data, perdemos a segurança para interpretar os poucos e dispersos dados encontrados. Na medida em que a nossa proposta será contextualizar o papel dos cuidados de saúde na produção e reprodução da força de trabalho, interessa-nos perceber, antes de mais, como as transformações nessa força de trabalho condicionaram os cuidados de saúde e, inversamente, como os cuidados de saúde iriam condicionar as transformações na força de trabalho. Do ponto de vista da produção, o ano de 1940 tem características muito interessantes. Desde já porque podemos recorrer ao censo desse ano para perceber o que seria Portugal nesse momento inicial da Segunda Guerra Mundial.⁶² Esse conflito

⁶¹ A reforma de 1971 marcou as opções doutrinárias e o seu percurso nas décadas seguintes, no que respeita às políticas de saúde. A ausência de rupturas significativas depois da revolução de 1974 ter-se-á devido, em primeiro lugar, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde; em segundo lugar, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e que recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras no 25 de Abril; em terceiro lugar, ao facto de muitos dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes depois de 1974”. Jorge Simões (2005). *Retrato político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Edições Almedina S.A., p. 27.

⁶² O Censo de 1940 foi o primeiro efectuado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A sua importância está relacionada, em primeiro lugar, com o grau de confiança que é bastante maior nos números divulgados pelos censos nessa data e posteriores. Em segundo lugar, porque a metodologia usada nesse censo e posteriores segue uma linha conceptual e tecnicamente coerente, sendo que as mudanças que ocorreram desde então podem ser mapeadas de forma a apresentarmos resultados que, à luz dos métodos e conceitos modernos, são coerentes. Ver INE (2014). *Censos em Portugal de 1864 a 2011*. Site do INE. acessado em 20/02/2016, p. 45, para mais informações

terminará em meados dessa década e sabemos que desde então o mundo mudou radicalmente, assim como as qualificações da força de trabalho e o próprio peso relativo das diversas forças de trabalho, se julgarmos pela distribuição do trabalho na sociedade.

A população residente em Portugal terá crescido cerca de 2,2 milhões de indivíduos entre os anos de 1940 e 2011. No entanto, esse crescimento esteve longe de ser linear, como podemos ver na figura 2.1, onde notamos um crescimento contínuo entre 1940 e 1960, seguido de uma queda entre os anos 60 e 70 relacionada com a forte emigração dos anos 60.

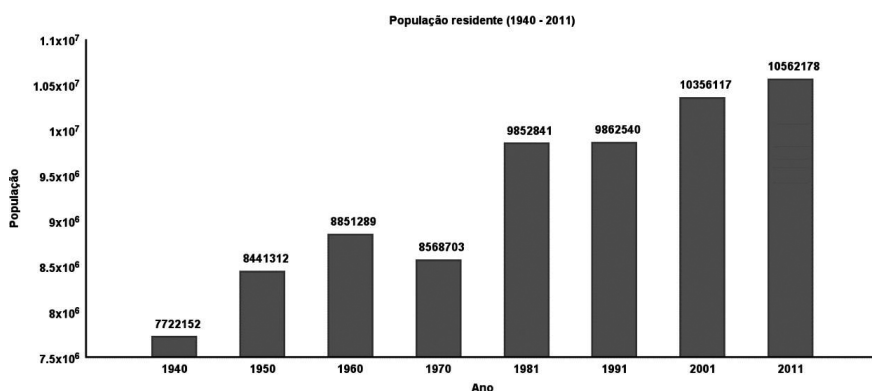


Figura 2.1: População residente entre 1940 e 2011.

Nos dez anos seguintes observamos um grande crescimento, este já relacionado com o retorno dos portugueses das ex-colónias. A década de 80 é marcada por uma quase estagnação da população. A partir daí, impulsionada pela imigração, a população residente volta a aumentar. O importante aqui é notar que cada um desses movimentos corresponde a grandes transformações que afectaram tanto os números relativos da força de trabalho em relação ao conjunto da população como a própria composição dessa força de trabalho.

O fim da Segunda Guerra Mundial (1945) é marcado por um cenário de destruição sem precedentes na história provocado pelo próprio homem: 60 milhões de mortos⁶³. A Europa envolvida no conflito está arrasada, tanto a sua estrutura produtiva material como a sua força de trabalho. A fome é o padrão europeu⁶⁴. Portugal, dada a sua posição

⁶³ William Pelz (2016). *História do Povo na Europa*. Lisboa, Objectiva.

⁶⁴ Ver secção “A fome, herança do nazismo” in Castro, op. cit., p. 386.

neutral, não sofrera a devastação material do resto da Europa beligerante. Infelizmente, a destruição humana causada pela carestia de bens de primeira necessidade não deixará Portugal de fora⁶⁵.

Quando falamos de disciplinamento da força de trabalho ou de regulação do custo da mão-de-obra, esses conceitos parecem feitos de propósito para o Estado Novo. Este instituiu e implementara o sistema corporativo, consagrado na Constituição de 1933. As suas bases, descritas no Estatuto do Trabalho Nacional,⁶⁶ estabelecem um conjunto de normas que tentam matizar e, se possível, erradicar (em vão) o conflito entre o trabalho e o capital⁶⁷ e, simultaneamente, conservar os custos da força de trabalho, tanto quanto possível, no limite da subsistência,⁶⁸ que é outra maneira de dizer com uma “larga margem de lucro”⁶⁹. Em todo o caso, é a própria subsistência que comanda o custo da mão-de-obra. A ideia era de facto produzir números reluzentes de crescimento do PIB, da economia e dos lucros com base na generalização do subemprego.

Finalmente, essa disciplina da força de trabalho alia-se à disciplina na distribuição das quotas de mercado, através do condicionamento industrial. Este seria introduzido mesmo antes da Constituição de 1933, pela Lei do Condicionamento Industrial.⁷⁰ É como se se definisse o

⁶⁵ Fernando Rosas. *Pensamento e Acção Política. Portugal Século XX (1890-1976)* (2004). Lisboa, Editorial Notícias.

⁶⁶ Decreto-lei n.º 23 048, de 23 de Setembro de 1933.

⁶⁷ Artigo 5.º do ETN – Os indivíduos e os organismos corporativos por eles constituídos são obrigados a exercer a sua actividade com espírito de paz social e subordinando-se ao princípio de que a função da justiça pertence exclusivamente ao Estado.

⁶⁸ Artigo 24.º do ENT – O ordenado ou salário, em princípio, tem limite mínimo, correspondente à necessidade de subsistência. Não está porém sujeito a regras absolutas e é regulado quer pelos contratos de trabalho quer pelos regimentos corporativos, em conformidade com as necessidades normais da produção, das empresas e dos trabalhadores e também do rendimento do próprio trabalho. A duração do trabalho está sujeita à mesma doutrina, podendo porém ser-lhe fixado limite máximo por preceito legal ou por via de resolução corporativa, em determinados ramos da actividade económica, segundo plano apropriado aos interesses da Nação, das empresas e dos trabalhadores.

⁶⁹ (...) é por pretendermos assegurar à indústria, agora em embrião, uma larga margem de lucro, que lhe garanta a possibilidade de concorrer facilmente no mercado interno, estimulando-a a ultrapassar as fronteiras do País a fim de concorrer em igualdade de condições nos mercados externos, que baseamos o fomento da indústria em salários baixos (...) Correia de Oliveira in *Diário de Lisboa* de 11/08/1966, citado por Eduardo de Sousa Ferreira (1975). *A Decadência do Corporativismo*. Cadernos Livres no 8. Sá da Costa, p.9.

⁷⁰ Decreto n.º 19 354, de 14 de Fevereiro de 1931. Este decreto é completado pelo Decreto n.º 19 409, de 4 de Março de 1931, que aprova o regulamento sobre o condicionamento das indústrias, Decreto n.º 23 630, de 5 de Março de 1934, que define o que se deve entender por indústria caseira, e a Lei n.º 1956, de 17 de Maio de 1937, que estabelece as bases para o condicionamento das indústrias ou modalidades industriais.

montante a ser produzido e, simultaneamente, o montante que cada parte irá receber. Em termos de uma categoria muito querida aos estudiosos dos seguros, seria uma política económica de risco nulo, paga com a prata da casa, que não mais seria que um enorme exército de mão-de-obra sem a mínima preparação técnica requerida segundo os níveis de produção da Europa do Norte desenvolvida⁷¹. No entanto, a Lei do Condicionamento Industrial garantia que esse capital fosse remunerado como se a produção ocorresse num ambiente em que o grau técnico operado fosse semelhante aos dos países do Norte da Europa. O brilho dessa política era reconhecido pelos números exuberantes do PIB que crescia com uma grande aceleração, mas partindo de um nível muito baixo, comparado com uma menor aceleração da Europa do Norte, mas que patinava com níveis bastante superiores.

O ano de 1945 tem outra importância particular para Portugal que convém salientar. Trata-se do ano da aprovação da denominada Lei do Fomento e Reorganização Industrial. Essa fase do condicionamento industrial acompanhará o Estado Novo até ao seu fim. A sua base III declara que o Estado doravante:

“(…) participará no capital das empresas, diretamente ou por intermédio das suas instituições de crédito, quando for indispensável para assegurar o êxito do empreendimento. Esta participação não excederá normalmente a dos particulares e, quando direta, deverá ser transferida para entidades privadas portuguesas, logo que a situação da indústria e a defesa dos interesses gerais o permitam”⁷².

Os preços de produção eram aproximados dos preços depois dos impostos, tanto através da concessão de subsídios como através da supressão de impostos e taxas alfandegárias para importação de bens e capitais, de acordo com a base IV. Finalmente, os preços máximos são estabelecidos pela base V onde:

⁷¹ Sousa Ferreira cita um trecho do parecer da Câmara Corporativa, de 1936, onde é referido que “quando um industrial cria uma nova indústria que lhe proporciona lucros consideráveis, justificadamente merecidos devido à sua capacidade criadora, à sua coragem para renovar e a todos os riscos a isso ligados, imediatamente surgem um, dois ou dez concorrentes que arruinam um negócio, o qual teria sido vantajoso para um número reduzido. Op. cit., p. 15.

⁷² De facto, o grau e os termos em que o Estado deve participar no capital das empresas só ficaram resolvidos com a Revolução de Abril, para retornarem à agenda política pela mão do Governo de Cavaco Silva.

“O governo assegurará, por meio da organização e de providências adequadas, a defesa das atividades económicas contra a concorrência ilegítima.

Os preços não deverão, porém, exceder os dos produtos similares estrangeiros, salvo o caso de dumping ou de irremovíveis condições de inferioridade, tais como o custo das matérias-primas e a exiguidade dos mercados.”

O objetivo desse fomento seria, de acordo com a propaganda económica, suprir o mercado interno de mercadorias sem necessidade de recorrer às importações de bens de consumo, de maneira a combater o défice da balança comercial. Fosse esse o único ou o principal objetivo dessa política, o balanço seria fácil de estabelecer: um total falhanço. Foi o que vieram reconhecer as publicações referentes ao III Plano de Fomento (1968-1973):

“Sabe-se que as medidas adoptadas com vista a uma nova organização industrial, na Lei n.º 2005 (...), não conduziram a resultados práticos dignos de nota e que nem por isso deixaram de existir, ainda em grande proporção, os problemas que deveriam ser solucionados pela referida lei”⁷³.

Se, por outro lado, o objetivo fosse fomentar o lucro privado das grandes empresas, então o balanço foi positivo. É certo que esse impulso industrializador baseado na generalização do subemprego não poderia contar só com o poder musculado do Estado. Precisava também de uma fonte suficientemente grande da sua matéria-prima fundamental: a força de trabalho. E de facto essa fonte foi fornecida pela população oriunda da agricultura. Mesmo sem estabelecer nenhum nexo de causalidade, é certo que os camponeses que abandonaram as terras a partir dos anos 50 do século xx para os centros urbanos disponibilizaram à indústria a sua força de trabalho necessária, juntamente com um excedente, de maneira a garantir o subemprego (consequente baixo custo da força de trabalho).

A relação entre a cidade e o campo na provisão de força de trabalho durante o Estado Novo constitui umas das peças fundamentais para compreendermos o Portugal de hoje. Assim, convém olhar um pouco

⁷³ III Plano de Fomento, para 1968-1973, editado pela Presidência do Conselho (4 volumes), vol. II, 1968, p.38, citado por Sousa Ferreira, op. cit., p. 17.

mais para essa força de trabalho agrícola. Sendo até à década de 50 o maior sector de actividade, a agricultura empregava cerca de metade da mão-de-obra do País. Isso mesmo podemos observar na figura 2.2 com a distribuição da população activa pelos diversos sectores de actividade.

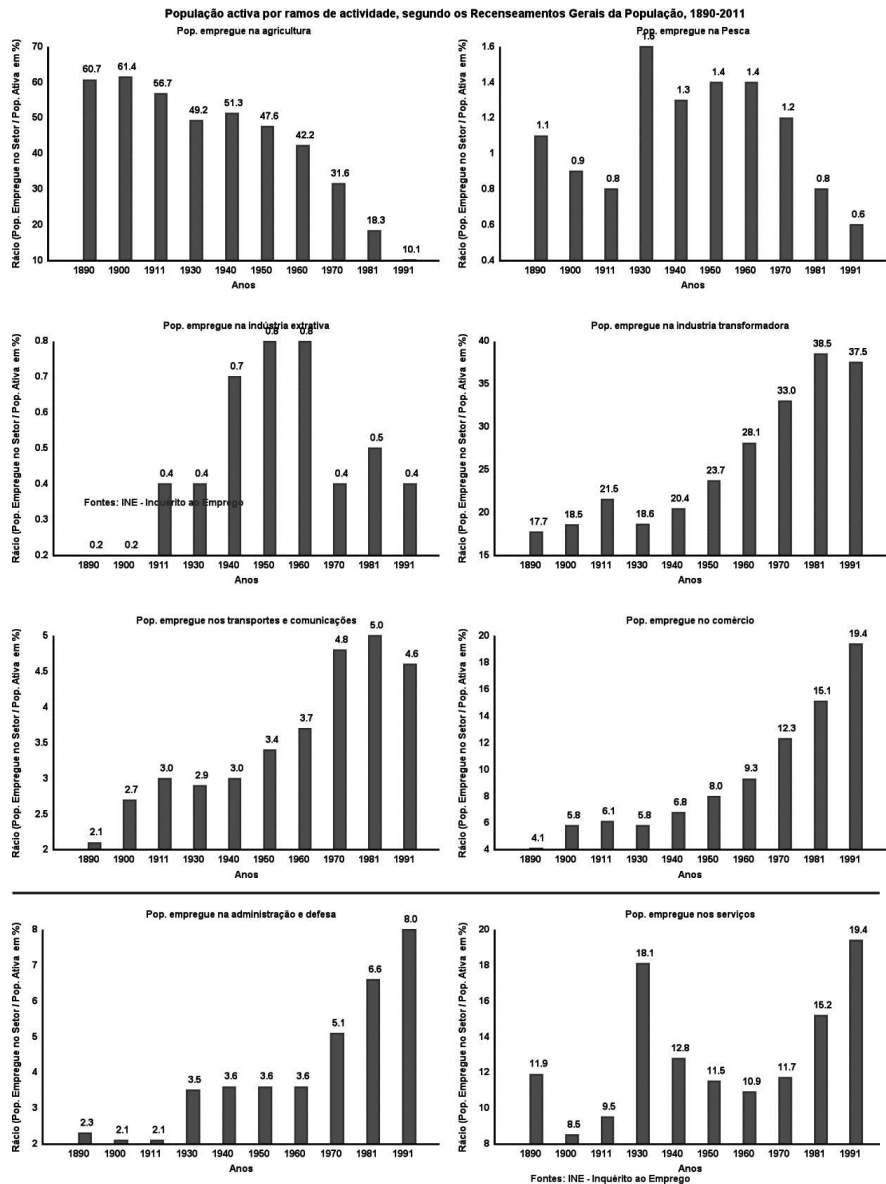


Figura 2.2: População activa por ramos de actividade

É fácil perceber que “A terra era o elemento central na organização da produção e na estrutura da sociedade rural”⁷⁴ num sistema de baixa produtividade (apenas cerca de 0,25% das explorações utilizavam meios de trabalho mecânico) que se combinava com um igualmente baixo nível de consumo entre a população camponesa.

Olhando para a área agrícola⁷⁵, observamos que entre 1929, ano em que se inicia a “campanha do trigo” e 1951, a superfície agrícola cresceu de 3,283 milhões de hectares para 4,762 milhões de hectares, ou seja, cerca de 45%. A área florestal cresceu cerca de 18%, representando 2,750 milhões de hectares em 1951. É importante notar que 11% desse crescimento terá ocorrido entre 1939 e 1951, coincidindo com a política de florestação dos baldios. O saldo líquido nesse período seria de mais 283 mil hectares de terra convertida em floresta. Para além disso, a superfície inculta, ou seja, em pousio, terá recuado de 1,565 milhões de hectares para 740 mil hectares entre 1929 e 1951. Finalmente, um número bastante revelador é o das áreas improdutivas⁷⁶. Estas terão recuado de 1,714 milhões de hectares para 490 mil hectares em 1951. Tendo em conta que essas terras poderiam ser recuperadas, ao menos em parte, com recurso a investimentos técnicos e materiais e que isso não terá sido a realidade do período, é fácil notar que uma grande população de agricultores terá sido convencida por diversos meios a abandonar as suas escassas terras no Norte por um maior, mas improdutivo,

⁷⁴ “A gestão destes patrimónios fundiários, embora com diferenças regionais, decorria numa aproximação muito esquemática e meramente indicativa, dentro dos seguintes parâmetros: as matas eram exploradas directamente; os olivais e as árvores de fruto eram também frequentemente explorados por conta própria, embora nalgumas regiões prevalecesse o arrendamento e a parceria; a vinha, geralmente, era dada de parceria, como na região dos vinhos verdes, ou explorada directamente; nas terras de sementeira impunha-se o arrendamento e a parceria e nos casos em que havia conta própria esta verificava-se, predominantemente, em manchas integradas na quinta mais próxima da sede (casa-mãe) do património fundiário. Vê-se, assim, que estes patrimónios eram orientados tanto para a obtenção de lucros, através do aproveitamento da terra com base no trabalho assalariado, como para o recebimento de rendas e quotas de parceria, através do exercício dos direitos de propriedade”. Fernando Oliveira Baptista (1994). “A Agricultura e a Questão da Terra – do Estado Novo à Comunidade Europeia”. Em: *Análise Social* XXIX.128, pp. 907-921, p. 907.

⁷⁵ Ana Bela Nunes (2001). “Actividade Económica da População”. Em: *Estatísticas históricas portuguesas*. Ed. por Nuno Valério. Instituto Nacional de Estatística. Cap. 4, pp. 149-195.

⁷⁶ “A superfície improdutiva engloba afloramentos rochosos, areais, pântanos, rios e linhas de água”. Ibid.

terreno no Sul, com a promessa de um rendimento extra por via do trabalho assalariado nas grandes plantações de sequeiro. A promessa implícita era de uma política de preços agrícolas que permitisse que essa fonte fosse segura. A realidade da superpopulação agrícola impôs a insegurança do trabalho precário e sazonal, aliada com a epidemia de desemprego dos assalariados rurais. Este terá sido o grande impulso rumo às cidades.

O medo do desemprego entre os trabalhadores assalariados agrícolas era permanente numa sociedade sem alternativas para os que enfrentavam essa possibilidade. Juntamente com o desejo de explorar a sua própria terra como garantia, da sua previdência. Apolítica de industrialização levado a cabo pelo Estado Novo através dos Planos de Fomento⁷⁷ é, na verdade, um aproveitamento do movimento de reconstrução do aparelho produtivo da Europa beligerante levado a cabo pelo Estado Novo. No campo, esse movimento é assim sintetizado por Fernando Baptista:

“(...) e nos anos 50, apesar do aumento populacional, a balança comercial agrícola apresentava, em termos médios, um saldo levemente positivo. Este resultado devia-se largamente aos baixos níveis de consumo, nomeadamente da população rural, mas derivava também do aumento da produção associado ao continuado alargamento da área cultivada anualmente e que atingiu a sua máxima expansão no início dos anos 60. O aumento da área cultivada foi, de resto, estimulado por várias iniciativas de política agrária do Estado Novo, onde se destacam as directrizes traçadas para o trigo, nomeadamente a da campanha do trigo lançada em 1929. A par destas medidas viradas para a produção agrícola desencadeou-se, desde 1938, uma política de florestação de baldios, que também viria a contribuir para o diagnóstico feito na segunda metade da década de 40, por três destacados agrónomos: o tema dos incultos chegava ao fim, pois o cultivo e a florestação do território tinham progredido e já não era possível assentar soluções na utilização do espaço abandonado. Ou seja, todo o espaço passara a ser terra, em grande parte apropriada pela sociedade rural através da sua actividade.

O diagnóstico do fim dos incultos revela, com nitidez, o fim de uma época que vem desde meados do século passado, em que

⁷⁷ I Plano de Fomento (1953-58); II Plano de Fomento (1959-64); Plano intercalar de Fomento (1965-66); III Plano de Fomento (1967-73); e IV Plano de Fomento (1974-79).

se apresentava o aproveitamento dos incultos, em particular no Alentejo, como meio de contribuir para a agricultura resolver o problema alimentar do povo português sem grandes desequilíbrios na balança comercial. Assim, devido também aos baixos níveis de consumo, a agricultura conseguia corresponder ao objectivo principal – a função alimentar – que lhe era atribuído no modelo económico prevalecente até à década de 40 no discurso dos dirigentes do Estado Novo⁷⁸.”

Assim, a florestação dos baldios, terras usadas por muitos camponeses para cultivar o complemento da sua subsistência, representa uma das primeiras ordens de marcha dadas ao exército de trabalhadores rurais em direcção às cidades para engrossarem o exército industrial, já em 1938. Os termos militares são neste contexto os mais precisos para descrever o comportamento migratório da população camponesa na época, ou seja, o êxodo rural. Tanto mais se tivermos em conta a estratificação da classe trabalhadora no processo de produção resultante, primeiro, da sua origem geográfica e, segundo, das competências dessa força para o processo de produção. Naturalmente que este processo teria por consequência uma profunda modificação da distribuição da capacidade de trabalho instalada. Um processo clássico de proletarização (e acumulação primitiva) de final do século XIX e dos anos 50, sobretudo 60 do século XX, que começaram por ser “resolvidos” com recurso à emigração extrema do campo para a cidade e do país para o estrangeiro, mas terminaram, sem mobilidade social e válvulas de escape, em revoluções – a segunda (revolução de abril de 1974) mais radical e extensa que a primeira (revolução republicana de outubro de 1910).

Para visualizarmos essas mudanças, ainda no Estado Novo, retornemos à figura 2.2, onde queremos destacar três períodos assinalados nos diversos gráficos da figura. O período I vai de 1810 até 1940. Esse primeiro período é escolhido para ilustrar as mudanças na composição da força de trabalho nos 50 anos antes da nossa data de referência. No caso da agricultura, é de facto expectável que a população de trabalhadores agrícolas tenha declinado desde o decénio anterior ao início do século e a década de 40. E se os números fossem plenamente compatíveis, esse declínio teria sido de 9,4%. De facto, a forte emigração, sobretudo

⁷⁸ Baptista, op. cit., p. 910.

com destino ao Brasil, no início do século, teria condicionado o crescimento natural dessa parte da população. De certa forma isso estaria espelhado no crescimento quase nulo ou marginal dos demais sectores, com excepção das pescas, que teriam caído em número. No entanto, a pequena proporção da sua população pode ser menor que os erros associados com medidas e mudanças de metodologia dos diversos censos do período I.

O período II vai do censo de 1940 até ao imediatamente anterior à revolução de 1974, ou seja, 1970. Aqui, o rácio entre a população empregue na agricultura e o total da população ativa terá caído de 51,3% para 31,6%, ou seja, uma quebra de quase 20%. Esse número, para além da sua dimensão, está relacionado com outros factos bastante interessantes para a nossa análise. Em primeiro lugar, observamos que houve claros beneficiários dessa diminuição relativa da força de trabalho agrícola. Desde logo, a indústria transformadora. O seu peso relativo terá aumentado de 20,4% para 33,0% da população activa. E esse resultado está de acordo com o esperado. Sabemos que o Estado terá dinamizado uma política de industrialização a partir de meados dos anos 50. Observamos também subidas pronunciadas no sector dos transportes e comunicações que, muito embora numericamente menos importante, é um sector estratégico. Os números são de 3,0% em 1940 e 4,8% em 1970. O emprego no comércio praticamente duplicará passando, entre 1940 e 1970, de 6,8% para 12,3%. A administração pública e a defesa darão um salto apenas na década de 60, quando os respectivos valores saltarão de 3,6% em 1940 para 5,1% em 1970. No entanto, esse valor estará relacionado com o esforço de guerra durante o conflito nas colónias. Portanto, era previsível que o emprego na administração pública se mantivesse mais ou menos estagnado. Finalmente, observamos um pequeno declínio no sector dos serviços, de 12,8% para 11,7%. Também esse comportamento parece razoável tendo em conta a aposta política na indústria.

Um segundo facto decorrente da queda da população agrícola relativamente à população ocupada na indústria é que o centro da vida move-se do campo para a cidade. Desde já, em termos numéricos. Podemos ilustrar essa simples ideia com a figura 2.3, onde podemos ver a evolução da população vivendo em cidades com mais de 10 mil habitantes.

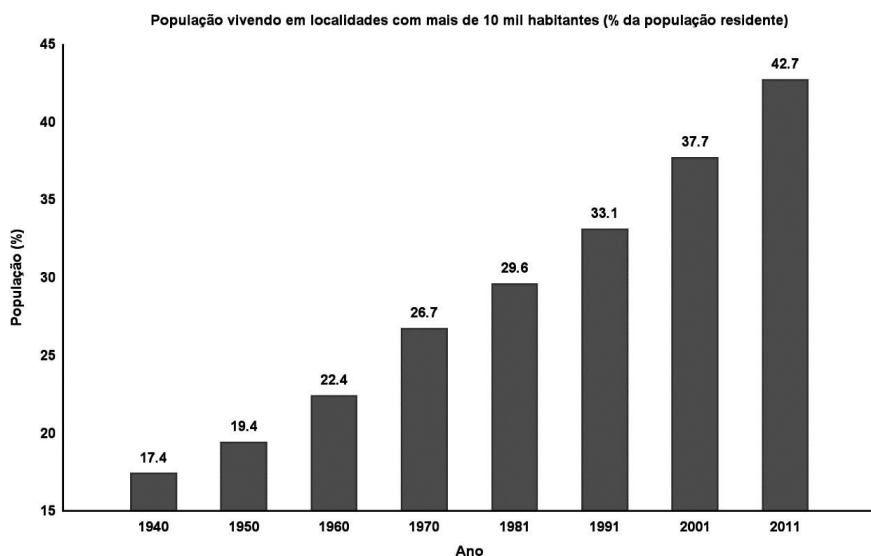


Figura 2.3: Percentagem da população vivendo em localidades com mais de 10 mil habitantes.

Em 1940 eram 17,4% da população, chegando a 26,7% em 1970. De facto, esse número tem vindo sempre a aumentar chegando a 42,7% no censo de 2011. Isso implica que, para além de um movimento na estrutura da força de trabalho, há ainda um movimento físico da própria força de trabalho. A população torna-se mais urbana, com todas as consequências decorrentes dessa constatação, incluindo adequada diminuição do peso da cultura rural. É interessante notar que esse movimento geográfico implicou um forte avanço na construção civil – para construir as cidades, literalmente. O problema da urbanização esteve sempre presente durante o Estado Novo.

As modificações na estrutura e na demografia da força de trabalho são dois traços característicos a partir da segunda metade do século xx, de tal forma que o abandono da agricultura e o movimento para as cidades são traços reconhecidos por muitos como de modernidade. De facto são indicadores preciosos da industrialização e, numa fase mais posterior, do fornecimento de serviços. Um outro aspecto reconhecível dessa modernidade é o das mudanças demográficas por ela ocasionadas. E, no caso de Portugal, estas tiveram, durante esse período do Estado Novo, um duplo sentido, um mais geral e outro mais ligado às formas particulares que o regime adoptou para disciplinar o custo da força de trabalho.

O que referimos por sentido geral pode ser mais bem ilustrado com recurso à figura 2.4.

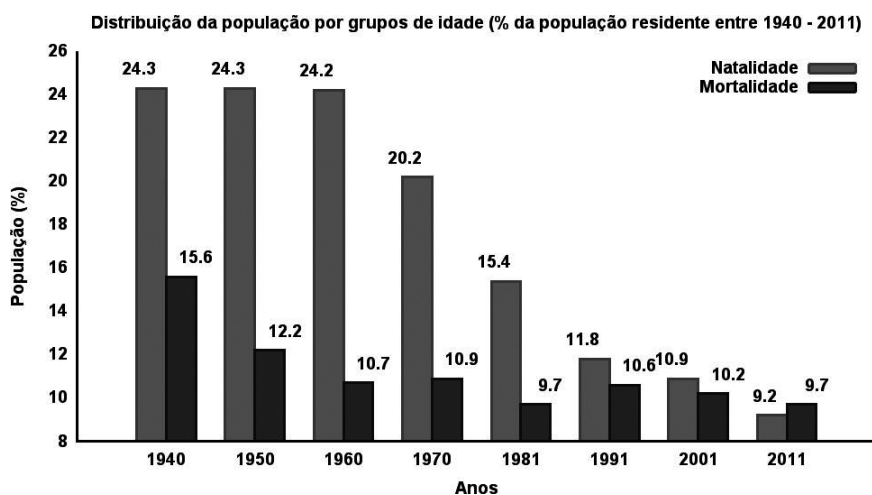


Figura 2.4: Taxas de natalidade e mortalidade

Observamos que a taxa de natalidade⁷⁹ permanece quase constante até ao censo de 1960 em 24,2 para sofrer uma queda que é registada no censo de 1970: 20,2. Desde então, os números têm vindo sempre a declinar. É como se vigorasse uma lei em que numa sociedade agrária um nascimento é mais um braço, enquanto num meio urbano será mais uma boca. Em todo o caso, essa queda é uma tendência absolutamente geral. Também a taxa de mortalidade cairá. Nas três primeiras décadas, mais rápido que a de natalidade, para estabilizar por volta dos anos 70. Entretanto, o saldo natural, ou seja o saldo entre natalidade e mortalidade, é bastante positivo até à década de 70. No entanto, na década de 60 e inícios dos anos 70 o saldo demográfico terá sido negativo devido ao saldo emigratório negativo. O saldo migratório entre 1960 e 1970 foi de 1.306.559 indivíduos e, mesmo contando com o saldo natural positivo de 1.080.419 indivíduos, resulta num saldo total negativo de 226.140 indivíduos⁸⁰. Esse fenómeno resulta da política económica do Estado Novo, com recurso a capitais privados e à custa de um baixíssimo custo de trabalho, imposto pelo Estado.

⁷⁹ Número de nados-vivos que nascem anualmente por cada mil habitantes.

⁸⁰ Portal Pordata, de acordo com os X e XI Recenseamentos Gerais da População.

Finalmente, essas transformações na força de trabalho terão uma componente de transformação etária, com um envelhecimento da população – ou da sua distribuição, para ser mais exacto. Esse movimento é ilustrado através de três grandes grupos (jovens, adultos e idosos) na figura 2.5.

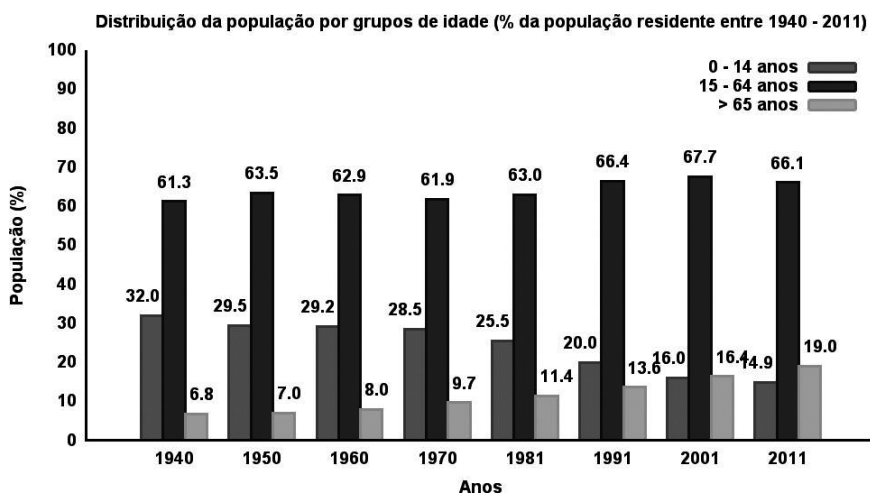


Figura 2.5: Distribuição da população por grupos de idade.

Fonte: Projecto Relações Laborais em Portugal e no Mundo Lusófono 1800-2000.

Continuidades e Rupturas (FCT: PTDC/EPH-HIS/3701/ 2012) www.fcsh.pt/rl

A propósito da distribuição etária da população portuguesa em 1940, segundo a qual 32% da população teria menos de 15 anos, 57,9% estaria entre os 15 e os 60 anos e apenas 9,8% teria mais de 60 anos⁸¹, com a publicação desses resultados era feito o seguinte comentário:

“A distribuição da população por idades não se modificou sensivelmente através dos vários censos. À parte certas oscilações, não se nota qualquer tendência para o envelhecimento demográfico, que seria indicado por um aumento da percentagem relativa ao último grupo de idades considerado. A população portuguesa cabe assim dentro do esquema normal das idades de uma população cheia de vitalidade⁸².”

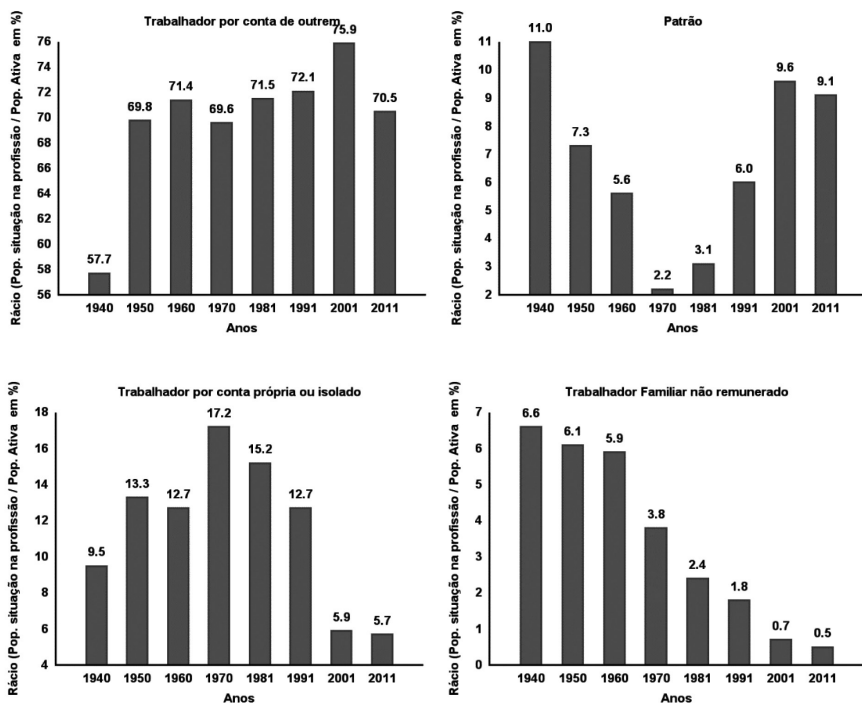
⁸¹ INE (1945). VIII Recenseamento geral da população (1940). Vol. I. Imprensa Nacional de Lisboa, p. xxv.

⁸² sublinhado nosso, *ibid.*, p. xxv

De acordo com esse raciocínio, a completa falta de vitalidade poderia ser ilustrada pelos resultados semelhantes do censo de 2011. Neste censo os números eram de 15% para a população com idade inferior aos 15 anos, 60% para a população entre os 15 e os 60 anos e 25% para a com idade superior a 60 anos⁸³. Naturalmente que estas palavras procuravam criar uma retórica que escondia o baixo padrão de vida da população trabalhadora em geral. E muito em particular porque este baixo padrão de vida seria ainda mais agravado com o racionamento decorrente da Segunda Guerra Mundial. Pondo de lado essas particularidades, é forçoso reconhecer que a população ao longo desses quase 76 anos mudou tremendamente. E a força de trabalho mudou em igual ritmo.

Igualmente notáveis são as mudanças operadas no peso das relações que essa força de trabalho mantém com a propriedade dos meios de produção (ver figura 2.6).

Relação entre a população empregada segundo a situação na profissão e desempregados e a população ativa, 1940-2011



⁸³ INE (2012). XV Recenseamento geral da população e V recenseamento geral da habitação (2011). Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.

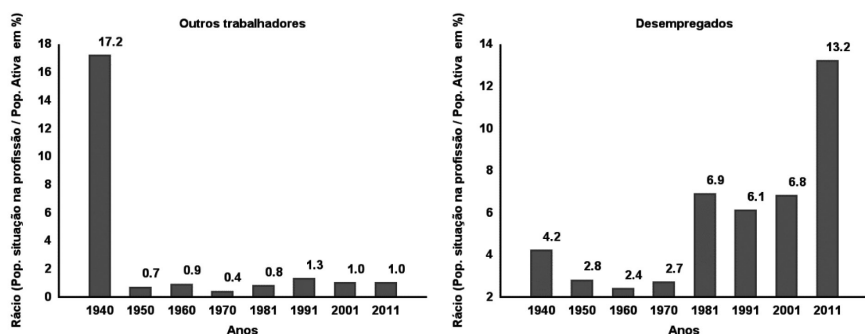


Figura 2.6: Condição perante o trabalho.

Começando pelos trabalhadores por conta de outrem, estes aparentemente seriam 57,7% da população activa em 1940 e teriam crescido para os 59,8% de acordo com o censo de 1950. No entanto, essa interpretação é possivelmente enganadora. O provável é que a população de trabalhadores por conta de outrem, se fosse aplicada a 1940 a definição que consta do censo de 2011, registaria valores substancialmente mais altos. Essa anormalidade seria compensada por uma outra anormalidade observada no penúltimo gráfico (outros trabalhadores) da figura 2.6. O valor de 17,2% em 1940 deve-se certamente em grande medida à deflação dos trabalhadores por conta de outrem, sendo esse o único gráfico completamente desajustado do comportamento nos demais anos. Sendo assim, pode-se dizer que o trabalho assalariado conserva uma posição dominante e confortável por todo esse período, sempre acima dos 70%, com uma dúvida no ano de 1940. O mais impressionante aqui é a evolução do peso dos patrões. Uma vez mais, alertamos para diferenças metodológicas. Em 1940, por exemplo, patrão seria um comerciante ou industrial que empregasse pessoas ou um profissional liberal que empregasse pelo menos 5 trabalhadores. Em 2011, basta ao profissional liberal empregar um trabalhador para ser patrão. Assim, é expectável uma incerteza nos resultados. Aliás, essa interpretação parece razoável se observarmos o comportamento anti-simétrico dos trabalhadores por conta própria. Estes, ora foram considerados trabalhadores por conta própria ora, noutros momentos, patrões. No entanto, parece razoável assumir uma queda no peso dos patrões entre 1940 e 1970, possivelmente resultante da destruição de pequenas empresas, sobretudo agrárias ou ligadas ao mundo rural. No entanto esse resultado não pode ser assumido pelos resultados dos gráficos. O declínio dos trabalhadores

familiares não remunerados, mais ligados ao mundo rural e à economia de troca é um traço coerente com as mudanças observadas na divisão da mão-de-obra. Finalmente, o comportamento dos desempregados é um verdadeiro traço distintivo de todo o período desde 1940. Se considerarmos que, havendo diferenças metodológicas, tais como até ao censo de 1960 os desempregados à procura do primeiro emprego não serem considerados e a partir dos anos 80 só se considerarem desempregados os que efectuem procura activa de emprego, ainda assim o peso do desemprego aumentou de forma destacável. O recurso ao não emprego da força de trabalho tem ganho importância na regulação desta.

De acordo com o nosso esquema, a regulação dos custos da força de trabalho era exercida através de uma política de utilização intensiva da força de trabalho, resultando num quase pleno emprego, sendo o custo regulado por meios bonapartistas, isto é, imposto pelo Estado autocrático por meio da organização corporativista. Essa política ter-se-á reflectido numa escassez frequente de força de trabalho, que emigrava para mercados mais favoráveis. Por outro lado, Portugal é pressionado por uma política de intensificação da industrialização, com grande escassez de mão-de-obra qualificada e uma mão-de-obra desqualificada cujo excesso vinha funcionando mais no sentido de prover o mercado de trabalho europeu exterior a Portugal. Esta situação é agravada nos anos 60 e início dos anos 70 com a guerra colonial. É preciso lembrar que a indústria militar nos tempos de paz e, em particular, nos tempos de guerra, funciona, na sua grande maioria, como uma indústria de bens de luxo. O seu consumo sai da cadeia de produção, diferentemente da produção de alimentos, meios de transporte, de saúde, de lazer, de formação e aprendizagem, etc. Além de que a indústria militar em tempo de guerra resume-se a destruir bens de produção e força de trabalho. A guerra funciona para Portugal como um completo desperdício de meios humanos e capacidade de produção de bens de produção e necessários à força de trabalho. É interessante observar que embora tendo um dos maiores índices de fertilidade da Europa até aos anos 80, a população residente terá diminuído em cerca de 226 mil pessoas entre os censos de 1960⁸⁴ e de 1970⁸⁵. É importante vermos alguns números

⁸⁴ INE (1963). *X Recenseamento geral da população famílias, convivências e população residente e presente, por freguesia, conselhos, distrito e centros urbanos (1960)*. Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.

⁸⁵ INE (1973). *XI Recenseamento geral da população – estimativa à 20% (1970)*. Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.

para termos tanto a dimensão da mudança entre os anos 40 do século passado e 2011 como com que força de trabalho a sociedade conta para fazer as tarefas definidas pelo mercado juntamente com as políticas económicas. Antes, porém, temos de definir um benchmark para as nossas séries.

De acordo com o censo de 1940⁸⁶ a população ativa teria 2.648.980 indivíduos⁸⁷, numa população com idade superior aos 10 anos – trata-se da idade mínima de trabalho – de 6.057.290 indivíduos, ou seja, 43,7% dessa população. E esse é, como veremos, um número muito baixo para os padrões atuais. Outro elemento interessante é que embora o desemprego fosse medido em sentido lato, ou seja, considerando desempregados os que desejam trabalhar, o seu valor é bastante baixo para os padrões atuais, cerca de 4,9% da população ativa⁸⁸. Os domésticos tinham um peso considerável na população maior que 10 anos: cerca de 42,3%. Impressionante é também o peso do trabalho agrícola que consome 1.419.134 indivíduos, ou seja, quase 53,6% da população ativa, sendo que aí 84% são homens.

Se a força de trabalho se encontrava num estágio de exploração muito atrasado, estando maioritariamente alocada à agricultura, o seu grau de formação não era, por certo, diferente no atraso. No sector agrícola, quase 59% dos trabalhadores não sabiam ler. Na população maior de 10 anos, 50,4% da população não sabia ler. Ainda nessa faixa etária, a população seria de 5.845.609 indivíduos, dos quais 42,9% viveriam do trabalho. Por outro lado, 21,6% não saberiam ler, enquanto 21,3% saberiam. Entre os que viviam da assistência, o número seria maior entre os letrados, 0,3% contra 0,2%, enquanto os valores para os que viviam de esmolas se invertiam, sendo 0,2% para os letrados e 0,6% para os não letrados.

Finalmente, os cuidados de saúde para toda a população seriam garantidos, na melhor das hipóteses, por 4026 médicos⁸⁹. A estes somam-se 102 dentistas e, somando mais 208 médicos veterinários, fica completo o quadro da saúde das profissões classificadas como “profissões de carácter

⁸⁶ Idem, VIII Recenseamento geral da população (1940).

⁸⁷ O número apontado para população ativa pelo referido censo é de 5.209.720. Acontece que nessa altura a população de doméstica (2.560.740 indivíduos) era referida como população ativa. Embora sendo simpático a essa agregação, as metodologias actuais põem essa classe da população nos inativos. Essa metodologia privilegia a produção para o mercado em detrimento da auto produção.

⁸⁸ A população desempregada seria de 129.621 indivíduos.

⁸⁹ A título de exemplo, a população em 2011 seria 1,4 vezes maior que a população de 1940 mas haveria 9,1 vezes mais médicos a exercer em 2011 que em 1940.

predominantemente intelectual”. Aqui incluem-se toda a espécie de profissionais com formação superior. Um pouco mais abaixo na hierarquia das profissões, ainda de acordo com o Censo de 1940, encontram-se os farmacêuticos, em número de 1237, as parteiras, em número de 318, nas “profissões de carácter subalterno, incluindo as relativas à condução de serviço”. Em último lugar, classificados em “outras profissões”, vêm os enfermeiros, em número de 3304.

Sendo interessante notar que quanto à sua instrução, 3277 sabiam ler de certeza. As diferenças com o que hoje reconhecemos como serviços de saúde não se ficam pelos números. Basicamente o médico era um profissional liberal que atendia nas casas das pessoas com posses, nos seus gabinetes para os remediados, e nos postos das caixas de previdência e hospitais, em geral pertencentes às Misericórdias, os trabalhadores, os miseráveis e indigentes⁹⁰.

1.4. Organização da Saúde no Estado Novo

1.4.1. Clínica livre

Um médico que exercesse a sua profissão no dia 24 de Abril de 1974, no dia seguinte teria concluído que o velho mundo da medicina livre, enquanto ordenador da prestação de cuidados de saúde, havia acabado. Essa afirmação revela uma percepção que pode parecer uma expressão de fé num ideário que só se revelaria algum tempo depois. No entanto, ela justifica-se tendo em consideração tanto a organização dos cuidados de saúde como a sua capacidade de resposta. E, por outro lado, as movimentações levadas a cabo pelos médicos nesse mesmo período e que criavam um quadro com uma dinâmica muito precisa. Os cuidados de saúde no Estado Novo estavam fundados em três pilares: a clínica livre, a previdência e o assistencialismo. Os dois primeiros eram uma herança directa das formas de organização da Idade Média e o último, uma herança do capitalismo dos finais do século XIX.

O médico no Estado Novo era, antes de mais nada, um profissional liberal. Um herdeiro dos artesãos da Idade Média, cuja profissão não fora engolida pela divisão de trabalho típica das linhas de montagem da

⁹⁰ Com a certificação das juntas de freguesia.

indústria. Esta devia ser aqui, como na Idade Média, a principal fonte de rendimento do médico. Os cuidados de saúde deviam ser prestados aos doentes, tendo o médico liberdade de cobrar os seus honorários de acordo com as posses do doente e tendo o doente a liberdade de escolher o seu médico de acordo com o tratamento, ou uma outra razão qualquer. Num mundo dominado pela carência, seja para muitos, seja para poucos, esse poder de escolha pode ser facilmente contabilizado pois está bastante relacionado com o poder aquisitivo do paciente. De facto, a figura 2.7 é aparentemente ilustrativa dessa identidade entre o médico e o profissional liberal.

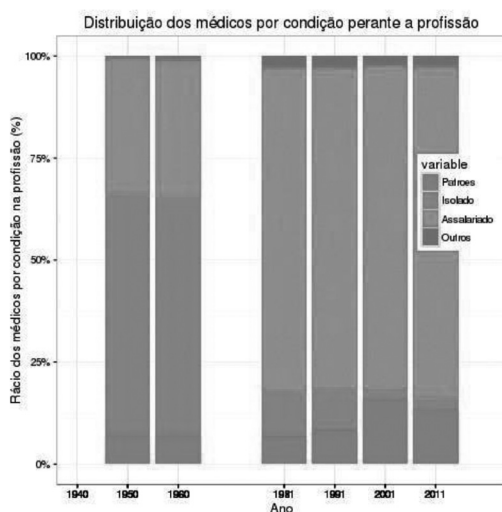


Figura 2.7: Condição do médico perante a profissão.

E, de facto, é isso que se depreende se considerarmos que em 1950 e 1960 o número de trabalhadores isolados, ou seja, sem trabalhadores a seu encargo, teria sido 59,5% e 58,7%, respetivamente. De acordo com o censo de 2011, esse valor, mas agora sob o nome de trabalhadores por conta própria, seria de 3,3%, ou seja, um mínimo histórico. Na contramão desse movimento observamos o trabalho por conta de outrem. Enquanto nos anos de 40 e 50, no Estado Novo, esses trabalhadores representariam apenas 32,9% e 33,7%, respetivamente, o seu número cresceu continuamente até chegarmos a 2011 com 81,1%. Dir-se-ia, portanto, à primeira vista, que houve uma proletarização de profissionais liberais. E em certa medida isso deve ser verdade. O problema é em que medida o médico

contabilizado no Estado Novo como isolado era, de facto, também trabalhador dos SMS – Serviços Médico-Sociais⁹¹. Fosse como fosse, o rendimento da grande maioria desses trabalhadores era insuficiente. Sendo certo que havia médicos isolados que eram verdadeiros profissionais liberais, no sentido que viviam da sua prática clínica, podendo ou não, de acordo com a sua consciência ou necessidade de formação, praticar medicina organizada ou assistencial. Isso é sobretudo verdade entre os médicos especialistas nos hospitais centrais. Mas também pode ser verdade em muitas outras circunstâncias. Não menos certa é a existência de um número bastante significativo de médicos, geralmente jovens e trabalhando como clínicos gerais, ou seja, sem especialização. Deve-se, portanto, ler a figura 2.7 com algum cuidado. Para além de um problema social, o trabalho precário é também um problema estatístico, uma fonte de erros sistemáticos, ao agregar trabalhadores por conta de outrem com trabalhadores por conta própria, como o fazem os falsos recibos verdes. No início dos anos 60, cerca de um quarto dos médicos em exercício em Portugal prestava serviços para os SMS das Caixas de Previdência. É preciso alertar ainda que os números reportados na figura 2.7 permitem diferentes interpretações consoante o ano, que decorrem da agregação diferente dos dados feita pelo INE em diferentes censos. Assim, os valores reportados para os anos de 1981 a 2001 incluem alguns profissionais identificados como técnicos superiores de saúde. No entanto, o pequeno número desses profissionais não influirá na ilustração da ideia. Por outro lado, os anos de 1950, 1960 e 2011 reportam-se apenas aos médicos. O leitor notará a falta dos resultados para o censo de 1970. Acontece que esse censo, que havia sido planeado para introduzir várias alterações no sentido de ampliar as informações, acabou por se saldar num enorme fracasso, sendo que apenas foram publicados os resultados para uma amostra de 20% da população para além de que, aparentemente, agregaria a maior parte dos profissionais agora identificados como pertencentes às carreiras especiais de saúde. Convém, por último, notar que o exercício da medicina em regime liberal ou livre era regulado pela Ordem dos Médicos, criada pelo Decreto-lei n.º 29 171, de 24 de Novembro

⁹¹ “Em vista das más condições de trabalho a que sujeitam os médicos, pelo excesso de doentes, pela falta de tempo para os observar, pela falta de estímulo profissional, as ‘Caixas’ tornaram-se um magro apêndice da clínica e a retribuição mensal um módico suplemento dos honorários. Ser ‘médico das Caixas’ é ter um ‘emprego’ à margem da vida clínica, aceite a maior parte das vezes por absoluta necessidade, quase sempre sem amor à actividade profissional”. Abreu et al., op. cit., p. 27.

de 1938⁹², que condicionava o exercício da medicina à inscrição nessa ordem. Esta, por sua vez, impunha um código deontológico aos seus membros. Ainda em 1942 é publicado o Decreto-lei n.º 32 171, de 29 de Julho⁹³, que ficou conhecido como a Lei do Exercício da Medicina⁹⁴ que prevenia e punia o exercício ilegal da profissão.

1.4.2. Caixas de Previdência

Esse tipo de prestação de cuidados de saúde introduz uma novidade na tradicional relação médico/paciente, através de uma terceira parte, os próprios SMS, que aparecem com intermediários entre o médico e o paciente. Doravante, serão os SMS a escolher o médico para o paciente e também serão os SMS a pagar o médico pela sua prestação⁹⁵. Essa é, aliás, a função de um seguro de saúde: disciplinar a procura e a oferta dos serviços de saúde. Naturalmente que, de acordo com a natureza desse seguro, essa disciplinação pode resultar numa remuneração aos que o exploram.

No Estado Novo, o seguro de saúde do trabalhador era parte do pacote de seguros proporcionado pela previdência social. Esse seguro tem por objectivo, por um lado, proteger os trabalhadores contra os riscos de doença, invalidez, velhice e morte. É também, como veremos, um dissuasor administrativo da doença. As bases desse sistema são primeiramente definidas no Estatuto do Trabalho Nacional⁹⁶, na alínea b) do título III, “a previdência social na organização corporativa”. Em particular, no seu artigo 48.º vemos que

“A organização do trabalho abrange, em realização progressiva, como as circunstâncias o forem permitindo, as caixas ou instituições de previdência tendentes a defender o trabalhador na doença, na invalidez e no desemprego involuntário, e também a garantir-lhe pensões de reforma.

(...)

⁹² Constitui, com a denominação de Ordem dos Médicos, o Sindicato Nacional dos Médicos.

⁹³ Introdz disposições atinentes a regular a actividade da profissão médica e estabelece as medidas necessárias para a repressão do exercício ilegal da medicina.

⁹⁴ Rui Manuel Pinto Costa (2007). “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”. Em: *Revista da Faculdade de Letras*. III 8, pp. 355-381.

⁹⁵ Daí o nome de medicina organizada.

⁹⁶ Artigos 48.º e 49.º do Decreto-lei n.º 23 048, de 23 de Setembro de 1933.

1.º Os patrões e os trabalhadores devem concorrer para a formação dos fundos necessários a estes organismos, nos termos que o Estado estabelecer expressamente, ou sancionar quando da iniciativa dos interessados.

2.º A administração das caixas e fundos alimentados por contribuição comum pertence de direito a representantes de ambas as partes contribuintes.”⁹⁷

Já em 1935, a Lei n.º 1884, de 16 de Março, especificava as instituições que ficam reconhecidas como sendo de previdência social. Aqui, os grémios⁹⁸, os sindicatos e as federações são incumbidos de criar as Caixas Sindicais de Previdência, que “(...) destinam-se a proteger o trabalhador contra os riscos da doença, da invalidez e do desemprego involuntário, e bem assim a garantir-lhe pensões de reforma⁹⁹”. As Caixas Sindicais de Previdência são as unidades básicas de prestação de auxílio e benefícios. Esse sistema será regulado através do Subsecretariado das Corporações e Previdência Social do Ministério das Corporações e Previdência Social.

A moldura final da protecção contra a doença, que chegará aos anos 50, é estabelecida pelos decretos n.º 25 935, de 12 de Outubro de 1935, e n.º 28 321, de 27 de Dezembro de 1937. De acordo com estes decretos, o seguro contra o risco de doença abrange assistência médica e subsídio por incapacidade para o trabalho. No que diz respeito à assistência médica, os referidos decretos previam que “Aos beneficiários, no gozo dos seus direitos e quando doentes, será prestada assistência do médico ou médicos da caixa (...)” (Preâmbulo, Decreto n.º 37 762, de 24 de Fevereiro de 1950). O sistema fixava um prazo de um ano para o beneficiário ter direito ao subsídio e, por outro lado, omitia estabelecer qualquer prazo para o direito a assistência médica e medicamentosa. Em princípio, seria através dos serviços das caixas que tanto o beneficiário como a sua família teriam acesso aos serviços de saúde.

O sistema sofrerá, ao longo da sua vida, várias reformas. Uma significativa, e que cronologicamente terá sido a sua primeira, ocorrerá nos finais dos anos 40 e início dos 50 e é bastante ilustrativa da maneira como a política económica atacava o custo do trabalho por via do seu salário, neste caso indirecto. O Decreto-lei n.º 35 611, de 25 de Abril

⁹⁷ Decreto-lei n.º 23 048, de 23 de Setembro de 1933.

⁹⁸ Organizações corporativas patronais.

⁹⁹ Artigo 4.º da Lei n.º 1884, de 16 de Março de 1935.

de 1946¹⁰⁰, tem um papel especial na medida em que prevê a criação da Federação de Caixas Sindicais de Previdência, sendo que a iniciativa de formação de federações poderia caber ao Instituto Nacional do Trabalho e Previdência. Nascida do intuito de contribuir para a resolução do problema da habitação num momento em que o êxodo rural se fazia sentir, a ideia por detrás do uso da previdência social como forma de financiar as casas populares respondia a problemas que já há algum tempo afectavam uma parcela do seguro privado ou mutualista. Por um lado, as reservas desse seguro somavam 500 mil contos em 1945 e, por outro lado, o Governo havia-se obrigado a criar uma reserva matemática em nome da sustentabilidade da previdência. Previa-se que essa reserva chegasse aos 2 milhões de contos (era de 200 mil contos em 1945) em poucos anos, tendo de ser, segundo o critério de sustentabilidade do Governo, remunerada a 4% ao ano. No entanto, esse fundo seria reforçado com nova contribuição de um terço dos trabalhadores da indústria e do comércio, que não eram beneficiários à altura. O Governo, porém, admitia a incapacidade de os seus títulos remunerarem ambas as massas de capitais a essa taxa. Assim, o artifício criado encontra-se nos artigos 2.º, 3.º e 4.º do DL n.º 35 611. Estes simultaneamente garantem que as instituições de previdência beneficiariam da comparticipação do Estado (através do fundo de desemprego) no financiamento das habitações económicas; as instituições podiam fazer, no todo ou em parte, seguros de vida e invalidez para garantir o pagamento da renda. E, finalmente, as prestações deveriam sempre garantir os capitais investidos ao juro de 4%. É devido à necessidade de agrupar todo esse capital disperso nas Caixas Sindicais de Previdência que é criada e legislada a figura da Federação de Caixas Sindicais de Previdência nos artigos 11.º a 15.º do mesmo diploma. É esse capital agregado em federações que passará a prover tanto os cuidados médicos como os demais benefícios das respetivas “Caixas”.

O Decreto n.º 37 762, de 24 de Fevereiro de 1950¹⁰¹, introduz alguns recuos na prática da previdência de até então. Esse decreto passa a limitar a um ano o tempo de descontos para se ter direito a

¹⁰⁰ Introduce disposições relativas à cooperação das instituições de previdência na resolução do problema da habitação.

¹⁰¹ Regula a concessão de subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosa aos beneficiários das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou de previdência. Revoga várias disposições dos Decretos n.º 25 935 e 28 321.

assistência clínica. Quando da criação do sistema de previdência, o legislador acreditava que o trabalhador só iria ao médico para ter acesso a um atestado e, na posse deste, poder pedir o subsídio de doença. Como este estava limitado aos trabalhadores com o mínimo de um ano de descontos, seriam apenas esses trabalhadores a recorrer ao médico. Não só porque os trabalhadores ficavam doentes antes desse período de carência mas também porque se operava na época uma mudança na medicina, onde o médico deixava de ser apenas o fiscal que passava a guia de recolha para, pela sua acção, curar o paciente¹⁰². E porque começa a dispor de mais instrumentos auxiliares de diagnóstico como também de terapêutica. O Decreto n.º 37 762 vem precisamente limitar o benefício de assistência médica e medicamentosa ao mesmo período de um ano.

Esse sistema também vai à boleia das mudanças na recomendação n.º 29 da Organização Internacional do Trabalho sobre o número de dias a partir do qual o trabalhador doente tem direito ao subsídio. Até à Conferência de Filadélfia de 1944, a recomendação n.º 29 recomendava três dias. A recomendação n.º 67 fala apenas de alguns dias. O Decreto n.º 37 762 elevará o número de dias de 3 para 6, com a seguinte argumentação:

“Conveniência de não favorecer um excessivo sentimento de segurança que aliviasse os beneficiários de toda a responsabilidade económica, sendo certo que a função própria do subsídio é a de compensar o trabalhador pela perda do salário quando a doença se prolongue para além daquele mínimo de tempo durante o qual se presume que a economia familiar possa suportar o prejuízo.”¹⁰³

Esse subsídio podia ir até um máximo de nove meses por ano, devendo sofrer uma carência de mais um ano antes de se poder recorrer a novo subsídio.

Um último aspecto interessante desse diploma é a preocupação com dosear os benefícios de acordo com as necessidades de mão de obra. Em princípio, os serviços de medicina geral prestados ao

¹⁰² “A assistência médica funcionava então num plano marcadamente secundário: era meramente subsidiária a função reparadora do seguro. E assim se compreende que essa quase irrelevância de objectivos consignados à assistência médica não pusesse ao legislador a necessidade de uma regulamentação mais severa e rigorosa” (Decreto n.º 37 762, de 24 de Fevereiro de 1950).

¹⁰³ Preâmbulo do Decreto n.º 37 762, de 24 de Fevereiro de 1950.

trabalhador compreendiam as consultas, as visitas domiciliares, as intervenções de pequena cirurgia, os partos e os tratamentos. O artigo 8.º previa que

“Em zonas de reconhecida importância industrial e comercial, e à medida que as circunstâncias o forem permitindo, a assistência médica abrangerá, além da clínica médica, outros serviços especializados considerados convenientes, designadamente a estomatologia, a ginecologia e obstetrícia, a pediatria e a enfermagem, de harmonia com a orientação aprovada pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência”.¹⁰⁴

Os serviços de grande cirurgia e internamento seriam doravante assegurados pelos estabelecimentos hospitalares públicos ou privados. Esse serviço de assistência pública seria remunerado pelas caixas.

Formalmente, podemos apresentar os SMS como um seguro que dá cobertura aos trabalhadores por conta de outrem, com contrato de trabalho e descontos. Seria mais um seguro mínimo facultado através de uma rede de postos de saúde especialmente composta por jovens médicos clínicos gerais e, eventualmente, alguns especialistas. Portanto, em teoria, esse seguro deveria cobrir cerca de 70% da força de trabalho representada pela população activa, de acordo com a figura 2.6 na página 57. De 1950 a 1991, o número de trabalhadores por conta de outrem oscilou sempre em torno dos 71%. Atinge o seu pico em 2001 com 75,9% e cai para mínimos em linha com os valores de 1970, neste caso, 70,5%, em 2011. Não se pode concluir muito de 1940, porque parece ter havido uma quebra de série, sendo que parte dos trabalhadores por conta de outrem aparecem como “outros trabalhadores”, registando um valor completamente dissonante com os anos subsequentes. Assim, a rubrica “outros trabalhadores”, que registava 17,2% em 1940, caía para cerca de 1% nos demais censos. Se agora assumíssemos que os patrões seriam pacientes de excelência da clínica livre, seria notório que o seu número teria declinado até 1970, voltando a aumentar nos anos subsequentes. Esse comportamento poderá estar ligado ao boom da pequena e média empresa nesse período. Por outro lado, os trabalhadores familiares devem ser “clientes habituais” da assistência social. Estamos a considerar o grosso desse contingente composto por camponeses em regime de produção

¹⁰⁴ N.º 2 do artigo 8.º do Decreto n.º 37 762, de 24 de Fevereiro de 1950.

para auto-sustento. O mesmo deve acontecer com os desempregados, que em parte recorreram aos SMS e, em parte, à assistência social. Um problema mais complicado pela sua magnitude são os trabalhadores por conta própria. Entre um legítimo profissional liberal e um falso isolado há pacientes para a clínica livre e para a assistência. Finalmente, de acordo com a abundância relativa da mão de obra ou com as conveniências políticas ou empresariais, o seu custo pode tornar-se mais alto que o dos demais trabalhadores. Para conservar quadros qualificados e manter um quadro de mão de obra estável, algumas empresas compensavam esse valor por via de salários em género que incluíam, por vezes, seguros de saúde próprios e mesmo a provisão desse serviço. No primeiro caso, podemos dar como exemplo a ADSE. No segundo caso temos o seguro médico da banca.

1.4.3. Assistência pública

O terceiro pilar dos cuidados de saúde do Estado Novo seria o sistema de assistência pública, destinado a uma faixa da população, aquela parcela da população que fosse comprovadamente pobre, “os menos protegidos da fortuna”¹⁰⁵, devidamente atestados pelas juntas de freguesia, e que não estivessem cobertos pelos SMS. As linhas gerais daquele que seria o serviço assistencial de prestação de saúde haviam já sido esboçadas em 1935¹⁰⁶, mas a primeira orientação para a organização dos serviços de assistência ocorrerá dois anos depois, com o Decreto-lei n.º 27 610, de 1 de Abril de 1937, que incumbia a Direcção Geral de Assistência, então um departamento do Ministério do Interior, de colher e organizar todos os elementos necessários ao estudo de uma reforma dos serviços de assistência. O preâmbulo dessa lei deixava claro um princípio que acompanharia a retórica da assistência do Estado Novo até ao seu fim: a assistência organizada por privados, tendo a acção do Estado um carácter supletório. Assim declarava que:

“Contrariamente ao que a alguns se afiguraria, a organização corporativa do Estado e alguns princípios essenciais deste levarão logicamente a buscar a solução do problema da assistência mais no

¹⁰⁵ Preâmbulo do Decreto-lei n.º 27 610, de 1 de Abril de 1937.

¹⁰⁶ Decreto-lei n.º 25 936, de 12 de Outubro de 1935, que estabelece as bases de uma organização nacional denominada Lar Português, que se destina a difundir os princípios e a preparar os meios e providências práticas, em ordem à defesa da família.

desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação de organismos públicos, burocratizados, estatizados, ou seja mecânicos e inertes. Certamente, e não se sabe ainda por que período, a assistência pública – paga, dirigida e administrada pelo Estado – terá de continuar, mas nada exige que desde já se vá além de conferir-lhe uma função supletiva e de coordenação e orientação superiores, no sentido de que ao Estado incumba na assistência, sobretudo, uma função de justiça e aos particulares a função essencial de misericórdia.”¹⁰⁷

Esta passagem contém a essência da orgânica do sistema de assistência pública, formulada na sua forma mais radical, quatro anos volvidos sobre a Constituição de 1933. No entanto, fruto da miséria de uma população maioritariamente camponesa, e mesmo entre a ainda minoritária população urbana, o problema da saúde pública tinha toda a centralidade, ainda que dentro da escassez de recursos destinados à saúde em geral. Este problema ganha mais importância com as migrações já referidas após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo à medida que a população se ia fixando nos grandes aglomerados urbanos que entretanto se foram criando. Desde modo, e apesar da sua retórica em defesa do privado, o Estado não poderá abandonar os cuidados de saúde pública aos privados¹⁰⁸. E ainda que esse sistema venha a sofrer profundas e variadas reformas, essa doutrina vigorará durante todo o Estado Novo. As referidas reformas motivaram António Correia de Campos a dividir a história da assistência social no Estado Novo em três períodos: a caridade corporativa, de 1937 a 1944¹⁰⁹; a reorganização da assistência social, de 1945 a 1971¹¹⁰; e a fase sanitária que coincide com uma reforma que o sistema sofrerá em 1971¹¹¹. Sendo válido e notório que essa divisão coincide com as grandes reformas da assistência social durante este período, por um

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ “Não é a natureza destes serviços que os obriga a função pública, mas a sua generalidade e magnitude, a que não poderiam bastar simples instituições particulares; mas sempre a valorização destas será condição de avanço social, porque só através delas podem desenvolver-se e actuar os valores do espírito e do coração, verdadeira riqueza humana e factor insubstituível de toda a assistência perfeita” (Preâmbulo do Decreto-lei n.º 27 610, de 1 de Abril de 1937).

¹⁰⁹ Campos, op. cit., p. 26.

¹¹⁰ Ibid., p.32.

¹¹¹ Ibid., p. 42.

lado, manterá em plenitude as características centrais aqui apontadas; por outro lado, as consequências para os serviços de assistência decorrentes dessas reformas responderão mais às necessidades de administração da mão-de-obra pelo Estado Novo do que a uma estratégia de construção de um serviço de assistência voltado para cumprir as necessidades sentidas pela população, como teremos oportunidade de discutir.

É interessante notar que a Direcção Geral de Assistência passara do extinto Ministério do Trabalho, em 1925, para o Ministério do Interior na década seguinte. Como parte dessa reorganização da assistência social é criado o subsecretário de Estado da Assistência Social, no Ministério do Interior, através do Decreto-lei n.º 30 692, de 27 de Agosto de 1940. Esse aspecto puramente organizacional ilustra bem a importância que o Estado dispensava à saúde, na medida em que relacionava essa função social do Estado com um organismo como o Ministério do Interior, responsável pelas funções de soberania e, finalmente, dispensava a essa função específica uma subsecretaria. Entretanto, devido às críticas da campanha eleitoral de 1958 ao estado sanitário do País¹¹², é extinto o cargo de subsecretário de Estado da Assistência Social e criado o Ministério da Saúde e Assistência¹¹³. Este ficaria responsável pelos serviços de saúde pública e pelos serviços de assistência pública. Ainda de acordo com este autor, esse novo ministério nasce como o parente pobre do Governo, a tal ponto que o seu gabinete teve de ser cedido de empréstimo pelo Ministério do Interior.

Como consequência directa dos estudos iniciados para reformar os serviços de assistência social, estabelecidos anteriormente, é aprovado o Decreto-lei n.º 31 666, de 22 de Novembro de 1942¹¹⁴. Podemos ver aqui que um primeiro problema que era necessário solucionar com essa reforma seria a dispersão dos serviços de assistência social por mais de uma direcção-geral, organismos do Ministério do Interior, assim como pelas autarquias locais. Para além da dispersão, uma vez que já fora estabelecido o princípio da assistência privada, essa reorganização dos serviços de assistência social resumia-se, grosso modo, a agrupar a coordenação por parte da secretaria-geral responsável e

¹¹² Ibid.

¹¹³ Decreto-lei n.º 41 825, de 13 de Agosto de 1958.

¹¹⁴ Introdz várias disposições atinentes a remodelar os serviços de assistência social.

garantir que a sua execução fosse privada¹¹⁵. O seu artigo terceiro reafirma o princípio da assistência privada como forma privilegiada do assistencialismo¹¹⁶. Assim, são desoficializados os Hospitais Cíveis de Lisboa (Hospitais de São José, da Estefânia, de Santa Marta, Curry Cabral e de Santo António dos Capuchos) e os Hospitais da Universidade de Coimbra, que à altura eram os únicos grandes hospitais públicos do País¹¹⁷. Em nome de racionalizar a assistência, reconhecem-se no mesmo preâmbulo as áreas onde essa assistência deveria centrar a sua acção:

“a) Assistência à vida no nascimento e primeira infância (consultas pré-natais, maternidade, lactários, parques e dispensários infantis);

b) Assistência à vida na formação e preparação física, intelectual e moral (preventórios, colónias de férias, orfanatos e patronatos);

c) Defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração);

d) Assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues).”

Toda essa preocupação era justificada pelos resultados em termos de salubridade que punham Portugal, pelos piores razões, na vanguarda dos problemas de mortalidade infantil e materna, nos casos de tuberculose, sezonismo, cancro, doenças infecciosas, doenças e anomalias mentais, de nutrição e adquiridas no trabalho, etc. Esse grande papel dado à assistência privada – que, para o caso, coincide com uma doutrina mais caritativa, o que justifica a nomenclatura de Correia de Campos –, atingirá mesmo as relações laborais na saúde. De facto, e já de acordo com o Código Administrativo, os empregados das pessoas colectivas

¹¹⁵ “Pelo que já acima ficou dito sobre a inconveniência doutrinal da conversão da assistência em serviço do Estado, as dotações inscritas nos orçamentos do Estado ou das autarquias devem ter como destino normal não só a sustentação de instituições indispensáveis que a assistência privada só por si não possa satisfazer e, sobretudo, cooperar com actividades de iniciativa particular no alargamento ou melhoria da assistência que estiverem prestando ou na criação de novas modalidades reconhecidas como necessárias.”

¹¹⁶ “Será promovida a conversão das instituições ou estabelecimentos de assistência, oficial ou oficializados, em particulares (...).”

¹¹⁷ Campos, op. cit., p. 26.

de utilidade pública administrativa serão contratados ou assalariados e não funcionários administrativos¹¹⁸.

As bases reguladoras da assistência social são aprovadas no ano de 1944, com o Estatuto da Assistência Social¹¹⁹. Esse diploma vem sintetizar todo o movimento assistencial exposto anteriormente. Assim a base III deste estatuto prevê que:

“Com excepção dos serviços de sanidade geral, e outros cuja complexidade ou superior interesse público aconselhem a manter em regime oficial, a função do Estado e das autarquias na prestação da assistência é, normalmente, supletiva das iniciativas particulares, que àquele incumbe orientar, tutelar e favorecer.

Na falta ou insuficiência de iniciativas particulares, devem o Estado e as autarquias suscitar ou ainda promover e sustentar, dentro das possibilidades económicas, as obras de assistência que as necessidades reclamarem, devendo porém as mesmas ser desoficializadas, logo que isso se torne possível, sem prejuízo da assistência a prestar.”

No que diz respeito à prestação dos cuidados de saúde da assistência social, definia-se que “as actividades preventivas ou recuperadoras terão preferência sobre as meramente curativas”¹²⁰ e esboçava-se a necessidade da coordenação entre a assistência social e a previdência. A centralidade do Estado nos serviços de sanidade busca responder aos problemas imediatos que enfrenta a população, sendo a sua acção, de acordo com a base VIII:

“A assistência social exercerá especial acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o sezonismo, o cancro, as doenças infecciosas, as doenças e anomalias mentais, as de nutrição e as adquiridas no trabalho, e bem assim contra outros males sociais ou vícios generalizados.”¹²¹

Os cuidados médico-assistenciais estavam destinados às modalidades de assistência, que incluíam a assistência na maternidade e na primeira infância através de consultas pré e pós natais, e a “assistência à vida ameaçada ou diminuída” com as seguintes modalidades:

¹¹⁸ Preâmbulo do Decreto-lei n.º 31 666.

¹¹⁹ Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944, que estabelece as bases reguladoras dos serviços de assistência social.

¹²⁰ Ibid. Base VI.

¹²¹ Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944, Base VIII.

- “a) Institutos superiores de investigação, aperfeiçoamento e apetrechamento sanitário;
b) Hospitais gerais ou especializados e sanatórios;
c) Centros de profilaxia e assistência social, com dispensários gerais ou especializados e enfermarias anexas;
d) Postos de consulta e socorro;
e) Clínicas psiquiátricas e colónias agrícolas para loucos;
f) Casas ou institutos de prevenção ou de regeneração;
g) Recolhimentos, asilos ou albergues;
h) Hospícios de convalescentes ou incuráveis.”¹²²

De uma forma mais completa, esse estatuto “reconhece o regime especial das misericórdias e das associações eclesiásticas da Igreja Católica”¹²³, bem como o seu papel central (das Misericórdias) nas realizações na assistência à vida no nascimento e primeira infância e na assistência à vida ameaçada ou diminuída (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração).¹²⁴

Um outro aspecto muito importante da organização dos cuidados de saúde era a responsabilidade pelos encargos dos mesmos. Nesse ponto, o estatuto previa a seguinte ordem de responsabilidades:¹²⁵

- “a) Os próprios assistidos, seus ascendentes ou descendentes e os demais parentes com obrigação legal de alimentos;
b) Os responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos;
c) Os organismos corporativos ou as instituições de seguros;
d) Os fundos ou receitas próprias das instituições;
e) As câmaras municipais, em relação aos assistidos com domicílio de socorro no respectivo conselho;
f) O Estado, pelas dotações destinadas à assistência, e outras entidades oficiais, pelas receitas ou donativos eventualmente recolhidos com esse destino.”

Esta ordem revela o carácter privado dos cuidados de saúde. Mas daqui não devemos depreender que a participação do Estado no financiamento dos cuidados de saúde fosse marginal. O estatuto previa o estabelecimento por parte do Estado de tabelas com as diárias e os

¹²² Ibid. Base XIV.

¹²³ Ibid. Base V.

¹²⁴ Ibid. Base XVII.

¹²⁵ Ibid. Base XXI.

honorários clínicos e cirúrgicos dos estabelecimentos de assistência, sendo que as tabelas dos pensionistas deviam ser estabelecidas de modo a não criar concorrência com os estabelecimentos com fins lucrativos. Em relação aos médicos, era vedada a cobrança de qualquer percentagem das receitas das instituições de assistência pública por serviço de assistência prestado. Este poderia fazê-lo no caso de receitas provenientes de pensionistas.¹²⁶

Numa versão mais elaborada, a orgânica dos serviços de assistência social é estabelecida pelo Decreto-lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945,¹²⁷ dando cumprimento ao Estatuto da Assistência Social. Ao longo das suas 24 páginas no Diário do Governo, seis das quais de preâmbulo, e dos seus 190 artigos, cria uma organização que tenta simultaneamente dar um corpo coerente a um sistema repartido por inúmeros organismos e, simultaneamente, fá-lo sob o signo da racionalidade dos recursos. Um aspecto interessante desse decreto-lei é o seu preâmbulo. Muito embora a lei não corte com a política assistencial do Estado Novo, o seu preâmbulo justifica as suas opções numa análise que vai muito para além da retórica corporativa. Desde já, a sua justificação:

“Na elaboração deste diploma teve-se em conta que a assistência social não deve limitar a sua acção a minorar ou a curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria (assistência paliativa e curativa), pois lhe cumpre combater, na medida do possível, as suas próprias causas, através da luta contra os flagelos sociais (assistência preventiva) e da melhoria das condições de vida da população (assistência construtiva).”¹²⁸

“Nos países mais adiantados sob o aspecto sanitário e da higiene social a duração provável da vida aumentou de metade nas últimas quatro gerações. Torna-se necessário vencer o nosso lamentável atraso nesse campo e lutar energicamente, decisivamente, contra a varíola, a febre tifóide, a difteria, a malária, a sífilis, o tracoma, a tuberculose e outras doenças evitáveis ou sociais, que anualmente causam dezenas de milhares de vítimas e diminuem em muitas centenas de milhares de contos a riqueza da Nação, visto que o homem representará sempre o seu mais alto valor económico.”¹²⁹

¹²⁶ Ibid. Base XXIII.

¹²⁷ Reorganiza os serviços da assistência social.

¹²⁸ Preâmbulo do Decreto-lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

¹²⁹ Ibid.

Esse reconhecimento do estado sanitário do País, de acordo com Campos¹³⁰, contrasta com a retórica triunfante do Estado Novo.

Também, as preocupações com a condição da saúde estão explicitamente relacionadas com o problema da abundância relativa da força de trabalho, sobretudo num país que recém iniciava planos para fazer uso intensivo dessa força de trabalho. Podemos ler que:

“Em seguida deverá proceder-se à graduação das necessidades em ordem a satisfazer as mais urgentes e importantes. Figuram entre as primeiras aquelas cuja insatisfação possa comprometer a vida das crianças, a saúde física e moral das famílias, o mínimo necessário à existência humana e o tratamento dos doentes; entre as segundas, a necessidade de defender o mais precioso dos bens – a saúde – e através dela proteger a maior fonte de riqueza das nações – o trabalho humano.”¹³¹

Finalmente, este diploma demonstra que a sua grande opção está direccionada para a saúde pública:

“E como é ‘socialmente mais eficiente e economicamente mais útil prevenir os males do que vir a procurar-lhes remédio’ – mais vale prevenir do que remediar, como diz o povo –, ao lado da medicina curativa é urgente desenvolver a medicina preventiva ou social, que, mais do que a primeira, necessita da compreensão e da adesão do público. (...)”

Por certo que curar a doença constitui uma das mais nobres missões. Mas haverá outra mais bela que evitá-la, defendendo persistentemente a saúde dos inimigos que a ameaçam?

É evidente, porém, que essa defesa não pertence exclusivamente ao médico; depende, em grande parte, do nível de vida da população.

Assim, no que respeita à tuberculose, o êxito da luta reside mais ainda na melhoria da higiene e salubridade das habitações do que na eficiência dos meios destinados ao seu tratamento.”¹³²

De resto, a justificação dessa opção aborda o problema de um ângulo correto, relacionando os estados de saúde com as condições materiais dos trabalhadores ou, de acordo com a nossa abordagem, do ponto de vista do salário social da população trabalhadora.

¹³⁰ Campos, op. cit., p. 32.

¹³¹ Ibid.

¹³² Ibid.

O novo Estatuto da Saúde e Assistência¹³³, não se diferenciando essencialmente do seu antecessor de 1945, adequava-se, na lógica assistencialista, à nova orgânica da saúde desde 1944¹³⁴ até então, nomeadamente com a criação do Ministério da Saúde e Assistência e também com a criação da Direção-Geral dos Hospitais. Enquanto no diploma de 1944 a tarefa do Estado em relação aos privados seria a de “orientar, tutelar e favorecer” (base III), no diploma de 1963 ela seria, para todo o sistema, “orientar, coordenar e fiscalizar essa actividade” (base III). Uma novidade importante deste diploma que será explorada na chamada reforma de 1971. Trata-se da base XI, onde se afirma:

“As actividades de assistência destinam-se a proteger os indivíduos e os seus agrupamentos contra os efeitos das carências e disfunções pessoais ou familiares, na medida em que não estiverem cobertos por esquemas de seguro privado ou social.”¹³⁵

Em teoria, e diferentemente do que vinha sendo prática até ali, é estendido a toda a população algum tipo de assistência. Ou haveria uma cobertura universal. Na prática, haver ou não cobertura universal depende, antes de mais, dos recursos disponibilizados para efectivar essa cobertura e, desse ponto de vista, os cuidados de saúde ainda estariam longe de ser universalizados em Portugal. Isso é tão verdade para os resultados da Lei n.º 2120 como o será para a reforma de 1971.

Em 1971 observa-se uma grande reforma nos serviços de assistência pública. Esta ficará também conhecida por Reforma Gonçalves Ferreira, devido ao nome do médico e secretário de Estado da Saúde e Assistência entre 1970 e 1973 que a formulou. Os traços centrais dessa reforma foram estabelecidos através de dois diplomas: o Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de Setembro¹³⁶ e o Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de Setembro¹³⁷. Do primeiro diploma, alguns aspectos dessa reforma serão tomados como uma referência para a organização dos cuidados de saúde. Dois aspectos são mais

¹³³ Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963.

¹³⁴ Lei n.º 1998.

¹³⁵ Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963.

¹³⁶ Aprova a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência. Cria o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

¹³⁷ Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.

salientes para a nossa análise. Mais do que o reconhecimento formal do direito à saúde expresso neste documento, que de facto já fora expresso pelo Estatuto da Assistência Social, o diploma criava uma rede de centros de saúde instalados em cada concelho tendo a seu cargo as actividades de saúde e assistência. Os centros de saúde passaram a ser a linha da frente dos cuidados primários de saúde. Importante também pela centralização desses cuidados, na medida em que haveria apenas uma autoridade sanitária em cada concelho. De ressaltar que, de facto, essa política contrariava a tradicional visão privada que vigorava até então no que diz respeito à prestação dos cuidados de saúde sem, no entanto, romper com ela, nomeadamente com a tradicional divisão da prestação segundo segurados da previdência complementada com assistência pública para os que não gozem desse sistema social. No entanto, essa organização dos cuidados de saúde primários da rede pública tendo por base os centros de saúde será a forma adoptada pelo SNS até aos nossos dias.

1.4.4. Hospitais

Criados com a vocação de atender os miseráveis, ganharam na segunda metade do século xx outro estatuto. Afirmaram-se como as únicas estruturas capazes de concentrar todos os meios e recursos físicos e humanos para a prática da medicina curativa. Aqui importa tanto a quantidade de recursos empregues na cura como a quantidade de doentes disponíveis para serem curados. O médico, em todo o mundo moderno, independentemente da existência de serviços de saúde universais, públicos ou privados, encontrará nos hospitais, na qualidade de trabalhador por conta de outrem, essa concentração de recursos¹³⁸. O hospital passará a receber cada vez mais população coberta pelas caixas bem como, nos casos cuja cura exige uma maior concentração de recursos, doentes típicos da clínica livre, ainda que se mantivesse como uma estrutura assistencial.

¹³⁸ “O hospital é hoje, e sê-lo-á daqui em diante, o poderoso concorrente do médico isolado. Esta situação agrava-se quando se entra em linha de conta com o valor do médico para os estabelecimentos hospitalares. Sem menosprezar a importância das administrações, é incontestável que a eficiência e o prestígio dos hospitais está dependente da proficiência dos médicos – vale o que eles valem; a reputação vem-lhes daí”. Abreu et al., op. cit., p. 77.

Os hospitais são primeiramente organizados no Estado Novo pela Lei da Assistência Hospitalar¹³⁹. Então estabelece-se um programa de organização e construção hospitalar. Os hospitais seriam organizados de acordo com uma divisão hierárquica do país em zonas, regiões e sub-regiões, sendo que em cada zona teria pelo menos um hospital central, cada região um hospital regional e cada sub-região um hospital sub-regional. As sedes das zonas seriam, segundo essa lei, as cidades do Porto, Coimbra e Lisboa. As capitais dos distritos seriam as sedes das regiões. Cada sub-região corresponderia a um ou mais concelhos. A assistência hospitalar de cada zona seria composta, para além dos hospitais (centrais, regionais e sub-regionais), de postos de consultas e socorro, centros de convalescência e de readaptação, hospícios e brigadas móveis de assistência. Também, para além dos hospitais gerais, haveria em cada zona hospitais especializados no tratamento de doenças infecto-contagiosas, doenças das crianças e outras doenças especiais. É notável o grau de pormenor dessa lei. Por exemplo, o número de camas dos hospitais era estabelecido por uma fórmula de acordo com a população atendida.

Os encargos dos hospitais competiam ao Estado nos seus estabelecimentos ou seriam repartidos em regime de cooperação com os hospitais assistenciais privados ou por eles geridos¹⁴⁰. As obras de construção, ampliação e reparação seriam custeadas pelo Orçamento de Estado como despesa excepcional do Ministério das Obras Públicas e Comunicações e os das misericórdias ou outras entidades de assistência seria custeados até 75% pelo Fundo de Desemprego. Prevê-se a criação da carreira de médico especialista. Por fim, essa lei, na sua base XXI, previa a constituição de uma Comissão de Construções Hospitalares, sendo as suas atribuições e funcionamento legislados cerca de 11 anos depois¹⁴¹.

A importância dessa estrutura afirma-se pela criação da Direcção-Geral dos Hospitais e define o seu funcionamento e competências¹⁴². De facto, diferentemente do tempo do hospital assistencialista, destino dos miseráveis, a procura cada vez maior de tratamento adequado que

¹³⁹ Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946.

¹⁴⁰ Formalmente, seria um sistema semelhante às nossas actuais PPP.

¹⁴¹ Decreto-lei n.º 41 497, de 31 de Dezembro de 1957.

¹⁴² Decreto-lei n.º 43 853, de 10 de Agosto de 1961, que cria a Direcção-Geral dos Hospitais e define o seu funcionamento e competências.

só poderia ser fornecido por hospitais punha na ordem do dia o seu financiamento. O seu regime financeiro é estabelecido pelo artigo 8.º do Decreto-lei n.º 46 301, de 27 de Abril de 1965¹⁴³, e as suas despesas seriam cobertas:

“a) Pelas receitas provenientes do funcionamento dos serviços, nelas incluindo os pagamentos do Estado, câmaras municipais, organismos de previdência e outros da mesma natureza;

b) Pelos rendimentos de bens próprios das instituições ou estabelecimentos, receita de quotizações e donativos que lhes sejam feitos e pelo produto de heranças, legados e doações;

c) Pelas dotações anualmente inscritas, para esse efeito, no Orçamento Geral do Estado e por subsídios concedidos pelo Governo ou pelas autarquias locais;

d) Por quaisquer outras receitas legalmente admitidas.”

Segundo Campos, essa lei, juntamente com o acordo celebrado entre a Direcção-Geral dos Hospitais e a Federação das Caixas de Previdência “revelaram-se verdadeiros contratos leoninos em benefício da Previdência, pois o Estado acabava por pagar a diferença entre as tarifas políticas dos acordos e os custos reais dos serviços prestados. Desta forma, o Estado financiava indirectamente os organismos da Previdência – o que até se poderia aceitar se fosse premeditado e houvesse boas razões para o facto – e também as companhias de seguros – o que já não é aceitável em circunstância alguma¹⁴⁴”.

Em 1968 é aprovado o Estatuto Hospitalar¹⁴⁵. Trata-se de uma legislação progressista para o cenário vivido na saúde até aí, com um conjunto articulado de artigos que buscava estruturar o funcionamento hospitalar ligado aos serviços de ambulatório. Também um ponto central da legislação será a carreira médica. De facto, é esclarecedor ler o ponto 7 do preâmbulo:

“Pelo que toca ao pessoal hospitalar, é pacificamente aceite que exerce uma função de interesse público. Em consequência, haverá que exigir-lhe requisitos especiais de idoneidade moral e profissional e também conceder-lhe condições particulares de exercício.

¹⁴³ Reorganiza os serviços da Direcção-Geral dos Hospitais.

¹⁴⁴ Campos, op. cit., p. 31.

¹⁴⁵ Decreto-lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968.

Por isso é que, no capítulo VI, se reúne o maior número de inovações deste diploma, ainda que algumas sejam a confirmação ou aperfeiçoamento de experiências anteriores: regime de tempo completo para pessoal médico, quando possível; remunerações médicas compostas de parte fixa e parte variável, aquela devidamente actualizada e tendo sempre a natureza de vencimento; definição de incompatibilidades; intercomunicação de quadros; fixação das condições de ingresso e promoção; criação do Conselho de Disciplina Hospitalar; obrigatoriedade de serviços de saúde para o pessoal – tudo constitui um conjunto de preceitos que se espera transformem beneficemente o estatuto actual do pessoal hospitalar.

Mas a medida mais importante é, sem dúvida, a que se refere à instalação de carreiras profissionais, cobrindo os estabelecimentos e serviços centrais e regionais.

Foi preciso vencer a dificuldade resultante da dualidade de estatutos: o dos funcionários públicos, vigente nos hospitais do Estado, e o das pessoas colectivas de utilidade pública administrativa, aplicado nos das Misericórdias. Conseguiu-se uma solução que parece viável, através dos quadros intercomunicantes e da inscrição do pessoal abrangido por carreiras profissionais na Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência.

Assim se estabelecem, desde já, as carreiras de administração, médica e farmacêutica. A lei permite que outras venham a ser criadas, na medida em que forem necessárias.

É exacto que, como se diz no Relatório das Carreiras Médicas, a simples instauração de uma carreira, só por si, não elimina todas as deficiências do sistema, nem é remédio para a totalidade dos seus males. Por isso é que não se criaram carreiras antes de ser promulgado o conjunto de medidas agora legislado, ao mesmo tempo que entramos na execução do III Plano de Fomento, o qual, dando carácter prioritário aos problemas de saúde, concede os meios materiais necessários às reformas indispensáveis.”

Uma elaboração mais acabada sobre as carreiras médicas só será conseguida com o Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, da reforma de 1971. Nesse diploma são estabelecidas as carreiras dos médicos de saúde pública e hospitalar.

Finalmente, o número 1 do art.º 35.º introduz uma terminologia que será comum nos anos 90 como forma de administração eficiente: a gestão empresarial.

“Em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à colectividade o mínimo custo económico no seu funcionamento.”

1.4.5 Estado sanitário no Estado Novo

Até ao início do Estado Novo, Portugal havia sempre convivido com uma situação sanitária bastante precária à luz dos padrões europeus da altura. A razão é motivada por vários elementos de índole social, política e económica que podem ser mais ou menos justificáveis. Também não se pode menosprezar a própria estrutura demográfica, etária e produtiva do País, eminentemente agrário, cuja dispersão e a cultura higienista resultante dessa condição agrária não facilitavam, por certo, uma acção de saúde pública mais eficaz. Outro limite importante era a escassez de recursos dos cuidados de saúde, sobretudo os humanos, bem mais difíceis de formar nessas condições. Finalmente, o grau técnico da medicina era uma outra barreira para essa acção. Isso, como já foi dito, tolheu a acção do próprio legislador quando elaborou o Decreto n.º 25 935, de 12 de Outubro de 1935, e o Decreto n.º 28 321, de 27 de Dezembro de 1937, ao não limitar, como seria desejo do legislador, o acesso dos trabalhadores aos médicos da caixa antes de completado um ano de descontos. Não via então o legislador razões para o trabalhador procurar um médico senão para passar um atestado que lhe facultasse um subsídio juntamente com alguns remédios. Um médico reparador não era concebido. A verdade é que o próprio legislador reconhece as mudanças técnicas operadas na medicina. De todas as maneiras, a situação miserável da saúde da população pode ser verificada em diversas fontes que reproduzem boletins sanitários da altura. Para um período mais recente, como a década de 60 do Estado Novo, um sítio como o OCDE.Stat¹⁴⁶ disponibiliza várias estatísticas, entre as quais índices de morbilidade e mortalidade. E os problemas eram facilmente identificáveis, bem como a solução que esbarrava na busca de menores custos do trabalho. Rodrigues¹⁴⁷ nota que em 1939, a “taxa de natalidade seria de

¹⁴⁶ <http://stats.oecd.org/>.

¹⁴⁷ Ana Paula Gato R. Polido Rodrigues (2013). “Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: O Papel da Enfermagem 1926-2002”. Tese de Doutoramento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, p. 43.

27,71% por mil habitantes, sendo que 4,3% destas crianças eram consideradas como ilegítimas. No mesmo ano a taxa de mortalidade geral era de 15,59%, enquanto a mortalidade infantil até aos 5 anos de idade era de 203,9 por mil”¹⁴⁸. Esta passagem ilustra a condição de saúde e, em particular, da saúde infantil nos finais dos anos 30. Com uma agravante a nível da assistência social que são os ilegítimos, com um número bastante expressivo, sobretudo se atentarmos à elevada taxa de natalidade.

Para melhor perceber a situação da saúde pública e os desafios dos cuidados relacionados com a força de trabalho, podemos estabelecer uma variável a partir do limite da morbilidade: a morte. Para esse efeito, a distribuição da morte na sociedade por classes etárias cumpre bem esse papel. Antes, convém estabelecer os valores gerais da morte e do seu oposto, a natalidade. Assim, a figura 2.4 na página 51, que mostra as taxas de natalidade e mortalidade por mil habitantes entre 1940 e 2011, é muito ilustrativa. Nota-se imediatamente um fenómeno que surge recorrentemente na comunicação social: a queda da taxa de natalidade. Esta terá permanecido mais ou menos constante, de acordo com os censos de 1940 a 1960, para começar a cair para valores que fazem que Portugal seja um dos países onde essa taxa é menor. Fenómeno semelhante passou-se com a taxa de mortalidade, que terá caído cerca de 6 pontos percentuais entre 1940 e 2011. Deve-se notar que a taxa de mortalidade não pode ser lida directamente como sinal de atraso. Ela dependerá em parte da estrutura etária da população, ou seja, os 9,7 óbitos por mil registados em 2011 são diferentes dos 10,9 óbitos por mil em 1970 não só pela diferença numérica, que é pouca, como pelo facto de os óbitos de 2011 serem sobretudo de pessoas mais idosas. E essa diferença é percebida na distribuição dos óbitos por faixa etária, como na figura 2.8.

¹⁴⁸ “Para a elevada taxa de mortalidade infantil concorria a pobreza das famílias, que não permitia adequada alimentação, higiene, educação e trabalho e/ou condições de trabalho. A par delas estavam ainda a deficiente cobertura dos serviços de saúde em termos de assistência materno-infantil, a escassez de profissionais de saúde convenientemente preparados, nomeadamente de enfermeiros. As doenças que constituíam as principais causas de mortalidade em todas as idades eram as diarreias e enterites, logo seguidas pela tuberculose, patologias intimamente ligadas à má nutrição e deficientes condições de vida, que exigiam cuidados de saúde apropriados. Entre os zero e os cinco anos de idade, além das causas mencionadas, a debilidade congénita, as infecções respiratórias e o sarampo faziam muitas vítimas, tal como outras doenças infecto-contagiosas da infância”, *ibid.*, p. 45.

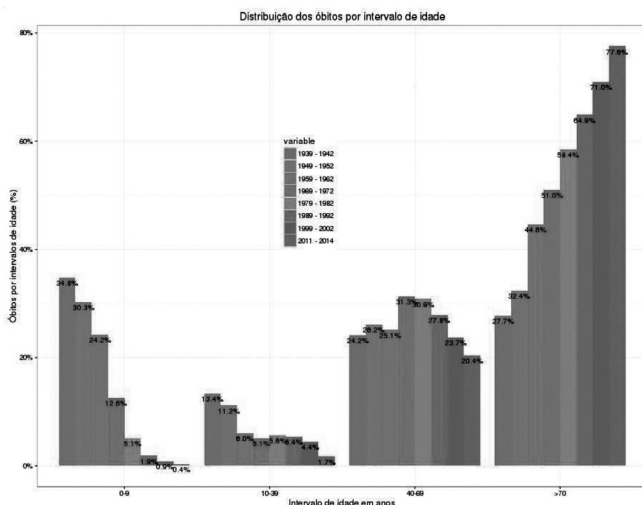


Figura 2.8: Óbitos por faixas etárias.

A distribuição da morte por idades é bem reveladora do estado de atraso nos cuidados de saúde a que a população pobre e trabalhadora estava submetida. Uma ilustração fria das referências anteriores. Se estabelecermos os 70 anos como marca a partir da qual seria admissível morrer, sendo toda a morte anterior a essa data uma perda em anos de vida, então é fácil perceber que o que se quer como “ideal” é que as três primeiras colunas, contando da esquerda, sejam nulas e a quarta coluna seja de 100%. Na realidade, essa situação é muito improvável ou difícil de atingir. Assim, a ideia é aproximarmo-nos o máximo desse cenário ideal. Os resultados do último período (2011-2014) mostram ao que chegamos, com o SNS na sua fase adulta. Vemos que nos dois primeiros escalões de idades (0-10 e 10-39 anos), a mortalidade seria de 0,4% e 1,8%, respectivamente. Trata-se de dois resultados bastante próximos do “ideal” – tendo em conta apenas esse parâmetro da morte, chamamos a atenção. O terceiro escalão de idade, entre os 40-69 anos, mostra-nos um desafio que o SNS terá de superar. Os resultados aí estão bastante aquém do possível. As opiniões são múltiplas quanto ao uso necessário de medicina preventiva ou curativa para obter ganhos nesse escalão. Por exemplo, a grande maioria da população que está nessa faixa é, em princípio, classificada junto ao médico de família com um factor de ponderação menor que as crianças e os idosos. Isso indicia um maior recurso aos cuidados médicos especializados hospitalares, ou

à medicina privada. Longe de questionar a plausibilidade técnica dos factores de ponderação, o que é claro é que o acesso da população nessa faixa etária aos cuidados de saúde é ainda insuficiente. Ainda assim, 77,2% dos óbitos registam-se na faixa etária acima dos 70 anos. Se agora fizermos o mesmo exercício para os quatro primeiros períodos que englobam o Estado Novo, o quadro é, no mínimo, dramático. No quadriénio que vai de 1939 a 1942, 34,8% dos óbitos registavam-se em crianças com menos de 10 anos de idade. Esse número descerá para os ainda vergonhosos 12,6% no quadriénio que terminou em 1972. Esse drama revela-se como se a alta taxa de natalidade registada para esses anos na figura 2.4 fosse uma produção de “carne para canhão”. Na faixa etária dos 10-39 anos, a mortalidade terá sofrido um revés assinalável: dos 13,4% para os 5,1%. É notável o aumento registado no peso dos óbitos na população com idades compreendidas entre os 40-69 anos. Aqui a mortalidade passará dos 24,2% para os 31,3%. Finalmente, para a população com idade superior aos 70 anos, o peso da mortalidade aumentará dos 27,7% no período de 1939 a 1942, para 51% no último quadriénio considerado. Quase metade das mortes ainda atingia a população com menos de 70 anos. Em todo o caso, o estado de saúde era tão mau que o Estado pôde acumular melhorias dignas de se ver com relativamente poucos recursos. É que uma taxa de mortalidade tão elevada, sobretudo entre a população jovem, é normalmente resultado de uma profunda incúria das autoridades sanitárias. E bastam pequenas acções de educação para a higiene, para a alimentação, e muitas das mortes registadas devido a diarreias e enterites serão eliminadas. Se a isso juntarmos campanhas de vacinação contra doenças banais como o sarampo, alguma saúde materno-infantil, etc., compreendem-se as quedas registadas no Estado Novo. A partir de uma dada altura, os ganhos irão depender mais do nível de vida dos trabalhadores, incluindo o seu acesso aos cuidados de saúde e, naturalmente, da disponibilidade desses recursos.

1.4.6. Recursos médicos

Observámos até ao momento que a população pobre e trabalhadora portuguesa era açoitada por um flagelo na sua condição de saúde e que podia ser contabilizado, em primeira aproximação, pela distribuição da morte entre faixas etárias. Devemos acrescentar que essa distribuição não só revela, por exemplo, uma altíssima mortalidade infantil, cenário

que há muito faz parte da história de Portugal, como esse cenário aqui acontece no marco de um êxodo rural. Ou seja, temos problemas de saúde pública num contexto de grande mobilidade social. Além de que é essa mobilidade que garante a mão de obra necessária a baixo custo, seja pela sua desqualificação para a indústria, seja pelo seu excesso relativo. Sendo os gastos em saúde um custo, este só compensa na medida em que permita a reposição dessa mão-de-obra de baixo custo. A nossa tese é que esse custo foi mantido a um nível tão baixo que a dado momento a mão de obra deixou de ser renovada. Pelo menos é dessa maneira que devemos ler a queda na população registada entre os censos de 1960 e 1970. A exportação de mão de obra por via da emigração foi o resultado de uma política que consumia essa força de trabalho sem a sua conveniente reposição. No caso dos cuidados de saúde médicos, o Estado usará, direta ou indiretamente, esses trabalhadores a um custo abaixo do limiar da sua reprodução. Para percebermos isso, convém olharmos para a figura 2.9, que representa a evolução do número de médicos em Portugal desde 1960. Em 1960 havia 6701 médicos em Portugal¹⁴⁹.

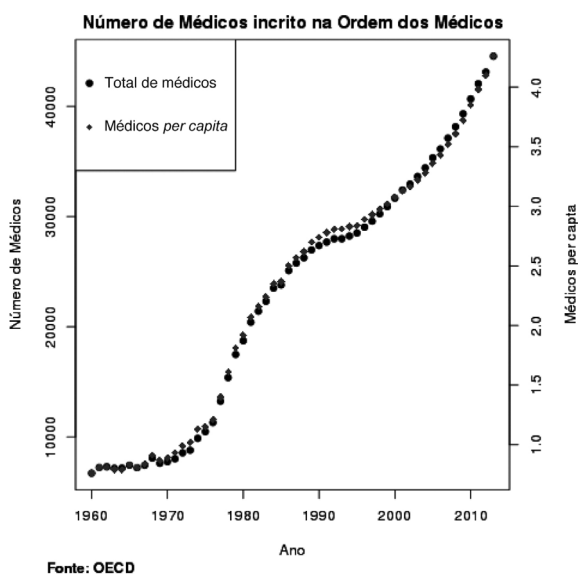


Figura 2.9: Número de médicos e médicos *per capita* entre 1960 e 2010.

¹⁴⁹ É o número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos, o que é condição necessária para o exercício da medicina. Não implica com isso que todos exercessem a profissão. Neste número estarão também, por exemplo, os médicos já reformados.

Esse número chegará aos 9875 em 1974, ano da revolução. Também os censos de 1940 e 1950 nos informam que o número de médicos nesses anos era de 4112 e 5697, respectivamente. Basta compararmos com o início dos anos 80, em que se contam cerca de 20 mil médicos, para vermos que esse número duplicou em relação a 1974. É precisamente com essa baixíssima densidade de médicos que se fará política de saúde. A isso acrescenta-se a falta de pessoal de enfermagem, farmácia, parteiros e técnicos. Essa é de facto a principal marca da prestação de cuidados de saúde no Estado Novo. É compreensível a dificuldade do Governo em prover saúde nos anos 40 com todos os condicionalismos impostos na altura e um total de 4112 médicos. Menos justificável é chegarmos a 1974 (34 anos depois) com um contingente de 9875 médicos. Esse limite condicionaria, de resto, qualquer política, por mais bem-intencionada que fosse. De resto, essa razão mostra que, apesar do plano audaz de construção de hospitais nos anos 40 ou de centros de saúde em 71, pouco tenha mudado nas condições de operação dos serviços de saúde. O problema do espaço físico para o exercício da medicina era um problema menor em comparação com a falta de pessoal qualificado para preencher esses lugares.

E esse mesmo contingente, escasso por si só, com o argumento de que a sua principal fonte de rendimento seria a clínica livre, terá que desdobrar-se para garantir algum dinheiro extra através dos atendimentos nas caixas da previdência ou como subdelegados de saúde pública ou médicos municipais prestando cuidados assistenciais a uma população dispersa, como no caso dos médicos rurais, atendendo até cerca de 15 000 pacientes e cobrindo áreas de 1188 km²¹⁵⁰, com uma remuneração inferior à de um professor primário, já de si bastante baixa¹⁵¹. Muitos deles prestaram atendimento nos hospitais como trabalho voluntário, na esperança de conseguirem uma especialização. Os exemplos do estado do exercício da profissão médica delineiam, em boa parte, o retrato traçado no Relatório sobre as carreiras médicas e é curioso como o curso de Medicina, onde hoje há a maior concorrência no ensino superior, terá sido, junto com o curso de Farmácia, um dos que registaram diminuição de frequências em 1960¹⁵². Dos exemplos acima fica claro que a eficácia é uma das grandes vítimas dessa política. Menos claro é o efeito perverso

¹⁵⁰ Abreu et al., op. cit., p. 43.

¹⁵¹ Ibid., p. 47.

¹⁵² Ibid., p. 85.

que essa política de cunho muito liberal terá, ainda a nível da eficácia, na dinâmica organizacional desses cuidados. Assim, um médico que conseguisse um lugar como subdelegado de saúde pública teria, para além das suas funções de vigilância sanitária, um partido municipal, com maior ou menor extensão, para calcorrear, e um número certamente acima do razoável de pacientes para atender. Ainda teria que recorrer à clínica privada para completar os seus rendimentos. Só muito esporadicamente e por razões casuais é que esse médico poderia fazer um atendimento adequado. Para além de a sua acção de vigilância enquanto subdelegado poder indispor um número de possíveis pacientes da sua clínica privada. Assim, algo terá de ser intencionalmente mal feito se esse médico quiser manter a sua clientela ou arcar, juntamente com a sua família, com os cortes no seu rendimento derivados do seu zelo.

CAPÍTULO 2

O 25 DE ABRIL E A CRIAÇÃO DO SNS

Paul Valéry, um poeta francês conservador, dizia que a política era a arte de fazer que as pessoas não se intrometessem naquilo que lhes diz respeito. Uma revolução é exatamente o contrário, é esse extraordinário momento em que as pessoas decidem tomar a vida nas suas próprias mãos: decidem onde e como vão trabalhar, quem aceitam como dirigentes, onde vão viver, em que escolas os seus filhos estudarão... Milhares, milhões de pessoas que vivem do seu trabalho, que durante anos, às vezes décadas, aceitam que tudo seja decidido pelos outros, passam, de um momento para o outro, a decidir eles próprios. Um parto difícil mas belo. Sebastião Salgado disse uma vez a Sérgio Tréfaut, no filme, *Outro País*, que a maior diferença do Portugal antes e depois de abril era... a felicidade das pessoas!

Aquilo que começou a 25 de Abril como um golpe de Estado foi a semente de uma revolução social (que imprime mudanças nas relações de produção), encetada como uma revolução política democrática (que muda o regime político). Esta revolução democrática não esperou sequer pelas eleições para a Constituinte: em poucos dias ou semanas, foi quase totalmente desmantelado o regime político da ditadura e substituído por um regime democrático. Foi a última revolução europeia a colocar em causa a propriedade privada dos meios de produção. Isso resultou na transferência, segundo dados oficiais, de 18% do rendimento do capital para o trabalho, o que permitiu o direito ao trabalho, salários acima da reprodução biológica (acima do “trabalhar para sobreviver”), acesso igualitário e universal à educação, à saúde e à Segurança Social.

A tese de que a democracia começou a 25 de Abril de 1975, com as eleições para a Constituinte, ou pior ainda, com o golpe de 25 de Novembro, não tem confirmação empírica. A democracia começou no dia 25 de Abril de 1974 e não no dia 25 de Abril de 1975. Começou com

horas infinitas de reuniões onde as pessoas comuns se inteiravam das questões de trabalho, produção, habitação e gestão e votavam de braço no ar, em comissões, com representantes, revogáveis a qualquer momento caso desrespeitassem os resultados dos plenários massivamente participados. Nunca tanta gente decidiu tanto na história de Portugal como em 1974 e 1975. As tentativas de controlo do aparelho de Estado por parte do PCP (IV Governo) e por parte do PS (VI Governo), que existiram efetivamente, não têm nenhuma ligação com a democracia que vigorava nas empresas e nas fábricas e que foi cada vez maior ao longo de 1975, colocando sucessivamente em causa medidas de governos não eleitos. Estado e revolução não andaram de mãos dadas. A revolução e as suas conquistas não dependiam do controlo do aparelho de Estado por parte do PCP ou do PS, mas da criação de um poder alternativo na base da sociedade: trabalho, bairros de habitação e quartéis.

Hoje esse passado revolucionário — quando os mais pobres, mais frágeis, quantas vezes analfabetos, ousaram agarrar a vida nas mãos — é uma espécie de pesadelo histórico das atuais classes dirigentes portuguesas. Tanto é assim que mantém-se a insistência de, nos 40 anos da revolução, celebrar-se apenas o 25 de Abril, esquecendo que esse dia foi o primeiro dos 19 meses historicamente mais surpreendentes da história de Portugal. E que Portugal foi, ao lado do Vietname, o país mais acompanhado pela imprensa internacional de então, porque as imagens das pessoas dos bairros de barracas sorrindo de braços abertos ao lado de jovens militares barbudos e alegres encheu de esperança os povos de Espanha, Grécia, Brasil... E de júbilo a maioria dos que aqui viviam. Uma das características das fotos da revolução portuguesa é que nelas as pessoas estão quase sempre a sorrir. Não por acaso, Chico Buarque cantou: “Sei que estás em festa, pá.”

A combinação rara de alguns fatores levou à ocorrência da maior crise num Estado europeu desde a II Guerra Mundial: a derrota na guerra colonial, a crise económica de 1973, uma sociedade desorganizada em que as classes trabalhadoras e populares não tinham um único veículo de diálogo com o Estado (sindicatos ou partidos fortes), uma população operária, jovem, fortemente concentrada em dois lugares chave do País: as margens do estuário do Tejo e o Porto.

Ela foi a última revolução do século xx, mas de certa forma a primeira revolução do século xxi na Europa porque deu-se já num processo de enfraquecimento do estalinismo, por um lado, e isso ver-se-á na força do controlo operário nas grandes metalomecânicas, não foi uma revolução

camponesa, mas uma revolução numa metrópole, numa sociedade europeia, urbana, complexa.

Anacrónico, brutal nas colónias, com congelamento da mobilidade social na metrópole, tendo pouco a oferecer aos seus jovens – já referimos os valores da emigração – o império deixou o Estado português próximo do colapso, até que um movimento de capitães resolveu dar um golpe militar para pôr fim à guerra, no dia 25 de Abril de 1974. O império ruiu tarde, mas a sua estrutura anquilosada levou à rutura social mais importante da Europa do pós-guerra – foi tão grande a queda quanto fora lóngo, de tal forma que nenhum historiador até hoje conseguiu contabilizar quantas reuniões de trabalhadores houve só na primeira semana que se seguiu ao golpe do MFA porque são centenas, talvez milhares¹⁵³, em todo o País.

Incapaz de se reformar, o regime caiu pela sua coluna vertebral¹⁵⁴, as forças armadas, em particular os oficiais intermédios, e a burguesia portuguesa ficou no limite de perder o Estado como instrumento para contrariar a revolução. Revolução que nesse dia subiu atrás da coluna do capitão Salgueiro Maia – contra as ordens prévias do Movimento das Forças Armadas que, na televisão e na rádio pediam “ao povo para se manter em casa”. Revolução que subiu as ruas íngremes da cidade de Lisboa até ao Quartel do Carmo, onde o ditador Marcelo Caetano rogou que o deixassem entregar o poder a um general. Tinha ruído a mais longa ditadura europeia do século xx, sob a mais completa humilhação. “Tudo o que é sólido desfaz-se no ar.”

Depois de 25 de Abril, vários sindicatos e uma manifestação de trabalhadores dirigem-se ao Ministério das Corporações e Previdência Social, que passará a chamar-se Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Cruz Oliveira, um dos militares do MFA, conta como foi, com Pereira de Moura¹⁵⁵ e Wengorovius,¹⁵⁶ tentar acalmar os ânimos da população, que queria invadir o Ministério das Corporações, e o MFA queria evitar isso: “A multidão – era uma multidão, já de capacetes à Lisnave e aquilo tudo! – ouviu o Pereira de Moura falar: ‘sim senhor, ‘tá tudo muito bem. Ok, mas vamos entrar!’ Eu pensei que tinha de dizer qualquer

¹⁵³ No levantamento que realizámos com Alejandro Lora registámos centenas de reuniões na primeira semana que se segue ao golpe, mas é um levantamento centrado nos principais jornais, deixando de fora várias regiões do país e provavelmente centenas ou mesmo milhares de pequenas empresas.

¹⁵⁴ Rosas, op. cit.

¹⁵⁵ Pereira de Moura, dirigente do MDP/CDE.

¹⁵⁶ Victor Wengorovius, fundador do MES (Movimento de Esquerda Socialista).

coisa, anunciei que ia transformar aquilo em Ministério do Trabalho, o Wengorovius foi lá para cima pintar um letreiro a dizer Ministério do Trabalho e pô-lo na janela e pronto. Depois disse à multidão: uma prova de que estamos com a revolução é ir todos por aqui abaixo dizer que este agora é o Ministério do Trabalho. E assim foi, foi tudo por aí abaixo.”¹⁵⁷

Em 1974 deixou de haver previdência e passou a haver segurança.

A mudança de nome é tão importante no conteúdo quanto na forma. Em Portugal, grosso modo, porque teve até há pouco tempo um dos melhores sistemas de saúde do mundo e durante muitos anos um excelente serviço educativo público (temos hoje mais doutorados do que tínhamos licenciados em 1970), a segurança social diz respeito a duas grandes áreas: as reformas/pensões, fruto do desconto dos trabalhadores ou da transferência do orçamento do Estado (no caso das pensões não contributivas), o que só foi possível por um aumento histórico na massa salarial; e as políticas chamadas “de ação social”, que visariam colmatar a pobreza e o desemprego involuntário.

Associadas à segurança social universal, que nasce em 1974 e 1975, vêm agregadas duas ideias fundamentais, interligadas: a primeira é o processo de transferência de rendimento do capital para o trabalho, o mais maciço de toda a contemporaneidade em Portugal, no valor – já referido – de uns impressionantes 18%¹⁵⁸. A segunda é a consagração social e pública da proteção e solidariedade universal que põe fim aos regimes discriminatórios, discricionários e caritativos e alargou ainda o âmbito da proteção social, consagrando não só a proteção ao nível da manutenção e formação da força de trabalho – educação, saúde, pensões –, mas também ao nível da cultura, desporto e lazer.

É importante assinalar que esta inédita e assombrosa transferência de rendimento do capital para o trabalho – que nunca antes tinha acontecido na história do País – se dá no meio de uma crise internacional, a crise de 1973, conhecida vulgarmente por crise do “choque petrolífero”, que implicou uma dramática queda do PIB português. A taxa de crescimento cai de 10,78%, em 1972, para 4,92% em 1973, para 2,91% em 1974 e para -5,10% em 1975, entrando em 1976 na fase de expansão de um novo ciclo, acompanhando o ritmo da recuperação internacional. Esta crise vai ser ela própria um fator de aprofundamento

¹⁵⁷ Raquel Varela (2012a). Entrevista com Cruz Oliveira. Lisboa, 24 de jul. de 2012.

¹⁵⁸ Manuela Silva (1985). “A repartição do rendimento em Portugal no pós 25 de Abril 74”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 15-16-17.

da crise militar e da divisão dentro das classes dominantes do regime marcelista, mas sobretudo estará na origem do impulso para a destruição de capitais que vai iniciar um aumento drástico dos despedimentos (a taxa de desemprego duplica entre 1974 e 1975, de 2,1% para 4%), e a reação aos despedimentos – ocupação de fábricas e empresas – será um dos fatores que explicam a existência e o desenvolvimento do controlo operário durante a revolução, talvez a razão mais determinante da progressiva extensão dos direitos sociais em 1974-1975¹⁵⁹.

Desta irrupção social – que o Presidente norte-americano Gerald Ford considerou passível de transformar todo o Mediterrâneo num “mar vermelho” e fazer cair os regimes da Europa do Sul como um dominó¹⁶⁰ – saíram medidas como a nacionalização, sem indemnização, da banca e de grandes empresas, uma reforma agrária e seis governos que, durante dois anos, não chegaram a estar no poder seis meses seguidos. Noutros trabalhos prévios assinalámos com mais detalhe a relação estreita entre os momentos e períodos de conflitos sociais e a atribuição, de facto ou de lei, de direitos políticos, económicos e sociais realizada entre 1974 e 1975¹⁶¹.

Quadro 2. Rendimentos do trabalho e do capital (1973-1983)

Ano	Rendimentos do trabalho	Rendimentos do capital
1973	49,2%	51,8%
1974	54,6%	45,4%
1975	64,7%	35,3%
1976	63,8%	36,2%
1983	50,2%	49,8%

Fonte: Silva, Manuela, 1985.

¹⁵⁹ Desenvolvemos o impacto da crise cíclica de 1973 no processo revolucionário português bem como a relação entre controlo operário e direitos sociais em Raquel Varela (2011b). História do PCP na Revolução dos Cravos. Lisboa: Bertrand Editora.

¹⁶⁰ Jornal La Vanguardia, Barcelona, 23 de março de 1975.

¹⁶¹ Desenvolvemos a relação entre direitos sociais e conflitos políticos em Raquel Varela (2012). “Rutura e Pacto Social em Portugal. Um Olhar sobre as Crises Económicas, Conflitos Políticos e Direitos Sociais em Portugal (1973-1975, 1981-1986)”. Em: *Quem paga o estado social em Portugal?* Coord. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 71-108; e idem, “A Persistência do Conflito Industrial Organizado”.

Centremo-nos aqui no âmbito da segurança social. Em 1974 e 1975 são tomadas uma série de medidas que irão ser consagradas num pacto social, a Constituição de 1976.

São elas a criação de um sistema integrado de segurança social a que tem acesso toda a população; aumento das prestações previamente existentes e uma série de outras que passam a abarcar toda a população: aumento radical do valor das pensões e extensão da segurança social que, na Constituição, “protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”¹⁶² Consagra-se logo em Setembro de 1974 a pensão social para pessoas com mais de 65 anos e a assistência médica, na doença e maternidade, o abono de família para os desempregados. O Fundo de Desemprego passa a estar sob a tutela do Ministério do Trabalho.

A questão fundamental para compreender o nascimento da segurança social, sem a qual é impossível compreender a evolução de toda a história do Estado social em Portugal, é o aumento de salários, isto é, a transferência daquilo que é uma parte do lucro, renda ou juro para salários. Nesses anos, o aumento do salário dá-se de várias formas: aumento do salário direto (e do salário em espécie), fixação de um salário mínimo (3300 escudos em maio de 1974 e 4000 escudos em maio de 1975), direito a subsídios (desemprego, férias, natal, maternidade, etc.), saúde e educação gratuitas; congelamento de preços, fixação de um cabaz de compras. Massas consideráveis de capital são alocadas aos salários por outras formas, como nacionalizações sem indemnização, intervenção do Estado nas empresas descapitalizadas (mais de 300 ao todo). Dão-se cortes diretos nos salários muito elevados (congelamento em 1975 dos salários superiores a 12 mil escudos).

Passa-se de 607 mil pensionistas do regime geral e da CGA em 1973 para 943 mil em 1975. Só na Caixa Geral de Aposentações as despesas passam do equivalente a 7 700 000 euros em 1973 para 11 637 000 em 1975. As receitas passam no mesmo período de 4 185 000 para 8 293 000, ou seja, quase o dobro. Na Caixa Geral de Aposentações, a quotização média passa de 9,2 euros por utente em 1973 para 17,1 euros por utente em 1975. A despesa da segurança social passa de 4,5% do

¹⁶² Constituição da República Portuguesa, art.º 63.º, n.º 3, 1976.

PIB em 1973 para 6,7% em 1975. A pensão média anual da segurança social sobe mais de 50% entre 1973 e 1975¹⁶³.

Verifica-se que os salários diretos reais até caíram em 1974 e 1975, devido entre outros fatores à inflação, mas que ao nível do Estado social e da segurança social – salário social – os ganhos foram evidentes. Deve salientar-se que não só aumentaram os salários como foram reduzidas as disparidades salariais, isto é, a diferença entre os que ganham mais e os que ganham menos esbateu-se¹⁶⁴. É particularmente óbvia a transferência de rendimento que significou o aumento das pensões. Um dos resultados sociais desta mudança pode ser visto no índice de Gini, uma medida de verificação da desigualdade, que passa de 0,316 em 1974 para 0,174 em 1978 (o ano em que atingiu o valor mais baixo), mas recomeçando a crescer a desigualdade a partir daí (em 1983 é já de 0,210)¹⁶⁵.

Destacamos este ponto: o aumento das remunerações alcançado neste período não se dá, sobretudo, no salário direto, mas no salário social, ou seja, ao nível do Estado social e, dentro dele, da segurança social.

Esta constatação é importante para percebermos o nosso argumento, que se sintetiza nesta ideia: a progressiva erosão dos salários pela mercantilização do Estado social e pela precarização do trabalho é demonstrativa do alcance extremamente limitado da eficácia de um pacto social que coloca uma parte substancial do salário nas mãos de um Estado, que veio a revelar-se não como um árbitro da distribuição da riqueza entre partes desiguais (trabalho e capital), mas como um gestor da transferências de salários para o capital, através de múltiplas medidas, desiguais e com ritmos diferentes, mas com uma direção comum: destruir o salário social e portanto fazer incidir a acumulação de lucro sobre o trabalho necessário (reprodução da força de trabalho) e não só sobre o trabalho excedente.

O caso óbvio e hoje indiscutível da mercantilização dos serviços públicos – a expensas da produtividade, mesmo do ponto de vista da contabilidade nacional oficial¹⁶⁶ – é particularmente gravoso na questão da segurança social porque sistematicamente este imenso bolo superavitário, supostamente preservado por um contrato social, é

¹⁶³ Pordata. Consultado a 16 de março de 2013.

¹⁶⁴ Silva, op. cit., p. 271.

¹⁶⁵ Ibid., p. 272.

¹⁶⁶ Estes autores provam que a produtividade nos hospitais de gestão empresarial é mais baixa do que nos hospitais geridos pelo Serviço Nacional de Saúde: Guedes e Viana, op. cit., p. 60.

descapitalizado, erodindo assim as conquistas sociais prévias que asseguraram uma sociedade com padrões mais civilizados de saúde, educação, solidariedade e bem-estar.

Concluimos que o salário social é determinante porque, se é verdade que a queda das remunerações dos trabalhadores é maior a partir de 1977, ela é muito mais acentuada se retirarmos as contribuições sociais, que fazem parte do salário e são transferidas para o Estado. Passa-se assim de 43,7% em 1973 para 57% em 1975 e 1976 e para 42,3% em 1983¹⁶⁷. Ou seja, sem contar as contribuições sociais, o salário em 1983 é mais baixo do que em 1973.

Permitem-nos estes números avançar com a explicação de que houve condições políticas – pela derrota da revolução em novembro de 1975 – para fazer diminuir os salários diretos muito rapidamente, mas não as houve para mercantilizar ou diminuir o Estado social, o salário social, ao mesmo ritmo, nesse período.

O movimento operário português foi incapaz de forjar mecanismos de proteção social universais até 1974. Foi da situação revolucionária conhecida por Revolução dos Cravos, engendrada no ventre da maior guerra de sempre do País na contemporaneidade, que nasceu o Estado social. Como na Europa Central e do Norte, que também viram nascer da derrota de uma guerra a universalidade da proteção social, que “conheceu uma aceleração extraordinária após a Segunda Guerra Mundial, com a emergência no Canadá e na Europa de um modelo de organização política. Conhecido como ‘Estado Providência’, baseado num acordo entre trabalhadores e capitalistas segundo o qual os primeiros prescindem da luta por uma revolução socialista a troco do bem-estar social e do aumento generalizado dos níveis de vida (...)”¹⁶⁸.

A revolução, essa aventura histórica de Portugal em 1974-1975, foi derrotada no seu momento insurreccional, o ‘assalto final’ ao poder de Estado, o que levou alguns a questionar se teria havido uma revolução – argumento teoricamente frágil, na medida em que a vitória ou derrota de um processo revolucionário não implica que esse processo não tenha existido¹⁶⁹. Curiosamente, foi muito mais uma revolução que ameaçou o

¹⁶⁷ Silva, op. cit., p. 270.

¹⁶⁸ Capucha, op. cit.

¹⁶⁹ Valério Arcary (2004a). *As Esquinas Perigosas da História. Situações Revolucionárias em Perspetiva Marxista*. São Paulo: Xamã.

poder económico do que o Estado¹⁷⁰. Portugal, pela revolução, tornou-se um país menos desigual, mas a limitação dessa revolução, nomeadamente no controlo do Estado, fez que se entregasse a esse mesmo Estado uma massa de valores imensa que é hoje um dos principais mecanismos de financiamento do capital e de subtração do salário necessário à manutenção dos trabalhadores. Um “inferno pejado de boas intenções”, porque desde a segunda metade da década de 80, a sua manutenção, sob controlo do Estado, exige uma desvinculação entre os beneficiários e os pagadores, que perdem controlo sobre essa parte do seu salário.

No campo da saúde, como lembra o ex-ministro do sector António Correia de Campos, a situação muda radicalmente. Em 1974, “a mortalidade infantil é uma vez e meia superior à de Itália, duas vezes e meia a da França e quase quatro vezes maior que as da Holanda e da Suécia; a mortalidade materna é o dobro da França (...) a mortalidade por doenças infecciosas é 30% superior à de Itália (...) e três vezes e meia a da Holanda”¹⁷¹; a esperança de média de vida está a 7 anos da Holanda. O sangue, disse-nos Cruz de Oliveira indignado, era “pago”, “vendia-se”¹⁷². Depois das mudanças que começam no biénio 1974-1975, Portugal chega a ter aquele que é considerado um dos melhores sistemas de saúde universais do Mundo, tendo chegado a ocupar a 7.^a posição no ranking mundial.

O ex-director-geral de Saúde, Francisco George, em artigo de comemoração dos 40 anos do 25 de Abril para o jornal Público, lembra que

“Muitos médicos terão respondido que foram para os hospitais. É verdade, antes do nascer do Sol, logo às 4.26, o primeiro comunicado do Movimento das Forças Armadas (MFA) sublinhava: “Não obstante a expressa preocupação de não fazer correr a mínima gota de sangue de qualquer português, apelamos para o espírito cívico e profissional da classe médica, esperando a sua acorrência aos hospitais, a fim de prestar a sua eventual colaboração, que se deseja, sinceramente, desnecessária”; a sua difusão foi, depois, repetidamente lida por Joaquim Furtado aos microfones do Rádio Clube Português. Inesquecível.¹⁷³”

¹⁷⁰ Valério Arcary (2004b). “Quando o Futuro era Agora. Trinta Anos da Revolução Portuguesa”. Em: *Revista Outubro* 11, pp.71-92.

¹⁷¹ António Correia de Campos (2001). “Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública”. Em: *Análise Social* XXXVI.161, pp.1079-1104.

¹⁷² Varela, Entrevista com Cruz Oliveira.

¹⁷³ Francisco George (2014). “40 anos antes”. Em: *Jornal Público* (23 de abr. de 2014). URL: https://www.publico.pt/sociedade/noticia/40-_anos-_antes-_1633055.

A 16 de Maio, é criado o Ministério dos Assuntos Sociais, que junta o antigo Ministério da Saúde e a pasta da Segurança Social¹⁷⁴. É aqui dado o primeiro passo para a articulação do sistema de cuidados de saúde. Também o médico António Galhordas, uma figura destacada do movimento dos jovens médicos dos finais dos anos 50, membro da comissão de elaboração do Relatório sobre as carreiras médicas, é chamado para desempenhar funções de secretário de Estado da Saúde num ministério dirigido por Mário Murteira e cujas funções de secretário de Estado da Segurança Social serão desempenhadas por Maria de Lurdes Pintasilgo.

O segundo passo para centralizar os serviços de cuidados de saúde numa única estrutura é dado em Novembro de 1974 com a passagem dos serviços médico-sociais para a alçada da Secretaria de Estado da Saúde¹⁷⁵. Era então secretário de Estado da Saúde o médico e major da Força Aérea Carlos Cruz de Oliveira, num ministério dirigido por Maria de Lurdes Pintasilgo¹⁷⁶. São também desse período as primeiras ações para trazer para o Estado o controlo de instituições particulares como as Misericórdias, que é formalmente estabelecida pelo Decreto-lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro¹⁷⁷, ou seja, a oficialização dos hospitais centrais e distritais pertencentes a essas instituições. A oficialização dos hospitais concelhios será determinada pelo Decreto-lei n.º 618/75, de 11 de Novembro¹⁷⁸. Naturalmente, em época de revolução, esses diplomas servem como uma referência cronológica e exprimem as ideias que eram correntes. No terreno, os processos passavam-se de forma conturbada e normalmente por fora da legalidade legislativa. Exemplo disso é a entrevista do antigo secretário de Estado da Saúde, Cruz de Oliveira, que relata em entrevista alguma experiência no processo de oficialização dos hospitais:

“Eu tinha a ideia de que havia uma medicina estatizada e uma medicina particular; a estatizada, o Estado tratava dela; a particular, eles faziam o que queriam, mas não vamos lá misturar esta coisas! Quem quer

¹⁷⁴ O Ministério das Corporações e Segurança Social veio substituir o antigo Ministério das Corporações e Previdência Social em 1973.

¹⁷⁵ Decreto-Lei n.º 589/74, de 6 de Novembro, que transfere para a Secretaria de Estado da Saúde, a partir do dia 1 de Janeiro de 1975, os serviços médico-sociais das instituições de previdência de inscrição obrigatória.

¹⁷⁶ Maria de Lurdes Pintasilgo exerceu o cargo de ministra dos Assuntos Sociais no 2.º e 3.º governos provisórios, entre 17 de Julho de 1974 e 26 de Março de 1975.

¹⁷⁷ Determina várias providências relativas aos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa.

¹⁷⁸ Aplica aos hospitais concelhios, pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa, as disposições do Decreto-Lei n.º 707/74, de 7 de Dezembro.

particular vai, mas depois não venham cá pedir ao Estado. Nacionalizei quando estava no Governo os hospitais todos das Misericórdias (a maioria da Igreja), por decreto, com a ideia de juntar companhias de seguros, hospitais conde não sei o quê, centros de saúde, num único sistema.

No Alandroal estava tudo de acordo – os médicos andavam de um lado para outro a saltar, trabalhavam meia hora aqui, outro bocado ali. Eu cheguei lá e avisei que agora iria haver um só serviço que vai servir a população toda. Isto estava mais ou menos bem, quando apareceu o provedor da Misericórdia, e a Misericórdia tinha boas instalações e disse: “Não concordo.” Eu disse-lhe: “Mas olhe que isto é para o bem do País, agora fazemos as coisas por todos.” Bom, criou-se uma situação de impasse. Chamei o meu chefe de gabinete, mais um director-geral, discutimos: “Agora, como é que vamos fazer isto?” Eu disse: “É simples.” Chamei o provedor e os mesários e disse-lhes: “Façam o favor de entrar nesta sala. Senhor provedor, eu espero que o senhor provedor vá raciocinar sobre isto com os seus mesários e que cheguemos todos a um acordo que seja satisfatório. De maneira que vos deixo aqui dentro e quando chegarem a uma conclusão batam à porta, que eu abro.” Fechei a porta à chave e vim-me embora. Aquilo foi um bocado estrondoso, muitos vierem à janela enquanto eu estava cá fora a passear. Mas não foi muito tempo. Passado um quarto de hora eles bateram à porta, eu abri, e disseram: “Bom, atendendo às necessidades e tal e pronto, que, bem...” E assim se fez a integração dos serviços todos!”¹⁷⁹

Um outro aspeto curioso do processo de oficialização era o recurso ao artigo 79.º (Instalação de serviços e estabelecimentos) do Decreto-lei n.º 413/71. Assim, de acordo com o artigo 2.º do Decreto-lei n.º 707/74, os estabelecimentos pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa passavam a serem administrados por comissões nomeadas pelo secretário de Estado da Saúde em regime de instalação. Também, o artigo 3.º do mesmo decreto previa a passagem do pessoal desses estabelecimentos para o regime jurídico do pessoal dos estabelecimentos e serviços oficiais. Esse recurso ao DL 413/71 será amplamente usado na saúde para reorganização de serviços.

São de destacar neste período os seguintes decretos:

Decreto-Lei 488/75, de 4 de Setembro. Cria administrações distritais dos serviços de saúde.

¹⁷⁹ Raquel Varela (2014). *História do povo na revolução portuguesa: 1974-1975*. Lisboa: Bertrand Editora, p. 309.

“O lançamento das bases de um serviço nacional de saúde obriga a que, no âmbito das medidas de organização, se estabeleçam ou reforcem princípios de regionalização, de descentralização e da prestação integrada de cuidados de saúde.

De facto, a regionalização deve ser entendida como um processo de racionalização dos serviços, a fim de garantir cuidados médicos completos e integrados a uma colectividade, e forma de encorajar esta a participar na solução dos seus próprios problemas de saúde.

Por outro lado, esta racionalização pressupõe concentração de meios e busca de melhoria da eficiência dos serviços. Ainda é indispensável criar estruturas que, aos níveis central, intermédio e local, favoreçam a desejada integração na prestação dos cuidados de saúde.

Considerando as razões acima aduzidas, bem como revelarem-se já, em alguns distritos, condições capazes de possibilitar a experiência de uma regionalização com acentuado cunho descentralizador, e sem prejuízo de, mais tarde, as estruturas dos serviços de saúde, agora definidas, por ser urgente a sua integração, virem a acompanhar o novo ordenamento do território.”

O Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril. Aprova a Lei Orgânica Hospitalar. O Decreto Regulamentar n.º 30/77, de 20 de Maio. Aprova o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direcção dos Hospitais.

CAPÍTULO 3

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, OS MÉDICOS E A RESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA (1980-2000)

3.1 O fim do pacto social (1982-1986)

Um pacto social pode ser assim definido: “Acordo à escala nacional, negociado, periodicamente ou a título excecional, entre o movimento sindical, as organizações patronais e, eventualmente, o Governo, com o objetivo de assegurar, durante determinado espaço de tempo ou em permanência, as condições de uma relativa paz social. O compromisso estabelece-se primordialmente em torno do controlo do movimento de salários e preços (...). Significa, pois, a aceitação pelas partes de determinada programação económica e social, a cujos supostos benefícios se sacrificam certos interesses imediatos ou, possivelmente, até estratégicos.”¹⁸⁰ Pode ser escrito ou não, formal ou informal, existir de facto mesmo não estando consagrado – o que a nosso ver é a situação que existe entre 1975 e 1986, um pacto, com ganhos significativos para o trabalho, em troca da desistência, por parte das organizações sindicais e políticas representantes dos trabalhadores, da luta estratégica pelo poder e das intenções de alterar a forma de propriedade.

Os pactos sociais surgem normalmente em épocas de conjunturas económicas de crise, embora a crise não seja variável suficiente para determinar um pacto social. Devem existir outras, entre elas, cremos, a real capacidade de cedência, neste caso, do elo mais forte, os empresários/ patrões, ou seja, a capacidade de reformas dentro do sistema capitalista que signifiquem algum tipo de ganhos para o elo economicamente mais fraco desta relação, o trabalho. Poderão sempre existir

¹⁸⁰ José Barreto (1978). “Modalidades, condições e perspectivas de um pacto social”. Em: *Análise Social* XIV.53, pp. 81-106, p. 81.

pactos sociais impostos, mas nesse caso sê-lo-ão na forma e não no conteúdo, porque só será um pacto se as organizações de trabalhadores abdicarem de um conflito frontal em troca de algum tipo de conquista de direitos (ou garantia de não retrocesso de direitos).

Muitas das “conquistas de abril” só foram legalizadas nos anos vindouros, como referimos. É certo que depois do golpe de 25 de Novembro de 1975, que põe fim à dualidade de poderes nas forças armadas, introduzem-se paulatinamente leis que são um recuo face à situação de facto do biénio 1974-1975, mas, traumatizadas por uma explosão social sem precedentes, um movimento operário forte, extremamente organizado, sindicatos grandes e influentes, as classes dirigentes vão de facto criar as condições legais para a institucionalização de muitos daqueles direitos.

Não há, a contrário do veiculado pelo senso comum, um decréscimo linear dos conflitos sociais com a institucionalização e estabilização do regime democrático representativo, mas estes vão adquirir, gradualmente, um carácter diferente, sobretudo no que toca às reivindicações, organização e suas direcções. O número de greves, segundo dados oficiais, por exemplo, mantém-se muito elevado. Os dados apontam para um crescente número de greves que só diminuirá drasticamente no espaço de uma década, já depois da adesão de Portugal à então CEE, hoje União Europeia (UE). Entre 1976 e 1980 o número de greves situa-se entre as 270 e as 370 e em 1981, em pleno duplo mergulho da crise de 1981-1984, há um surto grevista que dispara para mais de 600 greves – e que corresponde à segunda intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI) em Portugal –, mantendo-se muito alto até 1984, com 525 greves registadas, decrescendo depois lentamente até ter uma diminuição significativa só em 1987, com 213 greves¹⁸¹. Maria Luísa Cristovam¹⁸² regista também um aumento do número médio de trabalhadores por greve (de 331 em 1977 para 885 em 1979) e um aumento do número médio de dias de trabalho perdidos por greve (de 1437 em 1977 para 1632 para 1979). É importante ainda destacar que neste período há

¹⁸¹ Anuário Estatístico de Portugal, Instituto Nacional de Estatística, vários anos; CGTP, Greves sectoriais, 1989-2008; DGEEP, Direcção Geral de Estudos Estatísticas e Planeamento, Greves, 1986-2007, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social; Direcção Geral da Administração Pública. Greves Gerais da Administração Pública 2007-2008.

¹⁸² Maria Luísa Cristovam (1982). *Conflitos de Trabalho em 1979*. Breve Análise Sociológica. Lisboa: Ministério do trabalho.

crescimento económico e nalgumas empresas, entre elas a Lisnave¹⁸³, aumento significativo do número de trabalhadores.

A mudança no tipo de greves e na organização vem acompanhada, num aparente paradoxo, da liberalização da lei da greve, bastante menos restritiva que a lei semibonapartista que vigora no período revolucionário e que era uma lei claramente de resposta à onda de greves radicais desse período. Em 1977 entra em vigor a nova Lei da Greve: a singularidade é que proíbe o lock-out, que era permitido na lei da greve aprovada por Vasco Gonçalves, o PCP e o PS; retira-se da lei a proibição de greves políticas e de solidariedade, bem como a proibição de ocupar a empresa ou “desorganizar o processo produtivo” e, de entre as empresas que estão obrigadas a serviços mínimos, desaparecem as instituições de crédito e industriais “indispensáveis para a defesa nacional”, mantendo-se os hospitais, correios e telecomunicações, bombeiros, abastecimento de águas, energia.

Por outro lado, importa sublinhar, a situação social estava longe de estar estabilizada política e socialmente. Entre 1976 e 1983 o País vai ter nada mais, nada menos do que dez governos, dois dos quais interinos e três de iniciativa presidencial. Era o resultado institucional de um País fortemente radicalizado (recordemos os quase 800 mil votos em Otelo Saraiva de Carvalho em 1976!), saído de uma revolução parcialmente vitoriosa que fazia entrar agora no vocabulário as “conquistas de Abril”, “os direitos adquiridos”, em referência aos direitos conquistados. De tal forma que a tentativa de impor a concertação social em 1977¹⁸⁴ – cujos princípios estavam contra o pacto social porque estabeleceu por decreto-lei o limite de 15% para os aumentos salariais e a fixação de um cabaz de compras, entre outras medidas – é um desaire e o I Governo Constitucional cai. Como salienta José Barreto: “as relações entre o patronato e os trabalhadores ficaram, como é óbvio, profundamente marcadas pelas lutas políticas de 1974-1975, que haviam restabelecido um novo desequilíbrio na relação de forças patronato/trabalhadores, desta vez em proveito dos segundos.”¹⁸⁵

Porém, esta instabilidade política é marcada pela progressiva estabilização de centrais sindicais muito próximas do modelo europeu. Depois

¹⁸³ Varela (2011a). “A Persistência do Conflito Industrial Organizado”.

¹⁸⁴ Na mesma altura que em Espanha se negociavam os Pactos de Moncloa, com o apoio dos socialistas e comunistas (PSOE e PCE).

¹⁸⁵ Barreto, ob. cit., p. 94.

do fim da revolução é revogada a lei da unicidade sindical e surge uma nova central sindical, a UGT (União Geral dos Trabalhadores), ligada ao Partido Socialista e ao Partido Popular Democrático, cuja força maior se encontra nos bancários. As duas centrais sindicais rivalizam entre si na disputa de influência junto dos trabalhadores, mas a CGTP, ligada ao Partido Comunista, continua a ser a maior, com influência no operariado industrial, no setor de serviços e nos funcionários públicos. Em final de 1977 a CGTP mantém na sua esfera de influência 287 dos 360 sindicatos existentes em Portugal, entre eles a maioria dos sindicatos da indústria.

Entre 1977 e 1981 o rendimento disponível real *per capita* registou um crescimento médio anual de 3,6% ao ano. Neste cálculo não entram só as remunerações do fator trabalho – que são mais elevadas em 1975 (70%) do que em 1979 (45,9%) –, mas também outra fonte de rendimentos: “as transferências correntes do Estado, maioritariamente constituídas pelas rubricas “prestações sociais”, com 13,3% do total”¹⁸⁶. Era o valor do salário social, pago em funções sociais do Estado.

A situação muda radicalmente com a crise do início da década de 80 e desta vez com a incapacidade de os trabalhadores responderem com sucesso às medidas contra cíclicas, as medidas de “austeridade” que visavam reverter a queda da taxa média de lucro. Em 1980 a taxa de crescimento do PIB é de 4,81%, em 1981 é de 1,26%, em 1984 é de -1,82%.

Argumentamos que o pacto social nasceu em 1975 e ficou consagrado na Constituição de 1976. Manteve-se por causa da intensa conflituosidade herdada da revolução – 10 governos em 10 anos, entre 1976 e 1985. Pode-se dizer que, nesse período, Portugal viveu sob um regime democrático-representativo de cunho reformista, uma espécie de *welfare state* tardio nascido, simultaneamente, de uma revolução política vitoriosa e de uma revolução social derrotada. No contexto da crise económica de 1981-1984 e, particularmente, a partir dos anos 1985-1986, Portugal entrou em sintonia política com os países centrais do continente e, com isso, viveu uma metamorfose no seu regime democrático liberal. Sintonizado com as novas necessidades da acumulação à escala internacional, o capitalismo português operou – por meio de um processo que veremos à frente – uma transformação da sua democracia reformista, de tipo keynesiano, para uma democracia contrarreformista, de tipo neoliberal. Assim, a partir da segunda metade da década de

¹⁸⁶ Aida Valadas Lima. “O rendimento em Portugal ao longo da última década”. Em: XXI.87-88-89, pp. 499-526.

1980, erigiu-se no país um regime democrático liberal de tipo blindado ou, por outras palavras, uma democracia blindada¹⁸⁷.

No meio da crise económica de 1981-1984, também no âmbito de um empréstimo internacional agregado a um conjunto de medidas então também denominadas de “austeridade”, reduz-se o rendimento disponível do trabalho. A inflação terá nestes anos um papel destacado na desvalorização dos salários. Argumentámos noutros trabalhos¹⁸⁸ que para esse processo se ter dado tiveram que reunir-se cinco condições, que procurámos sistematizar num contributo para uma análise em curso e que estão na base da erosão do pacto social (que outros autores classificam de emergência do período neoliberal):

– Ligação estreita entre um sindicalismo fortemente apoiado na negociação e não no confronto embora mais ou menos pactuante, consoante seja protagonizado pela UGT ou pela CGTP – e, tendo este sindicalismo fortes ligações ao regime democrático, feitas a partir do elemento Estado, visto não como um opositor, mas como um árbitro para o qual as propostas eram direcionadas, em vez de para as empresas, como foi característico do período da revolução¹⁸⁹. Os principais sindicatos de então, aceitando a necessidade de sair da crise mantendo o mesmo modelo de acumulação, aceitaram que a “saída da crise” fosse realizada por ajudas diretas maciças às empresas, por um lado, e por outro, por ajudas indiretas pela via da transferência para o Estado de parte dos custos da força de trabalho (casos das reformas antecipadas ou das isenções de contribuições para a segurança social). O papel do Estado como moderador, em sede de concertação social, foi visto como uma forma de corporativismo, rejeitado pela CGTP, mas só durante um ano; na sequência, esta aderiu também ao Conselho da Concertação Social, embora não tenha assinado todos os acordos¹⁹⁰. Discutimos a hipótese de que o pacto social só se manteve, num aparente paradoxo, quando não existiu pacto firmado, isto é, durante a revolução e a instabilidade

¹⁸⁷ A tese da democracia blindada foi defendida pelo historiador Felipe Demier em Varela, Arcary e Demier, op. cit.

¹⁸⁸ Varela (2013). “A “eugénização da força de trabalho” e o fim do pacto social. Notas para a história do trabalho, da segurança social e do Estado em Portugal”; idem. “Rutura e Pacto Social em Portugal. Um Olhar sobre as Crises Económicas, Conflitos Políticos e Direitos Sociais em Portugal (1973-1975, 1981-1986)”

¹⁸⁹ Marinús Pires de Lima (1986). “Transformações das Relações de Trabalho e Ação Operária nas Indústrias Navais (1974-1984)”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 18,19,20, p. 541; Alan Stoleroff. “Sindicalismo e Relações Industriais em Portugal”. Em: *Sociologia* 4, p. 160.

¹⁹⁰ A CGTP assinou sete destes acordos

dos dez anos seguintes e que a existência jurídica do pacto – plasmada na concertação social – foi significando o fim desse mesmo pacto social. Ou seja, pactos sociais não dependem de acordos, mas da inexistência deles mantêm-se enquanto há conflitualidade social.

1) Melhoria de vida e dos níveis de consumo dos setores médios e dos trabalhadores.

2) Mudanças no sistema internacional de Estados, na sequência da queda do Muro de Berlim e do fim da URSS. Não é, cremos, o fim da URSS que determina a erosão dos direitos sociais argumento usado frequentemente – porque essa erosão passou por difíceis negociações sindicais a montante. Mas parece ser um argumento com rigor que o fim da URSS foi visto com desesperança para quem, sobretudo em países como Portugal, onde havia fortes partidos comunistas, acreditava que havia “algures a leste” uma sociedade mais igualitária. Não era, como sabemos, uma sociedade igualitária e, num aparente paradoxo, porque se prende com a política de coexistência pacífica, a gestão da precariedade foi negociada também com os mesmos sindicatos¹⁹¹, de inspiração comunista, que viam na URSS um exemplo e que advogaram, numa construção de memória que não tem sido alvo de uma visão crítica, que o fim da URSS significara o fim das “conquistas adquiridas” no Ocidente.

3) Derrota do setor mais importante do movimento operário organizado como exemplo para todos os outros setores das classes trabalhadoras e setores médios – três anos de salários em atraso na Lisnave levaram à derrota destes trabalhadores que assinaram o primeiro compromisso de empresa alguma vez feito em Portugal naqueles termos (de “paz social”), e que teve um efeito de arrastamento simbólico sobre os outros setores, à semelhança, como assinalam Stoleroff¹⁹² e Strath¹⁹³, entre outros, do que acontece com a derrota dos mineiros com Margaret Thatcher em Inglaterra, dos controladores aéreos nos EUA, dos operários da Fiat em Turim, e, mais tarde, dos trabalhadores do petróleo no Brasil.

4) Um quinto factor que é a utilização do fundo da segurança social para gerir a precariedade e o desemprego, criando um colchão social, seguindo as orientações do Banco Mundial, que evitasse disrupções

¹⁹¹ A esmagadora maioria dos sindicatos em Portugal negociou e aceitou os acordos que previam reformas antecipadas.

¹⁹² Alan Stoleroff (2012). *All's fair in love and (class) war*. Site de Alan Stoleroff. Consultado em 15/03/ 2013.

¹⁹³ Bo Strath (1989). *La Política de Desindustrialización. La Contracción de la industria de la construcción naval en Europa Occidental*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

sociais fruto da extrema pobreza, desigualdade ou regressão social. Essa utilização foi negociada caso a caso e na maioria dos casos aceite pelos sindicatos, sob a forma de reformas antecipadas – banca, seguros, grandes empresas metalomecânicas (só na Lisnave quase 5000 trabalhadores vão até 10 anos para a reforma antecipada com a totalidade dos salários¹⁹⁴), estivadores e trabalhadores portuários (o número é reduzido de 7000 para os atuais 700 em todo o País¹⁹⁵), setor das empresas de telecomunicações, eletricidade, para citar alguns exemplos. Em troca conservam-se os “direitos adquiridos” para os que já os tinham e ou não entram novos trabalhadores, ou os que entram ficam já sob um regime de precariedade, o que implica uma redução substancial das contribuições para a segurança social. O que se verifica é uma estreita ligação entre gestão da força de trabalho empregada, os fundos da segurança social e a criação crescente de medidas assistencialistas para atenuar os efeitos da conflitualidade social decorrentes de uma situação de desemprego que se afirma cíclica mas crescente (subsídios de desemprego, apoio a lay-off, formação profissional, rendimento mínimo, rendimento social de inserção, subsídio social de desemprego, subsídio parcial de desemprego).

A Lisnave jogará neste contexto um papel determinante. Desenvolve-se um conflito na empresa que vai durar anos, sendo o período mais crítico o dos anos entre 1982 e 1986. Trata-se de um conflito de características defensivas que visa em primeiro lugar a conservação dos postos de trabalho. Lima afirma que:

“Na Lisnave, as estratégias de gestão social da mão de obra procuram responder às condições específicas da crise económica: cerca de 2700 reformas antecipadas, tentativa de suspensão dos contratos de trabalho, propostas de mais de 2000 rescisões voluntárias de contrato de trabalho, despedimento coletivo de perto de 600 trabalhadores (...)”¹⁹⁶.

O golpe mais duro sobre estes operários vai ser a política de salários em atraso que a administração inicia para desmoralizar os trabalhadores. Fernando Figueira, operário da Lisnave nesta altura, afirmou em entrevista “que havia casos de famílias que mandaram as crianças para

¹⁹⁴ Ver sobre este tema, Paulo Jorge Martins Fernandes (1999). “As Relações Sociais de Trabalho na Lisnave, Crise ou Redefinição do Papel dos Sindicatos?” Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

¹⁹⁵ Sobre as reformas antecipadas no trabalho portuário ver Decreto-Lei n.º 483/99, de 9 de Novembro.

¹⁹⁶ Lima, loc. cit., p. 541.

casa dos avós por já não terem como sustentar a educação e mesmo a sobrevivência dos filhos”¹⁹⁷.

Os trabalhadores responderão com diferentes ações e desenrola-se neste período uma acirrada disputa sindical dentro da Lisnave que opõe a tendência dirigida pela UDP, que propugna a ação direta e a permanência do modelo basista de discussão e ação entre os trabalhadores, a uma tendência próxima do PCP, que defendia o controlo da discussão e da informação, para realizar negociações com a administração, e finalmente uma tendência da UGT, que progressivamente vai ganhando espaço, de acordo com Marinús Pires de Lima, porque os trabalhadores viam nela uma maior proximidade com o poder e por outro lado porque a militância real dos trabalhadores tende a diminuir neste período, acompanhando uma diminuição geral da mobilização dos trabalhadores no período pós-revolucionário.

Os trabalhadores da Lisnave ainda protagonizarão medidas radicais de luta como o sequestro de diretores e administradores (setembro e outubro de 1982), bloqueio de navios, medidas que terão como resposta a ocupação policial do estaleiro em 1983. Lutava-se contra a redução dos postos de trabalho e pelo pagamento dos salários em atraso, mas a sua capacidade de responder às medidas anticrise da administração tende a diminuir. Neste contexto, com grande surpresa face à anterior história de radicalidade da Lisnave, a UGT vai ganhar a maioria para a comissão de trabalhadores em 1986, pela primeira vez na história da Lisnave. Longe, porém, de ter garantido a viabilidade da Lisnave, a reestruturação e finalmente o quase desaparecimento da empresa dão-se a partir desta data de forma irreversível.

Será em resultado de uma negociação em que toma parte a comissão de trabalhadores dirigida pela UGT que se assinará, em 1986, o único acordo de empresa celebrado até aí em Portugal que previa uma cláusula de paz social. Em troca de a administração regularizar os salários em atraso, são assinados os “contratos sociais”, em que os trabalhadores se comprometiam a não fazer greves, renunciar às férias, em troca da construção de um superpetroleiro, construção que no fim acabou por ser cancelada. A seguir ao acordo são feitas de imediato 700 rescisões voluntárias com indemnização. A partir desse ano não houve mais greves na Lisnave.

¹⁹⁷ Raquel Varela (2009). Entrevista com Fernando Figueira, trabalhador da Lisnave Margueira. Lisboa, jan. de 2009.

Em 1984, surge o Conselho Permanente de Concertação Social (CPCS), um organismo tripartido onde estavam representados o Governo, confederações patronais e sindicais, que visa arbitrar a luta de classes. A ideia era domesticar a força de trabalho, numa época de crise que tinha sido acompanhada de agudização das tensões sociais. O Governo, que joga aqui um papel de até duvidosa legalidade constitucional, aparece como força neutra, com sérios riscos de corporativismo. Ao CPCS aderiu imediatamente a UGT, afeta aos social-democratas e liberais. A CGTP, dirigida pelo PCP, começa por considerar o Conselho uma entidade “proto-fascista”, mas irá rapidamente recuar desta posição e aderir a este em 1987¹⁹⁸. De acordo com o sociólogo Hermes Augusto Costa¹⁹⁹, a derrota dos operários da Lisnave, que se saldou no acordo de empresa, foi fundamental, do ponto de vista político, para instituir o Pacto Social em Portugal e levar a CGTP, depois da derrota da Lisnave, a aderir ao CPCS.

A partir do final da década de 80 somam-se derrotas e perdas estruturais quer na legislação laboral – flexibilizada pondo fim de facto ao direito ao trabalho – quer nos “direitos” conquistados. A 28 de março de 1988 é convocada a primeira greve geral contra as “políticas neoliberais”. Foi durante o I Governo constitucional de Mário Soares que se introduziram os contratos a prazo, mas é a partir dos governos de Cavaco Silva que se generaliza a precariedade do emprego. Esta greve geral é convocada contra o “Pacote Laboral” que visava generalizar o trabalho precário. Desta vez as duas principais centrais sindicais, CGTPe UGT, convocam a greve. Passar-se-ão 14 anos até que uma nova greve geral seja convocada.

Durante este período de otimismo consolidaram-se os processos de flexibilização laboral: contratos a prazo, part-time, outsourcing, estágios não remunerados e a generalização dos chamados “recibos verdes” (em referência à cor do recibo que os trabalhadores “independentes” passam), em que os trabalhadores são de facto trabalhadores por conta de outrem que exercem uma profissão permanente, mas são pagos como se fossem tarefeiros, o que significa que pagam eles próprios a segurança social, só recebem à tarefa e não têm subsídios de férias, de Natal, de desemprego, de maternidade ou outro qualquer.

¹⁹⁸ Alan Stoleroff (1990). *O Sindicalismo e o Estado Pós-1974: O neo-corporativismo e a luta de classes*. Fragmentos, p. 138.

¹⁹⁹ Hermes Augusto Costa (1994). “A Construção do Pacto Social em Portugal”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 39, pp. 119-146.

Há uma generalização crescente da precarização do trabalho. Os números não são unânimes, mas Garcia Pereira, em 2007, falava em mais de 2 milhões para a força de trabalho contratada a prazo e destes, mais de meio milhão a recibo verde²⁰⁰.

Na revisão constitucional de 1989 foi eliminado o princípio da irreversibilidade das nacionalizações – não será mera coincidência a implosão do Bloco de Leste nesta altura –, concedendo ao Governo poderes para reprivatizar as empresas nacionalizadas e abrir à internacionalização do capital, quer estrangeiro em Portugal, quer participações, ainda que menores, do capital português na banca e em fundos estrangeiros. Foi eliminada a referência constitucional à reforma agrária. Foi eliminada a socialização dos meios de produção. Foi eliminado o princípio da gratuidade do Serviço Nacional de Saúde, que passou a ser “tendencialmente gratuito”. Ainda em 1989 foi aprovada a Lei de Bases do Ensino²⁰¹, que estabelece o quadro de referência da contrarreforma do sistema educativo²⁰².

Efetivamente, a partir de meados da década de 80 do século xx, a força de trabalho no País foi sendo progressivamente dividida. Entre, de um lado, uma força de trabalho em geral mais velha, com mais direitos, mais sindicalizada, menos formada, ainda sob a égide do pacto social nascido da revolução de 1974-1975, mais predisposta a mediações, e por outro lado um país precário, uma mão de obra do modelo just in time, ou seja, um trabalhador “na hora” que é chamado a trabalhar quando as empresas precisam e devolvido ao desemprego quando baixa a produção, em geral mais qualificado²⁰³ mas com menos capacidade reivindicativa e organizativa. Este quadro configura um modelo tendencial com

²⁰⁰ Garcia Pereira (2012). O Assédio: causas e condicionantes. Comunicação apresentada em novembro de 2007. URL: <http://pascal.iseg.utl.pt/IÊsocius/publicacoes/wp/WP3.2008.pdf> (consultado em 14/04/2011), p. 5.

²⁰¹ Raquel Varela e Sandra Duarte (2013). “Paixão pela educação...privada. Educação e terceira via em Portugal: da revolução dos cravos aos nossos dias”. Em: *Redefinições das fronteiras entre o público e o privado...Brasília*. Ed. por Vera Peroni. Liber livro editora, pp. 120-140.

²⁰² Mas neste caso a reação social, liderada pelos estudantes, foi imensa. Estas medidas, apesar de aprovadas, chocavam com a resistência nas escolas e nas populações. A contestação começa contra a reestruturação dos cursos (que dividia os cursos superiores em ramo educativo e ramo científico), passa para a refutação da Prova Geral de Acesso ao ensino superior, com manifestações de milhares de estudantes liceais nas ruas, e finalmente explode na resistência às propinas: três ministros da Educação são obrigados a demitir-se, sem força social para governarem.

²⁰³ Giovana Alves (2007). *Dimensões da Reestruturação Produtiva. Ensaios de Sociologia do Trabalho*. Londrina: Editorial Praxis.

muitas exceções, mas que é demonstrativo da dinâmica da formação atual do mercado de trabalho.

Dotada de um caráter hegemónico – isto é, combinando de forma equilibrada elementos de consenso e coerção –, esta forma de democracia actual apresenta estruturas de funcionamento fechadas às pressões populares, preservando os seus núcleos institucionais decisórios como espaços exclusivos dos interesses da classe dominante – o historiador Felipe Demier classifica-as de “democracias blindadas”. Impedindo, por meio de uma série de artifícios económicos, políticos e culturais, que as exigências populares de cunho reformista possam entrar na cena política institucional, a democracia portuguesa contemporânea, erigida com o fim do pacto social, encerra – assim como grande parte das democracias liberais contemporâneas – um sentido histórico profundamente regressivo. Na atual conjuntura de crise económica do chamado tardo-capitalismo,²⁰⁴ os regimes democrático-liberais acentuaram o seu conteúdo contrarreformista, cujos efeitos nocivos para aqueles que vivem da venda (ou da tentativa de vender) a sua força de trabalho, tentam ser minimizados pela expansão de políticas sociais compensatórias, carentes de universalidade. Pode-se dizer que nessas democracias liberais contemporâneas de tipo blindado verifica-se uma nova forma de tratar a velha “questão social” por parte do Estado capitalista.²⁰⁵ Em Portugal, é possível perceber como, independentemente das coligações partidárias que estejam momentaneamente no poder, a tónica da política estatal tem sido a aplicação de uma agenda programática cujos eixos centrais são o esfacelamento das conquistas sociais contidas na Constituição de 1976 e a aplicação de políticas sociais de perfil focalizado²⁰⁶.

Nessa contra-ofensiva do capital sobre o trabalho – definida por Ruy Braga como a “restauração do capital”²⁰⁷ –, que visava reverter o quadro crítico das economias centrais verificado a partir de 1973²⁰⁸,

²⁰⁴ José Paulo Netto (2010). *Uma face contemporânea da barbárie*. Comunicação apresentada no III Encontro Internacional Civilização ou barbárie. Serpa.

²⁰⁵ Idem, *Uma face contemporânea da barbárie*; Elaine R. Behring (1997). “Anova condição da política social”. Em: Pauto 10.

²⁰⁶ Varela, “A Eugenização da Força de Trabalho em Portugal”.

²⁰⁷ Braga, Ruy. *A Restauração do Capital*. Um estudo sobre a crise contemporânea. São Paulo: Xamã, 1997.

²⁰⁸ Michel Husson (1996). *Misère du capital*. Paris: Syros; David Harvey (2004). *O novo imperialismo*. São Paulo: Loyola; François Chesnais (1994). *La mondialisation du capital*. Paris: Syros; e José Paulo Netto (1995). *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez.

uma das metas políticas aventadas pelos intelectuais orgânicos das classes dominantes, como bem destacou Atilio Boron, era tornar os regimes democrático-liberais imunes (ou pelo menos não muito susceptíveis) às “exigências populares”.²⁰⁹ Livrá-los dos “‘excessos’ democráticos, paralisantes da alegada vitalidade do mercado”²¹⁰, apareceria no receituário dos ideólogos neoliberais como uma condição política necessária à recuperação das economias capitalistas em crise, em especial as europeias politicamente alicerçadas no chamado “bem-estar social” (Alemanha, França, Inglaterra, Itália, etc.). Assim, se as concessões materiais do capital ao trabalho que garantiam o pacto social vigente sob as democracias do *welfare state* (direitos sociais, estabilidade do salário real, baixos níveis de desemprego, relativa qualidade de vida do proletariado médio, etc.) deveriam ser progressivamente retiradas para que os níveis de lucratividade fossem retomados, tornava-se premente que as incômodas interferências populares nos centros decisórios do poder político (Parlamento e poder executivo, especialmente) fossem reduzidas ao máximo. Para se reerguer, o capital deveria desfazer-se de todas as suas amarras reformistas:

“As raízes da crise, afirmavam Hayek [teórico pioneiro do neoliberalismo] e seus companheiros, estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com as suas pressões reivindicativas sobre os salários e com a sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (...). Esses dois processos destruíram os níveis necessários de lucros das empresas e desencadearam processos inflacionários que não podiam deixar de terminar numa crise generalizada das economias de mercado. O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções económicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas

²⁰⁹ Atilio Boron (2004). “La transición hacia la democracia en América Latina: problemas e perspectivas”. Em: Estado, capitalismo y democracia en América Latina. Ed. por Atilio Boron. Buenos Aires: Clacso, p. 246.

²¹⁰ Ibid., p. 246

fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes económicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas, então às voltas com uma estagflação, resultado direto dos legados combinados de Keynes e de Beveridge, ou seja, a intervenção anticíclica e a redistribuição social, as quais haviam tão desastrosamente deformado o curso normal da acumulação e do livre mercado. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos.”²¹¹

Iniciado pelo governo de Margaret Thatcher na Inglaterra (1979-1990), que impôs drásticas derrotas ao movimento sindical,²¹² esse processo de reformatação das democracias liberais realizou-se com ritmos desiguais e encaminhamentos diferenciados no continente europeu. Também as nações que só conheciam o regime democrático-liberal havia poucos anos, como Portugal, Espanha e Grécia, deveriam moldá-lo de modo a sintonizar as suas formas de dominação político-social com as exigências da recuperação económica capitalista. Em resumo, pode-se dizer que a plataforma neoliberal, que incluía corte de direitos sociais, privatizações, aceleração da reestruturação produtiva e financeirização da economia, exigia, na Europa dos anos 1980, uma nova configuração político-jurídica do Estado mais adequada à sua implementação²¹³.

Parece-nos que, regra geral, um desses blocos políticos do regime é composto por partidos tradicionalmente identificados com as forças conservadoras (de direita), enquanto o outro é capitaneado por um ou mais partidos (social-democratas e/ou euro-comunistas) que, embora vinculados historicamente à classe trabalhadora e às suas reivindicações de melhoria de vida, passaram por

²¹¹ Perry Anderson (1995). “Balanço do neoliberalismo”. Em: *O pós-neoliberalismo*. Ed. por Emir Sader e Pablo Gentili. Paz e Terra, pp. 10-11.

²¹² Não custa lembrar aqui o atroz combate travado pelo Governo Thatcher contra os mineiros, um segmento do proletariado britânico com longa tradição de luta. Quebrando a espinha do movimento sindical do país, o Governo Thatcher ficou com o caminho livre para a implantação dos seus planos neoliberais em Inglaterra (privatizações, corte de direitos laborais, etc.).

²¹³ Vale a pena lembrar que o primeiro laboratório das políticas neoliberais foi o Chile de Pinochet, ou seja, as políticas neoliberais não nasceram associadas obrigatoriamente à democracia liberal. Anderson Anderson, loc. cit..

um processo de transformismo²¹⁴ no qual uma plataforma política de cunho reformista (mais ou menos radical, dependendo do caso) deu lugar à aplicação, quando no poder, de um programa essencialmente contrarreformista (mesclado com políticas públicas focalizadas, os programas assistencialistas).

Quanto a isso, podemos lembrar aqui os casos do Partido Socialista francês (PS), de Mitterrand, do Partido Trabalhista inglês (o “New” Labour Party), de Tony Blair e Gordon Brown, o Partido Social-Democrata da Alemanha (o histórico SPD), de Schröder, o Partido Democrático de Esquerda na Itália (o PDS, surgido com o fim do Partido Comunista Italiano), de Massimo D’Alema, o Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE), de Felipe González e Zapatero, e o PS português (PS), de Mário Soares, entre outros partidos europeus que aderiram à chamada “terceira via” nas décadas de 1980 e 1990. Em alguns casos excepcionais, convém acrescentar, alguns desses partidos oriundos do reformismo social foram “mais papistas que o papa”, superando os partidos de direita em velocidade e profundidade no que diz respeito à aplicação dos planos neoliberais. Segundo Perry Anderson:

“já em 1982 e 1983 o governo socialista na França se viu forçado pelos mercados financeiros internacionais a mudar o seu curso

²¹⁴ Gramsci, nas suas análises sobre a unificação italiana (interpretada pela chave teórica da “revolução passiva”), propôs o conceito de transformismo visando explicar o processo histórico-político pelo qual personalidades (num primeiro momento) e grupos/partidos políticos (num segundo momento) identificados com a linha extremista se incorporaram à “classe política” conservadora e moderada (caracterizada pela hostilidade a qualquer intervenção das massas populares na vida estatal, a qualquer reforma orgânica que substituísse o rígido ‘domínio’ ditatorial por uma ‘hegemonia’)” (Antônio Gramsci (2002). *Cadernos do Cárcere*. Vol. V. Civilização Brasileira, p. 286). Noutro momento dos seus escritos do cárcere, Gramsci aplicou o conceito a determinados grupos de intelectuais italianos que, de passado rebelde, haviam migrado/retornado para as fileiras dominantes: “Eficácia do movimento operário socialista na criação de importantes setores da classe dominante. A diferença entre o fenómeno italiano e o de outros países consiste, objetivamente, no seguinte: que, enquanto nos outros países o movimento operário e socialista elaborou personalidades políticas singulares que passaram para a outra classe, na Itália, pelo contrário, elaborou grupos intelectuais inteiros que realizaram essa passagem como grupos. A causa do fenómeno italiano, ao que me parece, deve ser procurada na escassa aderência das classes altas ao povo: nas lutas geracionais, os jovens aproximam-se do povo; nas crises de mudança, esses jovens retornam à sua classe (foi o que ocorreu com os nacionais-sindicalistas e com os fascistas). No fundo, trata-se do mesmo fenómeno geral do transformismo, em condições diversas [...]. A burguesia não consegue educar os seus jovens (luta de geração): os jovens deixam-se atrair culturalmente pelos operários, e chegam mesmo a tornar-se – ou procuram fazê-lo – seus líderes (desejo ‘inconsciente’ de realizarem a hegemonia da sua própria classe sobre o povo), mas nas crises históricas retornam às origens”. *idem, Cadernos do Cárcere*, pp. 94-95.

dramaticamente e reorientar-se para fazer uma política muito próxima da ortodoxia neoliberal, com prioridade para a estabilidade monetária, a contenção do orçamento, concessões fiscais aos detentores de capital e abandono do pleno emprego. No final da década, o nível de desemprego na França socialista era mais alto do que na Inglaterra conservadora, como Thatcher se gabava amiúde de assinalar. Na Espanha, o Governo de González jamais tratou de realizar uma política keynesiana ou redistributiva. Pelo contrário, desde o início o regime do partido no poder mostrou-se firmemente monetarista na sua política económica: grande amigo do capital financeiro, favorável ao princípio de privatização e sereno quando o desemprego na Espanha rapidamente alcançou o recorde europeu de 20% da população ativa [...] Enquanto isso, no outro lado do mundo, na Austrália e na Nova Zelândia, o mesmo padrão assumiu proporções verdadeiramente dramáticas. Sucessivos governos trabalhistas ultrapassaram os conservadores locais de direita com programas de neoliberalismo radical – na Nova Zelândia, provavelmente o exemplo mais extremo de todo o mundo capitalista avançado, desmontando o Estado de bem-estar muito mais completa e ferozmente do que Thatcher na Inglaterra.”²¹⁵

Substituindo uma política de pacto social por outra de concertação social, tais partidos “de esquerda” costumaram (costumam) manter a sua capacidade de direção sobre os setores mais organizados dos trabalhadores (em especial sobre o movimento sindical), o que acaba por contribuir para um processo de “passivização” dos setores subalternos da sociedade.²¹⁶ Face aos movimentos sociais e organizações políticas que se opõem frontalmente ao projeto contrarreformista, o regime democrático-liberal blindado responde com as já mencionadas marginalização político-institucional e a criação/aplicação de diplomas legais (formulados de modo totalmente casuístico) que restringem cada vez mais a pressão por políticas sociais e universais.

3.2. Da gestão democrática à gestão empresarial na saúde

De um ponto de vista quantitativo e qualitativo, o SNS mudou desde o seu nascimento até aos dias actuais em diversos aspectos, como

²¹⁵ Anderson, op. cit., pp. 13-14.

²¹⁶ Virgínia Fontes (2010). *O Brasil e o capital-imperialismo. Teoria e história*. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ.

na capacidade de cobertura da sua rede, tanto em termos de recursos humanos como em recursos de equipamento como instalações, meios de diagnósticos e terapêutica, etc. Criado num contexto de carência de força de trabalho adequada à prestação desse serviço, é natural que assim seja²¹⁷. O SNS possui hoje uma rede de cuidados de saúde primários (CSP), representada por centros de saúde (CS), com médicos pertencentes, na sua maioria, à carreira de medicina geral e familiar (MGF) ou em formação, no internato, enfermeiros, técnicos de diagnósticos e terapêuticas (TDT) e, sobretudo, uma experiência acumulada de cerca de 32 anos²¹⁸. Conta igualmente com uma rede de hospitais gerais e especializados espalhados por todo o território nacional, formada por médicos especialistas em cerca de meia centena de especialidades, enfermeiros, TDT, técnicos superiores de saúde (TSS), auxiliares de acção médica, etc. Ao todo, o Ministério da Saúde empregava em 2014 quase 120 mil trabalhadores, sendo o segundo empregador na administração pública, atrás apenas do Ministério da Educação. Cerca de 75% desse efectivo pertence às carreiras especiais da saúde atrás referidas, mais os auxiliares de acção médica. Entre todas as mudanças, algumas são não somente expectáveis como desejáveis. Outras, de carácter mais político-ideológico, são francamente questionáveis, na medida em que questionam, de facto, o princípio segundo o qual foi constituído o SNS, o da universalidade. Essas mudanças operam no campo da gestão e do financiamento no sentido de regular a oferta de cuidados de saúde através do mercado desses cuidados, que teria de ser criado. A gestão empresarial seria a forma organizativa do SNS nesse mercado. O argumento que apelava a essas formas empresariais seria o ganho de eficiência, possibilitando fazer mais e melhor com o mesmo.

Para percebermos estas mudanças é preciso, antes de mais, entender qual é o real sentido da universalidade dos serviços de saúde, de acordo com as concepções que o moldaram tanto na Revolução de 1974 como na altura da criação formal do SNS, em 1979. Assim, toda a população teria não só o direito à prestação de serviços de saúde através do SNS como esses serviços corresponderiam ao mais alto padrão de qualidade. Mais: essa prestação seria facultada a tempo, tanto do ponto de vista

²¹⁷ Em 1980 havia cerca de 18 700 médicos inscritos na Ordem. Esse número era em 2013 de cerca de 44 500.

²¹⁸ O perfil básico dos CPS data de 1984, ano da unificação dos antigos serviços médico-sociais das caixas de previdência com os CS da Direcção Geral de Saúde.

clínico, como seria óbvio, como do ponto de vista social. Sobretudo porque, como reconhecia já em 1961 o *Relatório sobre as Carreiras Médicas*, numa sociedade urbana, o direito à saúde é uma condição necessária para o exercício dos demais direitos, como o direito ao trabalho e, por essa via, o direito à própria existência.

Fruto da Revolução de 1974, os cuidados de saúde organizaram-se de acordo com a dinâmica desse momento, onde as formas democráticas de participação, sobretudo dos trabalhadores da saúde pública, definiriam essa organização. Exemplos disso são o Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de Setembro²¹⁹, o Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril²²⁰, e o Decreto Regulamentar n.º 30/77, de 20 de Maio²²¹, que previam uma intensa participação dos sectores profissionais integrados em órgãos colegiais, tanto a nível das administrações distritais dos serviços de saúde²²² como dos hospitais, conforme vimos no capítulo anterior. No entanto, desde a criação do SNS até aos nossos dias é possível identificar três períodos que imprimem a esse serviço a actual dinâmica mercantilista: o primeiro período vai da criação do SNS até à aprovação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, onde são quebradas as formas ainda embrionárias de gestão democrática herdadas do período revolucionário; o segundo período, inaugurado por essa lei, vai até 2002, quando são testadas algumas experiências de gestão empresarial; o terceiro e último período iniciar-se-ia com a generalização desse tipo de gestão, com a conversão de 35 hospitais públicos em hospitais SA e, posteriormente, a sua conversão em hospitais EPE, com a sua generalização ao SNS. Incluímos nesse período a intervenção da troika em Portugal, ou seja até aos nossos dias. Estando este trabalho interessado em discutir a dinâmica do SNS no presente, ou seja no terceiro período assinalado, procederemos antes a uma breve revisão dos dois períodos anteriores de forma a clarificar as formas que se apresentam no presente.

O primeiro período do SNS é caracterizado, por um lado, pela finalização de algumas tarefas que já vinham do momento anterior ao SNS e que terá importância central na sua constituição. A regulamentação das carreiras médicas será uma dessas medidas.

²¹⁹ Cria administrações distritais dos serviços de saúde.

²²⁰ Aprova a Lei Orgânica Hospitalar.

²²¹ Aprova o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direcção dos Hospitais.

²²² Essas administrações regionais não passaram do papel e, de facto, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, abandona o esquema de organização distrital por um regional, as administrações regionais de saúde (ARS), de acordo com uma divisão própria do Ministério da Saúde.

O Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto²²³, regulamentou as carreiras médicas, criando as carreiras dos médicos hospitalares, dos clínicos gerais dedicados aos CSP e dos médicos de saúde pública. A carreira dos clínicos gerais introduziria a figura do MGF, que daria os primeiros passos no sentido de dar corpo à ideia há muito defendida de cobrir o território nacional com uma rede de cuidados de saúde primários através dos centros de saúde, dotando a população de um médico de família responsável por acompanhar a sua condição sanitária. Essa ideia também apelava ao primado da eficiência, na medida em que o médico de família retiraria totalmente aos hospitais a responsabilidade pelo que seriam CSP, por um lado, e por outro, esse médico de família substituiria as “urgências sociais” de uma forma metódica e científica. Lembramos que o recurso a esse expediente, a “urgência social”, já era reconhecido no *Relatório sobre as Carreiras Médicas* como o recurso às urgências para ter acesso a medicina diferenciada hospitalar. Esse fenómeno passou a ser designado nos dias de hoje como “falsas urgências”. De facto, a forma final dos centros de saúde é estabelecida em 1983-1984, através da unificação de todos os serviços primários na responsabilidade da secretária da saúde nos Centros de Saúde²²⁴ e com a junção dos serviços médico-sociais das caixas de previdência com os CS da Direcção-Geral de Saúde. Os CSP ficariam a cargo do clínico geral, com uma lista nunca menor que 1500 utentes. É também criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários²²⁵, que será extinta no início dos anos 90. Da reforma dos CSP é ainda marcante o fim do serviço médico à periferia²²⁶. Em parte, esses centros de saúde seriam dotados de urgência básica, funcionando como primeira linha nas urgências e estabelecendo uma triagem. Havia igualmente a compreensão de que o internato médico seria condição necessária e suficiente para o ingresso nas carreiras médicas, ou seja, para ser médico do SNS²²⁷. O Governo minoritário de Cavaco Silva, tendo como ministra da Saúde Leonor Beleza, questionara primeiramente esse

²²³ Regula as carreiras médicas.

²²⁴ Despacho Normativo 97/83, de 22 de Abril que aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

²²⁵ Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março que cria, no âmbito do Ministério da Saúde, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

²²⁶ Decreto-Lei n.º 139/83, de 28 de Março que extingue o serviço médico na periferia e altera o Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto (regula as carreiras médicas).

²²⁷ Essa compreensão estava expressa já no n.º 8 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 310/82: “Enquanto se mantiverem em período de formação sujeitos ao regulamento dos internatos, os médicos consideram-se sem vínculo definitivo à função pública, com direito à remuneração estabelecida para o internato que frequentem”.

dispositivo com a aprovação do Decreto-Lei 12-A/86, de 20 de Janeiro²²⁸. Esse diploma seria primeiramente chumbado pelo parlamento²²⁹. No entanto, essa ideia vingaria no segundo Governo de Cavaco Silva. Assim, o internato médico seria doravante apenas condição necessária para o ingresso nas carreiras médicas do SNS. A ideia desses governantes, que em várias ocasiões expressaram a sua crença no mercado de cuidados de saúde, seria a criação de uma mão de obra excedentária capaz de sustentar esse mercado. Uma consequência prática dessa política pode ser vista na figura 3.1, onde mostramos a evolução do número de profissionais ao serviço dos CS desde 1985 até 2012, em particular dos médicos, onde, apesar do significativo aumento de profissionais, o número desses efectivos terá diminuído.

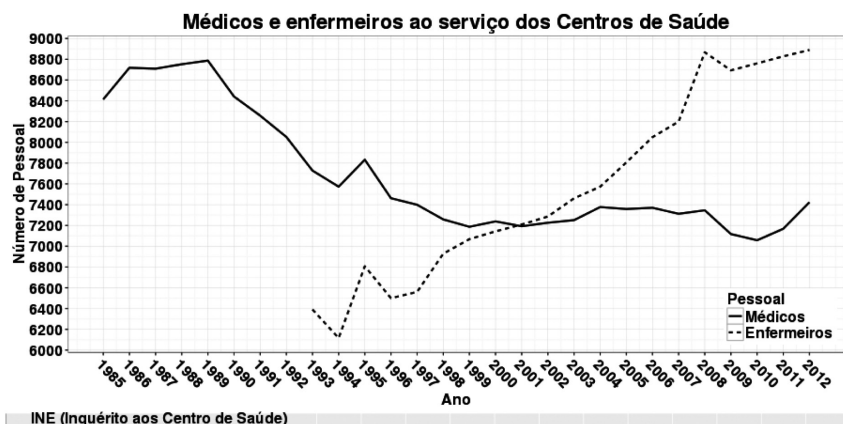


Figura 3.1: Pessoal ao serviço nos centros de saúde.

²²⁸ Dá nova redacção a alguns artigos do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto, que regula as carreiras médicas. Assim, no preâmbulo desse documento pode ler-se que, “tendo vindo a adoptar-se a posição segundo a qual ao Estado caberia assegurar emprego nos seus serviços a todos os médicos recém-licenciados – posição que não assume em relação a qualquer outro grupo profissional –, tem vindo a verificar-se que o elevado número de médicos que os seus serviços anualmente recebem, longe de trazer benefícios à população utente, acarreta, por um lado, formação menos adequada do que seria desejável, por impossibilidade de a ministrar em tais condições, e, por outro, gastos em grande desproporção com os resultados obtidos, consumindo-se assim verbas elevadas que faltam para satisfazer necessidades essenciais”.

²²⁹ Resolução 8/86, de 15 de Março, da Assembleia da República. Recusa a ratificação do Decreto-Lei n.º 12-A/86, de 20 de janeiro (dá nova redacção a alguns artigos do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, que regula as carreiras médicas), e repristina as normas legais que haviam sido por ele revogadas.

O regime das carreiras médicas é estabelecido com o Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março²³⁰, que havia alcançado um elevado grau de acordo entre os diversos governos e estruturas sindicais²³¹. Um médico integrado na carreira tinha por garantido um processo de formação contínua. E a entrada na carreira tinha por condição necessária a formação pré-carreira, organizada em internato geral e complementar. O regime de trabalho estava dividido em completo e dedicação exclusiva, sendo o tempo parcial excepcional. Ambos tinham regimes de 35 horas, sendo que os trabalhadores em exclusividade gozariam de um maior incentivo remuneratório e em condições de formação contínua. Também os médicos em regime de dedicação exclusiva poderiam optar por um regime de 42 horas, que teria maiores remunerações e benefícios como a contagem do tempo para efeito de reforma. É importante notar que a variável mais importante para medir a dedicação médica seria o tempo. A gestão dos tempos de trabalho no SNS era feita de forma a colmatar tanto o custo total como a relação entre os dois regimes horários. Por exemplo, se o SNS tivesse que recorrer a mais horas médicas, poderia em teoria fazê-lo tanto pelo aumento geral dos salários como pela valorização ainda maior do regime de exclusividade, bem como o de 42 horas. Assim, se a remuneração de um médico com exclusividade a trabalhar 35 horas fosse fixada em 100, o médico no regime de 35 horas sem exclusividade receberia 66. No caso de trabalhar 42 horas, a sua remuneração seria acrescida de 25%. Essa clara vantagem remuneratória responde a uma carência de força de trabalho médico, sobretudo porque, por opção do Governo, a formação dos médicos tinha permanecido quase em regime de reprodução entre 1985 e 1995. Isso tudo num período em que se está a fixar um sistema universal de saúde. Considerando, portanto, o índice 100, esse seria o valor da remuneração de um médico assistente no escalão 0. A remuneração de um chefe de serviço no último escalão estaria no índice 185. Finalmente, um formando no internato geral estaria no índice 45, e no internato complementar esse valor seria de 80 a 95. Os horários para o internato seriam de 35 horas para o internato geral e 42 para o complementar²³². Já o Decreto-Lei n.º 90/88, de 10 de Março, estabeleceu para o internato complementar o regime de dedicação exclusiva.

²³⁰ Aprova o regime das carreiras médicas.

²³¹ Mário Jorge (2006). *Saúde, As Políticas, e o Neoliberalismo*. Campo das Letras.

²³² Essas normas são definidas pelo Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de Julho, que define o regime de formação profissional após a licenciatura em Medicina.

A desconfiança quanto a um sistema universal de saúde por parte do PSD põe esse partido na vanguarda do seu questionamento desde o primeiro instante após o nascimento do SNS. Exemplo disso é a legislação como o Decreto-Lei n.º 14/80, de 26 de Fevereiro, que “autoriza o dispêndio de verbas orçamentadas para a reparação dos prejuízos causados às Misericórdias” com a nacionalização ou o Decreto-Lei n.º 489/82, de 28 de Dezembro, que determina que as administrações dos hospitais das misericórdias possam ser devolvidas às instituições suas proprietárias, mediante acordo a celebrar caso a caso, num movimento que busca voltar a uma situação anterior ao 25 de Abril de 1974 de cuidados de saúde assistenciais. É interessante notar que um tal esquema já era questionado mesmo antes da revolução e estaria na génese da reforma de 1971. No entanto, mais importante para a promoção de um mercado de cuidados de saúde é o empecilho que as formas de gestão democrática resultantes da revolução criavam à implementação desse mercado. Um exemplo ilustrativo dessa ideia é a aprovação do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho²³³, que atingiria o SNS em dois sentidos: a revogação da organização distrital dos serviços de saúde estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de Setembro²³⁴, como já vimos, e a revogação na prática da própria Lei do SNS. Tendo sido aprovado pelo VIII Governo Constitucional, liderado por Francisco Pinto Balsemão, esse diploma fez cair a essência da Lei do SNS, pelo que foi considerado inconstitucional nessa parte. No entanto, a inconstitucionalidade só foi declarada cerca de três anos depois²³⁵. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 488/75 foi não só uma primeira tentativa de criar um sistema integrado de cuidados de saúde descentralizado a nível regional como essa descentralização seria possibilitada pela criação de administrações distritais de saúde, com gestão democrática, como já foi referido. Com esse diploma são criadas as ARS, que deixam de lado uma característica que em parte explica a resistência à ideia das administrações regionais: o seu carácter democrático. Também a nível da gestão hospitalar o X Governo Constitucional, minoritário, chefiado por Cavaco Silva, tendo como ministra da saúde

²³³ Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS).

²³⁴ Cria administrações distritais dos serviços de saúde.

²³⁵ Acórdão 92/85, de 24 de Julho, que declara a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, nos termos e para os efeitos dos artigos 281.º e 282.º da Constituição, do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, na parte que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

Leonor Beleza, tentara alterar essa legislação já em 1987²³⁶. Essa tentativa seria conseguida nos XI e XII governos constitucionais, ainda chefiados por Cavaco Silva. Assim é aprovado o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro²³⁷, junto com o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro²³⁸, reintroduzindo o controlo ministerial sobre a gestão hospitalar.

No caso da gestão hospitalar, já antes da criação do SNS era reconhecida a necessidade de autonomia por parte desses organismos, em função da sua complexidade. A forma dessa autonomia é primeiramente estabelecida com a adesão de Portugal à CEE, que dotará o Estado do Fundo e Serviços Autónomos ou Institutos Públicos, retirando simultaneamente a capacidade de fiscalização pública desses mesmos organismos. Essa figura fora criada formalmente no sentido de descentralizar a administração pública, dotada de autonomia administrativa e financeira e, de acordo com as regras contabilísticas, ficava de fora da informação orçamental do Estado. Esse problema de desorçamentação foi expresso por Eduardo Sequeira da seguinte forma:

“no entanto, torna a haver sérios riscos de preocupação, na medida em que a actual tendência, que caracteriza todos os Estados europeus, para uma certa forma de neocorporativismo, acompanhada de uma nítida diluição da fronteira entre os sectores público e privado, implica uma forte pressão de grupos de interesse politicamente eficazes para a criação de formas de autonomia que traduzem uma clara desorçamentação e fuga ao controlo estrito das finanças públicas, incluindo a novidade de muitos organismos se arrogarem uma natureza e um regime empresarial que obviamente não corresponde à sua realidade intrínseca”²³⁹.

3.3. Experiências em gestão empresarial

O final dos anos 80, marcado tanto pela adesão de Portugal à CEE como pela crise económica mundial²⁴⁰, é possivelmente um marco mundial da reestruturação dos Estados. As críticas ao “Estado despesista” subiriam de

²³⁶ Ver Decreto-Lei n.º 16/87, de 9 de Janeiro.

²³⁷ Aprova a lei de gestão hospitalar.

²³⁸ Introdz alterações no domínio dos órgãos, funcionamento e competências dos estabelecimentos hospitalares.

²³⁹ Eduardo Sequeira, “Regime financeiro e patrimonial dos institutos públicos”, in Moreira V. (coord.), Relatório e proposta de Lei-quadro sobre os Institutos Públicos, citado por Paulo Trigo Pereira et al. (2009). *Economia e Finanças Públicas*. 3.ª ed. Escolar Editora, p. 372.

²⁴⁰ Marcada pela queda da bolsa de 1987, a “segunda-feira negra”.

tom um pouco por todo o mundo e muito particularmente na Europa, onde o peso do Estado nas funções sociais era significativamente maior que nos demais continentes. Pereira identifica uma alteração na “estrutura do Estado” a partir dos anos 90. Então os serviços integrados do Estado correspondiam a 50% da despesa, os Fundos e Serviços Autónomos (FSA), a cerca de 20%, e a Segurança Social, ao restante. Em 2010, os valores para os FSA seriam de cerca de 1/3 dos gastos e esse número é ainda mais espectacular se considerarmos que a maioria dos hospitais se tornaram EPE e, portanto, só fazem parte da orçamentação pública indirectamente, por transferências do Orçamento de Estado. Também conclui que “estes processos de descentralização administrativa (passagem de organismos dos serviços integrados do Estado para FSA) contribuíram para aumentar substancialmente o peso da despesa pública na riqueza nacional, que passou de 35% em 1989 para quase 50% em 2010...”²⁴¹.

Paralelamente ao aumento da desorçamentação em vários sectores do Estado em função da nova orgânica, a pretexto da autonomia necessária e do aumento das despesas desse mesmo Estado, ganhou forma uma campanha pela empresarialização das funções sociais do Estado, em particular da saúde. É interessante notar que esta solução empresarial seria a generalização dos fundos e institutos públicos. Ou seja, apontava-se como solução a generalização de uma medida que teria causado o problema que se buscava resolver. A criação do mercado de cuidados de saúde, em que seria incluído o SNS, registaria grandes avanços, marcados por vários acontecimentos e experiências-piloto que decorreram na década de 90 do século passado. Entretanto, para que esse processo mercantilista fosse levado a bom porto, seria necessário contornar um importante “empecilho”: a Constituição. Isso é conseguido na segunda revisão constitucional, em 1989, onde no artigo 64.º o que até aí era apenas “gratuito” passa a ser “tendencialmente gratuito”. Esta pequena mudança abria a possibilidade não só de dotar o SNS de formas mercantis, como da introdução de taxas como as chamadas “taxas moderadoras”, ainda que com o argumento de controlar a procura no sistema.

Doravante, a mercantilização ganhará corpo legislativo através de dois diplomas centrais do XI Governo Constitucional (segundo governo

²⁴¹ Paulo Trigo Pereira (2011). *Portugal: Dívida Pública e Défice Democrático*. FFMS e Relógio d'Água.

de Cavaco Silva), tendo Arlindo de Carvalho²⁴² à frente do Ministério da Saúde: a Lei de Bases da Saúde²⁴³ e o Estatuto do SNS²⁴⁴. Indo ao encontro das doutrinas privatistas herdadas do período de Reagan nos EUA e Thatcher no Reino Unido, será o nascimento da ideia do *New Public Management*²⁴⁵ ou experiências inovadoras de gestão²⁴⁶ em Portugal. Basicamente, tratava-se da reciclagem de uma velha ideia liberal já usada pelo Estado Novo: a necessidade de a gestão dos hospitais (e centros de saúde) obedecer a regras da gestão empresarial, por um lado, e, por outro, o reforço do sector privado.

Nas palavras do ex-ministro da Saúde (por duas vezes) Correia de Campos, a “Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) veio alterar a filosofia do sistema”²⁴⁷. De facto, essas alterações tiveram um sentido claro de questionar a produção e financiamento dos cuidados de saúde enquanto produção pública em favor da inclusão dos privados e em concorrência com os primeiros²⁴⁸. A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrangeria os privados, sendo que do ponto de vista do financiamento público “tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde”²⁴⁹. Quanto à gestão dos serviços do SNS, as duas novidades do diploma estavam na Base XXXVI (Gestão dos hospitais e centros de saúde). Enquanto o n.º 1 dessa base previa que esta deveria “(...) obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas”, o n.º 2 ia mais além, prevendo inclusive a possibilidade de entregar a gestão dos hospitais e CS do SNS a outras entidades (privadas) ou grupos de médicos. Quanto aos profissionais de saúde, o diploma declarava

²⁴² Como um dos fundadores do Banco Português de Negócios, Arlindo de Carvalho está acusado de burla, abuso de confiança, fraude fiscal e ilícitos relacionados com crédito concedido para compra de terrenos.

²⁴³ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Estabelece a lei de bases da saúde.

²⁴⁴ Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

²⁴⁵ Ana Paula de Jesus Harfouche (2012). *Opções Políticas em Saúde: Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. Coimbra: Almedina, p. 49.

²⁴⁶ António Dias Alves (2014). “A Inovação em Gestão Hospitalar”. Em: *40 Anos de Abril na Saúde*. Ed. por António Correia de Campos e Jorge Simões. Almedina, jun. de 2014. Cap. 9, pp. 273-319, p. 286.

²⁴⁷ Campos, op. cit., p. 1080.

²⁴⁸ Base II (Política de saúde), alínea f.

²⁴⁹ Número 5 da Base XII (Sistema de saúde).

explicitamente que “(...) evitando conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional”²⁵⁰. Em particular, os médicos poderiam doravante ser “autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar”²⁵¹. Finalmente, destaca-se o apoio do Estado ao sector privado. De acordo com o n.º 1 da Base XXXVII (Apoio ao sector privado), “O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público”. E o n.º 2 traduzia esse apoio “na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde”.

Ilustrações de uma consequência imediata dessas transformações são reportadas, em primeiro lugar, num estudo levado a cabo por J. Simões e M. M. Pinto em 1993²⁵² sobre a actividade privada em hospitais públicos. Esse estudo teria acontecido na Unidade de Litotricia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). O médico responsável por esse serviço contratara com os HUC a utilização do equipamento com os seus pacientes privados nos períodos em que não estivesse a ser usado ao serviço do hospital, sendo os HUC compensados por essa utilização. Naturalmente que o número de doentes tratados aumentou nos dois anos desse estudo (1991-1992). Paradoxalmente, o número de doentes em lista de espera terá aumentado nesses dois anos (34,7% no primeiro e 57,8% no segundo). De igual modo, o número de meses em lista de espera teria igualmente aumentado. Assim, a diminuição da produtividade do sector público surge em decorrência da abertura ao sector privado. Também, a propósito da Base XXXVII e da reserva de quota nos leitos para os privados, observa-se, de acordo com a figura 3.2, uma queda permanente de camas para internamento do SNS e, em sentido contrário, um aumento para os prestadores privados.

²⁵⁰ Número 2 da Base XV (Profissionais de saúde).

²⁵¹ Número 6 da Base XXXII (Médicos).

²⁵² Simões, J. e M. M. Pinto (1993), “Clínica privada em hospitais públicos – estudo de um caso”, in *Actas do III Encontro Nacional de Economia da Saúde*, citado por Barros, op. cit., p. 319.

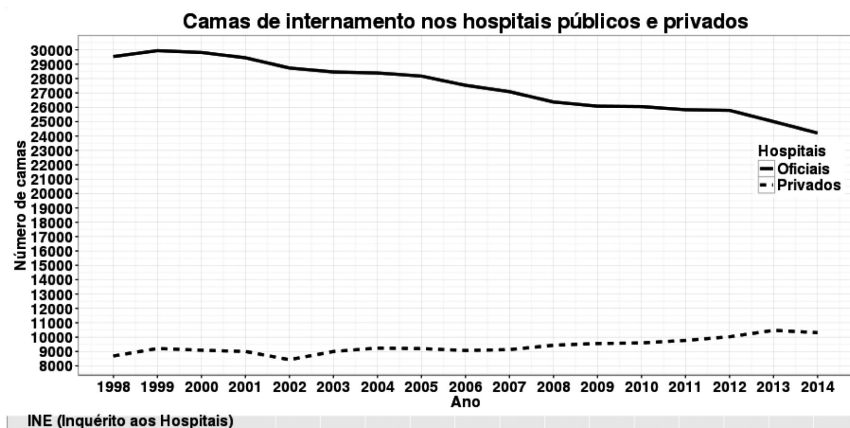


Figura 3.2: Número de camas nos hospitais públicos e privados.

Complementarmente a esse diploma aparecerá em 1993 o Estatuto do SNS²⁵³. Com o propósito de regulamentar a Lei de Bases da Saúde, buscava na prática concretizar a separação do SNS enquanto financiador e enquanto prestador, condição necessária para o estabelecimento do mercado dos cuidados de saúde. Ressaltam-se ainda a possibilidade de os profissionais do SNS recorrerem a licenças sem vencimento de modo a não perderem o vínculo com a função pública para se dedicarem à prática privada (artigo 20.º) bem como a mobilidade profissional entre o SNS e os privados pertencentes a redes por requisição ou licença sem vencimento (artigo 21.º). Clarificavam-se os critérios de gestão de instituições e serviços do SNS por outras entidades através de contratos de gestão. Também o artigo 34.º previa contratos-programa entre o SNS e as autarquias, misericórdias e IPSS em muito semelhantes aos contratos entre o Estado Novo e as misericórdias. Finalmente, dois pontos muito importantes desse Estatuto referiam-se ao pagamento dos serviços pelos utentes ou entidades terceiras, como seguros, e a possibilidade de *opting-out*, ou seja, de escolha pelo utente de como seria segurado no caso de recurso aos serviços do SNS. Quanto ao pagamento, o artigo 23.º (Responsabilidade pelos encargos) previa que:

“1. Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;

²⁵³ Estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

2. Os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
3. As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;
4. As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
5. Os responsáveis por infracção às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde.”

E de acordo com o n.º 2 do mesmo artigo “são isentos de pagamento de encargos os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos, constantes de relação a estabelecer em Decreto-Lei”. Juntamente com o *opting out*, criou-se um mecanismo estranho à filosofia de um sistema universal e gratuito na medida em que, por um lado, se criavam responsabilidades de pagamento para além do recurso aos impostos, como sejam as taxas moderadoras, e por outro, elementos de assistência focalizada. Isto muito embora as experiências de *opting out* tenham até aqui redundado em fracasso, como a da PT-ACS²⁵⁴, o subsistema de saúde da Portugal Telecom que em 1995 celebrou um contrato deste tipo com o SNS. Esse contrato vigorou entre 1998 e 2007, sendo denunciado pela PT nesse último ano.

As mudanças preconizadas nesses diplomas farão eco no então maior partido da oposição, o PS, que nas eleições de 1995 as incorporará no seu programa, abandonando uma postura, ainda que vacilante, que tivera até aí em defesa do SNS. Nesse espectro político ou próximo dele, encontram-se trabalhos como o de Campos (1994) ou o estudo encomendado pelo Ministério da Saúde²⁵⁵ e coordenado pelo professor Diogo de Lucena. De facto, as experiências inovadoras de gestão terão de esperar pelo XIII Governo Constitucional, liderado por António Guterres e tendo Maria de Belém Roseira como ministra da Saúde, para que se procedesse às primeiras experiências.

O pioneiro foi o Hospital Fernando da Fonseca, que em 1995 passara a ser gerido pelo grupo José de Mello Saúde, tornando-se uma

²⁵⁴ Associação de Cuidados de Saúde da Portugal Telecom.

²⁵⁵ Ministério da Saúde (2005). *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Documento de Trabalho. Ministério da Saúde.

primeira experiência de parceria público-privada (PPP). O Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, altera o seu estatuto jurídico em acordo com a gestão empresarial²⁵⁶, a que se seguirá o Hospital do Barlavento Algarvio²⁵⁷ em 2001.

Ao nível dos CSP, os CS teriam funcionado até então, com poucas exceções, como unidades funcional e organicamente dependentes das ARS. Já a Lei de Bases da Saúde previa que tanto os hospitais como os CS deviam ser administrados de acordo com as regras da gestão empresarial e que essas unidades poderiam ser entregues à gestão privada. Por outro lado, o Estatuto do SNS, no seu artigo 6.º, afirmava o desejo de dotar os CS de personalidade jurídica, e decidia a criação de unidades de saúde com a integração de CS e hospitais. De acordo com o n.º 1 do artigo 13.º, “Os centros de saúde integram-se em grupos de centros de saúde dotados de personalidade jurídica, a criar por Decreto-Lei”. A moldura dos CS é finalmente estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio²⁵⁸, que prevê a existência de CS ou associação de CS com personalidade jurídica, ou seja, “dotados de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do ministro da Saúde”²⁵⁹. E a aquisição de personalidade jurídica é condição necessária para um mercado. Esses novos tipos de CS dotados de personalidade jurídica seriam estruturados em unidades funcionais como unidades de saúde familiar, saúde pública, cuidados na comunidade. O Decreto-Lei n.º 17/98, de 5 de Maio²⁶⁰, fixava a título experimental uma remuneração com uma componente fixa e outra variável, de acordo com factores de produtividade. Para levar a cabo essa experiência é criada, em 1999, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que junta o Hospital Pedro Hispano e mais quatro CS da área²⁶¹.

²⁵⁶ Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho. Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira.

²⁵⁷ Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro. Estabelece o estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio e faz cessar o seu regime de instalação a 31 de Dezembro de 2000.

²⁵⁸ Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, que são pessoas colectivas de direito público integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob a superintendência do ministro da Saúde.

²⁵⁹ Número 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 157/99.

²⁶⁰ Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos de carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

²⁶¹ Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho. Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

3.4. Generalização da gestão empresarial

A ideia de criar um mercado de cuidados de saúde de acordo com o *New Public Management* ou experiências inovadoras de gestão, consoante a maior proximidade com o PSD ou o PS, ganhará o seu impulso final na primeira década do século XXI. E essas mudanças incidirão sobre três eixos: a gestão empresarial, a mudança das relações laborais de forma a criar um mercado de trabalho para os profissionais da saúde que inclua o SNS, e a forma de financiamento, de contratos-programa, o que abriria a porta a um mercado por via da concorrência por esses contratos. No dia 6 de Abril de 2002 tomará posse o XV Governo Constitucional, fruto de uma coligação ente PSD e CDS/PP e chefiado por Durão Barroso, que convida para ministro da Saúde o gestor Luís Filipe Pereira, oriundo do Grupo Mello, que continuará em funções até ao final do XVI Governo Constitucional, chefiado por Pedro Santana Lopes. Sete meses depois da tomada de posse é aprovada a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro²⁶², onde são alteradas três bases da Lei de Bases da Saúde. A primeira é a Base XXXI (Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde), em que é admitida a contratação de profissionais de saúde de acordo com a lei do contrato individual de trabalho ou a contratação colectiva. Na Base XXXIII, sobre o financiamento acrescentava-se que este seria feito “através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde”. À Base XXXVI (Gestão dos hospitais e centros de saúde) era acrescentado um n.º 3 prevendo “a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos”. E em anexo é aprovado o regime jurídico da gestão hospitalar. Introduziu-se formalmente uma separação entre o SNS financiador através de contratos programas, que doravante seria a maneira de os hospitais receberem transferências. Para além disso, acabava-se com os contratos de trabalho da administração pública em benefício dos contratos individuais, de acordo com o Código do Trabalho, nos hospitais SA que entretanto seriam criados por transformações de alguns dos antigos hospitais do sector público administrativo (SPA). Nos dias 9 a 11 de Dezembro, através de 31 decretos-leis, 35 hospitais são transformados em 31 hospitais ou centros hospitalares SA.

²⁶² Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar.

Segundo Jesus Harfouche²⁶³, essa fase (2002-2004) seria a primeira de quatro vagas de empresarialização. É interessante notar que essa política recebe um apoio indirecto das regras de contabilidade da UE (ESA, 2010). Acontece que esse governo tomou posse num período em que Portugal enfrentava um défice excessivo decorrente da crise no início do século e, de acordo com as normas de contabilidade, esses hospitais SA saíam do perímetro da contabilidade do défice. Entrariam indirectamente pelas transferências do Orçamento de Estado destinadas à saúde. No entanto, tudo o mais, como os créditos bancários, ainda que garantidos pelo Estado, não seria doravante considerado para o défice.

As outras vagas de empresarialização ocorreram entre os anos de 2005 e 2008 com o XVII Governo Constitucional liderado por José Sócrates. Em 12 de Março de 2005 toma posse como ministro da Saúde o socialista Correia de Campos (pela segunda vez). Correia de Campos já por diversas vezes teria declarado a necessidade de empresarialização da gestão do SNS e será, portanto, defensor das mudanças a nível dos hospitais implementadas pelo seu antecessor, com alguns pontos de diferença. Nomeadamente, questiona o regime de propriedade das sociedades anónimas que possibilitam a falência e do controlo tutelar exercido pelos Ministérios das Finanças e da Saúde. Assim, aprovará o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho²⁶⁴, e o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro²⁶⁵, que transformaram os 31 hospitais SA e hospitais EPE, para além de alguns hospitais SPA. Ao todo, essa vaga envolverá 37 hospitais SPA e SA, que constituiram 31 hospitais e centros hospitalares EPE já no início de 2006. Em 2007, 17 hospitais EPE e SPA são transformados em seis centros hospitalares, um hospital e uma unidade local de saúde EPE, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro²⁶⁶, e do Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro²⁶⁷. Finalmente, em 2008 são criados

²⁶³ Jesus Harfouche, op. cit., p. 135.

²⁶⁴ Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

²⁶⁵ Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, e o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

²⁶⁶ Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

²⁶⁷ Cria o Centro Hospitalar do Porto, EPE, e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

mais dois centros hospitalares, um hospital EPE e três unidades locais de saúde através dos Decretos-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro²⁶⁸, n.º 180/2008, de 26 de Agosto²⁶⁹, e n.º 183/2008, de 4 de Setembro²⁷⁰.

A ideia da criação de um mercado fica clara num artigo de opinião do futuro ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional, Correia de Campos, a propósito do Decreto-Lei n.º 60/ 2003, de 1 de Abril²⁷¹: “Para criar um mercado interno de CSP, objectivo em que muitos convergimos, embora menos que no caso dos hospitais, a proposta do MS desmantela o conceito de CSP (...)”²⁷². Logo após a posse de Correia de Campos como ministro da Saúde, é aprovado o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho²⁷³, que revoga o anterior decreto. Uma série de outros decretos criaram de facto as unidades de saúde familiar (USF) e de agrupamento de CS²⁷⁴. Notamos que enquanto a organização dos CSP por parte do governo do PSD/CDS-PP (Durão Barroso) estava mais preocupada, de acordo com o DL n.º 69/2003, com a introdução dos provedores privados na produção dos cuidados primários no SNS, o governo que se sucede, do PS (José Sócrates) com Correia de Campos à frente do MS, estará mais preocupado com dotar os próprios produtores públicos através dos CS de características de produtores mercantis, com a introdução da contratualização nos CSP e formas de retribuição do trabalho médico através de esquemas variáveis ligados à produtividade.

²⁶⁸ Cria o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

²⁶⁹ Cria o Hospital de Faro, EPE, os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

²⁷⁰ Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

²⁷¹ Cria a rede de cuidados de saúde primários, definindo os serviços e entidades nela integrada.

²⁷² António Correia de Campos (2003). “Claro e escuro na saúde”. Em: *Público* (28 de fev. de 2003).

²⁷³ Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários, e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Dispõe sobre a gestão de pessoal dirigente a exercer funções ao abrigo do Decreto-Lei n.º 60/2003.

²⁷⁴ Despacho Normativo 9/2006, de 16 de Fevereiro: aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar, publicado em anexo. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto: estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro: estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

A reforma de 2002, que transformara 35 hospitais de administração pública em hospitais SA com capitais públicos, buscava um verdadeiro dois-em-um. Em primeiro lugar, o governo estava a braços com problemas de controlar o défice desde antes da introdução do euro. De acordo com as normas contabilísticas da UE de então (SEC95), os gastos nos hospitais de administração pública, incluindo dívidas e garantias, eram contabilizados como dívida, contribuindo para o défice. No caso de hospitais de propriedade pública constituídos como entidades empresariais, como no caso dos hospitais SA ou, posteriormente, como entidades públicas empresariais (EPE), as transferências do Estado, como as garantias aos empréstimos junto da banca, não contariam para o défice. Tecnicamente, uma parte dos gastos com os hospitais poderia ser contabilizada como *stock flow adjustment*. Esse tipo de engenharia financeira, bastante comum e falado nesse período de introdução do euro, foi usado com bastante frequência pelos países aderentes ao euro. O segundo objectivo que procuravam alcançar era programaticamente caro ao PSD e ao PP, então em coligação no governo: tratava-se da criação ou expansão de um mercado de cuidados de saúde. Para perceber melhor a ideia, recorda-se que podemos dividir as relações com os cuidados de saúde através de três agentes. O pagador ou financiador, o produtor e o consumidor. Historicamente, o agente financiador e o consumidor coincidiam com o doente, e o produtor, com o médico. É a clínica livre. Com o aparecimento dos seguros, houve uma separação entre o pagador e o consumidor. No caso do SNS, segundo a arquitectura com que foi criado e de acordo com a ideia de um serviço universal, o financiador e o produtor passaram a coincidir no próprio SNS. A criação de um mercado implica a separação dessas duas funções, de tal modo que o SNS deveria, enquanto financiador, comprar no mercado a produção de cuidados de saúde de que necessita e que seriam consumidos pelos pacientes por ele representados. Por outro lado, a produção dos seus serviços deveria ela própria ser vendida num mercado em igualdade de oportunidades com a demais produção privada. Haveria, portanto, um SNS-produtor e um SNS-financiador. O primeiro produziria num mercado indiferenciado juntamente com os privados e o segundo compraria nesse mercado os cuidados de saúde de que necessitasse. De facto, a própria criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)²⁷⁵ só se justifica num cenário de mercado.

²⁷⁵ Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, que cria a Entidade Reguladora da Saúde.

Para efetivar um mercado dessa natureza seria necessária essa separação num mercado que, com o actual peso na produção entre o SNS e os privados, nunca poderia ser perfeito. Basta notar a condição de quase monopólio do SNS, sobretudo nessa altura. Por outro lado, para que esse projecto fosse possível, seria necessário criar, paralelamente a esse mercado de cuidados de saúde, um mercado de força de trabalho para suprir as suas necessidades. Doravante, os novos contratos de trabalho celebrados pelos hospitais SA ou EPE do SNS produtor seriam contratos individuais de trabalho, mais baratos e, portanto, mais desvantajosos para o trabalhador. Esse ponto é crucial, tanto mais que o número de pessoal das carreiras especiais da saúde é limitado e, em alguns casos, como o dos médicos, está em plena utilização. Estamos, portanto, a gerir um recurso que é escasso. A produção privada dos cuidados de saúde, eminentemente mercantil, só é possível se esses mesmos privados encontrarem no mercado a força de trabalho, em particular a médica, suficientemente barata para garantir o lucro. Dada a condição de quase monopólio do SNS-produtor, essa mão de obra só existirá se for fornecida por ele, tanto mais que não só o SNS “detém” a maioria da força de trabalho médica como é o responsável pela produção da quase totalidade desses profissionais através dos internatos de especialidade. Abaixo de um determinado preço, a mão de obra flui do SNS-produtor para o produtor privado. E, ainda mais abaixo desse limite, considerado, por razões materiais, culturais e históricas, da dignidade, essa mão de obra fluirá não só em quantidade como em qualidade.

3.5. A crise de 2008, o “Memorando de Entendimento”

O impacto da crise cíclica de 2007-2008, conhecida mundialmente como crise financeira global, crise de *credit defaults*, e cujo momento mais simbólico foi a falência da Lehman Brothers Holdings Inc., o quarto maior banco de investimentos dos EUA, fez-se sentir em Portugal e noutras economias semiperiféricas da União Europeia de forma drástica. As contas do Estado sofrem profundas alterações que vão dar origem à crise da dívida pública. O défice público passa de 3,6% do PIB em 2008 para 10,2% e 9,8% em 2009 e 2010, respectivamente.

Num primeiro momento, o aumento do défice é visto como um resultado necessário das diversas medidas para contrariar os efeitos da

crise²⁷⁶, adoptadas por toda a Europa. Logo a seguir, quer o Governo quer a Comissão Europeia (CE) optarão pelo retorno ao Pacto de Estabilidade acordado no tratado de Maastricht, ou seja, o constrangimento do défice público a um limite máximo de 3% do PIB. No intuito de garantir diversas formas de rendas fixas de capital (juros da dívida pública, parcerias público-privadas, em que o Estado assume os riscos de empresas privadas, subcontratualização externa de serviços, etc.), o Governo defende o retorno à disciplina orçamental e faz um pedido de empréstimo externo, destinado ao pagamento da dívida pública e recapitalização da banca (77 mil milhões de euros), e negocia-o, dando origem a um protocolo, o “Memorando de Entendimento”, assinado com a CE, o BCE e o FMI (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional) – uma tríade conhecida pelo epíteto de *troika*.

As medidas de austeridade que se seguiram incluíram cortes directos nos salários, cortes no salário social (Estado social), no salário diferido (segurança social/pensões) e aumento dos impostos regressivos (impostos sobre o consumo como o IVA, hoje em 23%). Em paralelo inicia-se um processo de privatização de empresas públicas bem como a mercantilização crescente dos serviços públicos, sobretudo na área da saúde (por exemplo, mais de metade do orçamento dos hospitais privados é pago por participações públicas, hoje, se somarmos as contribuições directas, 30%, mais os custos de formação da força de trabalho). Actualmente, a maior fatia de gastos do Estado são juros da dívida pública: equivalem à totalidade, por exemplo, do orçamento do Serviço Nacional de Saúde, até há poucos anos totalmente gratuito e considerado um dos melhores do mundo (7.^a posição). Estas medidas são assumidas como forma de “garantir o cumprimento desse empréstimo”.

Desde 2009, pelo menos, a ordem que emana da Europa é capitalizar a banca. O advento da crise de 2008 pôs os bancos na posse de um número ainda por clarificar de ativos tóxicos. De lá para cá, cada

²⁷⁶ Estando fora do âmbito deste artigo gostaríamos de salientar que partilhamos das propostas teóricas que consideram que as crises no sistema capitalista manifestam-se por uma deflação ou queda nos preços dos ativos financeiros, como desvalorização das ações em bolsa, dos títulos de crédito, hipotecas, etc. Na prática, isso significa uma desvalorização do património e uma queda na taxa de lucro. Nessa altura, observa-se, por um lado, uma queda na atividade económica, nomeadamente na industrial. Por outro lado, os governos e bancos centrais lançam mão de medidas para contrariar esse movimento, tais como baixa da taxa de juros de maneira a tornar o acesso ao dinheiro mais barato e incentivar um aumento no investimento. Roman Rosdolsky (2001). *Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx*. Rio de Janeiro: Contraponto, pp.177-194.

Estado tratou de usar toda a sua força para trocar esses ativos tóxicos (desvalorizados) por ativos frescos (com valor).

Essas ajudas à banca levaram o poder público a observar impávido e sereno uma dívida que aumentou de cerca de 69% em 2008 para os 102% em 2011. Nos 102% os “mercados agitam-se”, isto é, os acionistas temem ficar com um calote nas mãos. Os títulos passam à categoria de lixo e o governo do PS, demissionário, com o aval do PSD e do CDS, pede socorro à *troika*. Depois do “socorro”, a dívida salta para os 130%. O Estado está hoje mais falido do que nunca, a pagar dívida pública, muito mais falido do que estava antes de pedir o empréstimo. O resgate virou um sequestro.

Não foi sob o argumento de “rentabilizar o capital investido” que foi pedido o empréstimo da *troika*, mas sob o argumento de “evitar a falência do Estado”. Ora, o Estado não estava falido. Estava de boa saúde, e só entra em rutura depois de salvar estes capitais, em Portugal a banca, mas não só. Só a salvação dos ativos do BPN e do BES juntos corresponde hoje a 10% do PIB. Mas virtualmente toda a banca foi, logo em 2008, ligada por um cateter a dinheiros públicos. O próprio empréstimo da *troika* estipulava que o seu valor, 70 mil milhões de euros, era para reciclar os títulos públicos categorizados como lixo e não para pagar salários e funcionamento do Estado, e 12 mil milhões para recapitalizar a banca. Trocaram-se títulos sem valor, papel pintado, por títulos com valor (salários, reformas, Estado social).

Ao nível do BCE, tivemos, por um lado, uma queda histórica tanto dos juros como dos depósitos obrigatórios dos bancos no BCE (os juros estavam em março de 2015 em 0,15% e o depósito mínimo em -0,1%). O BCE também afrouxou a sua política tanto na facilitação do acesso ao crédito direto através do BCE — o que em situações normais é altamente desaconselhável e oneroso —, como passou a ser muito mais flexível na aceitação das garantias dos bancos (aceitando títulos duvidosos como garantia).

Por outro lado, as dívidas públicas ofereceram um investimento seguro (ainda que com a intervenção da *troika*, no caso de Portugal), permitindo essa troca de ativos. No caso de Portugal, em 2009 foi criada uma linha de garantias oferecidas pelo Estado no valor de 20 mil milhões de euros (Governo Sócrates) e uma linha de crédito de 12 mil milhões de euros (ao abrigo do programa da *troika*). Tudo isso implica que o conjunto da banca está falida e só sobrevive se estiver ligado diretamente ao Estado por um cateter de capitais.

Se nos recordarmos do BPN — cuja operação de nacionalização foi então anunciada como “lucrativa no futuro” por José Sócrates —, esta dedução torna-se indiscutível: tirando o presidente, Oliveira e Costa, que tirou umas férias em casa — a que a imprensa chamou de “prisão domiciliária” —, os antigos acionistas de referência conservaram a propriedade da única parte do grupo com ativos não tóxicos. E quem vive do trabalho pagou integralmente a conta por via da constituição do empréstimo da *troika*. Por isso, a conclusão é que o BPN, ainda que não tenha falido de um ponto de vista formal, devia ter falido e o Estado devia ter-se limitado a assegurar os depósitos de um nível médio. Mas o BPN foi “salvo” pelo Estado. E esse salvamento foi exigido para que o Estado não deixasse cair os investidores que viam as suas fortunas abaladas pela crise no banco. Portanto, dizer que o Estado perdeu cerca de 9 mil milhões de euros é só metade da história. A outra metade é que alguns deixaram de perder cerca de 9 mil milhões de euros: os seus investidores. No “espírito” do empreendedorismo que apregoam, por serem investidores, deveriam ter suportado os riscos da sua atividade.

Hoje os juros da dívida representam a maior fatia do Orçamento do Estado, mais do que toda a dotação orçamental em educação ou saúde. 8 mil milhões de euros de juros. Na Idade Média viver de juros era considerado usura, no século XXI é-se premiado com doutoramentos *honoris causa* e cruces da ordem de mérito.

As medidas contracíclicas (“austeridade”) que se seguiram, para pagar os juros dessa dívida, consistem na acumulação por expropriação: 1) aumento de impostos; 2) desemprego, precariedade e redução salarial; 3) privatização de empresas públicas; 4) redução substancial das funções sociais do Estado, que vem acompanhada de um movimento geral de mercantilização dos serviços públicos. Durante este processo, já o referimos, o País alcançou mais 50% de pobres e mais 30% de milionários. Ficará talvez para a história desta imensa mudança social a frase de que “os Portugueses viveram acima das suas possibilidades”. Os Portugueses? Quais portugueses?

Enquanto em 2008 o diretor de uma grande empresa alemã aconselhava os seus quadros a lerem *O Capital* de Karl Marx, as televisões de todo o mundo procuravam encontrar as causas da doença na febre. Insistindo que a maior crise do capitalismo do pós-guerra era um problema de homens maus ao leme de um sistema bom.

George W. Bush disse, literal e assumidamente, em 2008, olhos nos olhos dos seus concidadãos, que se não autorizasse os trilhões de ajudas à General Motors ou ao Bank of America, as maiores empresas da maior economia do mundo teriam falido e arrastado o capitalismo mundial para uma grande depressão. Estes valores, conhecidos como os “helicópteros de dinheiro” que Ben Bernanke, presidente da FED, sistema de bancos centrais dos EUA, despejava em cima de Wall Street (bolsas de Nova Iorque) serão adiantados pelo Estado e depois pagos com o dinheiro dos contribuintes — isto é, com uma queda real do salário de 25% nos EUA desde 2008. Apesar de algumas manifestações empunharem então um cartaz à porta de Wall Street onde se lia “*Jump you fuckers!*” — aludindo aos suicídios de acionistas em 1929 —, estes, desta vez, não saltaram. E o capitalismo norte-americano foi salvo não porque era um sistema robusto, mas porque foram usadas as maiores ajudas públicas de toda a história da humanidade.

Primeiro a exploração colonial, depois a exploração neocolonial, depois a transformação da China na fábrica do mundo a produzir por 70 dólares por mês. De crise em crise, de miséria em barbárie, o capitalismo na sua fase descendente de modo de produção histórico, o capitalismo monopolista (2/3 dos trabalhadores do mundo que trabalham em PME trabalham de facto, como já referimos, em subsidiárias de grandes corporações) era agora salvo pelo Estado, ou seja, pelos cortes salariais, pelo aumento do desemprego e pela erosão do salário social. Começava a pauperização massiva dos setores médios na Europa desenvolvida e nos EUA, algo que na periferia do mundo já se conhecia há muito.

Sem os Bushs, Madoffs, Oliveiras e Costas e Salgados deste mundo, a economia mundial estaria a progredir? Não. Mas é evidente que o aumento exponencial da corrupção — uma lama onde todos os dias se abrem novos buracos perante a estupefacção dos milhões de pessoas honestas que vivem do seu trabalho — não é um lapso. Quanto mais a valorização dos capitais privados está dependente do Estado, maior é a corrupção. E mais se afastam do topo das empresas as pessoas honestas, restando um lamaçal de amoralidade e gestão quando as falências vêm à tona.

Vivemos uma crise de 1929 adiada. Não é uma crise financeira nem dos *subprime*, mas uma crise cíclica que começa na produção industrial norte-americana, na sua indústria militar, automobilística, e tem o seu sintoma mais evidente ao nível financeiro, com o colapso bolsista e a

queda da Lehman Brothers e das bolsas. Não confundamos porém a pneumonia com a febre.

A pneumonia é a *queda tendencial da taxa de lucro*, originada pela contradição entre a produção para as necessidades e o lucro. A febre é o colapso bolsista, a forma como aparece a crise, mostrando a desvalorização da propriedade, em virtude da deflação dos preços na produção, a essência. Devemos dizê-lo sem diplomacia: quem não percebe a lei do valor-trabalho enunciada n' *O Capital* de Marx não consegue explicar a sociedade onde vive. A lei do valor está para a economia como a lei da gravidade para a física. Os economistas, na sua maioria, na forma de comentários políticos ou trabalhos acadêmicos, atuam como se o dinheiro produzisse dinheiro. Exaltam-se sobre subidas e descidas das bolsas como se estas tivessem vida própria, e mesmo os críticos daquilo a que se chama “neoliberalismo” — os neokeynesianos — consideram que vivemos numa economia de “casino”, cujo principal problema, na origem das crises, seria não as contradições da produção mas a ausência de regulamentação do sistema financeiro.

Porém, se vivemos numa economia dominada pelo setor financeiro, de casino, por que é que as ajudas financeiras não valem nada sem os salários das pessoas?

O que aconteceu em 2008 foi uma ajuda maciça ao setor financeiro e três meses depois olharam para as populações e disseram: “Agora são vocês, com as vossas reformas e salários, a pagar!” Porque o que provou esta crise é que a produção, o salário e o trabalho são determinantes. Os títulos e as ações, sem trabalho são apenas papel sem valor.

Os ciclos económicos da produção capitalista, descritos n' *O Capital* de Marx, que ocorriam no século XIX sensivelmente a cada 10 anos e hoje a cada sete anos (estão mapeadas pelo Departamento de Comércio norte-americano) têm um ciclo de vida que podemos descrever assim: período de crise, expansão, pico de acumulação, crise... A origem das crises cíclicas é a desvalorização da propriedade por aumento do capital constante (investimentos, máquinas, tecnologia, etc.) face ao capital variável (salários). No modo de produção capitalista, as crises são de superprodução de capital e não de escassez, como na Idade Média. Quando o custo do trabalho, a única origem do valor, sobe face ao capital constante, há uma crescente desvalorização da propriedade, cai a taxa média de lucro. É a crise.

Normalmente no final do ciclo, antes de se entrar em crise (ou seja antes de se dar uma queda na taxa de lucro, deflação de preços na

produção, etc., que muitas vezes se manifesta com quedas nas bolsas), há uma alta taxa de empregabilidade da mão de obra ou do custo unitário do trabalho. Nesta crise, o desemprego atingiu níveis estruturais e inéditos, o que significa que o grau de desvalorização dos capitais — e a necessidade de acionar medidas contracíclicas mais devastadoras — foi desta vez muito superior. Estamos em cima de um vulcão. Estamos, do ponto de vista da produção capitalista, numa bifurcação histórica.

Nos EUA, ao contrário do que é erradamente referido nos manuais, as taxas de desemprego de 1929 só foram revertidas quando os EUA entraram na guerra, em 1941. Foi a economia de guerra, ou seja, transformar *desempregados em soldados*, forças produtivas em fábricas de máquinas de destruição, que reverteu a crise de acumulação.

A crise não afeta os trabalhadores no seu primeiro momento. Pelo contrário, há queda de preços, como se verificou em Portugal em 2008. O que acontece é que as medidas para “sair da crise”, para repor a taxa média de lucro, assentam na destruição de riqueza, no deitar produtos fora para manter o preço, ou como em 1929, na queima de café nas locomotivas para não entrar café no mercado e fazer descer os preços. Para manter as taxas de lucro é necessário sabotar a economia, destruir produção e riqueza e provocar milhões de desempregados e miseráveis. O que vulgarmente se chama na televisão “descer o custo unitário do trabalho” tem como contrapartida, nunca explicitada, “aumentar a rentabilidade do capital investido”. São duas faces da mesma moeda. Pedro Ramos, antigo diretor do departamento de contas nacionais do Instituto Nacional de Estatística (INE), fez os cálculos e apurou que o peso do trabalho por conta de outrem e por conta própria desceu de “53,2% do produto interno bruto em 2007 para 52,2% em 2013 (...). O fator trabalho perdeu 3,6 mil milhões de euros. O excedente do capital engordou 2,6 mil milhões de euros”.

O comissário dos Assuntos Económicos, Pierre Moscovici, no início de 2015 concluía que “cinco países — França, Itália, Croácia, Bulgária e Portugal — apresentavam desequilíbrios excessivos que exigiam ação política decidida e monitorização específica”²⁷⁷. A preocupação era legítima — do seu ponto de vista, ou do dos interesses que defende. Para a compreender, temos de entrar no terreno da economia política, ou seja, no peso que a política tem sobre as expectativas económicas da *troika*.

²⁷⁷ Portugal sob vigilância de Bruxelas por desequilíbrios económicos excessivos” (2015). Em: *Expresso* (25 de fev. de 2015). url: <http://expresso.sapo.pt/politica/portugal-sob-vigilancia-de-bruxelas-por-desequilibrios-economicos-excessivos>=f912380.

O imbróglio assumido por Moscovici é este: como simultaneamente conciliar a recuperação do preço das suas propriedades, expresso nas rendas/juros auferidos pelo capital na remuneração da dívida, e a governabilidade da própria União Europeia e dos seus países.

Um dos significados da palavra crise é “conjuntura ou momento perigoso, difícil ou decisivo”. Por outro lado, crise aparece como “oportunidade”. As definições adequam-se ao uso que toda a sociedade tem feito desta palavra no que diz respeito aos acontecimentos de 2008.

O que há de perigoso, difícil ou decisivo para os que vivem do seu trabalho? Como toda a crise cíclica que ocorre no sistema capitalista desde o início do século XIX (este tipo de crise é um exclusivo do capitalismo, uma vez que as crises pré-capitalistas eram crises de escassez, de penúria, provocadas por maus anos agrícolas, guerras, etc.), esta manifesta-se em primeiro lugar por uma superprodução de capital. Uma expressão disso mesmo seriam as bolhas, mas num nível mais profundo temos, por exemplo, a quantidade física de casas produzidas muito além do necessário, com preços muito acima do razoável. Observa-se, igualmente, um aumento no custo unitário do trabalho, muito em particular nos EUA, que são o motor do sistema, e fazem que a crise seja globalizada. Olhando por outro ângulo, vemos uma deflação (queda do valor) tanto no preço da propriedade como dos bens. Ora tudo isto é, para um trabalhador, o melhor que poderia acontecer: queda dos preços.

O mesmo não é possível dizer para os bancos e a indústria (seja de bens ou de serviços) que dependem dos preços dessas propriedades para garantir os juros, dividendos ou rendas que remuneram os capitais aí investidos. Por isso, estes reagem à crise com medidas contracíclicas, que visam reverter o ciclo de queda do lucro. Os bancos centrais cortam a taxa de juros para criar liquidez, as empresas demitem ou fecham para estancar a queda do lucro (deitam laranjas fora para evitar vendê-las a um preço abaixo da taxa média de lucro para usar a imagem de 1929) e os governos despejam os seus helicópteros cheios de dinheiro na banca e na indústria para trocar os ativos desvalorizados por outros valorizados, ou seja, por reformas, salários, empresas públicas. Troca-se riqueza real — salários e bens públicos — por papéis desvalorizados. É precisamente nesse movimento de combate à *crise de valorização do capital* que começa a *crise de (des)valorização dos salários*. É importante compreender que não se trata de uma mesma crise, não estamos todos no mesmo lugar do barco — há gente no porão, a maioria, alguns no convés e outros ao leme.

O que 2008 tem de incomum em relação às demais crises é a sua dimensão em termos de queda do PIB e do valor dos ativos, bem como do facto de, numa economia globalizada, muito mais do que em 1929, a extensão dos estragos ser homérica. A esta dimensão acresce outro problema que nos permite antever um choque maior, com possível paralisação do comércio internacional e das exportações em Portugal, pondo a nu o erro que foi esta opção por exportar barato, cortando salários, restringindo o mercado interno, que se transforma num mercado de baixos salários. É que se enfrenta uma deflação generalizada, mas agora sem medidas contracíclicas que lhe ponham fim.

Tal como uma praga, os países funcionam como os organismos e têm diferentes resistências à doença. O sistema imunitário de Portugal, tal como o da Grécia, sucumbiu mais rapidamente.

A boa nova que antecedeu a crise na forma de um incentivo desmesurado ao consumo de casa própria, elevando os seus preços para patamares irrealistas (ainda nos lembramos do tempo, como referiu Pedro Bingre do Amaral, em que uma casa custava o mesmo de um carro — nos sorteios de TV ganhava-se um ou outro), fora promovida diariamente nas televisões por políticos, comentadores e afins. Os incentivos fiscais ao abate para a compra de carros novos. Os estrangulamentos salariais substituídos por crédito fácil e barato. Todos eram afinal culpados pelo estado das contas públicas. As privatizações que delapidaram o património público, os benefícios fiscais às empresas, as PPP com as suas rendas fixas que garantiam uma correia de transmissão privilegiada do património público para alguns privados, a abstenção do Estado em taxar as mais-valias dos promotores imobiliários que, num passe de mágica e com uma ajudinha do poder local, ao conceder alvarás de urbanização a terrenos agrícolas, criavam um estrondoso ganho vindo do vento — 200 mil milhões. Nada disso importa. Era a compra de casa própria — um bem de primeira necessidade — e não as mais-valias imobiliárias que tinha a culpa. Afinal, viver do trabalho (ganharás a vida com o suor do teu rosto) nunca foi um bom negócio.

Podia ter-se, por exemplo, financiado uma política habitacional através da Segurança Social, para proporcionar casa a todos a custos mais baixos? Financiado transportes públicos, uma rede ferroviária, em vez do carro individual e mais autoestradas? Financiado a agricultura em vez de distribuir subsídios para parar de produzir? Podia, mas

não era a mesma coisa. As taxas de lucro seriam inferiores, embora o consumo interno e a qualidade de vida fossem superiores.

“Não havia alternativa”, dizem os subscritores do “Memorando de entendimento”, PS, PSD e CDS. Não havia alternativa para quem?

Os juros da dívida pública antes da intervenção da *troika* chegaram a valores insuportáveis. Insuportáveis porque se caminhava para a iminência de um calote puro e simples. Ou seja, a banca e os demais rentistas detentores desses títulos estiveram na iminência de ficar com uma mão cheia de nada. A intervenção da *troika* garantiu que esses títulos fossem sistematicamente trocados. O Estado operou a troca dos anteriores títulos classificados como lixo por novos títulos bem classificados e com garantias dos Estados membros da UE. Daí a menor taxa de juros. No entanto, o diferencial entre os juros antes e depois do empréstimo fora coberto com um aumento brutal no volume da dívida, que crescera num passe de mágica cerca de 30%. Isto é: paga-se uma curta fatia de juros mas sobre um bolo muito maior, o que aumenta brutalmente a massa a pagar. O crescimento extra do bolo passou a ser garantido com os salários diretos, indiretos (serviços públicos) e pensões dos trabalhadores — a única boa moeda de troca que restara. A percepção tanto do Governo como da *troika* era correta — não havia outra alternativa para garantir as rendas do capital senão engolir com uma determinação política sem precedentes os salários dos trabalhadores e as pensões dos reformados, porque alguém tinha de pagar a conta!

Qual era a alternativa real? Deixar cair estes capitais privados. Qual seria o custo dessa saída alternativa? Seria elevado, certamente, mas não tão alto como o custo da saída a la *troika*. Deixar cair estes capitais privados iria custar-nos longo tempo a reerguer o País, porque o rumo que tomou a economia portuguesa nas últimas décadas tem fragilizado o seu tecido produtivo enquanto produtor de bens ou riqueza social. Todo o processo de favorecimento da rentabilidade do capital, desde as privatizações e concessões (PPP), carrega em si mesmo pesados custos para o Estado que, no fim de contas, resultam num incentivo a rendas fixas sem investimentos ou gastos, ou seja, são de facto subsídios para sabotar a produção. Mas o custo destas políticas de viabilização do lucro/renda acabou por, esse sim, mostrar-se irrealista e acima das possibilidades de toda uma nação que é essencialmente dependente do seu próprio trabalho. Nessas circunstâncias, o preço a pagar por uma qualquer saída alternativa que enfrentasse

os ditos mercados acionistas seria alto, mas, em todo o caso, nunca tão alto como o custo da dita “única saída possível”, a da *troika* e dos chamados partidos do arco do poder.

3.6. Precariedade e desemprego: conceitos e números em debate

Investigadores dos estudos do trabalho têm nas últimas duas décadas, no Sul da Europa e na América Latina, debatido o conceito de precariedade laboral, perante o aumento exponencial, a partir do final da década de 80 do século xx, de trabalhadores nesta condição. Também o conceito de desemprego tem sido polémico. Destacamos aqui os principais debates que têm ocorrido na definição de ambos os fenómenos sociais e analisamos os dados de que dispomos sobre ambos os elementos.

Nas últimas décadas inúmeros autores têm-se debruçado sobre o conceito de precariedade. Só para citar uma ínfima parte, Callaghan e Hartmann²⁷⁸, Farber²⁷⁹, Stamford²⁸⁰, 2000; Van der Linden²⁸¹). O conceito tem, porém, um elemento de grande abrangência nestas obras, que mistura relação de trabalho precária, distintas configurações das ordens jurídicas dos países, mobilidade da força de trabalho.

Ricardo Antunes, o sociólogo brasileiro que cunhou o conceito da nova morfologia da classe trabalhadora, como a classe-que-vive-do-trabalho, destaca que nos países ocidentais a dinâmica do mundo do trabalho tem sido a redução do trabalho regulamentado e o aumento da precariedade e da informalidade, também indissoluvelmente ligados à empresa flexível – subcontratação.

“Em plena eclosão da mais recente crise global, este quadro se amplia ainda mais e nos faz presenciar uma corrosão ainda maior do trabalho contratado e regulamentado, que foi dominante ao longo do século xx, de matriz tayloriano-fordista (...) este trabalho relativamente mais formalizado vem sendo substituído pelos mais distintos

²⁷⁸ P. Callaghan, P. e H. Hartmann, *Contingent work: a chart book on part-time and temporary employment*, Washington, Economic Policy Institute, 1991.

²⁷⁹ Farber, H. S., *Alternative and part-time employment arrangements as a response to job loss*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 1999.

²⁸⁰ R. H. Stamford, R. H. (org.), *Marginal employment, Research in the Sociology of Work*, Connecticut, JAI Press, 2000.

²⁸¹ Marcel van der Linden, “San Precario: A New Inspiration for Labor Historians”, *Labor: Studies in Working-class History of the Americas*, 10: 1 (Spring 2014), 9-21.

e diversificados modos de informalidade e precarização, de que são exemplo o trabalho atípico, os trabalhos terceirizados (com sua enorme gama e variedade), o “cooperativismo”, o “empreendedorismo”, o “trabalho voluntário” etc”. (...)

O autor tem acentuado que a-classe-que-vive-do-trabalho está irremediavelmente ligada entre si, independentemente do vínculo laboral: “Os dois polos mais visíveis e mais importantes da classe trabalhadora portuguesa estavam, então, se manifestando: os precarizados e o pólo da classe trabalhadora herdeira do *welfare state* e do fordismo.”²⁸²

A ligação estreita entre o modo de produção flexível e a precariedade e os seus efeitos na destruição da própria força de trabalho tem sido salientada nos trabalhos de Castillo²⁸³, Huws²⁸⁴ – no caso do ciber proletariado – por Mészáros²⁸⁵, entre outros autores. Segundo Felstead e Jewson, nos EUA, mais de metade do aumento líquido de empregos – de 1980 a 1987 – relacionava-se com o trabalho precário²⁸⁶.

Graça Druck elaborou uma tipologia da precarização: (i) As formas de mercantilização da força de trabalho, produzindo um mercado de trabalho heterogêneo, segmentado, marcado por uma vulnerabilidade estrutural e com formas de inserção (contratos) precários, sem proteção social; (ii) Os padrões de gestão e organização do trabalho – que tem levado a condições extremamente precárias, através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência, etc.); (iii) As condições de (in)segurança e saúde no trabalho – resultado dos padrões de gestão, que desrespeitam o necessário treinamento, as informações sobre riscos, medidas preventivas coletivas, etc.; (iv) A condição de desempregado e a ameaça permanente da perda do emprego.; (v) O enfraquecimento da organização sindical e das formas de luta e representação dos trabalhadores, decorrentes da violenta concorrência entre os mesmos, da sua heterogeneidade e divisão, implicando numa pulverização dos sindicatos criada,

²⁸² Ricardo Antunes, *Os Sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho*, São Paulo, Ed. Boitempo, 2009, 11.ª edição.

²⁸³ Juan J. Castillo, *Sociología del trabajo*. Colección Monografías, 152. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996.

²⁸⁴ Ursula Huws, *The Making of a Cybertariat. Virtual Work in a Real World*. New York / London: Monthly Review Press / The Merlin Press, 2003.

²⁸⁵ István Mészáros, *Para além do capital*.

²⁸⁶ A. Felstead e N. Jewson (ed.), *Global Trends in Flexible Labour*. Londres, Macmillan, 1999.

principalmente, pela terceirização; (vi). A condenação e o descarte do direito do trabalho, fruto da fetichização do mercado, que tem orquestrado e decretado uma “crise do direito do trabalho”, questionando a sua tradição e existência²⁸⁷.

Nos nossos trabalhos²⁸⁸ avançamos com uma definição de precariedade que é distinta do trabalho contingente ou casual mas deve também ser inserido na conjuntura histórica – a contingência, ou a alternância entre trabalho desprotegido e desemprego, não é a única variável qualitativa que distingue o trabalho casual do século XXI do trabalho casual do século XIX. O conceito de precariedade define-se portanto a partir do seu contrário, o *trabalho protegido*, de facto ou *de jure*, ou seja, trata-se da análise da segurança no emprego – que pode advir de proteção jurídica ou por exemplo tipo de qualificação – e não das condições de execução do trabalho, que podem ser precárias, no sentido de perigosas – uma mina por exemplo – mas não ser contingentes no sentido da protecção ao despedimento de facto. Assim, a precariedade não diz respeito a, por exemplo, más condições de higiene ou segurança física, saúde mental, etc. mas exclusivamente à mobilidade da força de trabalho, que se encontra permanentemente entre empregos precários e o desemprego.

Na Europa, depois de 1945, e em Portugal depois da Revolução dos Cravos de 1974, ter trabalho passou a ser um direito, e quem não tem esse direito é *precário*. Em Portugal esse direito foi assegurado durante a revolução de 1974 e 1975 e consagrado na Constituição de 1976 (o pacto social), mas ele dependeu, na sua concretização real, também do grau de cedência dos empregadores e de resistência dos trabalhadores e da gestão do pacto social sob o regime democrático-representativo²⁸⁹.

Nos trabalhadores precários encontram-se assim um número amplo de relações laborais, na sua aparência jurídica muito distintas entre si, mas que têm em comum a facilidade do despedimento. Assim entram nesta categoria 1) os trabalhadores com contrato a prazo, 2) a maioria

²⁸⁷ Graça Druck in Anete B. L. Ivo (coord.) Elsa Kraychete, Ângela Borges, Cristiana Mercuri, Denise Vitale, Stella Senes (org), *Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social – 81 problemáticas contemporâneas*. São Paulo, Ed Annablume, 2012, verbete Precarização social do trabalho, Druck, G. pp. 373-380.

²⁸⁸ Varela, op.cit.; e Raquel Varela et al, “Relações Laborais em Portugal 1930-2011”, Revista *O Social em Questão*, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Ano 18, número 34, 2/2015, ISSN 1415-1804.

²⁸⁹ Varela, “A persistência do conflito industrial organizado. Greves em Portugal entre 1960 e 2008”.

dos trabalhadores pago à peça (recibos verdes), 3) bolseiros e estagiários e contratos de primeiro emprego (todos financiados pelo Estado, a termo, em que formalmente os trabalhadores estão em formação mas de facto executam trabalho assalariado); 4) trabalhadores do Estado com contrato protegido mas sujeitos pela lei à mobilidade especial e possibilidade de despedimento; e 5) trabalhadores com contratos fixos em que, por via da redução de indemnizações, se tornou muito fácil às empresas despedir. O conceito de precariedade foi por nós estendido também a uma categoria específica de pequenos empresários. No País há, na nossa opinião, trabalhadores precários que *aparecem* como empresários em nome individual mas que são na *essência* trabalhadores. Não só os casos óbvios dos trabalhadores a recibo verde, bolseiros, estagiários, etc. já citados. Há casos mais polémicos, como o de pequenos empresários que são de facto trabalhadores. Têm formalmente uma “empresa”, normalmente nascida a partir do desmembramento de uma grande empresa, *outsourcing* dos próprios trabalhadores, mas na verdade são trabalhadores dependentes de grandes empresas que suportam todos os custos que a grande empresa deixou de suportar (segurança social, paragens da produção, etc.). O capital circula por estas pequenas empresas, mas não se acumula aí: o que ganham “mal dá para pagar as contas”, isto é, suportar os custos, em muitos casos. Uma parte destes serão pequenos empresários, acossados pela competição, mas uma fracção serão trabalhadores precários na *essência*, embora juridicamente *apareçam* como pequenos empresários. O Instituto Nacional de Estatística não aplica nenhum modelo que permita ter uma noção, para lá das aparências formais e jurídicas, de quem realmente tem uma relação que se configura de trabalhador ou de empregador, no caso das pequenas empresas. Finalmente existem contratos de trabalho que, sendo embora a termo, ou mesmo à peça, como implicam uma força de trabalho de muito difícil reprodução – os médicos, por exemplo –, não configuram precariedade porque a mobilidade de trabalho ou mesmo intensificação não implica situação de desemprego, ou seja, nem toda a mobilidade é precária e há relações jurídicas de trabalho protegido e até de empresários que configuram trabalho precário.

O debate destes conceitos é essencial para determinar a sua realidade ao longo da história e os seus dados actuais. Veremos que as metodologias podem mudar em muito os dados e o panorama da força de trabalho.

Ao analisarmos a totalidade da população residente em Portugal por grandes grupos etários, verificamos que houve uma substancial variação no grupo dos jovens e dos idosos. O grupo dos jovens caiu continuamente para os 14,9%, em 2011, e o grupo dos idosos subiu continuamente de 8% em 1960, para os 19,0%, em 2011. No entanto, o grupo etário da população em condições de trabalhar (12 aos 65, em 1991, 15 aos 65, em 2001 e 2011), manteve-se bastante estável, tendo atingido um limite mínimo em 1970, de 61,9%, e um limite superior em 2001, de 67,7%. Estes resultados podem ter reflexos sociais, por exemplo, do ponto de vista da Segurança Social, substituem-se os gastos com a juventude com a velhice, mas demonstram algo central – a população disponível para trabalhar não só se mantém como aumenta desde a década de 60 até aos dias de hoje, desde logo pela importância que teve a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Destacamos nestas mudanças também a escolarização – independentemente da avaliação qualitativa destes dados, o número de licenciados passou de cerca de 30 000 em 1970 para 1 milhão e 300 mil em 2012.

Os assalariados para o mercado constituíam, em 1970, cerca de 14,51% do total as relações laborais, subindo para 14,70%, em 1981. Os assalariados para fora da esfera do mercado (Para o Estado, ONG, Igreja e Forças Armadas, sendo que o Estado e mercado não são esferas independentes), representavam em 1971 apenas 12,78% do total da população. Em 1981, cresciam para os 15,36%, tendo as nacionalizações do período revolucionário de 1974 e 1975 e a extensão dos Serviços do Estado, consequência da urbanização, os fatores principais para este valor. Neste ano, os efetivos do setor nacionalizado correspondem a cerca de 13% do total de efetivos por conta de outrem em empresas, valor que sobe para cerca de 95% no ramo de atividade da eletricidade, gás e águas; 69% nos transportes e comunicações e 57% nos bancos e seguros. Em 1982, o chamado Setor Empresarial do Estado excedia os 20% do total global da economia nacional, acima dos outros membros da OCDE²⁹⁰.

No que diz respeito à relação da população com as atividades económicas, o Instituto Nacional de Estatística divide a população em dois grandes grupos: população activa e população inactiva. A população activa é composta pelos empregados e os desempregados, que necessariamente terão que ter mais de 12 anos nos censos de 1991, ou

²⁹⁰ Maria João Rodrigues, “O mercado de trabalho nos Anos 70: das tensões aos metabolismos”, *Análise Social*, Vol. XXI (87-88-89), 1985, pp. 679-733.

mais de 15 anos, em 2001 e 2011. A população inactiva refere-se aos demais, ou seja, aos menores de 12 ou 15 anos, de acordo com os censos: domésticas, estudantes, reformados e pensionistas, incapacitados para o trabalho e outros casos, tais como os inactivos disponíveis, já referidos. Notamos no entanto que, para os censos, o conceito de população activa e inactiva está estritamente ligado à sua condição de produtor mercantil ou não, efectivamente ou potencialmente, no caso dos desempregados. Por outro lado, a taxonomia do Global Collaboratory on the History of Labor Relations²⁹¹ considera como população activa tanto os produtores mercantis como os não mercantis, desde que sejam produtores efectivamente. Os restantes serão considerados inactivos. Deste modo, notamos duas diferenças assinaláveis entre a metodologia dos censos e a taxonomia: no caso da taxonomia, os desempregados são parte da população inactiva, enquanto os domésticos parte da população activa.

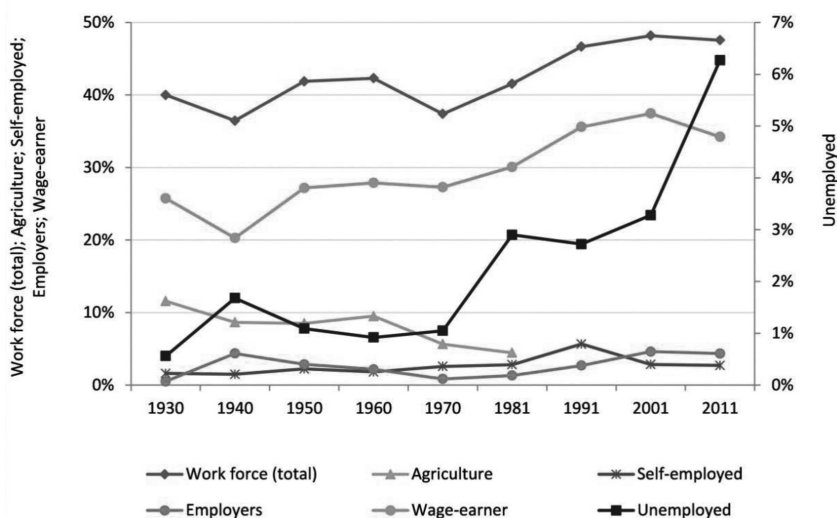


Figura 3.3: Evolução da força de trabalho em Portugal (1930-2011).

Fonte: Global Collaboratory of Labour Relations.

²⁹¹ Global Collaboratory of Labour Relations (IISH-Amsterdam). *Projecto História das Relações laborais em Portugal e no Mundo Lusófono: continuidades e mudanças*, FCT, PTDC/EPH-HIS/3701/2012, coord. Raquel Varela. www.fcsh.unl.pt/rl.

O desempregado é definido pelo INE (Instituto Nacional de Estatística) e pelos Estados membros da União Europeia, de acordo com a definição da OIT (Organização Internacional do Trabalho), como um indivíduo em idade de trabalhar que não tenha um trabalho remunerado ou qualquer outro, esteja disponível para trabalhar e proceda a uma procura ativa de emprego. A ideia de uma procura ativa de emprego inclui uma série de procedimentos que, de acordo com o inquérito ao emprego do INE, por exemplo, inclui estar inscrito num centro de emprego ou ter contactos com empregadores ou ir a entrevistas de emprego, etc. Caso o trabalhador não cumpra essas exigências, passa automaticamente à categoria de inativo disponível ou desencorajado. O economista Eugénio Rosa contesta esta definição de inativo disponível (Rosa, 2011), incluindo-o na categoria de desempregados, à qual acrescenta ainda o subemprego visível, ou seja, o “conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, tinham um trabalho com horário inferior à duração normal do posto de trabalho e que declararam pretender trabalhar mais horas”. A divisão entre inativos e desempregados tem como resultado uma diferença que se expressa nos valores oficiais de desemprego (13%) e nos valores reais de desemprego (23,7%).

De acordo com o Eurostat, em 2012, Portugal, Espanha e Polónia são os países onde o peso dos trabalhadores a prazo no total dos trabalhadores por conta de outrem tem maior significado (respetivamente 20,3% e 22,8% e 26,6% no quarto trimestre de 2012). Em termos absolutos são cerca de 900 mil trabalhadores com contrato a prazo em Portugal. Para melhor quantificarmos a dimensão do trabalho precário em Portugal, teríamos de considerar também a parcela de trabalhadores com contrato à peça, ou seja os recibos verdes. Não dispondo do seu valor para o referido trimestre de 2012, podemos estimá-lo por defeito de acordo com o valor avançado pelo censo de 2011, ou seja, 827 mil precários por recibos verdes (trabalho à peça). Temos só nestas duas franjas um número estimado de mais de 1,5 milhão de trabalhadores em situação de precariedade num universo de uma população activa de 5,658 milhões (esse número inclui 5,455 milhões de população activa de acordo com o INE, ou seja, empregados e desempregados mais 203 mil referente a população inactiva disponível) e desemprego real de 19,9% (1 milhão e 126 mil) no quarto trimestre de 2012. Temos assim, em 2012, mais de metade da força de trabalho em situação de precariedade ou desemprego. Os trabalhadores com contratos permanentes recebem, em média,

salários 16% superiores aos trabalhadores com contratos a prazo. E os trabalhadores à peça (recibos verdes) recebem em média menos 37% do que os com contrato sem termo. Acresce que apenas cerca de 12% dos contratos a prazo são convertidos em contratos permanentes²⁹².

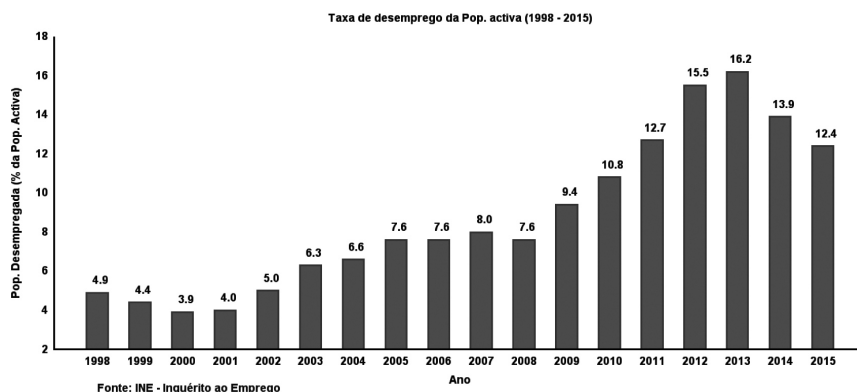


Figura 3.4: Taxa de desemprego da população activa entre 1998 e 2015.

A figura 3.4, do desemprego oficial, mostra a influência tendencial dos períodos de crise económica e como os desempregados estão em contraciclo, desde a década de 80 do século xx. Através dele podemos perceber que a população desempregada tem um comportamento aproximadamente anti-simétrico em relação à população empregada, como aliás é natural. Atingindo, em 2013, valores históricos. Importa referir que este gráfico, assim como os restantes, referem-se apenas à população em idade activa. O mesmo gráfico deixa claro não só os efeitos do ciclo no desemprego da população desempregada mas também o facto de esse ciclo dar-se numa curva ascendente. Claramente, neste último ciclo iniciado com a crise de 2008, o desemprego atinge valores oficiais historicamente altos, 16,2%.

3.7. O “Memorando de Entendimento” e os cuidados de saúde

Na medida em que estamos interessados nas transformações sofridas pelo SNS, concentraremos as nossas discussões nos pontos que o

²⁹² <https://www.bportugal.pt/pt-PT/OBancoeoEurosisistema/IntervencoesPublicas/Lists/FolderDeListaComLinks/Attachments/242/intervpub20140125.pdf>

afectam. E este é afectado directa e indirectamente pela política orçamental. Por si só, os cortes propostos no défice no ano então em curso e nos dois seguintes pressupunham uma verdadeira revolução na máquina administrativa, em particular na oferta de serviços ligados às funções sociais do Estado e na força de trabalho que a garantia. Isso deve-se, antes de mais, ao peso específico que essas funções têm no orçamento público: cerca de 66,5% dos gastos públicos em 2011. De facto, se os números realizados estiveram algo distantes dessa proposta, é certo que observámos uma grande mudança na máquina pública e na distribuição da força de trabalho, em particular na saúde, como veremos.

Em termos orçamentais, não se previa para 2011 nada para além do já aprovado nos PEC anteriores. Já para 2012, previa-se um corte na comparticipação do Estado (entidade empregadora) nos seguros públicos (ADSE, ADM e SAD), bem como o ajustamento dos benefícios de saúde, perfazendo um corte de 100 milhões de euros. Nesse mesmo ano, os cortes no SNS seriam de 550 milhões de euros²⁹³. As receitas para o ano de 2012 previam uma contribuição maior da saúde, com a introdução de um limite máximo para as deduções das despesas de saúde em sede de IRS. Esse limite deveria ser ajustado de acordo com os escalões de rendimento, de forma progressiva²⁹⁴. Essa medida, juntamente com os limites máximos de dedução fiscal, fim da possibilidade de dedução para abate de dívida para compra de casa própria, redução dos encargos dedutíveis para efeitos fiscais e revisão da tributação de rendimentos em espécie e a mudança na Lei das Finanças Regionais dariam ao Estado receitas suplementares na ordem dos 150 milhões de euros²⁹⁵. Para 2013, o corte nas despesas de saúde com os subsistemas públicos daria ao Estado outros 100 milhões de euros, e o SNS, outros 350 milhões de euros²⁹⁶.

Queremos fazer notar que o Memorando é na verdade algo mais que uma simples garantia de um empréstimo focada nas garantias orçamentais. O capítulo dedicado às medidas orçamentais estruturais vai além dessas garantias, dando indicações pontuais sobre a forma de organização e funcionamento dos serviços, de tal ordem que compõe um enquadramento normativo ditado pelo interesse de realizar o plano de resgate

²⁹³ Troika (2011). Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, p. 3.

²⁹⁴ Ibid., p. 4.

²⁹⁵ Ibid., p. 4.

²⁹⁶ Ibid., p. 6.

e garantir o pagamento desse mesmo resgate. Parece-nos importante ressaltar esse ponto prévio porque algumas medidas do Memorando parecem-nos de bom senso, como veremos. No entanto, não se trata de racionalizar para prestar mais e melhores serviços à população e sim gerar poupanças passíveis de servirem como meio de pagamento aos credores²⁹⁷. Sendo a saúde um subtema, ela é afectada por outros subtemas, como sejam o Quadro de Gestão Financeira Pública, o enquadramento orçamental, as Parcerias Público-Privadas, o sector empresarial do Estado, os serviços partilhados e os recursos humanos.

No entanto, nenhum outro capítulo mereceu um tão elevado grau de detalhe como o da saúde.

Os objectivos das medidas estruturais traçadas para a saúde seriam: “Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais²⁹⁸”. Esses objectivos seriam alcançados com políticas voltadas para o financiamento, os medicamentos (preços, comparticipação e prescrição), compras e aprovisionamento, cuidados de saúde primários e serviços hospitalares.

Já abordámos as propostas voltadas para o financiamento. Quanto às farmácias e medicamentos era estabelecido um preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca. Além disso, o sistema de preço de referência internacional teria como países de referência os três com comparticipação mais baixa com o mesmo nível de PIB que Portugal. A prescrição electrónica devia ser obrigatória. Os médicos deveriam ser incentivados a prescrever remédios genéricos ou menos dispendiosos. Também deveria “Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização (peers).

²⁹⁷ Entre os credores encontram-se os próprios trabalhadores, por meio do Instituto de Gestão de Fundos de Capitalização da Segurança Social (IGFCSS). APortaria 216-A/2013, de 2 de Julho, assinada pelos então ministros das Finanças, Vítor Gaspar, e da Solidariedade e Segurança Social, Luís Mota Soares, aumentava o limite dos gastos em dívida pública portuguesa de 55% para 90%.

²⁹⁸ Troika, op. cit., p. 17.

Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados, com início no T4-2011. A avaliação será efectuada através de uma unidade específica do Ministério da Saúde tal como o Centro de Conferência de Facturas. Sanções e penalizações serão previstas e aplicadas no seguimento da avaliação [T3-2011]”²⁹⁹. E também “Estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição. [T4-2011]”³⁰⁰. Finalmente, seria alterado “o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros Estados Membros”³⁰¹.

Os cuidados de saúde primários deveriam ser reforçados com “Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho”³⁰².

Sobre os serviços hospitalares, as preocupações iam desde o pagamento atempado aos fornecedores até aspectos organizativos mais particulares e de informação. Explicitamente, buscava-se uma redução nos custos operacionais de 200 milhões de euros (100 milhões em 2012, ao que se acrescentariam mais de 100 milhões já reduzidos em 2011). Três outros pontos ilustrativos da política de corte de custos que interferiam directamente nas condições dos cuidados de saúde em função dos cortes financeiros seriam o prosseguimento das publicações das normas de orientações clínicas (NOCs) juntamente com a criação de um sistema de auditoria, a “reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais” e a transferência de alguns serviços de ambulatório hospitalar para as unidades de saúde familiar³⁰³.

Segundo Santos (2015), as NOCs teriam em Portugal um carácter normativo e não orientador, como tem sido normal em outros países que adoptaram esses guidelines desenvolvidas primeiramente nos EUA

²⁹⁹ Ibid., p. 17.

³⁰⁰ Ibid., p. 18.

³⁰¹ Ibid., p. 18.

³⁰² Ibid., p. 18.

³⁰³ Ibid., p. 19.

em 1990. E esse carácter normativo estaria mais vinculado a preocupações de ordem financeira que da saúde propriamente dita³⁰⁴. Em 2014 a Ordem dos Médicos abandonaria as auditorias às NOCs argumentando que o elevado valor de incumprimento observado (70% nos cuidados primários) se devia, em boa medida, a parâmetros mal definidos³⁰⁵. Quanto à organização hospitalar, o documento reforça um comportamento que já vinha sendo adoptado pelos hospitais desde a segunda passagem de Correia de Campos pelo MS. Importa reparar um aspecto que discutiremos no próximo capítulo, que é a especialização de hospitais. Abordaremos aí uma questão fulcral relacionada com a criação de um mercado de cuidados de saúde envolvendo o SNS, sendo que tal levaria inevitavelmente à especialização dos hospitais em áreas particulares, debilitando o serviço de proximidade.

³⁰⁴ “Nas NOC’s avaliadas, a expressão de custos financeiros assume uma relevância marcada ao estar presente na maioria dos textos. Porém não se pode admitir que reflita uma verdadeira análise económica, que obedece a uma metodologia própria e estes estudos, se existentes para a realidade nacional, não foram incluídos no articulado das NOCs.” Paulo Santos et al. (2015). “As Normas de Orientação Clínica em Portugal e os Valores dos Doentes”. Em: *Acta Med Port* 28.6, pp. 754-759, p. 757.

³⁰⁵ “Ordem dos Médicos deixa de colaborar com auditorias às normas clínicas” (2014). Em: *Público* (17 de fev. de 2014). url: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-deixa-de-colaborar-com-auditorias-as-normas-clinicas-1624030>

CAPÍTULO 4

PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA ACTUALIDADE

Na última década do século passado e já neste século XXI, os cuidados de saúde, públicos e privados, sofreram uma grande transformação motivada por mudanças técnicas e de relações laborais que, afastando-se do modelo de sistema universal, como é suposto ser o SNS, os aproximaram mais de um modelo do tipo do existente no Estado Novo, assistencialismo e previdência social. E essa é uma constatação de ordem prática, sem necessidade de um corolário clássico na ordem jurídica.

Com a Lei de Bases da Saúde de 1990, tornou-se filosofia oficial do Estado a promoção dos cuidados de saúde privados. Para efeitos práticos, à data da promulgação dessa lei, tal como na actualidade, o acesso aos cuidados de saúde é mais ou menos facilitado de acordo com a carteira de cada um. No entanto, essa diferença não só se aprofundou como foi motivada pela acção do Estado.

Durante esse período, a produção privada proliferou muito, ajudada tanto financeiramente pelo próprio SNS como pela garantia de uma quota de mercado e de mão de obra qualificada formadas na sua grande maioria no SNS, mas dispondo de um rendimento e de um tipo de relação laboral que necessariamente impele essa força de trabalho, em alguns casos, a partilhar o seu tempo e noutros, a vendê-lo por inteiro. O que aqui se questiona não é a existência dessa situação, mas sim as proporções que ela adquiriu.

Da parte do SNS, o mecanismo adoptado foi introduzido com alguns testes para finalmente em 2003 sofrer a transformação final. Fruto da criação dos hospitais SA, posteriormente hospitais EPE, e dos contratos-programa estabelecidos com esses mesmos hospitais, juntamente com contratos estabelecidos com o sector privado, criou-se um mercado de

cuidados de saúde onde o principal comprador, o próprio SNS, será capaz de determinar os montantes a serem produzidos, podendo induzir procura. De facto, essa procura será induzida com o boom das cirurgias de ambulatório registadas no início do século. Trata-se de optar por um tipo de procedimento que reduz drasticamente o uso de tempo e recursos, motivado por alguns ganhos técnicos, tanto no procedimento como no que é comum aos demais procedimentos. Exemplo disso são os procedimentos da cirurgia de catarata e a anestesia. Ambos tiveram um grande desenvolvimento nas décadas de 80 e 90 no campo da investigação, sendo generalizados no início do presente século³⁰⁶.

Este sistema, assim orientado, teria uma base de facto mais assistencial, ainda que universal. Trata-se dos CSP, sobretudo no que diz respeito à referência para cuidados hospitalares, onde o número de pacientes referenciados a pedido de um MGF (médico de medicina geral e de família) é da ordem de um terço. Isso sugere que nesse ambiente sem dedicação exclusiva e de baixos níveis salariais a referência privada ganha outras dimensões. Aqui, os seguros ganham a dimensão de previdência e medicina livre.

Da génese desse projecto, a flexibilização da força de trabalho num verdadeiro mercado, onde a contratação seria livre de acordo com os contratos de trabalho individuais, aproximando as condições de trabalho de um mínimo expresso pela queda do peso da força de trabalho nos custos do SNS. E esse mínimo é simultaneamente a luz verde para a expansão dos cuidados privados com níveis de custos laborais mais baixos. Isso é o oposto do que se preconizava até aos anos 80, onde os médicos, por exemplo, quase começavam a sua carreira no fim da faculdade para terminá-la com a aposentação na função pública, tendo por provável que teriam trabalhado quase sempre em regime de exclusividade. E uma parte significativa trabalhando 42 horas.

Os avanços técnicos possibilitaram um apreciável ganho de produtividade que se reflecte no aumento do volume de produção. Por outro lado,

³⁰⁶ “*In the past few decades, the number of surgical procedures carried out on a same-day basis has increased markedly in OECD countries. Advances in medical technologies, particularly the diffusion of less invasive surgical interventions and better anaesthetics, have made this development possible. These innovations have improved patient safety and health outcomes, and have also in many cases reduced the unit cost per intervention by shortening the length of stay in hospitals.*” *Aqui é reportado o exemplo das cirurgias de catarata e tonsillectomy.* OECD (2015b). OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards. OECD Reviews of Health Care Quality. OECD, p. 116.

pela acção do mercado, essa produtividade pode ser explorada até a exaustão dos profissionais, reflectindo-se em bons números de execução sem que isso resulte num trabalho dirigido a responder aos problemas de saúde da população. Inflaciona-se um procedimento em detrimento de outro.

Outra questão muito importante, que é completamente diferente da produção em volume, está relacionada com a qualidade desse serviço. Toda essa produção está dependente dos profissionais que operam na saúde, muito particularmente dos médicos. É preciso conhecer como evoluiu a quantidade da força de trabalho relacionada com a saúde, como evoluiu a sua qualidade em termos de profissionalização e, finalmente, como evoluiu o esforço dedicado dessa força de trabalho. Finalmente, é fundamental conhecer o tempo que essa força de trabalho dedicou a cada acto. Se é verdade que se constatou um ganho em termos de volume de produção, não é menos verdade que esse ganho está longe de ser positivo por si só. Vejamos, por exemplo, o tempo de trabalho médico: mantendo-se esse tempo constante, um maior número de pacientes implica um menor tempo de atendimento. Esse menor tempo de atendimento pode ser justificado dentro de certos limites. Abaixo desses limites, põe-se em causa a qualidade do serviço. E tudo isso pode passar-se sem que nenhuma indicação apareça a nível de perdas na saúde. Pode mesmo acontecer que uma perda possa aparecer como um ganho. Uma cirurgia feita a mais aparecerá sempre como um ganho, ainda que, sendo ela evitável, o ganho estivesse em não fazer a cirurgia e recorrer a outra terapêutica, ainda que esta fosse mais demorada e exigisse mais trabalho médico. É sempre muito difícil julgar onde está esse limite.

Quanto à oferta, o aumento no número de profissionais de saúde qualificados, em quantidade e qualidade, é o factor determinante. Como veremos, tem particular importância o aumento dos profissionais das carreiras especiais de saúde, sendo que a força de trabalho médica cumprirá um papel ordenador dessa mudança, mais que a sua própria quantidade.

4.1. Hospitais

Em termos de volume, a prestação de serviços de saúde nos hospitais tem vindo a crescer de uma forma mais ou menos contínua desde a fundação do SNS. No último período em que se centra este trabalho, ou seja na primeira década do século XXI, esse crescimento foi bastante

notável. Para determinar a extensão desse crescimento, podemos ver os hospitais como um ramo da produção onde o resultado em termos de atendimento de pacientes por esses serviços seria o produto, ou seja, internamentos, consultas externas, intervenções cirúrgicas, serviços de urgência. E os actos complementares de diagnóstico e os actos complementares de terapêutica, dada a sua importância na produção, seriam “custos intermédios” da produção por serviço. Deste modo, a visualização desse crescimento será feita pelo estabelecimento de um índice de variação dos pacientes atendidos nos quatro serviços, de acordo com a figura 4.1.

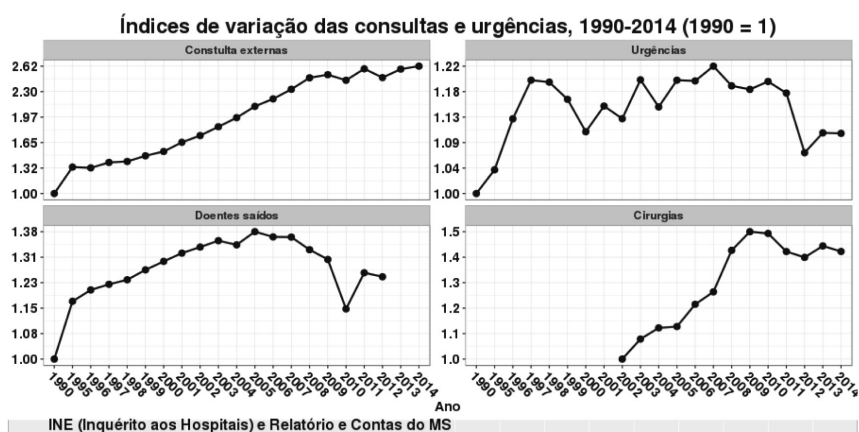


Figura 4.1: Produção hospitalar.

Podemos ver que o número total de consultas externas cresceu mais de duas vezes e meia (2,62) em 24 anos (de 1990 até 2014). De acordo com os números do INE, teria crescido 53% entre 1990 e 2000, quase 50% entre 2000 e 2005 e 43% até 2010 e, finalmente, cerca de 18% até 2014. Esse número total seria por volta de 4,5 milhões de consultas externas em 1990. Por outro lado, o número de doentes saídos do internamento (686 mil em 1990) e urgências (quase 5,4 milhões em 1990) sofreu um crescimento bastante marginal de 1,23 em 2012 com um pico a 1,38 em 2005, no caso dos doentes saídos, e 1,09 em 2014, com um pico de 1,22 em 2007. Ambos os comportamentos são esperados. Quanto ao internamento, reflecte a maior peso dos procedimentos de ambatório, como as cirurgias e hospitais de dia. Nalguns casos, como as cirurgias, trata-se de mudanças técnicas. Noutros casos, como

o internamento em hospitais de dia, podem prevalecer opções económicas mais do que melhorias técnicas.

O caso dos serviços de urgência é, ao contrário dos serviços programados, muito mais complicado de gerir, sendo que os custos de uso de equipamento e força de trabalho são maiores, precisamente pelo facto de não serem programados, ou de a programação possível ser bastante limitada. E o número parece bastante menor do que se esperaria tendo em conta que, no mesmo período, nos CS as urgências teriam recuado para 69% do valor de 1990. E a perda foi mais espantosa tendo em conta que, em 2006, as urgências dos CS teriam um máximo histórico de uma produção 75% maior que em 1990. Nos hospitais, o máximo foi também, no mesmo ano, de mais 22% em relação a 1990. Nesse período, os CS caíram de 1,75 para 0,39 em 2012. O que impressiona é o facto de os hospitais não terem reforçado a sua produção relativa às urgências, tendo caído no mesmo período para próximo de um, ou seja, os mesmos valores de 1990. As tentativas de diminuir os custos elevados desses serviços têm levado a que os hospitais, mais nos últimos anos, recorram com mais intensidade a contratos de prestação de serviços, tanto em nome individual, que correspondem a cerca de um quarto do total desde 2011 até 2014, como com empresas, que representam o restante. Essa força de trabalho conta com a vantagem dos menores custos, razão pela qual é requisitada. Por outro lado, a sua produtividade e sobretudo a qualidade dos seus serviços são questionáveis³⁰⁷.

Contrariamente aos demais serviços, tivemos necessidade de proceder de forma diferente na elaboração dos índices para as cirurgias. Devido à falta de informação sobre os seus números em anos mais recuados, optámos por recorrer a uma série de publicações do INE dedicadas ao Dia Mundial da Saúde entre 2014 e 2016, que recolhem informações entre 2002 e 2014. Diferentemente da nossa escolha de usar informações sobre Portugal continental, estas publicações referem-se ao total do País, incluindo as ilhas. Em segundo lugar, os valores

³⁰⁷ Susana Oliveira (2013, p. 193) cita as palavras do então director do Departamento de Anestesiologia do Hospital de Santo António e ex-presidente da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências segundo o qual “meter dentro dos hospitais gente avulsa vai desagregar o serviço e não é bom para a continuidade dos cuidados. A noção de serviço é extremamente importante, não apenas por causa da diferenciação técnica, do espírito de equipa e do ensino, mas para dar continuidade à responsabilidade assumida pelo doente. Se temos umas pessoas a fazer umas horas, temos tarefeiros, não temos serviço”. Susana Sampaio Oliveira (2013). Outsourcing no setor hospitalar. *Vida Económica*, p. 193.

referem-se à produção em estabelecimentos oficiais, que incluem os estabelecimentos públicos do SNS e os demais estabelecimentos como os da GNR, prisionais, etc. No entanto, a diferença entre a produção nos estabelecimentos oficiais públicos e o conjunto dos oficiais, bem como a mesma diferença incluindo ou não as ilhas, é muito pequena. A título de exemplo, a diferença em 2014 foi de 3,6%. Esse valor é possivelmente menor que o erro sistemático de medição nas contagens feitas pelos hospitais. A segunda nota é que os números na figura 4.1 referem-se apenas às médias e grandes cirurgias. Tomando, uma vez mais, 2014 como referência, o número de médias e grandes cirurgias foi de quase 671 mil. Se incluíssemos as pequenas cirurgias, esse número seria de quase 822 mil, ou seja, compreende 151 mil pequenas cirurgias.

No ano de referência de 2002 houve 471 mil médias e grandes cirurgias. De acordo com a figura acima, esses procedimentos alcançaram um máximo em 2009, correspondendo a um factor de 1,5, caindo para um factor de um pouco mais de 1,4 em 2014. Portanto, ao longo de 12 anos houve um aumento de cerca de metade do ano inicial, o que é um resultado considerável a luz dos números sem outras considerações.

Em primeiro lugar, deve-se notar que esse resultado, sobretudo em contraste com os cuidados primários de saúde, reflecte uma aposta que os diversos governos têm feito nos hospitais, em detrimento dos cuidados primários, dentro de uma política orçamentária restritiva para os cuidados de saúde como um todo. Por um lado, essa maior aposta nos cuidados hospitalares corresponde a uma ideia hospitalocêntrica da saúde nascida após a Segunda Guerra Mundial, apesar dos constantes alertas dos especialistas em saúde pública e dos diversos movimentos a favor dos cuidados primários. Claramente, essa aposta nos cuidados primários foi feita após o 25 de Abril e isso possibilitou que ainda hoje exista uma rede que, apesar das limitações, conseguiu e tem conseguido enormes ganhos em termos de saúde pública e cuidados preventivos, para além de uma resposta bastante aceitável, tanto no panorama mundial como europeu, em termos de cuidados curativos que não exijam a intervenção de um especialista hospitalar. No entanto, do ponto de vista económico, o hospital está para os cuidados de saúde primários como a fábrica está para o artesanato. E numa sociedade em que a gestão da saúde cada vez mais é estabelecida de acordo com o mercado e não com as necessidades da população, é natural que a aposta seja feita nos hospitais. Não se depreenda daí que os serviços hospitalares públicos

estão sobredimensionados. Pelo contrário, de acordo com as capacidades instaladas a nível nacional como um todo em termos de recursos profissionais, como veremos, esses ganhos parecem pouco em função das necessidades da população. Além do mais, ao descuidar os cuidados primários, ganha-se irracionalidade nos hospitais.

Essa aposta, enquanto intenção, não explica a dinâmica de crescimento dos serviços. Essa dinâmica positiva foi estabelecida, principalmente, por dois factores que correm em paralelo: os ganhos técnicos na saúde dos últimos anos e o incremento da força de trabalho nos serviços hospitalares do SNS no mesmo período.

Esta questão ganha especial importância quando relacionada com os custos dos serviços de saúde. E do ponto de vista dos custos podem distinguir-se dois períodos distintos que coincidem com a última década do século XX e a primeira década do século XXI. Enquanto no primeiro período esse crescimento esteve muito vinculado ao aumento dos gastos – que, de resto, motivou um número gigantesco de artigos de economia da saúde sobre a insustentabilidade desses gastos num futuro próximo –, a partir do início do século XXI observou-se uma estabilização desses gastos. No entanto, como já foi referido, o crescimento do volume de produção continuou em valores compatíveis e, em geral, maiores que no período anterior. Do ponto de vista político, esse segundo período coincide com a generalização da gestão empresarial nos hospitais. Desta forma, existe a tentação de vincular esses resultados aos ganhos de eficiência derivados das novas formas de gestão. Trabalhos com o de Harfouche (2012) vão nesse sentido. Nessa tese de doutoramento convertida em livro, comparam-se os ganhos nos hospitais SA, depois hospitais EPE, com os hospitais mantidos com gestão de acordo com as regras da administração pública, os hospitais SPA. Os resultados identificam ganhos marginais que estão longe de explicar o desempenho observado. Por outro lado, mesmo esses ganhos são inconclusivos, tendo em conta a margem de erro associada aos resultados (desvio padrão).

4.1.1. Avanços técnicos nos hospitais

Um primeiro contributo que se reconhece no incremento do volume dos serviços hospitalares virá das chamadas tecnologias da informação. De facto, esse terá sido um fenómeno que afectou a grande maioria dos ramos de produção. A maior capacidade de controlar a

informação, desde questões como marcação, controlo de fluxo, circulação de informação clínica, etc., contornou, por um lado, uma série de procedimentos burocráticos e, por outro, diminuiu o tempo entre as fases envolvidas. Paralelamente, o uso da precisão proporcionada pela informática bem como os avanços na produção de novos materiais e o conhecimento das funções biológicas do organismo humano permitiram simplificar vários procedimentos com ganhos de tempo e de recursos. Nesse contexto, os meios complementares de diagnóstico ganharam uma importância sem precedentes, como se pode ver no Quadro 3.

Quadro 3: Número de actos complementares de diagnóstico nos anos 2000 e 2012

Diagnóstico	2000	2012	Variação
Análises clínicas	70503.5	76904.1	9.1
Imuno-Hemoterapia	6229.1	3987.1	-36.0
Anatomia patológica	693.9	1128.8	62.7
Exames anátomo-patológicos	647.6	636.2	-1.8
Autópsias	2.2	2.1	-2.7
Outros	44.1	490.5	1012.2
Imagiologia	4803.8	7302.5	52.0
Angiografia	11.8	18.0	52.9
Ecografias	593.5	1154.5	94.5
Exames radiológicos	3785.2	4624.9	22.2
Mamografias	55.8	90.4	61.9
Ressonâncias magnéticas	22.0	163.6	643.5
TAC	303.5	1078.9	255.5
Outras por imagem	33.6	172.2	412.4
Endoscopias	194.6	337.3	73.3
Medicina nuclear	22.6	107.8	376.8
Psicologia	37.7	205.9	446.1
Outros actos	2416.8	7249.5	200.0

Não só o seu número em geral cresceu, como em alguns casos esse crescimento foi fora de série, bem como a sua qualidade. Também os tempos associados a vários desses exames caíram surpreendentemente. A economia de escala conseguida em vários desses actos determinou ganhos em termos de tempo e de custos. Uma situação similar ocorreu com os actos complementares de terapêutica, conforme se observa no Quadro 4.

Quadro 4: Número de actos complementares de terapêutica nos anos 2000 e 2012

A.C. Terapêutica	2000	2012	Variação
Imuno-Hemoterapia	407.2	564.2	38.6
Fisioterapia	7312.4	9592.2	31.2
Litotricia	1.6	3.8	134.4
Medicina nuclear	1.3	5.4	317.5
Radioterapia	649.3	554.4	-14.6
Psicoterapia	28.0	238.4	751.4
Outros actos	1266.4	4676.2	269.2

Em termos dos serviços, as cirurgias são um outro fenómeno digno de nota. Em geral, esses procedimentos ganharam uma outra importância com a generalização das cirurgias de ambulatorio, em certos procedimentos cujo volume tem muito impacto no conjunto das intervenções cirúrgicas. O recurso dos procedimentos em ambulatorio em alternativa ao método convencional em geral, com recurso a internamento, representa um ganho de recursos e de tempo³⁰⁸ que, por si só, permite potencializar o número de intervenções. Acresce a isso que, geralmente, a passagem de uma cirurgia convencional para ambulatorio pressupõe um avanço técnico de tal ordem que se reflecte no tempo despendido para a sua realização. Para avaliarmos a mudança sofrida no número de cirurgias em ambulatorio, em 2002 estas seriam quase 17,5%³⁰⁹ do total das médias e grandes cirurgias programadas. Em 2015 esse número chegará a quase 58,9% do total³¹⁰. O número varia, indo dos 0,3% no

³⁰⁸ OCDE contesta com maior número de consulta residencial.

³⁰⁹ INE. Estatística da Saúde (vários anos).

³¹⁰ ACSS (2016). *Relatório e Contas de 2015*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS, Jul. de 2016.

caso das cirurgias cardiotorácicas até aos 92,4% no caso da oftalmologia. De facto, a importância desses procedimentos em ambulatório para o volume total pode ser observada no caso das cirurgias de cataratas, de acordo com a figura 4.2.

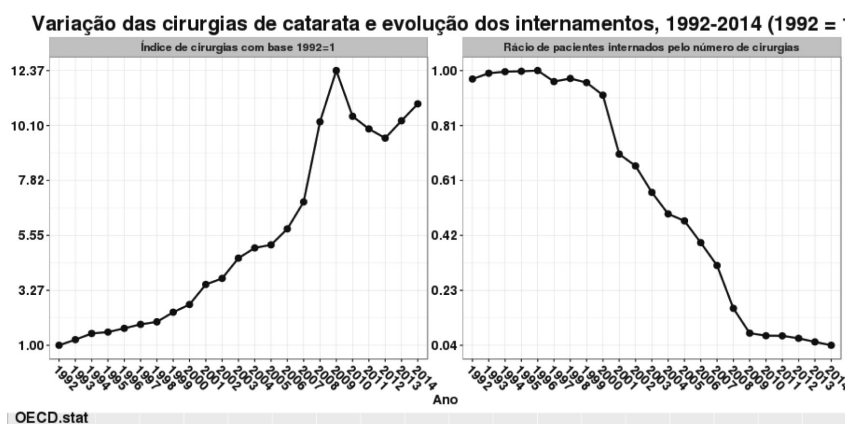


Figura 4.2: Índice do número de cirurgias às cataratas com base em 1992 e relação entre o número dos internamentos em cirurgia de cataratas e o número de cirurgias.

O primeiro gráfico mostra a explosão do número de cirurgias que ocorrerá sobretudo a partir do ano 2000. E de facto até por volta desse ano esses procedimentos eram feitos suportando um enorme “fardo” em tempo de internamento. A partir do ano 2000 o engenho técnico dos cirurgiões inicia a generalização desse procedimento em tempo recorde, sem necessidade de internamento. Começa uma possível revolução nas cirurgias de ambulatório às cataratas. Muito embora a figura se refira ao total das cirurgias, no público e no privado, o peso do público é de cerca de 75%, sendo possível observar alguns acontecimentos. Enquanto em 1992 se faziam 12 mil cirurgias às cataratas praticamente em regime de internamento, em 2007 são feitas 83 mil com 32% de internamento. Em 2008 o SNS contratualiza 30 mil cirurgias de catarata e 75 mil primeiras consultas de catarata. Nesses anos foram feitas 123 mil cirurgias e em 2009 será um ano recorde com 149 mil cirurgias, um recorde com apenas 8% de internamento. Em 2014 o “fardo” do internamento é de apenas 4%. Paradoxalmente, enquanto aumento, o verificado a partir do ano 2000 e, sobretudo, a partir do ano 2006 é mais espectacular; eles herdaram no plano técnico a formação dos médicos verificada no

período anterior onde se observa um aumento da produção sem haver aumento na produtividade técnica. Também observamos que já antes e depois da implantação do SIGIC recorre-se com alguma frequência a programas especiais de recuperação de lista. A 1.^a avaliação de 2008 do Programa de Intervenção em Oftalmologia faz um balanço do que havia sido alcançado em termos de intervenções em oftalmologia tendo em conta que havia sido determinada por portaria³¹¹ a contratualização de mais 30 mil cirurgias e 75 mil primeiras consultas, para além do que já estava contratualizado.

Um outro exemplo desse aumento de produtividade vem do tipo de anestesia aplicada. Enquanto em 2002, 68% das anestésias eram gerais e 15% locais, em 2013, apenas 49% eram gerais e 23,5% locais.

A capacidade de produção pode ser ajustada usando diversas unidades de medida possíveis. Uma delas pode ser através da força de trabalho dos anestesistas. A sua transversalidade nos actos cirúrgicos faz que a produtividade desses profissionais, junto com o seu número relativo, condicione a produção nessa linha. O SNS contava, em 2013, segundo o Inventário (2013, p. 14) do trabalho no SNS, com 1633 anestesistas. Supondo que um interno consiga dividir a sua quota de participação em actos cirúrgicos em igual quantidade nos cinco anos, isso corresponderia a 440 anestésias por ano³¹². Sendo 384 internos, isso totaliza 168 960 actos. A formação é e deve ser uma das linhas de produção mais importantes do SNS. O número de especialistas é de 1238 que, em teoria, seriam responsáveis pelas demais 389 031 cirurgias que, somados aos médicos internos dariam 557 991 cirurgias padrão produzidas em 2013; esses médicos fariam 309 cirurgias por ano como mínimo para compensar a contribuição dos internos em acções de formação. Teríamos que somar o horário dedicado à produção do interno de acordo com o grau de autonomia que vai adquirindo, posto que parte dos procedimentos são ou deveriam ser tutoriados envolvendo, portanto, horas de médicos especialistas. Em todo o caso, fosse essa a produtividade do anestesista, ela estaria muito à frente das demais especialidades que, de acordo com o Relatório da Atividade em Cirurgia Programada de 2012 (p. 86), a produtividade média do cirurgião é fixada em 83 cirurgias-padrão por ano. É interessante notar que essa produtividade estará muito

³¹¹ Portaria n.º 1306/2008 de 11 de Novembro.

³¹² Portaria n.º 49/2011 que actualiza o programa de formação (publicado em anexo) do internato médico da área profissional de especialização de anesthesiologia.

provavelmente de acordo com a disponibilidade de recursos humanos cirúrgicos do SNS. Quando se opta por centrar os recursos no sentido de obter resultados em poucas áreas, corre-se sempre o risco de que a nova configuração baixe demasiado a prestação. O relatório estabelece a média de cirurgias por acto em dois cirurgias. Esta, na verdade, deve estar mais próxima do limite mínimo. A complexidade do acto e o interesse em formar determina o número de profissionais em muitos serviços.

4.1.2. Força de trabalho nos hospitais

Na secção anterior indicámos as modificações técnicas ocorridas na prestação de cuidados de saúde como um dos elementos centrais que explicaria os ganhos em termos de volume de serviço. No entanto, essas possibilidades derivadas da técnica só poderiam tornar-se realidade se sustentadas por uma mão de obra adequada. Em geral, essa força de trabalho tem aumentado no SNS tanto no sentido numérico como em termos de esforço. Neste momento, daremos conta das modificações no primeiro sentido, o numérico, deixando para outra secção as modificações no esforço. Entretanto, chamamos a atenção para que somente a conjugação destes dois elementos pode proporcionar um quadro completo das relações de produção.

Correspondendo ao aumento da produção verificado no SNS, a força de trabalho total e, em particular, a força de trabalho ligada às carreiras médicas aumentaram no último período com características excepcionais. Em particular o último período, reconhecido como o da austeridade e intervenção da troika. Para uma primeira ideia dessa dinâmica da força de trabalho, podemos observar a figura 4.3. Os três primeiros gráficos dessa figura mostram o índice de evolução de três carreiras especiais da saúde (médicos, enfermeiros e TDT), agregando os demais trabalhadores em “outros”. A exclusão dos efectivos da quarta carreira especial da saúde, os técnicos superiores de saúde, ocorre devido ao facto de, nos anos considerados, esse número não estar disponível enquanto carreira, mas apenas parcialmente, como o número de alguns profissionais dessa carreira como os farmacêuticos. Em todo o caso, esse valor foi incluído em outros e será visto mais adiante para os últimos anos. O número de enfermeiros está disponível apenas a partir de 1998. Também para essa figura 4.3 foi escolhido o ano de 2000 como base.

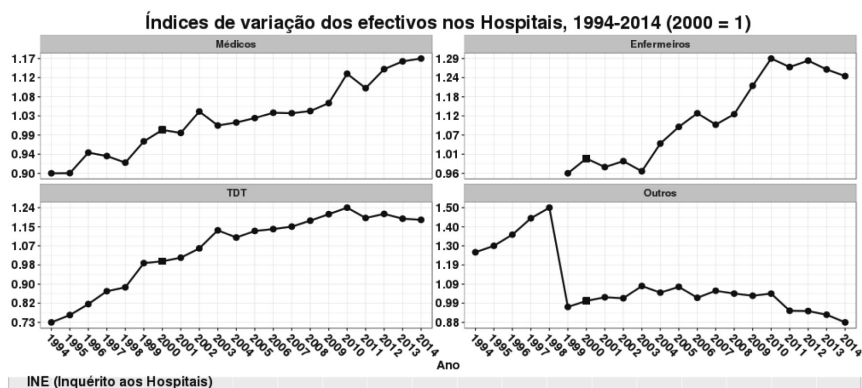


Figura 4.3: Índice de pessoal ao serviço dos hospitais.

Em 2000 o número de efectivos médicos nos hospitais era de 15 862. Esse número terá crescido até 2014 num factor de 1,17 (18 530 médicos). Nesse número estão incluídos tanto os médicos especialistas como os em formação de especialidade (internato médico), o que inclui tanto os formandos no ano comum como nos anos de especialização, cuja duração varia de acordo com a especialidade. Os enfermeiros aumentaram 24,1% entre 2000 e 2014 (de 24 872 para 30 859), com um máximo em 2010 de 32 940 (+ 29,2%). Os TDT cresceram 18,2%, partindo de 5536 em 2000 para 6547 em 2014. Também os TDT tiveram um máximo de quase 25% antes da intervenção da *troika*, em 2010, com 6843 técnicos. As restantes categorias profissionais terão recuado em 2014 para 88,5% do valor registado em 2000, tendo um pico máximo em 2007 de mais 5%. Esses trabalhadores eram 41 023 em 2000, passando para 36 273 em 2014. A queda abrupta que se verifica neste gráfico na passagem de 1998 para 1999 deve-se ao facto de até 1998 o efectivo de enfermeiros estar incluído nesse número, não tendo, portanto, significado especial.

Essa figura mostra um fenómeno muito importante que terá ocorrido no período entre 1994 e 2000. Nesse intervalo de tempo, o número de médicos terá crescido 11%, os TDT cresceram quase 38%. Da mesma maneira, sabemos que o número de enfermeiros terá crescido na mesma ordem nesse período. Esse aspecto é importante para verificar que terá havido uma considerável acumulação de efectivos que será determinante para os crescimentos observados a partir de 2000. E esse aumento relativamente maior das duas outras carreiras em relação aos médicos expressa um outro facto interessante. Tendo em conta que os números de produção

apresentados na figura 4.1 (p. 146) representam actos médicos, é fácil perceber que eles serão alcançados de acordo com o esforço médico. Por outro lado, esse trabalho médico tem de ser potenciado. Como noutro trabalho qualquer, é necessária, para que ele se torne pleno em termo quantitativos, uma organização técnica que inclui ferramentas e uma cadeia com uma adequada divisão de trabalho. Enquanto essa cadeia não encontrar esse suporte adequado, não importa quão qualificado seja esse trabalhador. O resultado do seu esforço, por muito que seja, ficará sempre aquém do que era possível. Paradoxalmente, foi precisamente o deslumbramento com o mercado demonstrado pelo PSD ao longo dos anos 80 que fez que esse movimento não tivesse acontecido mais cedo. A partir de meados dessa década, quase que estagnou a formação de novos médicos. O movimento intensivo para formação dos outros profissionais virá em meados da década seguinte. E o reconhecimento da sua importância vinha já de finais dos anos 50, expresso no *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. Uma vez mais, os primeiros passos para colmatar essa lacuna serão dados logo a seguir ao 25 de Abril. O atraso deve-se à tacañez da fé nos métodos de gestão como remédio para um mal cuja cura requer trabalho qualificado.

A esse propósito, a intervenção da troika é, também ela, bastante ilustrativa. O Memorando de Entendimento com a *troika* exigia um corte nos gastos públicos, incluindo na saúde, como já foi visto. Por outro lado, os níveis de produção necessitavam, como condição de sobrevivência do Governo, de ser mantidos em valores mais ou menos próximos do verificado antes da intervenção. Ambas as condições foram respeitadas. Para tal, o ministro da Saúde nomeado pelo XIX Governo Constitucional, chefiado por Passos Coelho, Paulo Macedo, ex-administrador da Medis, com uma passagem anterior pelo Governo como director-geral dos impostos entre 2004 e 2007, recorrerá a uma artimanha que manterá esses valores, mas sairá muito cara do ponto de vista social. Duas das suas medidas modificaram o contingente e a estrutura interna do sector. Outras duas foram decorrentes de mudanças na jornada dos próprios trabalhadores e serão tratadas mais à frente.

Com relação aos demais trabalhadores das carreiras especiais passou-se algo distinto quanto ao número de efectivos. Em todas o número de empregos encolheu. Os enfermeiros foram os que mais perderam, passando de 40 469 em 2011 para 39 316 em 2014. Ao todo perderam-se 1153 postos de trabalho, ou seja, uma redução de 3%. Os TDT passaram de 7963 para 7759 entre 2011 e 2014, ou seja, menos 2,6%. A maior perda em termos percentuais foi dos TSS, que baixaram de 1783 em 2011

para 1584 (menos 12,6%). É finalmente importante salientar que, juntas, essas quatro carreiras correspondem a cerca de 60% de todo o emprego no SNS. Se juntarmos a esse número os auxiliares de acção médica, esse universo representaria quase 75% de todo o emprego no SNS.

A evolução do número de efectivos pode ser acompanhada pelos Balanços Sociais Globais do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde e está expressa na figura 4.5. As conclusões a partir do número de trabalhadores pelos BS serão essencialmente as mesmas. Também para as demais carreiras se observa um recurso às reformas antecipadas.

4.2. Cuidados de saúde primários

O SNS possui uma rede de cuidados de saúde primários (CSP) representada por centros de saúde responsáveis pelos cuidados de saúde curativos não diferenciados, na sua maioria cuidados de saúde preventiva e saúde pública e comunitária.

Muito embora o reconhecimento geral da importância deste serviço na organização do SNS, a verdade é que passado o impulso inicial dos seus primeiros anos de existência, os CSP foram relegados para um papel secundário face aos cuidados hospitalares. Uma primeira verificação desse facto é-nos permitida pela produção relacionada com esse serviço. A figura 4.4 resume essa produção em termos dos vários tipos de consultas médicas prestadas nos centros de saúde desde 1990 até 2014.

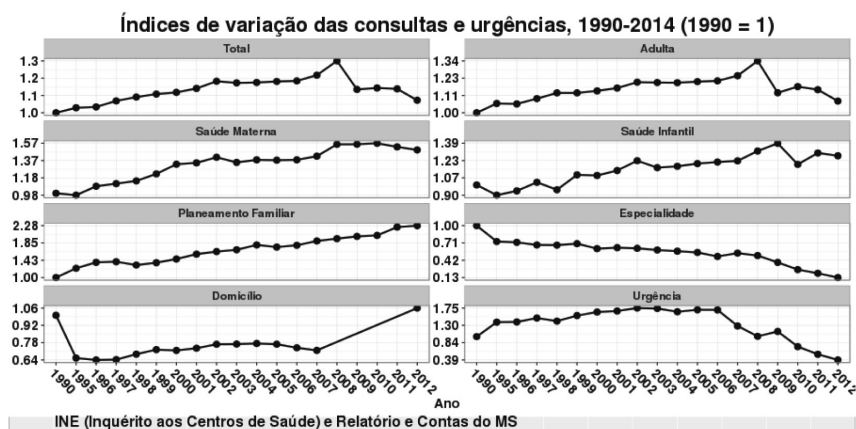


Figura 4.4: Consultas nos centros de saúde do SNS.

Optámos por apresentar os valores em termos de índice de variação dessas consultas com referência a 1990 (base = 1), ou seja, normalizámos os valores de todos os anos com referência ao ano de 1990. Deste modo, mais do que os valores totais das consultas, que pouco revelam sobre a sua real importância, esse índice revela com que factor cresceu (ou diminuiu) cada uma das variáveis. Assim, o máximo de consultas realizadas nos centros de saúde terá sido no ano de 2007 e esta é 1,3 vezes maior que em 1990.

É necessária uma nota metodológica prévia. O INE cancelou inexplicavelmente os Inquéritos aos Centros de Saúde a partir de 2012, último ano em que foram realizados. Desta forma, para os anos de 2013 e 2014, recorreremos aos números produzidos pela Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde (ACSS), cujo valor é reportado e recolhido pelas suas aplicações informáticas. Esses valores foram reportados no Relatório e Contas do MS e SNS de 2014 e referem-se aos anos de 2011 a 2014. Para os anos em que há resultados tanto para o INE como para os números da ACSS (2011 e 2012), observa-se uma diferença entre eles, mas uma variação suficientemente próxima para que possamos normalizar os valores da ACSS com os do INE e, assim, produzir resultados coerentes para os anos de 2013 e 2014 na rubrica das consultas. Alertamos que esta é uma tentativa de fornecer aos leitores um número que expresse uma ordem de valor, não sendo esses números comparáveis a funcionar como uma quebra de série.³¹³

Para o número total de consultas (primeiro gráfico da esquerda) observa-se que ao longo de 24 anos terá havido um crescimento medíocre, atingindo um máximo em 2008, com um factor de 1,3, para depois cair – tendo em conta toda a capacidade acrescida em termos de formação de médicos e enfermeiros nesse período, conforme podemos ver, no caso dos médicos, na figura 2.9 (p. 81). É interessante notar que decorridos todos estes anos, e apesar de todas as reformas dos cuidados primários anunciadas pelos diversos governos – como as unidades

³¹³ Em todo o caso, parece-nos escandaloso que o INE tenha paralisado as suas operações de inquérito junto aos centros de saúde. É igualmente escandaloso que tencione voltar a essa operação recorrendo às aplicações informáticas da ACSS, perdendo aquilo que é uma mais valia de um instituto de estatística, a capacidade de gerar valores independentes. É preocupante que assim seja quando observamos que os números reportados pela ACSS estão inflacionados em relação aos do INE e que esse organismo tem uma directa dependência política.

de saúde familiar e a introdução do salário por produtividade nessas unidades, etc. —, o melhor que a ACSS e o MS têm para mostrar é uma expansão do número de utilizadores com médicos de família, derivada sobretudo do aumento do número de utentes que cada MGF passou a ter, ou seja, um aumento de 1500 para 1900³¹⁴. Trata-se de uma campanha publicitária que saiu cara à saúde dos utentes. Acontece que um MGF com mais utentes é um MGF com menos tempo para cada utente. De resto, trata-se de um recuo relativamente ao quadro que existia nos anos 80, onde o número de referência era de 1500 utentes. Era de esperar que, passado todo esse tempo, com o enorme aumento de médicos formados, esse quadro fosse outro. Essa relação entre maior número de utentes e menor tempo de atendimento resulta em menor qualidade³¹⁵. É igualmente interessante notar que o Ministério da Saúde, através de várias publicações produzidas pela ACSS, tem insistido que o número de utentes sem MGF tem diminuído. Um exemplo disso foi o *Relatório de Actividade dos Cuidados de Saúde Primários – 2011 a 2013*³¹⁶, publicado em 2014. Na página 13 desse relatório, vemos que o número de utentes sem médico de família teria caído dos 16,6% em 2011 para 13,1% em 2013. Contrariamente a esse resultado, a Entidade Reguladora da Saúde divulgou, através do *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados* de Fevereiro de 2016 que o número de utentes com MGF teria caído 2% entre 2010 e 2014³¹⁷.

O número total de consultas era de quase 23,4 milhões em 1990. O seu máximo foi atingido em 2008, com quase 31,15 milhões, para descer aos 25,6 milhões em 2012. Dentro desse número estarão incluídas as consultas não presenciais, o que torna mais sensível a apreciação do

³¹⁴ O número máximo de 1550 utentes por MGF é estabelecido pelo Acordo colectivo de trabalho n.º 2/ 2009 (Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos). O número máximo de 1.900 utentes que corresponde a 2.358 unidades ponderadas é estabelecido pela alteração desse acordo colectivo assinado em Outubro de 2012. Esse valor ficará estabelecido através do Decreto-lei n.º 266-D/ 2012, de 31 de Dezembro.

³¹⁵ Raquel Braga (2012). “Listas de 1900 utentes: A quantidade questiona a qualidade”. Em: *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 28.5, pp. 754-759, p. 331.

³¹⁶ ACSS (2014c). *Relatório de atividade dos cuidados de saúde primários nos anos de 2011 a 2013*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS, dez. de 2014.

³¹⁷ ERS (2016). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Entidade Reguladora da Saúde. ERS, mar. de 2016, p. 6.

seu significado, posto que é difícil determinar qual o montante atribuído a cada uma dessas categorias de consultas. Existem valores avançados pelos RCMS de 2013, 2014 e 2015. No entanto, não há correspondência entre os valores de 2013 reportados nos RCMS de 2013 e 2014. Tão pouco há correspondência entre os valores para 2014 reportados pelos RCMS de 2014 e 2015. Em todo o caso, uma estimativa com os valores avançados coloca em 25% as consultas não presenciais. A avaliação desse montante é importante para avaliar o grau de dedicação dos profissionais de saúde dos CSP, tendo em conta que essas consultas não presenciais requerem normalmente menos tempo de atendimento que as presenciais. De todas as maneiras, os valores em causa são consideravelmente elevados, o que reforça a importância desse serviço na saúde da população.

Posto que as consultas a adultos maiores de 18 anos representam a grande maioria das consultas nos CS (quase 19,5 milhões em 2015), é natural que elas sigam o mesmo padrão das consultas totais, como se pode ver comparando os gráficos superiores da esquerda e da direita.

Tanto a saúde materna como a saúde infantil também tiveram ganhos que se reflectiram ao longo dos anos numa das maiores vitórias dos CSP: a queda na mortalidade infantil e materna. No entanto, por várias razões justificáveis do ponto de vista médico ou apenas psicológico, existe uma procura de cuidados prestados por especialistas, ou seja ginecologistas e pediatras. Essa procura não só não encontra resposta nos CSP como a pouca que havia tem vindo a diminuir.

Também se observa uma progressão positiva no número de consultas de planeamento familiar. É possível que a maior procura dessas consultas esteja ligada à taxa de natalidade, que tem vindo a baixar, junto com a tendência para que a maternidade ocorra em idades mais avançadas.

As consultas de especialidades tendem a desaparecer dos CS, como podemos ver na figura 4.4. Tendo sido quase 1,1 milhão em 1990, em 2012 esse número era de pouco menos de 142 mil, ou seja, 0,13 do valor de 1990. Essa evolução, mais do que favorecer o papel do MGF, o que seria verdade se observássemos uma evolução positiva no número desses profissionais (o que não é verdade como já tivemos a oportunidade de observar), respeita antes uma ideia hospitalocêntrica, na medida em que transfere todo esse serviço para os hospitais. A lógica da racionalidade de recursos tem sido de esvaziar os CSP de valências que poderiam até potenciar a intervenção do MGF sem precisar de recorrer

aos hospitais, com todos os constrangimentos em termos de tempo e custos a isso associados.

Quanto ao local de consultas, os CSP são praticados, na sua grande maioria, nos CS e suas extensões, em oposição às consultas domiciliares. Nestas últimas incluem-se as consultas prestadas em instituições como lares de idosos, de acolhimento, penitenciárias, escolas, etc. Em termos de consultas domiciliares médicas, esse valor caiu vertiginosamente entre 1990 e 1995, mantendo esse baixo padrão até 2007. Não foi possível apurar os valores relativos ao período entre 2008 e 2011 devido ao facto de a base de dados do *site* do INE incluir nesse valor as consultas atribuídas a outros profissionais, como os enfermeiros, ainda que se refira às mesmas como consultas médicas. A publicação das ESINE2012 estabelece esse valor em 1,06 do valor de 1990. Uma vez mais, há uma grande discrepância entre os valores apresentados para os anos de 2013 a 2015 para os Relatório de Contas do Ministério da Saúde de acordo com o ano em causa. Em 2014 os valores para 2013 são revistos em baixa. O mesmo acontece para os valores de 2014 no Relatório de Contas do Ministério da Saúde de 2015. Em 1990 o número dessas consultas seria de 190 mil, estando este número nessa ordem ainda hoje. Tais consultas são, em sua grande maioria, garantidas por pessoal de enfermagem e da assistência social.

Uma outra novidade dos CS criados em 2013 foi a consulta de enfermagem. A ideia dessa intervenção seria potenciar os estados de autopreservação da saúde, de acordo com o documento metodológico do INE. Essa ideia é, em si mesma, bastante pertinente. Menos pertinente é uma tendência verificada quando da discussão da Lei de Bases para a Saúde e que tem ganho cada vez mais adeptos nos círculos liberais, de culpabilização dos utentes pelo seu estado de saúde e, deste ponto de vista, vincular o tratamento à existência desse cuidado por parte do utente. No fundo, é essa a ideia subjacente aos seguros de saúde, mas que tem, felizmente, sido estranha aos princípios de um sistema universal e, portanto, ao SNS. Em todo o caso, o plano da prevenção tem particular importância, uma vez que garante a manutenção da saúde pública dentro de limites aceitáveis para potenciar a intervenção dos recursos de outras especialidades. Nesse plano, a vacinação, por exemplo, para além do ganho em tempo de vida com qualidade, garante ganhos de produtividade ao tratar muitos com pouco. Cumprem ainda um papel relevante as consultas domiciliares

realizadas por pessoal de enfermagem, técnicos superiores de serviço social e outros profissionais. Em termos de consultas domiciliárias de pessoal de enfermagem, esse número está estabilizado em torno dos 2 milhões de consultas desde 2000.

As urgências do SNS têm cada vez mais ficado a cargo dos hospitais, o que implica uma destruição desse serviço nos CS. Essa é, aliás, uma segunda característica fruto de uma opção mais político-económica do que técnica. Essa opção, por um lado, retira um bom mecanismo de controlo da “urgência social”, mantendo nos cuidados de saúde primários aqueles que são do seu âmbito, ainda que de urgência, e transferindo para as urgências hospitalares o que necessita de especialidades hospitalares. Aparentemente, este é um mecanismo simultaneamente eficiente e caro. A diminuição das urgências nos CS cria, por um lado, uma pressão nas urgências hospitalares, ao misturar aí urgências simples e complexas. No sentido contrário, retira pressão ao recusar, de facto, recursos à população mais isolada. Por outro lado, essa opção também contribui para o isolamento das regiões mais periféricas, para além de retirar de facto uma parte do direito aos cuidados de saúde a uma ampla parcela da população. Nota-se que os números desse serviço são da mesma ordem de grandeza das urgências hospitalares. Essa queda tem sido determinada por uma política económica que, a pretexto de diminuir custos na saúde, vem fechando os serviços de urgência nos CS. Em 2012 havia 72 CS com serviço de atendimento de urgência. Esse número era de 235 em 1996.

4.2.1. Força de trabalho nos cuidados de saúde primários

A grande maioria dos profissionais ligados aos CS são os médicos gerais e de família (MGF), enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Nesse contingente de médicos de CSP encontramos um conjunto de médicos em formação (em 2014 eram quase um quarto do total dos médicos de família, internos e da carreira), ou internos. Encontramos também um pequeno grupo de médicos de outras especialidades. Esse número, para além de pequeno, tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Essa queda responde a uma filosofia que ganhou peso no SNS segundo a qual todos os CSP devem ser prestados por médicos de família. Trata-se de uma discussão política que muitas vezes tem sido mascarada como de âmbito técnico. Pode-se, por exemplo,

questionar a necessidade de outras especialidades para dar apoio e apurar, dentro dos CSP e sem recurso a hospitais, o diagnóstico do médico de família. Os enfermeiros são a primeira carreira em número nos CSP que, juntamente com os médicos, são quase a totalidade das carreiras especiais de saúde a trabalhar nos CSP. Essa relação pode ser verificada na figura 4.5.

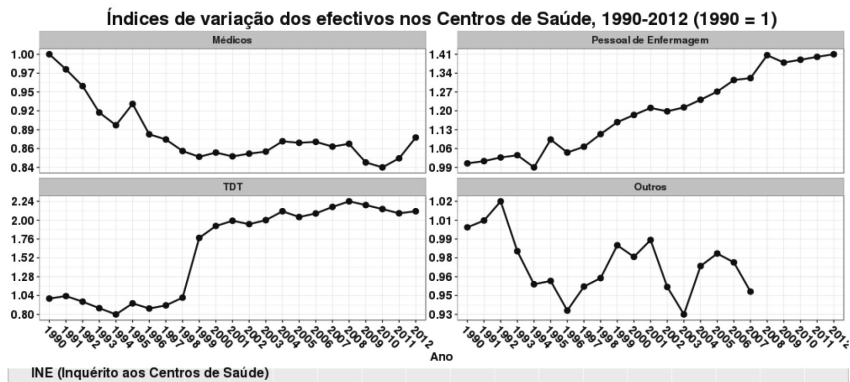


Figura 4.5: Pessoal ao serviço dos centros de saúde.

Observa-se que os efectivos médicos eram em 2012 quase 0,9 do efectivo em 1990, que era então de 8414 médicos. E esse valor, juntamente com os resultados expressos na figura 4.4, são a expressão formal do acaso a que foi deixada essa primeira linha nos cuidados de saúde. É verdade que o número de enfermeiros aumentou consideravelmente de lá para cá, perfazendo cerca de 1,4 do montante em 1990, contrariando a queda de produção. É também notório que os ganhos de produtividade motivados pelos avanços técnicos terão contrariado em parte essa queda. Finalmente, o maior peso relativo dos MGF em relação a outras especialidades que, claramente, requerem mais tempo de consulta, também deve ter contribuído no sentido positivo para a produção.

4.3. Custos do Serviço Nacional de Saúde

Os montantes alocados à saúde e a forma como eles são alocados fornecem preciosas informações quer sobre o papel do SNS na produção nacional de cuidados de saúde quer sobre a estrutura dessa

distribuição. Exemplo disso é dado pela figura 4.6, onde é explicitada a divisão global dos gastos em saúde.

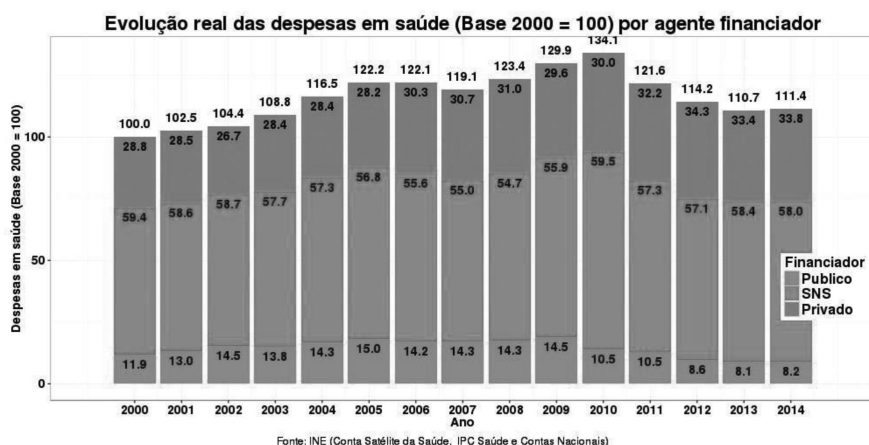


Figura 4.6: Gastos reais em saúde (Base 2000 = 100) e proporção dos gastos totais por agente.

Deste modo, os gastos totais reais em cuidados de saúde atingiram um máximo em 2010, de 134,1 pontos sobre o ano base. Em 2014 esse valor viria a cair para 111,4 pontos. Por outro lado, os números agregados a cada agente financiador representam a quota parte de cada um no bolo total, que é 100%. Os gastos públicos representam os gastos nos provedores oficiais, mas não públicos, como hospitais militares e gastos públicos em seguros como a ADSE. Essa quota cresceu até 2009 em 14,5% do total para cair para 8,2% em 2014. O SNS chega ao fim desses 14 anos com uma quebra em relação a 2000. Por outro lado, os gastos privados conhecem o seu máximo, 33,8% do total, quando em 2000 eram de 28,8%. A maior parte desses gastos privados são pagamentos directos aos consumidores, em medicação, médicos, etc. Uma parcela são pagamentos feitos através de seguradoras privadas. Em termos da distribuição em função da produção nacional medida em percentagem do PIB, a figura 4.7 mostra que, uma vez mais, os gastos totais em termos de PIB atingem um máximo em 2009, de 9,9% do PIB, para recuarem até aos 9,0% em 2014. O mínimo é observado em 2000, com 8,3%.

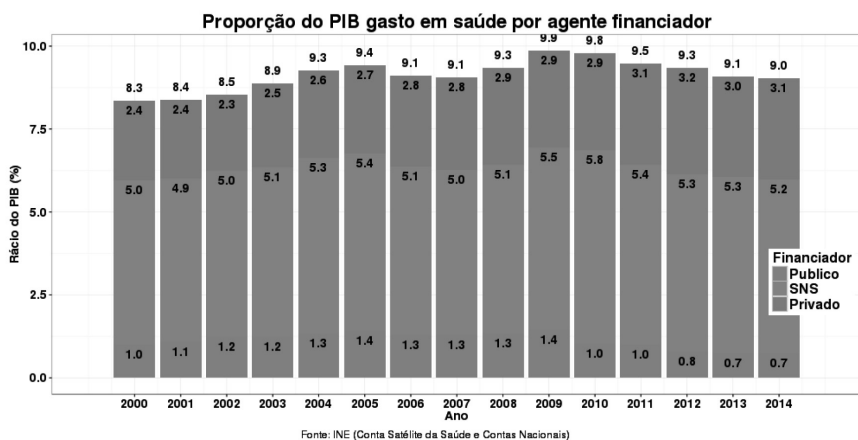


Figura 4.7: Distribuição dos gastos em termos do PIB.

Ainda observando os gastos totais em termos do produto, observamos ao longo desses 14 anos uma grande oscilação dos gastos e não um crescimento contínuo rumo à insustentabilidade. É interessante notar nesta figura como na anterior que o comportamento dos gastos públicos segue a regra dos ciclos. O crescimento nos níveis de gastos em termos de PIB entre 2000 e 2005, no sector público e SNS, corresponde ao que terminará com o choque económico de 2005. A posterior queda repentina e o crescimento gradual coincidirão com um máximo no período de expansão dos gastos do Governo de José Sócrates, ou seja, as medidas contracíclicas de 2009 e inícios de 2010. Seguir-se-á uma grande queda motivada, primeiro, pelos PEC do Governo Sócrates, e depois pela intervenção da troika.

A literatura a respeito da insustentabilidade financeira dos cuidados de saúde alegadamente motivada pelo forte crescimento que os mesmos teriam experimentado nos anos 90 foi muito abundante nesses anos. A verdade é que, segundo o site *OCDE.stat*, os gastos totais em cuidados de saúde seriam de 5,5% do PIB em 1990, chegando a 8,4% em 2000. De facto, é um grande crescimento em 10 anos. O problema é a dificuldade em comparar esses valores, posto haver duas quebras de série (1995 e 2000) que inflacionaram esses valores em relação ao ano anterior. É muito provável que, em função dessa quebra de série, o valor para 1990 esteja acima dos 5,5%. O comportamento nos 14 anos seguintes não corrobora com uma curva crescente.

Os gastos do SNS no pagamento de cuidados de saúde em 2014 foram de 9 mil milhões de euros. Cerca de 65% foram com produção hospitalar e centros de saúde. Os demais 35% foram gastos com provedores privados. Esse valor aumentou desde 2000, onde a razão era de cerca de 70% para 30%. A figura 4.8 mostra os gastos do SNS por provedor.

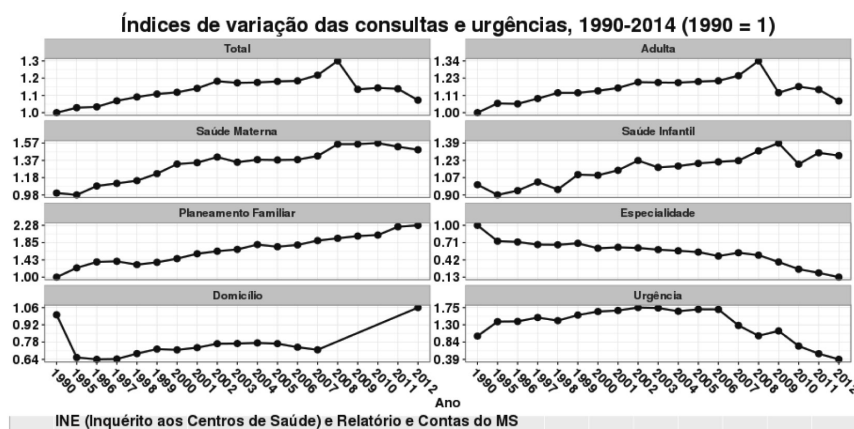


Figura 4.8: Gastos do SNS com provedores de cuidados de saúde.

Os gastos com hospitais públicos são responsáveis por cerca de metade dos gastos do SNS e têm-se mantido com pequenas flutuações. Os gastos com os CSP, em particular dos CS, a que juntamos a pequena produção de serviços auxiliares produzida essencialmente para os CS, vê-se que têm perdido terreno, conforme mostra o gráfico da primeira linha da coluna da direita. Quanto aos privados, a mais importante rubrica são os pagamentos de medicamentos e demais artigos médicos para consumo do paciente. Esse item ocupa cerca da metade dos gastos do SNS com os privados. Nos últimos anos terá perdido alguma importância, como se vê na figura. Os hospitais privados e os prestadores de cuidados em ambulatório privado tiveram um crescimento assinalável. O mesmo aconteceu com os cuidados continuados a partir de 2006, ano da constituição dessa rede. Esse sector pertencente, em muitos dos casos, a IPSS viu a sua quota crescer consideravelmente. Uma nota importante sobre a importância dos gastos do SNS com privados: apesar de apenas 5,81% dos gastos do SNS terem ido para os hospitais privados, esse valor representou

31,6% dos custos dos mesmos. Se se juntasse mais 17,4% que representam para os hospitais privados as entradas do restante sector público, como a ADSE, então esse valor iria para cerca de 49%. Acrescente-se que os gastos do SNS são ainda responsáveis por cerca de 60% do total dos serviços auxiliares como laboratórios, transportes, etc. E cerca de 22% dos prestadores de serviços em ambulatório privado e cerca de 43% das vendas dos medicamentos. Também o financiamento dos hospitais públicos e CS é feito na ordem dos 90% pelo SNS. Os demais serão pagamentos como taxas, pagamentos a seguradoras, etc.

Finalmente, observou-se uma queda relativa no custo da mão de obra. A figura 4.9 mostra a relação percentual entre os custos totais e os custos da mão de obra do SNS.

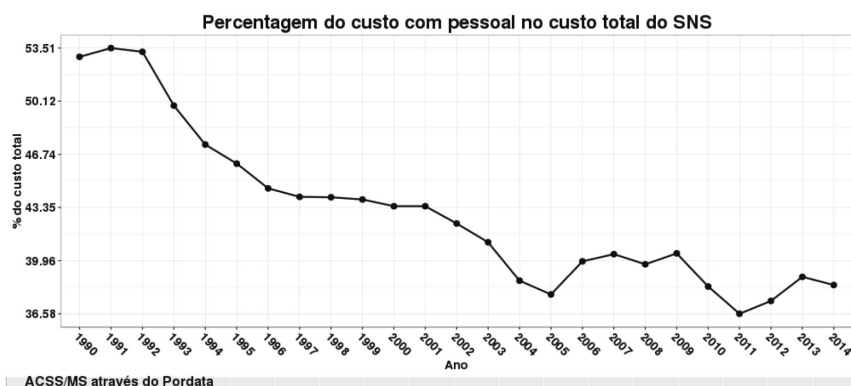


Figura 4.9: Percentagem do custo da mão de obra do SNS no custo total.

Trata-se de uma queda impressionante nos 24 anos em causa. É preciso ter em atenção que uma parte dessa queda diz respeito à flexibilização da mão de obra. Assim, uma parte das rubricas que outrora eram custos da mão de obra passaria a ser contabilizada como custos de capital, por exemplo.

Finalmente, tem interesse observar cada gasto de acordo com a função a ele relacionada. A figura 4.10 escolhe quatro funções que, juntas, corresponderam a gastos de entre 72% em 2000 e 78% em 2014. Se se somasse os serviços auxiliares e artigos médicos, esse valor seria entre os 97% e 98,5% dos gastos totais.

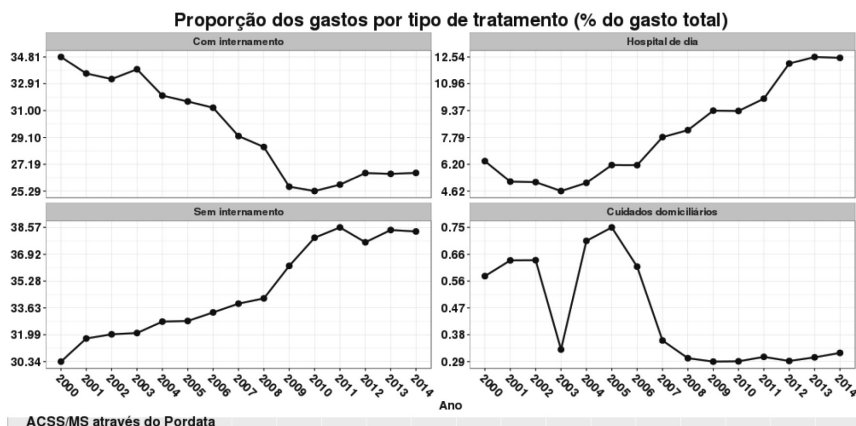


Figura 4.10: Gastos do SNS por tipos de tratamentos.

Estes gráficos revelam aquilo que já foi dito: o impacto do grande uso das cirurgias de ambulatório. Outros factores teriam contribuído para esse fenómeno, mas o certo é que se nota uma queda pronunciada dos gastos relativos com internamentos (34,5% em 2000, baixando para 26,6% em 2014). Em sentido inverso vêm os actos sem internamento, que sobem de 30,3% em 2000 para 38,3% em 2014. No mesmo sentido regista-se o aumento da quota dos hospitais de dia, que passará de 6,4% em 2000 para 12,5% em 2014. Uma aparente discrepância é o comportamento dos cuidados domiciliários. Como observa a OCDE³¹⁸, “o impacto do aumento de cirurgias em ambulatório nos gastos com a saúde não depende apenas de mudanças no seu custo unitário, mas também do crescimento do volume de procedimentos realizados. É também necessário ter em conta quaisquer custos adicionais relacionados com cuidados pós-intensivos e serviços de saúde comunitários no seguimento das intervenções”.³¹⁹

³¹⁸ OECD (2015a). “Ambulatory surgery”. Em: *Health at a Glance 2015*. Ed. por OCDE. Paris: OCDE Publishing. Cap. 6.

³¹⁹ “(...) the impact of the rise in same-day surgeries on health spending depends not only on changes in their unit cost, but also on the growth in the volume of procedures performed. There is also a need to take into account any additional cost related to postacute care and community health services following the interventions”. No original, tradução nossa.

4.4. Evolução do esforço médico no SNS no último período

O SNS tem estado ao longo da sua história sob uma forte e constante pressão no sentido de aumentar a sua produtividade, tanto técnica como alocativa. São inúmeras as reformas sofridas pelo SNS ao longo dessa história. É preciso reconhecer a pertinência dessa preocupação, visto ser desejável aproveitar tanto quanto possível um recurso que é escasso e, por outro lado, é igualmente preciso manter esse esforço dentro de um custo que seja socialmente suportável, sempre no pressuposto de que esse aumento na capacidade de atender os que necessitam de cuidados de saúde mantenha e aumente a qualidade do mesmo. Essa capacidade de potenciar os recursos na medicina já fora observada em inúmeros momentos da sua história recente. Assim, no campo da saúde pública, por exemplo, reconhecem-se os enormes ganhos oriundos das vacinas e antibióticos ou os avanços sanitários no controlo de doenças como a tuberculose. No entanto, ambas as verdades se cruzam com outros interesses que vão para além da necessidade de proporcionar à população um nível de cuidados de saúde adequado, de acordo com a disponibilidade de recursos, como o desejo de realizar lucro, seja directamente sobre a exploração dos serviços de saúde, seja pelo montante desviado desses serviços da população trabalhadora para sectores mais apetecíveis no que diz respeito a uma finalidade lucrativa. De facto, esse desejo expressa-se numa primazia dada às reformas ligadas à gestão dos serviços em detrimento das reformas técnicas. A última dessa série de reformas foi levada a cabo a propósito da intervenção da troika em Portugal. Como é sabido, essa intervenção impôs um profundo corte financeiro nas funções sociais do Estado, em particular, na saúde. É interessante notar que, apesar de a imposição desse corte advir de factores externos à saúde, o Governo de então vangloriou-se de tê-los efectuado sem comprometer a produtividade do sector, apoiando-se nos números de algumas grandezas de produção em cuidados de saúde, como o número de consultas e cirurgias.

Para julgar de forma objectiva as consequências desse programa para a saúde é necessário observarmos, antes de mais, o que ocorreu tanto na capacidade produtiva como na produção em si mesma. Já observámos a dinâmica do número de efectivos como primeiro parâmetro. Um segundo parâmetro seria o esforço que esses profissionais teriam de realizar em função dessas reformas. Esse esforço pode ser

contabilizado, em primeira aproximação, pelo número de horas anuais dedicadas ao sistema. É esse parâmetro que passamos a analisar.

Sobre as mudanças no contingente e na estrutura interna das carreiras especiais de saúde, a estatística do INE está limitada ao ano de 2012, último ano em que foram produzidas as estatísticas referentes aos CS. Além disso, o INE nada nos informa sobre os TSS. Recorreremos, portanto, a duas outras fontes: os Inventários de Pessoal do Sector da Saúde (Inventários) produzidos para os anos de 2011 a 2014 e os Balanços Sociais Globais do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (BS) produzidos para os anos de 2007 a 2014. Os Inventários disponibilizam a contabilidade do emprego, sendo que apenas para os médicos são apresentados os números globais de profissionais. Já os BS apresentam os valores para o número de trabalhadores do conjunto do MS, sendo porém o total de trabalhadores ligados às carreiras especiais fora do SNS pequeno relativamente ao montante total do ministério. Ambos apresentam números diferentes para o número de profissionais, por várias ordens de razão. Uma, muito particular e interessante, tem que ver com as PPP da saúde. O Hospital Dr. José de Almeida – Cascais, uma PPP, não apresentou resultados para o Inventário de 2013. Para os BS, esse mesmo hospital nunca terá apresentado resultados e, para além disso, o Hospital Beatriz Ângelo, de Loures, também ele uma PPP, não terá apresentado resultados desde o início das suas actividades em 2012, ainda que isso seja obrigatório para todas as entidades públicas ou de capitais públicos. Feito este reparo, notamos que, de acordo com os Inventários, a falta do Hospital de Cascais nos BS é pouco relevante para o resultado global, posto que ao todo, entre médicos especialistas e internos, serão cerca de 200 profissionais num universo de mais de 20 mil.

Primeiro, é interessante notar que em 2011, ano do Memorando, havia 18 723 médicos com especialidade no SNS e esse número se terá mantido sensivelmente constante até 2014, ou seja, 18445 (-1,5%). Já os médicos internos, tanto do ano comum como do internato complementa; terão aumentado continuamente de 6728 em 2011 para 8515 em 2014, ou seja, 21%. Quanto ao número de empregos, este permanecerá praticamente constante para os médicos especialistas, 19 928 em 2011 e serão mais 6 em 2014. Já o emprego para o internato médico saltará de 6839 em 2011 para 9708 em 2014, ou seja um aumento de quase

30%. Serão, ao todo, 29 642 empregos em 2014 contra 26 767 em 2011 (+ 9,7% de empregos contra um aumento de 5,6% de pessoal, que seriam basicamente médicos em formação). Essa diferença entre o número de empregos e o número de profissionais indicia que vários desses profissionais têm de acumular emprego em diferentes hospitais ou serviços para compor o seu horário ou o seu salário. Dentro de um limite muito curto, esse movimento deve ser possível e até mesmo necessário. No caso em questão, a sua dinâmica vai em crescendo e atinge precisamente aqueles profissionais que mais precisam de estabilidade, os profissionais em formação. Ao todo, a diferença entre trabalhadores e emprego era de quase 5% em 2011, saltando para 9% em 2014.

O resultado dessas modificações é bastante perverso para o SNS. Para além da perda de mão de obra qualificada, tanto médica como das demais carreiras especiais de saúde, mesmo o incremento em pessoal médico não resulta nos ganhos possíveis que seriam esperados. O trabalho médico não é potenciado. A formação dos internos fica comprometida em função da perda dos formadores mais capazes. Constrói-se, assim, um SNS pobre, para os pobres. Foi bastante noticiada a perda de trabalhadores da saúde para o estrangeiro por via da emigração.

Como já foi referido nos anteriores capítulos, enquanto os profissionais do SNS em geral trabalhavam sob o regime da função pública, 35 horas a partir dos anos 80, os trabalhadores médicos e um número muito reduzido das demais carreiras especiais da saúde contavam ainda com uma jornada semanal prolongada de 42 horas. Ambas as jornadas têm uma filosofia bastante interessante: permitem dar ao trabalhador a escolha de qual o grau de esforço que estará disposto a entregar ao sistema. Em princípio, até ao Governo de Cavaco Silva, a escolha de um menor esforço de 35 horas, como os demais trabalhadores da função pública, implicava a opção por dispor do seu tempo noutras actividades não remuneradas, posto que a norma então era a da exclusividade. De resto, ir paulatinamente acabando com o regime de exclusividade foi um dos primeiros passos para a introdução do mercado, como foi visto. Desde então, um menor esforço através da jornada de 35 horas no SNS significa a possibilidade de recorrer aos serviços privados, como que uma ajuda do SNS a esses operadores. Naturalmente, como foi dito, a escolha da jornada prolongada implicava ganhos salariais acima da proporção dessas horas. Com a introdução, primeiro, dos hospitais SA, seguida pelos hospitais EPE juntamente com as USF, a norma que se procurou implantar

foi a do contrato individual, em contraste com o contrato em função pública com jornadas de 40 horas. Com os Decretos-lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto³²⁰ e n.º 177/2009, de 4 de Agosto³²¹ são estabelecidas as carreiras médicas para os trabalhadores com CIT nos hospitais EPE e dos médicos com vínculo com a função pública, respectivamente. Em particular, esse último diploma cria um horário de trabalho único de 35 horas sem exclusividade. No período de intervenção da *troika* é estabelecido, através do Decreto-lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro³²², a possibilidade dos médicos com contrato em função pública trabalharem 40 horas em substituição do horário de 35 horas. Finalmente, aos trabalhadores em internato médico foi imposto o regime de 40 horas. Toda a informação sobre as mudanças que ocorreram nas carreiras podem ser retiradas dos BS entre os anos de 2007 e 2014.

Quanto aos contratos de trabalho, a sua evolução pode ser vista na figura 4.11.

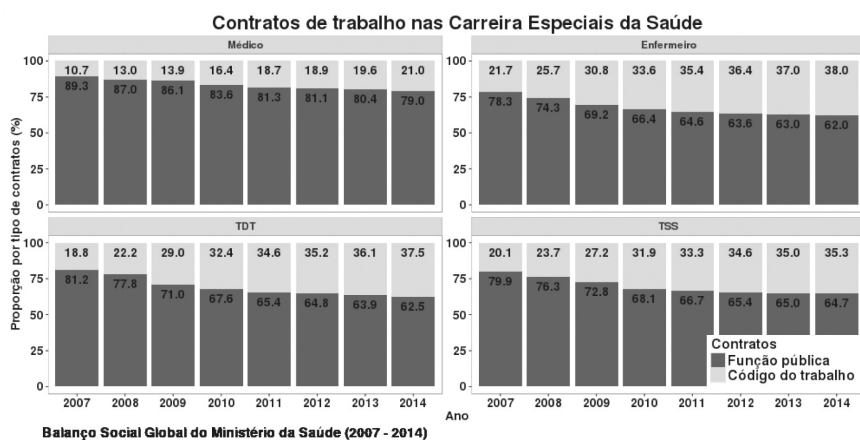


Figura 4.11: Evolução dos contratos de trabalho nas carreiras especiais de saúde.

³²⁰ Estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica.

³²¹ Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional.

³²² Altera (primeira alteração) os Decretos-Leis n.º 176/2009, de 4 de agosto, e n.º 177/2009, de 4 de agosto, estabelecendo regras de organização do tempo de trabalho médico e de transição dos trabalhadores médicos já integrados na carreira especial médica para o regime de trabalho que corresponde a 40 horas semanais e definido as áreas de exercício profissional da carreira especial médica.

Observamos uma significativa evolução dos contratos individuais de trabalho. Essa evolução tem sido menor entre os médicos. Parte da razão encontra-se no importante número de médicos internos que necessariamente têm contratos em função pública. Pela mesma razão, a jornada de 40 horas terá inicialmente afectado mais os médicos, até 2012, conforme se pode ver na figura 4.12.

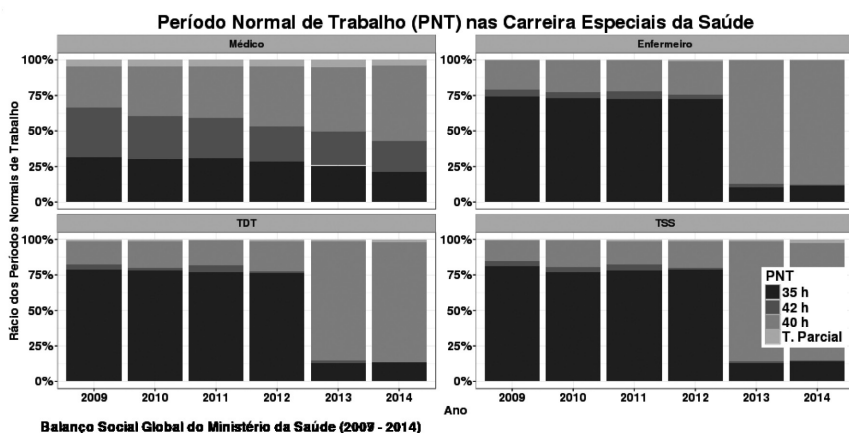


Figura 4.12: Evolução da jornada de trabalho semanal das carreiras especiais da saúde.

Entretanto, com a Lei 68/2013, de 29 de Agosto³²³, que estendeu a jornada de 40 horas para o conjunto da função pública, as demais carreiras ultrapassaram largamente os médicos nesse ano. Observa-se também que a jornada de 42 horas ainda tinha uma importância significativa entre os médicos no período em causa. Essa jornada vai perdendo importância à medida que os médicos mais antigos vão abandonando o sistema.

Para determinar o esforço em termos horários, podemos calcular a jornada média para cada carreira, ou seja, a média das jornadas diárias ponderada com o número de trabalhadores ao longo do ano e multiplicar pelo número total de dias trabalhados no ano em cada uma das carreiras. Procedemos ao cálculo da jornada diária média ao longo do ano para todas as categorias, incluindo os auxiliares de acção médica, sendo esse valor expresso na figura 4.13.

³²³ Estabelece a duração do período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas.



Figura 4.13: Evolução da jornada média das carreiras especiais da saúde e auxiliares da acção médica.

Uma particularidade desta figura são as barras de erro. Trata-se de erros sistemáticos, ou de medição. Como estabelecemos uma média, é natural que exista um erro estatístico, expresso pelo chamado desvio-padrão. Esse erro pode ser controlado pela quantidade de eventos, onde cada evento será um dia do ano, assumindo que os trabalhadores terão a mesma jornada ao longo do ano³²⁴. Assim, o erro estatístico será considerável para um evento, mas para o total do ano é bastante residual. Outro erro mais complicado será o erro sistemático ou, no nosso caso, de medição. O primeiro deriva do facto de haver um número determinado de profissionais que trabalham com jornada parcial, mas em que essa jornada é indeterminada, de acordo com os dados dos BS. Para contornar esse problema procedemos de um modo conservador, considerando que esses profissionais trabalhariam com uma jornada no intervalo entre as 35 e as 0 horas. Deste modo, o intervalo de erro, sendo grande, dá a garantia de que o verdadeiro valor estará dentro desse intervalo. Uma outra fonte de erro importante será a derivada do modo como controlamos o erro estatístico, ou seja, por considerar que os profissionais teriam a mesma jornada ao longo do ano. Isso não é inteiramente verdade, já que haverá profissionais que mudaram de jornada ao longo do ano e, mais importante, outros que deixaram o sistema ou que entraram,

³²⁴ Uma excepção a essa consideração será o ano de 2013 onde a jornada mudará em Outubro desse ano.

sendo que não é garantido que haja correspondência entre as suas jornadas. Procedemos à vistoria do impacto desse erro pela geração de cenários aleatórios com o ponto de partida de acordo com o BS do ano anterior e o ponto de chegada de acordo com o BS do ano em causa. Com esse procedimento, gerámos um milhão de cenários. Tendo em conta que o único acontecimento de relevo foi a mudança na jornada em 2013 e que essa mudança terá sido administrativa e terá atingido num único dia toda as categorias, esse erro mostrou-se, de um ponto de vista estatístico, pouco relevante comparativamente com o primeiro.

Para as carreiras, à excepção dos médicos, podemos ver que essa jornada diária estará concentrada entre as 7,15 horas e as 7,30 horas até 2012, ou seja, num intervalo de 9 minutos. A razão desse valor acima das 7 horas (valor diário para jornadas semanais de 35 horas) prende-se com o facto de haver trabalhadores a laborar 42 horas. Para os médicos, em função do maior peso da jornada de 42 horas, esses profissionais teriam uma jornada diária média substancialmente superior até 2012 de cerca de 7,65 horas. Enquanto os médicos não terão sentido muito a diferença com a mudança de 2013, ficando por um valor semelhante ao anterior e passando para quase 7,75 horas em 2014, ou seja, entre 5 ou 6 minutos, os demais profissionais das outras carreiras teriam tido um forte aumento médio diário. No caso dos enfermeiros, a sua jornada passará para cerca de 7,87 horas. Tratou-se de um aumento de um pouco mais de meia hora por dia. Outro aspecto interessante é que os médicos passaram a laborar menos horas em média que as demais categorias, contrariamente ao que vinha acontecendo até 2013.

A estimativa do número de dias trabalhados no ano pelos profissionais envolve um segundo desvio derivado das variedades contratuais e, por outro lado, do nosso conhecimento, no decorrer do ano, sobre a quantidade de profissionais e os seus respectivos horários no início do ano em causa através do BS do ano anterior e no final do período através do BS do ano em questão. Para contornar esses desafios, foram feitas algumas aproximações, em particular a consideração de que cada classe profissional teria o mesmo regime ao longo de todo o ano. Uma vez mais, o ano de 2013 é excepcional pelas razões já expostas. Os dias de trabalho foram então contabilizados considerando a semana normal de trabalho de cinco dias e subtraindo as férias

de acordo com os contratos serem em função pública ou contratos individuais ou colectivos de acordo com o Código de Trabalho. Para a função pública, os dias de férias, para além do mínimo de 25 dias úteis, dependem também da antiguidade, correspondendo a um dia a mais por cada 10 anos de antiguidade, e da idade, acrescentando um dia para trabalhadores com mais de 39 anos e outro dia por cada 10 anos a mais de idade. Utilizou-se a distribuição da antiguidade e idade de acordo com os BS para contabilizar os dias de férias. Foram também subtraídos os feriados e os dias de ausência, ainda de acordo com os dados do BS. O total de horas extraordinárias é um dos elementos dos BS. Com essa informação, podemos estimar as horas totais no ano de acordo com a figura 4.14.

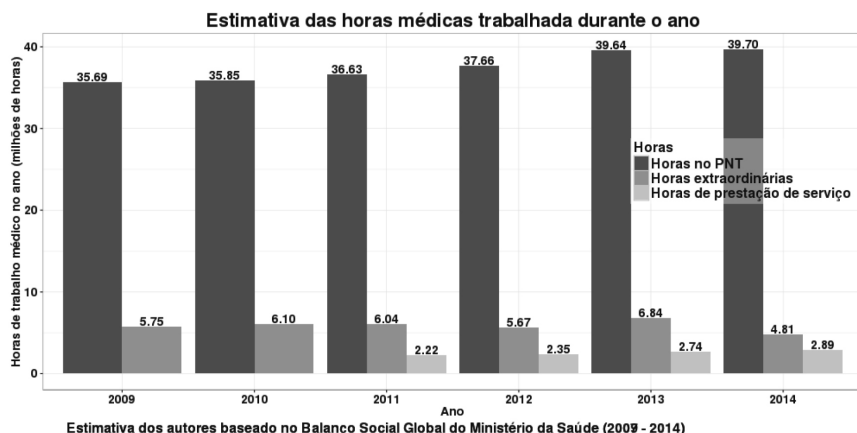


Figura 4.14: Estimativa das horas médicas trabalhadas durante o ano.

Para que o quadro fique completo, falta ainda acrescentar as horas de trabalho dos trabalhadores em regime de prestação de serviços. Como já tivemos ocasião de referir, os BS apenas apresentam o número de trabalhos em prestação de serviço a título individual, sendo esse número cerca de um quarto do total. A outra parte seria feita por prestação de serviços contratada a empresas. De resto, não se conhece o regime horário dos trabalhadores num e noutro caso. A única indicação nesse sentido é referida no BS de 2014³²⁵, que apresenta uma

³²⁵ ACSS (2014a). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (2014)*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS, mar. de 2014, p. 145.

estimativa das horas trabalhadas por esses profissionais nos anos de 2012, 2013 e 2014.

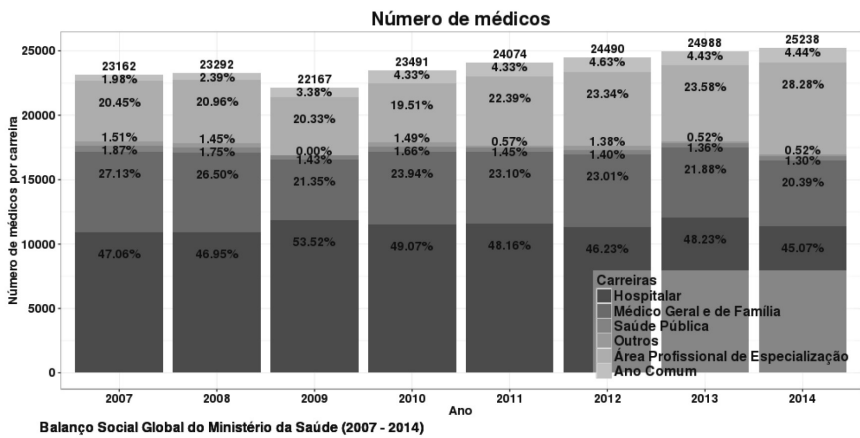


Figura 4.15: Número de médicos de acordo com a carreira

Na Figura 4.16, abaixo, os “Outros encargos” são os prémios de desempenho, as prestações sociais, os benefícios sociais e outros encargos. Para o ano de 2007 e 2008 essa rubrica está incluído na remuneração base.

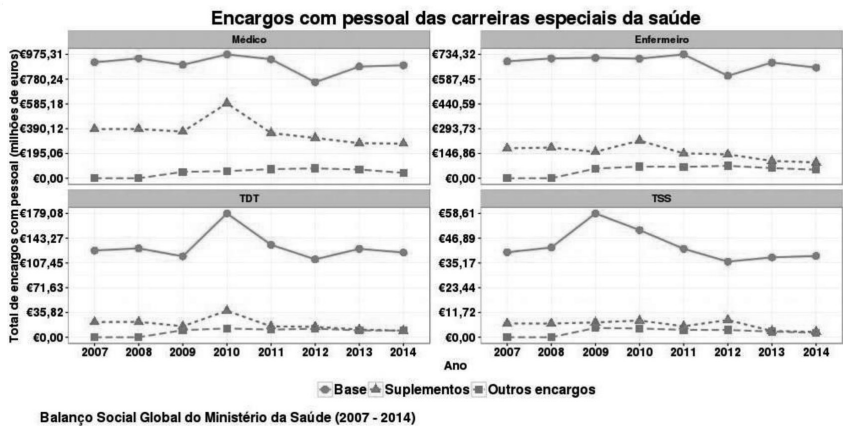


Figura 4.16: Encargos com o pessoal das carreiras especiais da saúde.

Na figura 4.17 abaixo, a queda nos encargos por trabalhador está muito relacionada com o uso de um maior número de médicos em formação, mais baratos.

Encargos médio por trabalhador

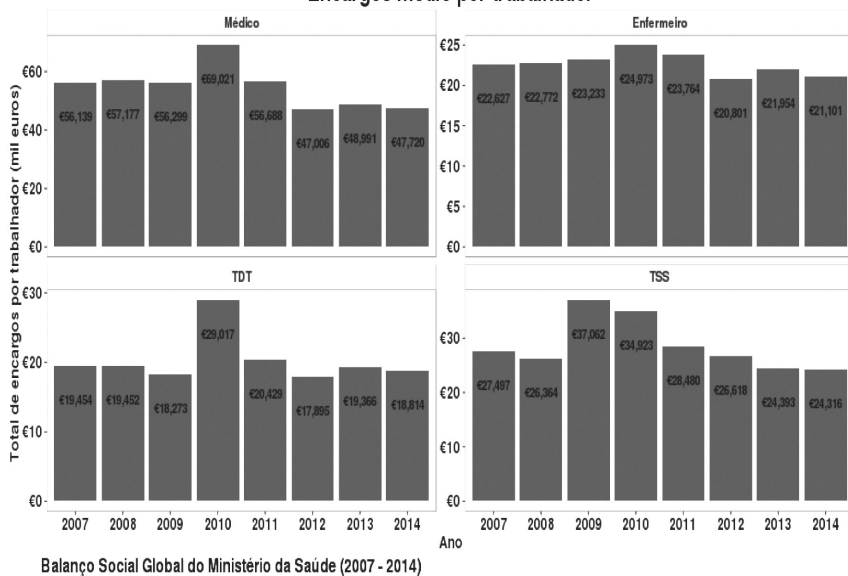


Figura 4.17: Encargos médios por trabalhador

Custo médio da hora trabalhada nas carreiras especiais de saúde

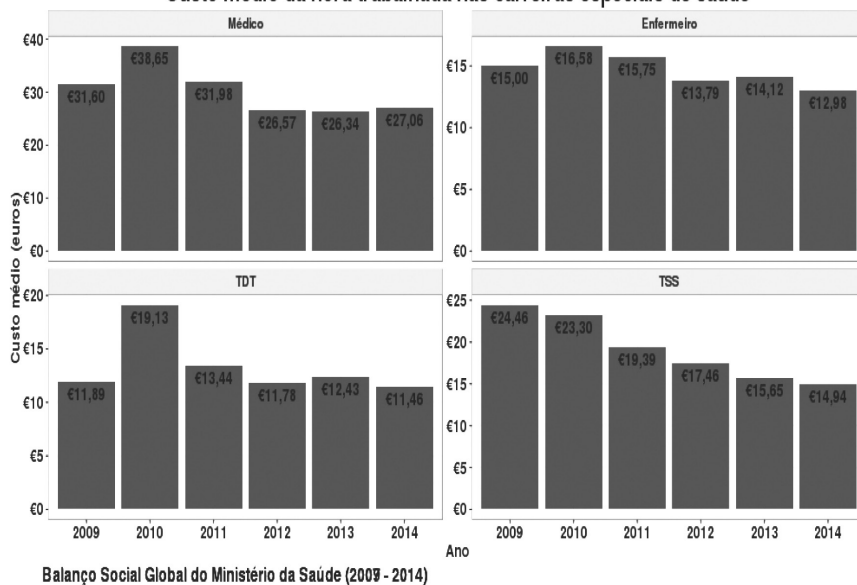


Figura 4.18: Custo médio da hora trabalhada.

Na figura 4.19 abaixo, nos outros suplementos estão incluídos: disponibilidade permanente, risco, fixação na periferia, abonos para falhas, participação em reuniões, ajudas de custos, representação, secretariados e outros.

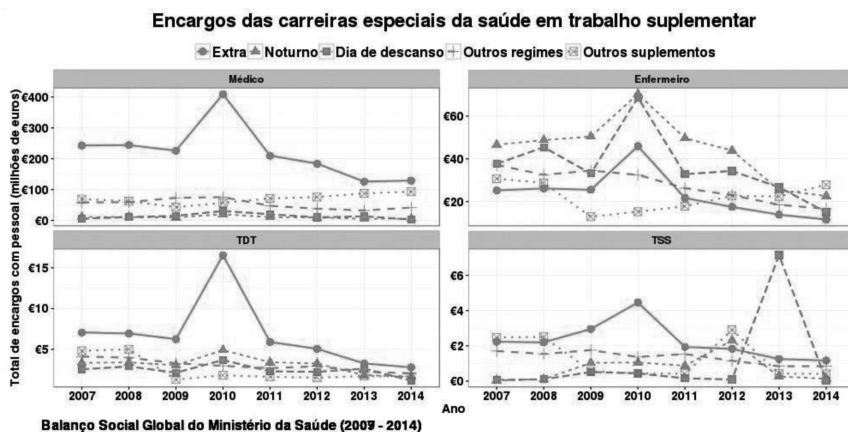


Figura 4.19: Encargos com o trabalho suplementar

4.5. Listas de espera

Numa entrevista ao jornal Público, em 2004³²⁶, o médico e professor de bioética Rui Nunes, nomeado primeiro presidente da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) nesse ano declara que:

“O que é preciso é definir os tempos de espera ética, ou seja, clinicamente aceitáveis. E são os médicos que têm que o fazer. Mas a Ordem dos Médicos (OM) já deixou bem claro que não quer colaborar nesta tarefa... Não tem que ser necessariamente a OM a fazer isso. Devem ser peritos médicos a definir por especialidade, por tipo de intervenção, qual é o tempo clinicamente aceitável.”

E continua:

“O presidente da OM/Norte, Miguel Leão, alega que é impossível para um médico definir tempos clinicamente aceitáveis para uma

³²⁶ “Depois do fervor legislativo, é preciso a bonança” (2004). Em: Jornal Público (17 de mai. de 2004). url: <https://www.publico.pt/sociedade/jornal/depois-do-fervor-legislativo-e-preciso-a-bonanca-1883790>.

operação, uma vez que, quando se decide que um doente tem de ser sujeito a uma intervenção, esta deve realizar-se o mais depressa possível. Reconheço alguma dificuldade conceptual no problema. Mas o que se pede aqui é que os médicos entendam que não vivemos no mundo ideal. Mais vale sermos razoáveis, descermos à terra e percebermos que, mais cedo ou mais tarde, ter-se-á que definir este conceito.”

Essa discussão surgira em função da Resolução do Conselho de Ministros 79/2004, de 24 de Junho³²⁷, que criava o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Não sendo ético, sobretudo a um especialista em ética médica, querer mascarar uma decisão política relativa ao tempo possível de resposta aos pedidos de cirurgia sob a pele de uma decisão científico/ética, existe no entanto um problema: perante a escassez de um recurso, como distribuí-lo de forma equitativa? Do ponto de vista científico e ético, está tudo dito por Miguel Leão, isto é, uma vez que existe a necessidade de uma cirurgia, ela deve ser feita quanto antes, porque não pode haver compromisso entre o pragmatismo político e a ética médica que não resulte na adaptação do primeiro em função da segunda³²⁸. E essa compreensão coincide com o interesse do utente. Se a possibilidade de realizar uma determinada cirurgia existe ou não, ou em que grau de execução, isso depende de uma decisão política. Eventualmente, pode existir um limite absoluto que não seria possível ultrapassar por maior que fosse a boa vontade política. No caso do fornecimento de cuidados de saúde à população, existe certamente um longo caminho entre as possibilidades actuais do SNS e o limite expresso pela quantidade de recursos existente, sobretudo de recursos humanos.

Formulando o problema de outra maneira: limitar os gastos em cuidados de saúde do SNS nos níveis actuais é uma decisão política, que decorre de outra decisão política relacionada com o acordo de controlo do défice orçamental. Esse controlo do défice, por sua vez, decorre de uma outra decisão política de beneficiar a remuneração dos capitais, através do pagamento de juros, em detrimento de cumprir com as funções sociais do Estado. Decorre também dessas decisões políticas o gerir da oferta de cuidados de saúde através de taxas reguladoras ou de

³²⁷ Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e estabelece os seus objectivos, funcionamento e calendário da respectiva aplicação às administrações regionais de saúde.

³²⁸ O pragmatismo dita que um preso num Estado autocrático seria mais bem acompanhado por um médico na hora da tortura. A ética médica dita que não é admissível a participação de um profissional de saúde num tal acto bárbaro.

listas de espera nos níveis que conhecemos. Tais mecanismos são por demais conhecidos da economia da saúde³²⁹ e em particular as listas são amplamente usadas em sistemas públicos onde o preço dos serviços não pode ser usado nessa regulação, como no caso da medicina privada, onde o atendimento é determinado de acordo com a carteira de cada um.

O certo é que a resolução que criara o SIGIC inaugurara a formalização de um procedimento que se iria estender a todo o SNS: a lista de espera controlada e centralizada a nível nacional como forma de gerir a oferta dos serviços de saúde. A forma dessa gestão foi determinada a partir de 2008 pela introdução de um tempo médio de resposta garantida (TMRG) determinado por via de portaria³³⁰. Esse tempo é determinado tanto para as cirurgias programadas, como para as consultas nos CSP, para a primeira consulta hospitalar, etc³³¹. De facto, essa regulação formal por via de lista é mesmo estendida aos serviços de urgência através da generalização da Triagem de Manchester, uma triagem de cinco cores com tempos relacionados com cada cor que representa um grau de urgência.

É preciso reconhecer que, na medida em que os cuidados de saúde são bens escassos, mais que não seja pelo limite no número de profissionais, a utilização de um meio de distribuição desse bem num serviço universal de saúde que garanta a sua equidade parece ser absolutamente legítima, e que esse meio sejam as listas não levantaria problemas maiores. De facto, impõe-se a necessidade de racionalizar a distribuição desse bem. Uma vez aceite o princípio, é necessário determinar exactamente em que medida esse bem é escasso. Ou seja, se o que o limita são constrangimentos de ordem técnica ou se antes de atingir esse limite técnico a escassez é determinada por razões económicas ou mesmo de ordem político-ideológica. É que, se se reconhece legitimidade no primeiro limite, o segundo é questionável e o terceiro, absolutamente inaceitável.

Quando da criação do SIGIC, em 2004, o Governo resolveu, de acordo com a experiência acumulada em termos de procura de serviços

³²⁹ Barros, op. cit., p. 309.

³³⁰ A determinação de um TMRG por via de portaria veio no seguimento de uma auditoria ao acesso aos cuidados de saúde no SNS. Tribunal de Contas (2007). *Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC*. Relatório. Tribunal de Contas.

³³¹ Portaria no 1529/2008, de 26 de Dezembro que fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência (constantes do anexo I) e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (constante do anexo II).

de saúde no SNS, acreditamos nós, recorrer a um conceito estatístico de média. Neste caso, aplicado ao tempo. Assim, reconhece-se que a resposta à procura de cuidados de saúde deveria seguir uma dispersão em torno dessa média. Essa média era então uma referência sem nenhuma imposição legal de cumprimento. Em parte devido à pressão exercida pelo Tribunal Constitucional em 2007, com a publicação da sua auditoria ao SIGIC, onde era precisamente questionada a não obrigatoriedade de cumprimento de qualquer tempo, o secretário de Estado da Saúde Manuel Pizarro vai além das críticas do TC e estabelece por meio de portaria vários TMRG não só para cirurgias, como também para consultas onde eram englobados os CSP, a primeira consulta hospitalar dividida por prioridades, com a separação num grupo aparte das doenças oncológicas. Também alguns meios de diagnóstico e tratamento cardiovascular foram destacados das cirurgias com tempos próprios por direito. Finalmente, a portaria dava a saber que a TMGR a estabelecer com os convenccionados seria a que constasse no contrato de convenção.

Dentro dos serviços do SNS esse tempo pode ser ilustrado através de duas situações ficcionais extremas. A primeira seria de um médico que suspeite que possa ter cancro. Pode também, por alguma razão, estúpida ou não, guardar para si essa informação. Permanecerá, portanto, fora do sistema. Pode acontecer que a doença se agrave a tal ponto que esse médico, agora doente, procure os serviços de urgência oncológica porque está em sofrimento e tem elementos mais que suficientes para sustentar a suas suspeitas, como seja exames feitos a suas expensas. Suponhamos que, além do mais, um seu colega, cirurgião oncológico, começara o banco de urgência naquele momento e, para além do mais, já conhece a história clínica do seu amigo por confiança. É possível, embora pouco provável, que esse paciente seja operado no mesmo dia. Do ponto de vista do sistema, tudo se resolveu. O caso foi tratado dentro da TMGR que, nesse caso, seria de três dias. Ou seja, 72 horas para doenças oncológicas de nível 4 para doentes entrados pela urgência. No outro extremo podemos ter um indivíduo que suspeita que está a perder a visão ou a audição. Se tudo ocorrer no limite exacto da TMGR, o paciente terá de esperar 15 dias por uma consulta no CS, mais 150 dias para uma primeira consulta no hospital e, supondo que a indicação clínica para cirurgia seja passada nesse mesmo dia, terá de esperar outros 270 dias para cirurgia. Ao todo, a espera será de 435 dias, ou seja, 14,5 meses (um ano e dois meses). Esse é o limite máximo de acordo com a TMGR que incluía todas as situações máximas. É claro que à excepção do primeiro exemplo,

todos os demais cenários poderiam ter de incluir novas consultas para efeito de diagnóstico, desta feita sem TMRG. Também não são contabilizados em nenhum momento os tempos administrativos e burocráticos. Exemplo disso são as triagens feitas pelo hospital aos pedidos de consulta dos MGF.

Se, por um lado, parece questionável que um hospital possa mudar a prioridade atribuída pelo MGF por uma prioridade menor, é com alguma estranheza que observamos que, de acordo com o RCMS (2014, p. 52), dos utentes que os MGF referenciaram para uma consulta de especialidade hospitalar, a 10% foi solicitado urgência. No entanto, em 59,0% desses pedidos foi atribuída normalidade como nível de prioridade pela triagem hospitalar. Por outro lado, dos 90% restantes a que foram solicitado normalidade pelos MGF, as triagens desses hospitais consideraram 10% prioritárias ou muito prioritárias. A dúvida que subsiste aqui, e que é bastante legítima, é se a distribuição dos níveis de urgência nos hospitais não está a ser definida não em função da urgência clínica, mas de uma forma pragmática, de acordo com os recursos disponíveis por esse hospital que resultam dos contratos-programa assinados com o SNS. Essa diferença é mais do que uma variação estatística. Isso ainda tem mais interesse quando constatamos que os hospitais atribuem mais urgência que os CS, ou seja, 87%. A questão, no entanto, permanece: se os MGF estão certos e a triagem hospitalar errada na sua avaliação das distribuições de níveis de prioridade, a alocação dos recursos não está a seguir o caminho da resolução dos problemas de saúde da população. Por outro lado, observa-se que apenas 33,7% das primeiras consultas vêm por referência de um MGF de um centro de saúde. É igualmente importante notar que desse total 8,5% eventualmente recebe em casa a notícia de que a sua primeira consulta seria mais cedo. Isto porque são consultas pedidas pelo MGF com prioridade normal a que o hospital atribui prioridade de urgência. Será como um bónus. Por outro lado, 5,9% dos que estavam à espera de ser chamados para uma consulta de urgência, de acordo com o pedido do seu MGF, poderão ver esse prazo alargado por lhes ser atribuída prioridade normal pelo hospital. Consoante o seu problema, não lhes restará outra alternativa senão procurar um serviço privado.

Uma outra indicação no mesmo sentido veio de uma outra auditoria do TC aos contratos dos hospitais³³². Nessa “Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde”, a equipa de consultores externos

³³² Tribunal de Contas (2011). *Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*. Relatório. Tribunal de Contas.

contratados pelo TC, Exigo Consultores, Lda, contando com uma série de especialistas em estatística, faz um trabalho notável e, à partida, repara com estranheza que os pesos atribuídos aos grupos de diagnósticos homogêneos, que servem para calcular os valores relacionados com cirurgias para determinar os pagamentos do SNS aos hospitais públicos de acordo com a produção contratada, não pode simultaneamente ser a cópia da matriz do Estado de Maryland, nos EUA:

“A indução de eficiência nas unidades hospitalares é limitada pela inadequação das metodologias de formação de preços e pela ausência de informação completa e fidedigna sobre os custos efectivamente associados às várias actividades das unidades hospitalares, e a sua prospectividade é prejudicada pela existência dos valores de convergência e pela falta de um levantamento, exaustivo e transparente, das necessidades de saúde da população.”³³³

Em todo o caso, independentemente de haver ou não justificação para esse procedimento, ele exige tempo que, juntamente com o tempo de trânsito do processo, não é contabilizado para efeito de estabelecer se houve ou não ultrapassagem do TMRG. Enquanto o indivíduo estiver na fase de diagnóstico, o médico pode acumular novos doentes na sua “carteira de clientes”. E em parte isso explicará um resultado interessante que se observa no RC (2014, p. 48), o crescimento da taxa da primeira consulta hospitalar muito acima do crescimento da taxa das consultas hospitalares subsequentes, como se pode observar na figura.

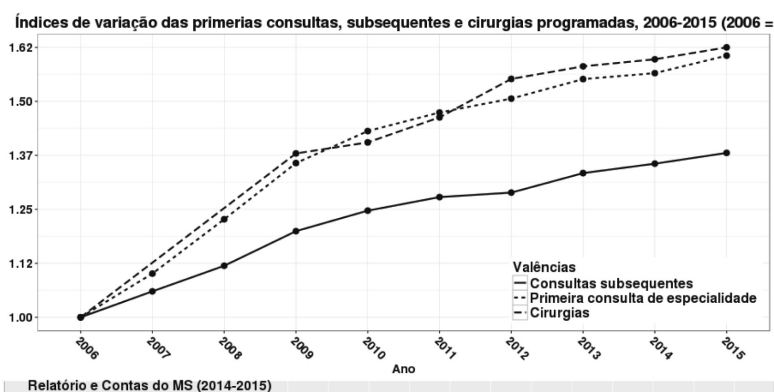


Figura 4.20: Variação das primeiras consultas hospitalares, cirurgias e consultas subsequentes.

³³³ Ibid.

Não parece casual esse aumento de primeiras consultas e cirurgias ser da mesma ordem de grandeza. Tanto mais que o número total de consultas externas, tendo crescido, cresceu bem menos que os outros dois, sobretudo no período entre 2006 e 2012. Comparando, por outro lado, o número de consultas de especialidades médicas cirúrgicas e não cirúrgicas, observa-se, de acordo com o INE, que a relação entre estas duas especialidades permanece constante. O que parece mostrar que a opção de combate às listas de espera para cirurgia programada tenha mobilizado as forças hospitalares por igual.

Desse manancial de primeiras consultas, somente 33,7% em 2014 e 32,4% em 2015 foram provenientes dos centros de saúde via o sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH). Os demais vieram majoritariamente da clínica privada. Vê-se também que do total de consultas pedidas pelos centros de saúde, apenas 67,9%, 69,4%, 70,4% e 71,9% foram realizadas respectivamente em 2011, 2012, 2013 e 2014. Em 2014, de cada 100 pacientes, em média, 72 tiveram a sua consulta marcada e 55 foram atendidos dentro da TMRG. Como 87,0% foram considerados consulta normal, ou seja 48 pacientes, os outros 7 pacientes são urgências. Enquanto esses 48 pacientes podem esperar até 5 meses pela consulta (supondo que essa consulta se realiza dentro da TMRG), os outros 7 dependerão do grau de urgência, variando de 72 horas até 2 meses. Para essa baixa taxa de realização das consultas via CTH contribui a quase inexistência da dedicação exclusiva. Essa modalidade de horário contribuía precisamente para evitar que, por via da clínica privada, se inundasse o SNS e que transforma os referenciados dos MGF do SNS uma espécie de portador de um prêmio de seguro menor que os referenciados pelos privados, tanto mais que o privado pode ser o próprio médico do sistema público. Possivelmente, as urgências continuam a ser uma porta de entrada alternativa, ou seja, a velha “urgência social” de que fala o *Relatório sobre as Carreiras Médicas*.

A partir de 2008, o SNS terá assumido o último desígnio que vinha já de há 18 anos, desde a Lei de Bases da Saúde. A partir desse ano, mais do que anteriormente, é instituída por via de contratos não apenas a produção desejável, mas a produtividade desejável. Os efeitos da criação do SIGIC, quatro anos antes, haviam inflacionado a produção de cirurgias. E, por essa via, a produção tanto de primeiras consultas como de consultas, as primeiras numa taxa superior, semelhante às das cirurgias. A partir de 2008 seria, em teoria, possível controlar a produtividade porque o respeito pelas TMGR implica um determinado grau de esforço dos profissionais.

O mecanismo regulatório em 2015, por exemplo, passou por identificar onde estaria a maior pressão para fazer que o TMRG aumentasse. Isso depende mais dos valores relativos e absolutos dos males que assolam a sociedade do que das reais necessidade de saúde dessa sociedade. O RCMS identifica oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia (OTL) e dermatologia como as especialidades que mais contribuíram para um desvio no TMRG. O passo seguinte é, através dos contratos, coagir as administrações hospitalares a pressionar a produção nessas áreas. O recurso assim distribuído gera uma pressão para o aumento dessas linhas que, em função do incentivo, em tempo de sala operatória ou anestesista, aumenta a produção que, por outro lado, fruto da pressão organizacional nesse sentido, requer mais trabalho e uma maior oferta que precisa ser respondida. Começa-se a ver um aumento do próprio volume das listas de espera. Aparentemente, isso não importa, desde que o crescimento consiga ser acompanhado pela resposta dos serviços. No limite, quando não se verifica uma expansão da rede que acompanhe o aumento da produção, esses ganhos de produtividade observados para algumas especialidades são complementados por perdas noutras – que, em parte, podem ser compensadas por alguma invenção mas que na maior parte das vezes farão que os profissionais percam imenso tempo para conseguir horas de actividade prática.

É preciso reconhecer a importância das quatro especialidades indicadas. Tanto mais que o homem, enquanto mecanismo, foi concebido para sobreviver num ambiente natural tirando o melhor proveito possível desse ambiente. Nas sociedades contemporâneas, urbanas, vive-se naquilo a que o RSCM chamou “ambiente técnico”, onde os cinco sentidos ganham uma outra dimensão e são postos a trabalhar, ao longo da vida, com uma intensidade nunca observada ao longo da história. O uso do olho nos trabalhos que exigem detalhe, como num computador, é diferente do uso numa pradaria para controlar um rebanho. O mesmo para a audição num ambiente de extremo ruído, para a pele num ambiente de poluição. Acresce a isso o facto de o aumento da longevidade e a disponibilidade científica para repor esses sentidos gerar uma procura natural dirigida a essas especialidades. Em 2005, a distribuição de doentes inscritos para cirurgia indicava que a ortopedia era responsável por 21% dos pacientes inscritos e a oftalmologia e OTL eram responsáveis por mais 14% e 15%, respectivamente. Ou seja, essas três especialidades eram responsáveis por 50% das cirurgias. A cirurgia geral, que é responsável por mais 25%, não é referida, provavelmente

pela dispersão excessiva dos seus procedimentos em termos de GDH, diferentemente das três anteriores em que o grosso das cirurgias estão concentradas em relativamente poucos GDH. Exemplo disso serão as cirurgias às cataratas, como já foi referido.

Uma outra consequência que se observa é a especialização hospitalar, com a consequência da referenciação. De facto, o papel da diferenciação por valência leva a assumir essa linha. A tentativa de melhorar o TMRG de cada hospital leva a uma aposta que maximizará esse valor, ainda que prejudique muitos outros que, pela dimensão, não dêem tanto nas vistas. Assim, a concentração das valências é paga em termos de deslocação dos doentes.

Uma segunda decisão que poderia ser seguida é determinar qual a dispersão em torno de uma média aceitável e, de acordo com esse valor, determinar quanto seria necessário expandir a oferta de forma a adequar tanto a média como a dispersão. Desse modo, o sucesso ou não das políticas de saúde pública poderia ser medido tanto pelos ganhos em termos de tempo médio como pela maior ou menor estreiteza da dispersão. Contrariamente a esse procedimento, o que se constatou foi a determinação de um limite superior para a dispersão de 75% do tempo médio a partir do qual os doentes seriam mandados para o privado com um cheque-cirurgia. Deste modo, o que se determinou foi mais uma quota de mercado para os privados financiada com dinheiros públicos. Entretanto, esse cheque para consumo de cuidados de saúde não terá tanta importância para a relação com os privados como os contratos estabelecidos com o SNS enquanto financiador de cuidados de saúde.

O sistema de tempo tem certamente a virtude de estabelecer alguns parâmetros que se começam a reconhecer como aceitáveis a determinados níveis e inaceitáveis noutros. Por outro lado, trata-se de um mecanismo em que uma população que procura resposta para os seus problemas de saúde é ou, pura e simplesmente, retirada do sistema, ou pode cair numa terra de ninguém onde os tempos não são contados. Se olharmos, por exemplo, para o “Relatório síntese da atividade cirúrgica programada” para o ano de 2014, vemos que foram emitidos 68 980 cheques-cirurgia, mas que em apenas 22% desses casos os pacientes foram operados. Isso faz pensar que só não se gerou um escândalo porque as pessoas provavelmente, de outra maneira qualquer, recorreram a outros médicos para obter uma credencial. Cria-se aquilo a que o RSCM chamava de uma “vagabundagem” dos doentes a ver se lhes calha uma consulta em sorte. Entretanto, esbanjam-se recursos médicos que tanta falta fazem noutras partes.

As primeiras experiências que buscaram equacionar as urgências pelo tempo de resposta ocorreram no início do século com a triagem de Manchester que, entretanto, se generalizou. Do ponto de vista da gestão, as urgências são sempre um problema difícil de resolver. Os gastos em meios redundantes são muito altos, na medida em que é difícil prever o fluxo a curto prazo. Alguns hospitais têm tentando o recurso a urgências profissionalizadas, o que é mais ou menos sinónimo de uma urgência com flexibilidade laboral, coisa que hoje é conseguida em parte com os tarefeiros. A ideia é libertar os seus efectivos das urgências para que eles se dediquem à produção para honrar a produção contratada, podendo esta até ser acrescida.

Insistimos, ao longo deste trabalho, que a regulação da oferta de cuidados de saúde passara por uma transformação mercantil que começou em 1990, com a Lei de Bases da Saúde, onde se lançaram as bases legais para um SNS subordinado a um “Sistema Nacional de Saúde”. O fim lógico do que começara com essa lei seria a separação do SNS em duas entidades distintas, uma financiadora e outra prestadora. Como dantes, o Governo determinaria, em princípio, o montante global a atribuir ao SNS. Agora, porém, o Governo seria, mais do que até então, capaz de determinar os montantes dessa produção para além das vontades das equipas médicas. Assim, entender o que vigora hoje em termos de contratos é fundamental para perceber a dinâmica do SNS.

Um hospital contrata com o SNS um determinado montante de produção. Essa produção será contabilizada em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH)³³⁴. É sempre possível estabelecer uma dispersão dos GDH de cada hospital em torno de um valor de referência, ou nacional. De acordo com os pesos relativos dessa referência, pode-se normalizar a

³³⁴ De acordo com o site da ACSS, “Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido. (...)” “Presentemente, no que se refere aos Contratos-Programa, as linhas de produção de internamento, ambulatório cirúrgico e parte do ambulatório médico são financiadas na íntegra com base naquele sistema de classificação de doentes representando, em 2009, cerca de 51% do total do financiamento dos hospitais do SNS. O financiamento destas linhas de produção resulta do produto entre o preço base, o índice de casemix e o no de doentes equivalentes.” ([http://www.acss.min-saude.pt/ArquivoUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestacao/de/SclassificacaoDoentes/GruposdeDiagnosticosHomogeneos/](http://www.acss.min-saude.pt/ArquivoUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestacao/de/SclassificacaoDoentes/GruposdeDiagnosticosHomogeneos/tabid/460/language/pt-PT/Default.aspx)tabid/460/language/pt-PT/Default.aspx, consultado em 27/08/2016).

produção de um hospital, estabelecendo uma média da produção hospitalar em GDH, ponderada pelos pesos de referência e dividido pela produção hospitalar medida em GDH. Um hospital pode estar a laborar com uma produção distribuída como a produção de referência e, nesse caso, a razão anterior será igual à unidade. Podem também acontecer casos em que essa razão será maior ou menor que a unidade, querendo isso dizer que esse hospital estará a facturar acima ou abaixo da média por unidade normalizada. Na realidade, o financiador dos contratos conta com uma gama acrescida de tipos de contratos³³⁵. No entanto, o mecanismo atrás mencionado descreve a essência da contratualização nesse cenário. Uma nota histórica importante de registar é que os “laboratórios de teste” desses contratos teriam sido os projectos específicos de redução de listas de espera³³⁶. Esse processo seria, entretanto, estendido aos hospitais SPA. Hoje, a contratualização é uma realidade como forma de pagamento dos serviços fornecidos por prestadores públicos ou privados e financiados pelo SNS. O paradoxo interessante é que os conselhos de administração ganham mais poder no sentido em que passam a administrar directamente uma política ditada pelo Estado, algo que esse mesmo Estado tinha mais dificuldades em impor.

O mercado começa a actuar de facto quando os conselhos de administração deitam mão da sua capacidade de ajustar a sua capacidade produtiva aos valores médios. A verdade é que um hospital é permanentemente tentado a favorecer alguma linha de produção em detrimento de outras. Tudo depende de uma referência. É certo que acima da vontade dos diversos actores – financiadores, prestadores, pacientes, trabalhadores – se cria uma concorrência, na medida em que o afastamento da média dá a indicação de em que medida o serviço é mais ou menos produtivo. O hospital pode decidir reforçar um serviço e, para tal, pode aumentar a sua capacidade absoluta, aumentando a capacidade total ou diminuindo a capacidade de outras linhas não tão produtivas. A distribuição de tempo em bloco operativo e anestesista é um problema bastante referenciado nas conversas com os cirurgiões.

³³⁵ Maria do Céu Valente (2010). “Contratualização em contexto hospitalar”. Em: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Número especial, pp. 25-39.

³³⁶ “Em 1997, na tentativa de consolidação do processo de contratualização, assiste-se ao desenvolvimento de projectos específicos para a redução das listas de espera e pagamento dos custos adicionais, onde os mecanismos de implementação assentavam na adesão voluntária dos prestadores que propunham um valor de reembolso para o qual decorria um processo de negociação.” Ibid, p. 28.

As tentações são muitas. O comportamento de uma série de procedimentos cirúrgicos divulgado pela OCDE para os anos entre 1992 e 2014 é disso revelador. Dos dezasseis procedimentos analisados³³⁷, as cirurgias às cataratas destacam-se claramente das restantes. Nessa série, destacam-se claramente dois períodos: os 10 primeiros anos e os restantes 12 anos.

De 1992 até 2002, o número de cirurgias representado pelos 16 procedimentos duplica de 70 325 em 1992 para 142 841 em 2002. Esse valor revela a importância destes procedimentos num universo que em 2002 estaria na ordem das 500 mil cirurgias. As cirurgias das cataratas já revelam uma performance superior, tendo crescido 3,77 vezes nesse período. O peso relativo das cirurgias de cataratas nesse conjunto de procedimentos cresceu de 17,1% do total em 1992 para 31,8% em 2014, representando, em 2002, 45 mil cirurgias de cataratas. Os outros procedimentos (excluindo as cataratas) cresceram 1,67 vezes nesse período, ou seja, + 67%.

De 2002 até 2014, a performance desta série voltou a melhorar mas, no total, abaixo do período anterior. Então a produção total cresceu 1,69 vezes. As cirurgias às cataratas cresceriam na ordem das 3 vezes, um pouco abaixo do período anterior. O peso das cirurgias às cataratas nessa série passa em 2014 para 54,9%. Finalmente, neste último período os demais procedimentos (exceptuando as cataratas) aumentariam apenas 1,12 vezes, bem abaixo do período anterior.

O fenómeno que mais parece distinguir estes dois períodos está ligado às cirurgias de ambulatorio. O período entre 1992 e 2002 está relacionado com um maior crescimento nos gastos em saúde. Esse crescimento reflectiu-se num maior crescimento da capacidade produtiva. Posteriormente a 2002, observa-se um grande crescimento das cirurgias de ambulatorio, que explica o grande crescimento a nível da produtividade. No total da série, em 1992, apenas 2% das intervenções eram de ambulatorio. Esse número eleva-se para 13% em 2002. De 2002 até 2014 esse número eleva-se para 61% na série considerada. E a contratualização terá incentivado esse tipo de procedimento, na medida em que beneficia em termos de peso no GDH. A cirurgia de ambulatorio funcionaria como uma espécie de low cost das intervenções. O Relatório da Atividade em Cirurgia Programada da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia de 2014 (ACSS,

³³⁷ *Cataract surgery, tonsillectomy, transluminal coronary angioplasty, coronary artery bypass graft, stem cell transplantation, appendectomy, cholecystectomy, repair of inguinal hernia, transplantation of kidney, open prostatectomy, transurethral prostatectomy, hysterectomy, hip replacement, total knee replacement, partial excision of mammary gland, total mastectomy.*

2014: 59) apresenta a distribuição das cirurgias de acordo com a complexidade e meios envolvidos. Em 2006, a proporção de cirurgias com peso relativo menor que um, portanto menos complexas que o padrão, correspondia a 70% do total. Em 2013, esse valor será de 81%. Foi nessa gama de cirurgias mais simples que se registou o grande aumento.

Em 2014 fizeram-se mais 196 mil cirurgias que em 2002, de acordo com os números do INE. Desse total 52% devem-se a oftalmologia (38,9%) e ortopedia (13,1%). A cirurgia geral será responsável por 6,2% desse aumento. Portanto, a questão que se impõe é saber como foram distribuídos os recursos que são comuns aos diversos procedimentos, e que são escassos, como sejam os anestesistas ou a disponibilidade de equipamentos e espaço.

4.6. Produção privada com custos públicos

A saúde privada de base hospitalar tem ganho quota de produção ao sector público em praticamente todas as linhas de produção, como se pode ver na figura 4.21.

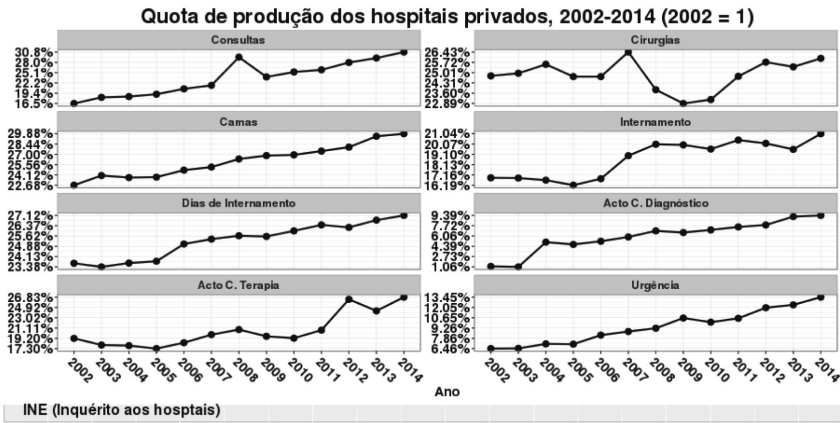


Figura 4.21: Quota de produção dos hospitais privados, 2002-2014.³³⁸

³³⁸ Fonte: Circular normativa da ACSS n.º 6 de 31 de Julho de 2009. Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde prestadas aos beneficiários do SNS que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde no âmbito do Contrato-Programa – Acordo Modificativo de 2009.

Em 12 anos, tirando as cirurgias em que parece que a quota dos privados flutuou em torno dos 25%, em todas as outras linhas representadas na figura, urgências, camas, internamentos, dias de internamento, actos complementares de diagnóstico e consultas, aumentaram. Nuns casos, em que o sector público se tem mantido constante há alguns anos, como as urgências, os privados cresceram em absoluto. É no caso dos meios de diagnóstico e terapia e consultas que tem estado em forte expansão. No caso das consultas, quase 15%. Com um pico isolado no ano de 2008, o que parece indicar que terão sido os privados os primeiros a beneficiar do PIO. As outras linhas, camas e internamentos, têm perdido importância em absoluto para o público e, portanto, o crescimento dos privados é mais marginal em absoluto. O mais impressionante é que na saúde privada haveria, em 2014, 26 775 médicos em exclusividade. Se incluíssemos aqueles que têm actividade no público e no privado, esse número seria acrescido de mais 16 961 médicos. E esse contingente supera em muito o SNS. No entanto, dado a sua forma privada de produção, tem uma produção medíocre, em que o máximo que conseguem é 30% das consultas dos hospitais oficiais, estando neste caso o SNS muito próximo desse valor. Também, para os níveis de cirurgias, cerca de 25% e consultas já referido, o número de meios de diagnóstico parece um pouco medíocre comparado com o público – 10% menos. De acordo com os níveis de produção estarão os meios de terapêutica, em cerca de 26% em 2014. As urgências parecem ser um sector mais difícil de rentabilizar. Da discussão anterior, podemos concluir que faz sentido manter alguma cautela num ramo caro e imprevisível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES

- Abreu, Abel Cancela de et al. (2007). *Relatório sobre as carreiras médicas*. Ordem dos Médicos/ CELOM.
- ACSS (2011). *Inventário ao Pessoal do Setor da Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS.
- (2012). *Inventário ao Pessoal do Setor da Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS.
- (2013). *Inventário ao Pessoal do Setor da Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS.
- (2014a). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde* (2014). Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS, mar. de 2014.
- (2014b). *Inventário ao Pessoal do Setor da Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS.
- (2014c). *Relatório de atividade dos cuidados de saúde primários nos anos de 2011 a 2013*. Administração Central do Sistema de Saúde. ACSS, dez. de 2014.
- (2016). *Relatório e Contas de 2015. Administração Central do Sistema de Saúde*. ACSS, jul. de 2016.
- Alves, António Dias (2014). “A Inovação em Gestão Hospitalar”. Em: *40 Anos de Abril na Saúde*. Ed. por António Correia de Campos e Jorge Simões. Almedina, jun. de 2014. Cap. 9, pp. 273-319.
- Alves, Giovana (2007). *Dimensões da Reestruturação Produtiva. Ensaio de Sociologia do Trabalho*. Londrina: Editorial Praxis.
- Anderson, Perry (1961-1962). “Portugal and the End of Ultra colonialism”. Em: *New Left Review* 15-17. Trad: Perry Andersen (1966). *Portugal e o Fim do Ultra colonialismo*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira SA.
- (1995). “Balanço do neoliberalismo”. Em: *O pós-neoliberalismo*. Ed. por Emir Sader e Pablo Gentili. Paz e Terra.
- Antunes, Ricardo (2009). *Os Sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho*. São Paulo: Ed. Boitempo.

- Arcary, Valério (2004a). *As Esquinas Perigosas da História. Situações Revolucionárias em Perspetiva Marxista*. São Paulo: Xamã.
- (2004b). “Quando o Futuro era Agora. Trinta Anos da Revolução Portuguesa”. Em: *Revista Outubro* 11, pp. 71-92.
- Arrow, Kenneth J. (1963). “Uncertainty and the welfare economics of medical care”. Em: *American Economic Review* 53, pp. 941-973.
- Baptista, Fernando Oliveira (1994). “A Agricultura e a Questão da Terra – do Estado Novo à Comunidade Europeia”. Em: *Análise Social* XXIX.128, pp. 907-921.
- Barreto, José (1978). “Modalidades, condições e perspectivas de um pacto social”. Em: *Análise Social* XIV.53, pp. 81-106.
- Barros, Pedro Pita (2013). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3ª. Coimbra: Almedina.
- Barros, Pedro Pita, Sara Ribeirinho Machado e Jorge de Almeida Simões (2011). “Portugal. Health system review”. Em: *American Economic Review* 13.4.
- Behring, Elaine R. (1997). “A nova condição da política social”. Em: *Em Pauta* 10.
- Boron, Atilio (2004). “La transición hacia la democracia en América Latina: problemas e perspectivas”. Em: *Estado, capitalismo y democracia en América Latina*. Ed. por Atilio Boron. Buenos Aires: Clacso.
- Braga, Raquel (2012). “Listas de 1900 utentes: A quantidade questiona a qualidade”. Em: *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 28.5, pp. 754-759.
- Braga, Ruy (1997). *A Restauração do Capital. Um estudo sobre a crise contemporânea*. São Paulo: Xamã.
- Callaghan, Polly e Heidi Hartmann (1991). *Contingent Work: A Chart Book on Part-Time and Temporary Employment*. Washington: Economic Policy Institute.
- Campos, António Correia de (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda.
- (2001). “Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública”. Em: *Análise Social* XXXVI.161, pp. 1079-1104.
- Capucha, Luís Antunes (2002). “Assistência Social”. Em: *Dicionário de História de Portugal*. Ed. por Maria Filomena Mónica e António Barreto. Vol. 7. Figueirinhas.
- Cardoso, António Monteiro (2007). *A Revolução Liberal em Trás-os-Montes (1820-1934), O Povo e as Elites*. Porto: Afrontamento.
- (2010). “Autogoverno e Moralismo Igualitário. Política Popular em Portugal no Século XIX”. Em: *Como se Faz um Povo. Ensaios para a História do Portugal Contemporâneo*. Ed. por José Neves. Lisboa: Tinta da China.

- Castillo, Juan J. (1996). *Sociología del trabajo*. Vol. 152. Colección Monografías.
- Castro, Josué de (1961). *Geopolítica da fome*. Vol. 2º. Editora Brasiliense.
- CGTP. *Greves sectoriais, 1989-2008*.
- Chesnais, François (1994). *La mondialisation du capital*. Paris: Syros.
- Costa, Hermes Augusto (1994). “A Construção do Pacto Social em Portugal”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 39, pp. 119-146.
- Costa, Rui Manuel Pinto (2007). “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”. Em: *Revista da Faculdade de Letras*. III 8, pp. 355-381.
- Cristovam, Maria Luísa (1982). *Conflitos de Trabalho em 1979. Breve Análise Sociológica*. Lisboa: Ministério do trabalho.
- Céu Valente, Maria do (2010). “Contratualização em contexto hospitalar”. Em: *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Número especial, pp. 25-39.
- Demier, Felipe (2013). *O Longo Bonapartismo Brasileiro (1930-1964): um ensaio de interpretação histórica*. Rio de Janeiro: Mauad.
- Demier, Varela, Arcary. *O Que é Uma Revolução?* (2015). Lisboa. Colibri.
- DGEEP. Direção Geral de Estudos Estatísticas e Planeamento, *Greves, 1986-2007*.
- Druck, Graça (2012). “Precarização social do trabalho”. Em: *Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social*. Ed. por Anete B. L. Ivo (coord.) et al. São Paulo: Ed Annablume, pp. 373-380.
- ERS (2016). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Entidade Reguladora da Saúde. ERS, mar. de 2016.
- Eurostat (2013). *European system of accounts (ESA 2010)*. Publications Office of the European Union.
- Farber, Henry S. (1999). “Alternative and Part-Time Employment Arrangements as a Response to Job Loss”. Em: *NBER Working Paper 7002*.
- Felstead, A. e N. Jewson (ed.) (1999). *Global Trends in Flexible Labour*. Londres.
- Fernandes, Paulo Jorge Martins (1999). “As Relações Sociais de Trabalho na Lisnave, Crise ou Redefinição do Papel dos Sindicatos?” Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Ferreira, Sónia (2010). *A Fábrica e a Rua, Resistência Operária em Almada*. Alentejo: 100 Luz.
- Fonseca, Bernadete Maria (2008). “Ideologia ou Economia? Evolução da Proteção no Desemprego em Portugal”. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Fontes, Virgínia (2010). *O Brasil e o capital-imperialismo. Teoria e história*. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ.

- Freire, Dulce (1996). “Greves Operárias”. Em: *Dicionário de História do Estado Novo*. Ed. por Fernando Rosas. Vol. I. Bertrand Editora.
- George, Francisco (2014). “40 anos antes”. Em: *Jornal Público* (23 de abr. de 2014). URL: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/40-anos-antes-1633055>.
- Gramsci, António (2002). *Cadernos do Cárcere*. Vol. V. Civilização Brasileira.
- Guedes, Renato e Rui Viana (2012). “Quem paga o estado social em Portugal?” Em: *Quem paga o Estado Social em Portugal?* Ed. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 21-70.
- Huws, Ursula (2003). *The Making of a Cybertariat: Virtual Work in a Real World*.
- Harvey, David (2004). *O novo imperialismo*. São Paulo: Loyola.
- Husson, Michel (1996). *Misère du capital*. Paris: Syros.
- Imamoto, Matilde V. (2012). 22^a ed. São Paulo: Cortez.
- INE (1945). *VIII Recenseamento geral da população (1940)*. Vol. I. Imprensa Nacional de Lisboa.
- *Anuário Estatístico* (vários anos).
- *Estatísticas da Saúde* (vários anos).
- (1945). *VIII Recenseamento geral da população (1940)*. Vol. I. Imprensa Nacional de Lisboa.
- (1953). *IX Recenseamento geral da população: Condições perante o trabalho, encargo de família e meio de vida (1950)*. Vol. I^o.3. Bertrand (Irmãos), Lda.
- (1963). *X Recenseamento geral da população, famílias, convivências e população residente e presente, por freguesia, conselhos, distrito e centros urbanos (1960)*. Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.
- (1964). *X Recenseamento geral da população: Condições perante o trabalho, encargo de família e meio de vida (1960)*. Vol. I^o.V. Instituto Nacional de Estatística.
- (1973). *XI Recenseamento geral da população – estimativa à 20% (1970)*. Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.
- (1984). *XII Recenseamento geral da população e II recenseamento geral da habitação (1981)*. Instituto Nacional de Estatística.
- (1996). *XIII Recenseamento geral da população e III recenseamento geral da habitação (1991)*. Instituto Nacional de Estatística.
- (2002). *XIV Recenseamento geral da população e IV recenseamento geral da habitação (2001)*. Instituto Nacional de Estatística.
- (2012). *XV Recenseamento geral da população e V recenseamento geral da habitação (2011)*. Vol. I. Instituto Nacional de Estatística.
- (2014). *Censos em Portugal de 1864 a 2011*. Site do INE. consultado em 20/02/2016.

- (2016). *Conta Satélite da Saúde*. Site do INE.
- INE e INS (2009). *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Jesus Harfouche, Ana Paula de (2012). *Opções Políticas em Saúde: Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. Coimbra: Almedina.
- Jorge, Mário (2006). *Saúde, As Políticas, e o Neoliberalismo*. Campo das Letras.
- Lima, Aida Valadas. “O rendimento em Portugal ao longo da última década”. Em: XXI.87-88-89, pp. 499-526.
- Lima, Marinús Pires de (1986). “Transformações das Relações de Trabalho e Ação Operária nas Indústrias Navais (1974-1984)”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 18,19,20.
- Linden, Marcel van der (2014). “San Precario: A New Inspiration for Labor Historians”. Em: *Labor* 11.1, pp. 9-21.
- Lucena, Manuel (2002). “Previdência Social”. Em: *Dicionário de História de Portugal*. Ed. por Maria Filomena Mónica e António Barreto. Vol. 9. Figueirinhas, pp. 152-167.
- Marques, A. H. Oliveira e Joel Serrão (1991). *Portugal, da Monarquia para a República*. Coleção Nova História de Portugal. Lisboa: Editorial Presença.
- Martins, Conceição Andrade (1997). “Trabalho e Condições de Vida em Portugal (1850-1913)”. Em: *Análise Social* XXXII.142.
- Ministério da Saúde (2005). *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Documento de Trabalho. Ministério da Saúde.
- Mészáros, István (2002). *Para além do capital*. São Paulo.
- Netto, José Paulo (1995). *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez.
- (2010). *Uma face contemporânea da barbárie*. Comunicação apresentada no III Encontro Internacional Civilização ou barbárie. Serpa.
- Newhouse, Joseph P. (1977). “Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey”. Em: *The Journal of Human Resources* 12.1, pp. 115-125.
- Nunes, Eva (2001). “Agricultura, Pecuária, Silvicultura e Caça”. Em: *Estatísticas históricas portuguesas*. Ed. por Nuno Valério. Instituto Nacional de Estatística. Cap. 5 secção A, pp. 199-237.
- OECD (2015a). “Ambulatory surgery”. Em: *Health at a Glance 2015*. Ed. Por OECD. Paris: OCDE Publishing. Cap. 6.
- OECD (2015b). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. OECD Reviews of Health Care Quality. OECD.
- Oliveira, Susana Sampaio (2013). *Outsourcing no setor hospitalar*. Vida Económica. Paço, António Simões do (2010). *Entrevista com a República*. Lisboa: Guerra e Paz.
- Pelz, William A. (2016). *História do Povo da Europa Moderna*. Objectiva.

- Pereira, Garcia (2012). *O Assédio: causas e condicionantes*. Comunicação apresentada em novembro de 2007. URL: <http://pascal.iseg.utl.pt/ÌEsocius/publicacoes/wp/WP3.2008.pdf> (consultado em 14/04/2011).
- Pereira, Paulo Trigo (2011). *Portugal: Dívida Pública e Défice Democrático*. FFMS e Relógio d'Água.
- Pereira, Paulo Trigo et al. (2009). *Economia e Finanças Públicas*. 3ª. Escolar Editora. Pimentel, Irene (1999). “A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40”. Em: *Análise Social* XXXIV.151-152, pp. 477-508.
- Rodrigues, Ana Paula Gato R. Polido (2013). “Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: O Papel da Enfermagem 1926-2002”. Tese de Doutoramento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Rodrigues, Maria João (1985). “O mercado de trabalho nos Anos 70: das tensões aos metabolismos”. Em: *Análise Social* XXI.87-88-89, pp. 679-733.
- Rosas, Fernando (2004). *Pensamento e Ação Política. Portugal Século XX (1890-1976)*. Editorial Notícias.
- Rosas, Fernando e Maria Fernanda Rollo (2009). *História da Primeira República Portuguesa*. Lisboa: Tinta da China.
- Rosdolsky, Roman (2001). *Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Santos, Paulo et al. (2015). “As Normas de Orientação Clínica em Portugal e os Valores dos Doentes”. Em: *Acta Med Port* 28.6, pp. 754-759.
- Shaikh, Anwar (2012). “Quem paga o “bem-estar” no estado-providência? Um estudo sobre vários países”. Em: *Quem paga o Estado Social em Portugal?* Coord. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 119-138.
- Shaikh, Anwar e Ertugrul Ahmet Tonak (1987). “The Welfare State and the Myth of the Social Wages”. Em: *The Imperiled Economy: Macroeconomics from a Left perspective*. Ed. por Robert D. Cherry. Vol. 1. Union for Radical Political Economics. Cap. 17, pp. 183-194.
- Silva, Manuela (1985). “A repartição do rendimento em Portugal no pós 25 de Abril 74”. Em: *Revista Crítica de Ciências Sociais* 15-16-17 (mai. de 1985).
- Silva Costa, Américo da (2013). *Associativismo, Mutualismo e Movimento Operário em Guimarães nas Primeiras Décadas do Século XX*. Site de Américo Costa.
- Silveira, Jorge (1990). “A Evolução Histórica do Mutualismo e seus Princípios Doutrinários”. Em: *O Mutualismo em Portugal*. Edição da União das Mutualidades Portugueses.
- Simões, Jorge (2005). *Retrato político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Edições Almedina S.A.

- Sousa Ferreira, Eduardo de (1975). *A Decadência do Corporativismo*. Cadernos Livres n.º 8. Sá da Costa.
- Stoleroff, Alan. “Sindicalismo e Relações Industriais em Portugal”. Em: *Sociologia* 4.
- (1990). *O Sindicalismo e o Estado Pós-1974: O neo-corporativismo e a luta de classes*. Fragmentos.
- (2012). *All's fair in love and (class) war*. Site de Stoleroff. acessado em 15/03/2013.
- Strath, Bo (1989). *La Política de Desindustrialización. La Contracción de la industria dela construcción naval en Europa Occidental*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Tribunal de Contas (2007). *Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC*. Relatório. Tribunal de Contas.
- (2011). *Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*. Relatório. Tribunal de Contas.
- Troika (2011). *Memorando de Entendimento Sobre as Condicionais de Política Económica*.
- Varela, Raquel (2011a). “A Persistência do Conflito Industrial Organizado”. Em: *Revista Mundos do Trabalho* 3.6 (jul. de 2011), pp. 151-175.
- (2011b). *História do PCP na Revolução dos Cravos*. Lisboa: Bertrand Editora.
- (2012). “Rutura e Pacto Social em Portugal. Um Olhar sobre as Crises Económicas, Conflitos Políticos e Direitos Sociais em Portugal (1973-1975, 1981-1986)”. Em: *Quem Paga o Estado Social em Portugal?* Coord. por Raquel Varela. Bertrand Editora, pp. 71-108.
- (2013). “A “eugenização da força de trabalho” e o fim do pacto social. Notas para a história do trabalho, da segurança social e do Estado em Portugal”. Em: *A Segurança Social é sustentável*. Coord. por Raquel Varela. Bertrand Editora, jun. de 2013, pp. 23-85.
- (2014). *História do povo na revolução portuguesa: 1974-1975*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Varela, Raquel e Sandra Duarte (2013). “Paixão pela educação...privada. Educação e terceira via em Portugal: da revolução dos cravos aos nossos dias”. Em: *Redefinições das fronteiras entre o público e o privado*. Brasília. Ed. por Vera Peroni. Liber livro editora, pp. 120-140.
- Varela, Raquel et al. (2015). “Relações laborais em Portugal entre 1930 e 2011”. Em: *O Social em Questão* XVIII.34, pp. 41-58.
- Varela, Raquel, Valério Arcary e Felipe Demier (2016). *O Que é Uma Revolução?* Lisboa: Colibri.

PARTE II

FORMAS E CONSEQUÊNCIAS DA PRIVATIZAÇÃO DO NATIONAL HEALTH SERVICE (REINO UNIDO)

CAPÍTULO 1

A NOVA FEBRE DO OURO: AS NOVAS MULTINACIONAIS E A MERCANTILIZAÇÃO DO TRABALHO NO SECTOR PÚBLICO

Ursula Huws

Estamos habituados a pensar no desenvolvimento do capitalismo como um processo de expansão voraz: para conseguir satisfazer o apetite insaciável, dedica-se à procura constante de novas fontes de matérias-primas e novos mercados. Mas precisa também de novos produtos e de novas forças de trabalho que os produzam. Num verdadeiro círculo vicioso, estas novas forças de trabalho são transformadas, por via salarial, em novos mercados de consumo para os novos produtos, e os lucros que se acumulam graças a estes processos são investidos no desenvolvimento de infraestruturas, na aquisição de mais matérias-primas, em investigação e desenvolvimento e em todo o tipo de especulações que, por sua vez, servem de base para encontrar novas áreas de expansão.

Normalmente, concebemos esta expansão em termos espaciais, não poucas vezes representada, em termos históricos, como uma demanda épica por parte de heróis aventureiros, rumo a terras virgens e desconhecidas, das quais, com um bocadinho de sorte, regressam com o cerne de novas fortunas ou indústrias — ouro, borracha, peles, tabaco ou petróleo, só para nomear algumas. Ao fim de um par de séculos destas atividades, já sobram poucas partes do mundo onde o solo não tenha sido perscrutado em busca de minerais, a vegetação analisada para determinar que tipo de comida, fármacos ou materiais de construção pode produzir a população arrastada para a economia de forma a que seja impossível sobreviver sem dinheiro.

É legítimo que questionemos se ainda existe margem para mais expansões. Sobra algum pedacinho de terra onde uma nova geração de exploradores possa desencadear uma nova febre do ouro? A que tipo de material se dedicará a próxima vaga industrial?

Na verdade, já está em curso uma nova febre do ouro. E não está a acontecer longe dos olhos do mundo, numa parte do globo por explorar, mas bem debaixo dos nossos narizes, no coração das economias desenvolvidas, ainda que muitos não deem por ela.

Em Julho de 2008, o Governo britânico publicou um relatório³³⁹, em que se anatomiza uma nova indústria. Esta indústria “desenvolvera-se ao ponto de corresponder a uma parte significativa da economia, equivalendo a quase seis por cento do PIB e empregando diretamente 1,2 milhões de pessoas”³⁴⁰. Em 2007-8, o seu volume de negócios foi de 79 mil milhões de libras, um aumento de 126 por cento em relação a 1995-6, quando movimentou 31 mil milhões (ibid:11). Em termos de valor acrescentado, este setor é “significativamente maior do que o da alimentação, bebidas e tabaco (23 mil milhões de libras em 200&), o das comunicações (28 mil milhões), o da eletricidade, gás e fornecimento de água (32 mil milhões) e o da hotelaria e restauração (36 mil milhões)”³⁴¹. Mas estamos a falar de quê, ao fim e ao cabo? O relatório chama-lhe “indústrias do setor público” (ISP).

Para os fundadores de muitos dos Estados providência europeus do período pós-guerra, “indústrias do setor público” teria soado a oxímoro. Nesse tempo, dir-se-ia que os serviços públicos estavam, de um modo geral, nos antípodas da indústria; a indústria gerava lucros, os serviços públicos não — e, na opinião de muita gente, não poderiam mesmo gerar, porque disponibilizavam aquilo a que os marxistas chamariam “valor de uso” diretamente aos utentes. Assim sendo, em que é que consiste esta nova “indústria de serviços públicos”? Em primeiro lugar, importa realçar que o autor do relatório exclui muitos dos serviços que nos virão imediatamente à cabeça — os alvos da onda de privatizações levada a cabo por Margareth Thatcher nos anos 80. De acordo com a explicação apresentada, a ISP não inclui, por exemplo, a água, as telecomunicações, o gás ou a eletricidade. E também não inclui os transportes, a não ser “quando existem subsídios

³³⁹ (Julius, 2008).

³⁴⁰ (ibid: i).

³⁴¹ (ibid:ii).

para serviços concessionados, como nos comboios, em que a parte do subsídio é incluída”³⁴². Também exclui as pensões. Este setor imenso e em franco crescimento limita-se a cobrir “empresas privadas e do terceiro setor que prestem serviços ao público, por conta do governo, ou ao próprio governo”.³⁴³

O território virgem que esta nova geração de intrépidos aventureiros está a explorar é, afinal, nada mais do que as atividades dos nossos próprios governos — as entranhas da máquina democrática e os serviços que os cidadãos esperam que os governos em que votaram prestem, em troca dos impostos e das contribuições para a segurança social. Estes serviços são classificados de acordo com a sua função: a maior categoria, que se estima que corresponda a 44% de todos os ISP no Reino Unido, são os “serviços de gestão”, que cobrem um leque vasto de serviços prestados diretamente ao público, desde a enfermagem às prisões, passando pelos serviços de emprego e a formação de pilotos. São identificadas mais cinco funções: “serviços TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação)”, “EPE (Externalização de Processos Empresariais)”, “serviços de construção”, “gestão de instalações” e “serviços profissionais”. Estes últimos, de acordo com o relatório, “englobam uma vasta gama de atividades no setor dos serviços, ligadas à consultoria ou assessoria nas áreas dos recursos humanos e consultoria financeira, legal e de gestão”.³⁴⁴

Estas funções são fornecidas a uma série de departamentos governamentais diferentes, à escala nacional e local, incluindo em atividades relacionadas com a saúde, a proteção social, a defesa, a educação, os assuntos económicos, a ordem e a segurança públicas, a proteção ambiental, a cultura recreativa e a religião, serviços públicos genéricos e equipamentos habitacionais e culturais.³⁴⁵ Destes serviços, aqueles que estão em crescimento mais acelerado, ou, na perspetiva das empresas ISP, aqueles cujo mercado está a crescer mais depressa, são a educação (que cresce 8,1 por cento ao ano), a proteção ambiental (7,9 por cento) e a saúde (7 por cento).³⁴⁶

³⁴² (ibid: 5).

³⁴³ (ibid: 5).

³⁴⁴ (ibid:22).

³⁴⁵ (ibid: 16).

³⁴⁶ (ibid: ii).

Este fenómeno não se restringe à Grã-Bretanha. Na Suécia e na Austrália, o setor ISP corresponde a uma parcela superior do PIB, ligeiramente acima dos 6 por cento. Em termos absolutos, o mercado para as ISP no Reino Unido, que vale 79,5 mil milhões de libras, só é ultrapassado pelo dos EUA (393 mil milhões), mas está presente a uma escala significativa em toda a parte. Por exemplo, em França, corresponde a 44,8 mil milhões de euros, na Austrália a 32,3, e a 24,7 em Espanha.³⁴⁷ E se usássemos uma definição ligeiramente mais abrangente, de modo a incluir serviços que já foram públicos, como correios, telecomunicações, água e energia, estes valores seriam consideravelmente mais elevados.

As empresas envolvidas são, tipicamente, de grande dimensão, muitas delas operando à escala global. O relatório do Reino Unido indica que:

“As ISP estão a transformar-se numa indústria global. Muitas das multinacionais já estão em funcionamento no Reino Unido, e indicam que lhes foram levantadas poucas barreiras à entrada. Os modelos de prestação de serviços que comprovadamente funcionam num país são transferidos para outros. O crescimento do rendimento per capita nas economias emergentes está a impulsionar a procura de serviços em áreas como a saúde, a educação ou os transportes, e são cada vez mais os governos com capacidade para custear esses progressos”.³⁴⁸

Se passarmos os olhos pela lista das principais empresas ativas nos diferentes grupos de funções, confirmamos este panorama. Os maiores fornecedores de TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação), por exemplo, incluem a EDS, a Fujitsu, a Capgemini, a BT, o Capita Group, a IBM, a Atos Origin, a Logica, a Microsoft, a Accenture, a Sun Microsystems, a Serco e a Oracle, entre outras. A maioria destas empresas são também referidas com as principais fornecedoras de Externalização de Processos Empresariais (EPE), mas aqui contam com a companhia de empresas mais específicas, como a Vertex, um fornecedor global de serviços de *call centers* em *outsourcing*. A Serco e a Atos também participam nos “serviços de gestão”, juntamente com outras empresas mais especializadas, como a Group 4 Securicor (ibid: 22).

³⁴⁷ (ibid: 62).

³⁴⁸ (ibid: iv-v).

Ou seja, este novo setor, altamente desenvolvido, está a expandir-se rapidamente, e a uma escala cada vez mais global. Aliás, o relatório que foi submetido por John Hutton, secretário de Estado britânico para as Empresas e Reformas Regulamentares, indica como principal razão para merecer o apoio do Governo britânico o potencial do setor enquanto nova indústria exportadora.

Existe um potencial de exportação significativo nesta indústria em crescimento. Encorajar e apoiar as empresas do Reino Unido para que aproveitem ao máximo estas oportunidades gerará enormes benefícios, não apenas para as próprias empresas, mas também para a economia. O Relatório conclui que o melhor apoio do Governo à ISP no exterior consiste em manter um quadro interno competitivo para os serviços públicos, que promova uma ISP dinâmica e próspera no Reino Unido.³⁴⁹

Esta estratégia implica que já não será necessário justificar a entrega de serviços governamentais a empresas transnacionais que operem à escala global com o argumento de que isso trará melhorias significativas na qualidade ou na eficiência; basta simplesmente alegar que impulsionará o crescimento dessas empresas. Assim como comprar se tornou uma obrigação cívica de cada cidadão, de forma a ajudar a economia nacional a sair da crise de crédito, parece que apoiar as privatizações também passou a dever patriótico, para aumentar as exportações.

Do ponto de vista governamental, esta nova fundamentação para aplicar o outsourcing no setor público não podia vir em melhor altura. No Reino Unido, que foi um dos primeiros países no mundo a privatizar serviços estatais a grande escala, os argumentos usados — que aumenta a eficiência, melhora a qualidade e reduz custos — foram sendo desmascarados ao longo dos anos. A população britânica já se habituou a ler nos jornais notícias sobre fiascos associados aos maiores contratos de *outsourcing* assinados pelo Governo, incluindo problemas com derapagens financeiras, administrações incompetentes, resultados avaliados como “inadequados” e violações da proteção de dados.

Em Junho de 2008, ficou esquecido no parque de estacionamento de um pub um cartão de memória USB contendo dados pessoais confidenciais de milhares de presos detidos em cadeias britânicas. Perdera-o um funcionário da consultora PA, que assinara um contrato com o Ministério do Interior, no valor de 1,5 milhões de libras, pelo sistema

³⁴⁹ (ibid: v).

JTrack, que permite aos utilizadores pesquisar uma base de dados para saber que presos reincidentes estão prestes a ser libertados.³⁵⁰

Um mês depois, em Agosto de 2008, o Governo do Reino Unido viu-se obrigado a rescindir outro contrato na sequência da indignação popular. Desta vez, tratava-se da empresa ETS Europa, detida por norte-americanos, que fora contemplada com um contrato de cinco anos, no valor de 145 milhões de libras, para corrigir as provas de Inglês, Matemática e Ciências de 1,2 milhões de estudantes. Os resultados deviam ter sido entregues às escolas em julho, mas uma série de trapalhadas, da responsabilidade da empresa, fez que as escolas perdessem a esperança de as ter antes de setembro. Segundo um jornal,

“Os erros incluíram demoras na formação dos avaliadores e falhas num sistema online que gerou imensos atrasos. Alguns alunos foram registados como “ausentes”, embora tenham feito as provas em maio. Os exames do 9.º ano foram os mais afetados. À volta de 100 mil dos resultados a Inglês — um em cada seis — não foram incluídos nas estatísticas nacionais, divulgadas no início desta semana. Desapareceram ainda cerca de 36 mil provas de Matemática e Ciências.”³⁵¹

Outro dos supostos benefícios do *outsourcing* é que sujeita estas atividades à competição dos mercados, oferecendo garantias de rentabilidade. Não obstante, também não é particularmente fácil defender este argumento quando os fornecedores são empresas de tão grande dimensão que, na prática, ocupam posições de monopólio, ou quase monopólio, no mercado. Vejamos outro exemplo ilustrativo, que aconteceu recentemente no Reino Unido: o pedido de fiscalização da Capita à Comissão para a Competição, feito pelo Gabinete para a Justiça no Comércio, após a aquisição de outro fornecedor de serviços e *software* ao setor público, a IBS Opensystems. Na base do pedido esteve a questão de “a aquisição poder deixar apenas dois agentes relevantes no mercado de serviços de *software* na área das receitas e subsídios”.³⁵²

Histórias como estas têm feito grande mobba na fé da opinião pública no *outsourcing* de serviços, mas sabe-se ainda pouco sobre o setor e como funciona, e ainda menos sobre como será possível intervir para influenciar esta tendência, aparentemente irreversível.

³⁵⁰ (*Computer Weekly*, 2008).

³⁵¹ (*Daily Telegraph*, 2008).

³⁵² (<http://silicon.com/>, 2008).

Como é que as coisas chegaram a este ponto? Que estratégias foram implementadas para permitir a esta nova raça de mineiros extrair tamanha riqueza do setor público? Esta é uma das questões abordadas nesta compilação. Uma parte crucial do processo é a transformação dos serviços em mercadoria comum e reproduzível.³⁵³ No caso de serviços pessoais complexos, que implicam um grande volume de conhecimento tácito, capacidade de comunicação e “trabalho emocional”³⁵⁴, não é tarefa simples e abarca várias etapas, no decorrer das quais: o conhecimento técnico vai sendo progressivamente codificado; as tarefas são padronizadas; acordam-se metas de produção; os processos de gestão são reorganizados; as organizações são divididas, e os seus constituintes formalizados, por vezes em entidades legais distintas, e introduzem-se entre eles relações de tipo mercantil. Tudo isto pode ser apenas a preparação para a transferência de propriedade ou a abertura de um concurso externo; quando a atividade tiver, factual ou potencialmente, sido transformada em algo que até podia ter sido produzido e vendido por uma empresa com fins lucrativos estão criadas as condições para reestruturações mais profundas, das que fazem parte das práticas habituais das empresas multinacionais: fusões, aquisições, reconfiguração dos componentes em novas combinações e introdução de uma divisão global do trabalho.

Dentro deste padrão global, são muitas as variações possíveis. Na verdade, é difícil apanhar o fio à meada de uma dada função no seio de uma organização específica — normalmente, implica avançar, a custo, por um labirinto de acrónimos e jargão de gestão, inseridos num pantanal confuso e movediço de “iniciativas políticas”, “projetos”, “diálogos competitivos”³⁵⁵, “procedimentos de diligência prévia” e “processos de consulta”. A dificuldade em compreender todos estes elementos explica, em parte, a escassez relativa de investigação neste campo. É certo que talvez nem sempre seja particularmente fácil seguir os resultados, se o leitor tiver de esforçar-se para recordar todos os acrónimos e acompanhar todas as reviravoltas no processo, mas conseguirá, pelo menos, ficar com uma ideia quanto ao fio condutor do que ali se passa.

Um dos pioneiros nesta área foi³⁵⁶, cujo artigo podem ler neste livro, cuja análise do processo de mercantilização nos setores da radiodifusão

³⁵³ (Huws, 2003).

³⁵⁴ (Hochschild, 1983).

³⁵⁵ Julios, 2008: 58.

³⁵⁶ Colin Leys. 2001.

e da saúde no Reino Unido introduziu uma abordagem analítica que pode ser replicada noutros casos.

A provisão de serviços através dos mercados é apenas outra maneira — supostamente mais eficiente — de prestar serviços públicos. Para serem lançados no mercado, primeiro têm de ser mercantilizados, e a mercantilização começa pela transformação em “produtos”, que depois dará lugar a uma transformação mais profunda, em diferentes produtos, com fins distintos.³⁵⁷

Para que este processo ocorra, defende Leyes, existem algumas condições prévias: padronização, criação de procura, persuasão da força de trabalho para aceitar as alterações, e transferência dos riscos.

Embora a padronização dos processos de trabalho seja condição prévia para o processo de mercantilização o resultado deste processo leva a ainda mais padronização, acompanhada por rotinização e intensificação do trabalho, precariedade, redução na proporção de trabalhadores cobertos por acordos coletivos e uma deterioração generalizada das condições de trabalho. Na maioria dos países, os trabalhadores do setor público sempre estiveram, ao longo da história, entre os mais protegidos, atingindo frequentemente níveis de proteção no emprego, regalias e condições de trabalho que serviam de modelo ou referência para os trabalhadores dos outros setores da economia. As perdas da força de trabalho do setor público podem, portanto, ter impacto para lá do âmbito das organizações em que eles estão, ou estiveram, diretamente empregados.

Leys e Stewart Player descrevem, no artigo de que são coautores, a sequência de acontecimentos resumida acima, numa análise da forma como os tratamentos correntes no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido foram abertos ao mercado privado, e podemos identificar cada uma destas condições prévias. Que a situação que descrevem não é exclusiva do Reino Unido fica cabalmente demonstrado por Nils Böhlke, cujo relato da privatização dos hospitais de Hamburgo não se limita a ilustrar um desenvolvimento muito semelhante na Alemanha, mas demonstra ainda como este contrato marca o início do processo de transformação de uma pequena empresa, que prestava serviços de saúde em zonas rurais (a Asklepios), numa empresa global, fornecendo serviços hospitalares em três continentes.

³⁵⁷ Leyes, 2001: 211-2

Referências bibliográficas e fontes

- Computer Weekly* (2008) “PA Consulting’s remorse over prison data loss”, 12 September. Retrieved on October 2, 2008 from http://www.computerweekly.com/blogs/tony_collins/2008/09/pa_statement-on-loss-of-prison.html.
- Daily Telegraph* (2008). “SATS firm ETS Europe has contract terminated after marking crisis”, August 15. Retrieved on October 2, 2008 from <http://www.telegraph.co.uk/education/2563092/Sats-firm-ETS-Europe-has-contract-terminated-after-marking-crisis.html>.
- Hochschild, A (1983) *The Managed Heart: The Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press.
- Huws, U. (2003) *The Making of a Cybertariat: virtual work in a real world*, New York: Monthly Review Press.
- Julius, D. (2008) *Public Services Industry Review*, London: Department for Business Enterprise and Regulatory Reform.
- Leys, C. (2001) *Market-driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*, London: Verso
- Silicon.com (2008) “OFT refers Capital BS deal to Competition Commission”, 21 November. Accessed on 21 November, 2008 from http://services.silicon.com/itoutsourcing/0_3800004871_39348161_00.htm.

CAPÍTULO 2:

A MERCANTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE:

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido e o Programa de Centros de Tratamento do Sector Independente (ISTC)

Stewart Player Colin Leys

2.1. Introdução

A tendência para converter serviços públicos, financiados e prestados pelo Estado, em serviços disponibilizados por empresas com fins lucrativos, embora pagos através de receitas fiscais (ou fundos da segurança social) é, nos dias de hoje, um fenómeno à escala mundial. Porém, a privatização de serviços de saúde é um processo particularmente pejado de dificuldades, e o caso do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*, NHS) britânico é exemplar. Aliás, tendo em conta a popularidade de que goza e a centralidade que ocupa no que resta do legado social-democrata do país, seria legítimo esperar que privatizá-lo fosse extremamente difícil; porém, sucessivos ministros da Saúde nos governos dos Novos Trabalhistas (*New Labour*) de Tony Blair e Gordon Brown não hesitaram em levar por diante, e de forma bastante entusiástica, a política de privatização, apesar do intenso mal-estar que gerou na opinião pública. A motivação — a crença de que os custos poderiam ser contidos graças à eficácia que supostamente nasceria da competição com prestadores privados — foi reforçada pelos laços, cada vez mais próximos, entre o governo, os funcionários públicos responsáveis por definir as políticas governamentais e a indústria privada da saúde. O caminho foi suavizado pela injeção simultânea de

um acréscimo no financiamento público, há muito em falta, no NHS; pela complexidade do sistema de saúde, que torna bastante difícil para o público compreender o alcance de cada mudança; pela hostilidade dos meios de comunicação, na sua esmagadora maioria de direita, para com o NHS; por divisões no seio da força de trabalho do próprio NHS; pela ingenuidade de alguns ministros e deputados; e pelo recurso ao sigilo, ao “segredo comercial” e ao *spin*.

Este artigo descreve o processo de privatização dos cuidados secundários de saúde nos anos que se seguiram à publicação, em 2000, do Plano para o NHS (*NHS Plan*), quando o impulso para transformar o NHS, até então um serviço público integrado, num mercado de cuidados de saúde acelerou ao máximo. Antes, apenas os serviços não clínicos, como a limpeza e a alimentação nos hospitais, tinham sido cedidos, em *outsourcing*, ao setor privado. Porém, a partir de 2000, o governo deu início à privatização também dos serviços clínicos. O modo como este processo — no fundo, o de transformar a própria prestação de cuidados de saúde numa mercadoria — foi inicialmente abordado é a questão principal deste texto. Como acontece geralmente quando os serviços públicos são privatizados, as falhas mais notórias nos serviços que existem são usadas como justificação — neste caso, longas listas de espera para cirurgias eletivas (i.e., planeadas), em condições incapacitantes mas em que não existe risco de vida, sobretudo substituições de rótulas e ancas e remoção de cataratas. A introdução de novos prestadores, oriundos do setor privado, disse-se, ajudaria a reduzir estas listas de espera. Na verdade, a introdução destes prestadores privados teve um impacto insignificante — e é se teve algum — nas listas de espera, que diminuíram, como seria de prever, graças ao aumento de financiamento para o NHS. De qualquer modo, o verdadeiro objetivo era, de facto, criar um nicho na prestação de cuidados de saúde que pudesse atrair os novos prestadores privados e estabelecer um precedente incontornável.

2.2. O programa ISTC

Já tinha havido incursões privadas na redução das listas de espera, quando da criação de centros de tratamento especializado dedicados a cirurgias eletivas: em 2002, o NHS dispunha já de 16 centros deste tipo e no início de 2007 eram 43. O restante investimento prometido no plano

estava, no entanto, votado à “exploração da capacidade de prestadores privados e voluntários para tratarem mais utentes do NHS”³⁵⁸. Instalações privadas construídas especificamente para o efeito, dedicadas exclusivamente a tratamentos eletivos e exames de diagnóstico, chamadas Centros de Tratamento do Setor Independente (*Independent Sector Treatment Centres*, ISTC), foram então acrescentadas aos serviços prestados pelo NHS. Uma primeira “leva” de 23 centros prestaria, “segundo as previsões, um total de 170 mil “episódios integrais de consulta” por ano, ao longo de cinco anos”, num valor aproximado de 1,6 bilhões de libras. Uma segunda leva, que teve início em março de 2005, iria levar a cabo 250 mil procedimentos e dois milhões de exames de diagnóstico por ano, mais uma vez ao longo de cinco anos, por mais 4 bilhões de libras³⁵⁹.

Em junho de 2003, foi criada uma Direção-Geral Comercial (*Commercial Directorate*) no Ministério da Educação (*Department of Health*) para “incluir prestadores do setor independente [i.e., privado] no NHS” e ser “o ponto fulcral em termos de assegurar uma melhor rentabilidade, assim como conseguir melhores níveis de eficiência para o ministério e o NHS, recorrendo às melhores práticas comerciais e a melhores relações comerciais”³⁶⁰. Foi este órgão que assumiu a responsabilidade pela adjudicação dos ISTC. Nove empresas privadas foram “incluídas” na primeira leva — uma mistura de conglomerados da saúde europeus e sul-africanos, como a Capio e a Netcare, e consórcios mais pequenos dos EUA e do Canadá, como o Partnership Health Group e a Interhealth. Prestadores relevantes do Reino Unido, como a BUPA, a Nuffield e o General Healthcare Group, foram excluídos desta primeira vaga. Os modelos de negócio ainda não estavam adaptados para prestar o número elevado de tratamentos padronizados do tipo pretendido, e precisavam de tempo para estruturá-los de forma a tirar partido desta nova forma de provisão financiada pelo NHS. A breve trecho, foram-lhes concedidos

³⁵⁸ Health Department, 2000.

³⁵⁹ A empresa de analistas privados de sistema de saúde Lang & Bisson estimou que, em 2006, 14,5% das receitas do setor médico e cirúrgico independente provinham de recursos do NHS. É um valor consideravelmente superior aos 10,5% de 2004, e tal deve-se, sobretudo, ao programa ISTC. Com a introdução da Rede de Escolha Alargada (*Extended Choice Network*, ECN) de prestadores privados — da qual os ISTC foram percursores, até porque foram concebidos, precisamente, para estimulá-la — (ver nota de rodapé 2), a Laing & Buisson estima que, no final de 2008, a percentagem de receitas do setor independente provenientes do NHS chegue aos 30%, e até “pode ser significativamente mais alta, se a agenda da Escolha arrancar em pleno” (Laing & Bisson, 2008).

³⁶⁰ Department of Health, 2006a.

contratos menores, relativos a serviços eletivos “suplementares”, e todos eles, juntamente com os conglomerados da primeira leva, receberam, mais tarde, os contratos muito mais chorudos que fizeram parte da Fase 2. Novos prestadores oriundos do próprio Reino Unido, como a Clinicante, que foram criados especificamente com o objetivo de competir neste novo “mercado” em crescimento, também foram incluídos.

2.3. Mercantilização

A agenda de privatizações no NHS foi contestada pelos sindicatos da área da saúde, embora esta oposição tivesse acabado por parecer cada vez mais superficial, coincidindo apenas com as conferências anuais, e sem respaldo em grandes ações concretas. Houve alguma resistência entre os médicos, mas a Associação Britânica de Médicos (*British Medical Association*) também não fez nada de muito significativo. E uma lacuna grave comum a todas as formas de resistência foi a incapacidade para abordar o contexto mais lato do que estava a acontecer ou os mecanismos de reforço mútuo adotados pelo governo para impor o programa de mercantilização. Isto foi particularmente óbvio nas tímidas reservas levantadas pela Comissão de Saúde da Câmara dos Comuns (*House of Commons Health Committee*), onde o partido do governo estava em maioria, quando emitiu o parecer sobre o programa ISTC em 2006 (*House of Commons Health Committee*, 2005-06). Para compreender a verdadeira dimensão do que se estava a passar seria necessário recorrer a outras fontes, de preferência com a ajuda de um modelo geral de mercantilização.

Escrevendo em 2000, um dos autores do presente artigo identificou quatro condições a cumprir para que a conversão de serviços públicos em mercados privados possa ocorrer³⁶¹. Em primeiro lugar, os serviços disponibilizados têm de poder ser divididos e reconfigurados em unidades padronizadas a que possa ser atribuído um preço e, posteriormente, vendidas; em segundo lugar, o público em geral deve ser persuadido a desejar estes serviços como mercadorias; em terceiro, a atual força de trabalho nos prestadores de serviços tem de ser redefinida e remotivada para transformar-se em força de trabalho assalariada que produz

³⁶¹ Leys, 2001: 84.

mais-valia para os accionistas, com a consequência adicional de os antigos formatos organizacionais e estruturas de incentivos se tornarem cada vez mais frágeis e menos eficazes; e, em quarto lugar, a alteração para a provisão orientada para o lucro envolve sempre um investimento substancial e riscos não negligenciáveis, que o capital privado, geralmente, exige que seja o Estado a assumir. Todos estes processos estão presentes, e de forma particularmente evidente, no programa ISTC.

2.4. Padronização

A mercantilização de um serviço público requer que esse serviço seja dividido e reconfigurado em unidades de produção separadas, cujos produtos possam ser gerados e acondicionados de um modo mais ou menos uniforme. A essência dos cuidados eletivos permite que os seus “episódios integrais de consulta” possam ser planeados com antecedência, tenham uma duração média estimada, e sejam, portanto, elegíveis para medidas de aumento de produtividade. Além do mais, o risco envolvido é relativamente baixo, e estes serviços podem ser agrupados em pacotes contratados a granel e oferecidos a prestadores privados em termos bastante atrativos. Aliás, o *British Medical Journal* descreveu os novos centros de tratamento como “decalcados dos centros de cirurgia de tipo linha de montagem a grande velocidade que foram criados nos Estados Unidos”³⁶² Esta reconfiguração de procedimentos foi essencial para alterar as formas “tradicionais” de prestação privada de cuidados de saúde, que, até então, ofereciam um número pequeno de tratamentos, com um custo elevado, a um nicho de mercado de utentes portadores de seguro e em busca de contornar as longas listas de espera associadas ao NHS.

Como a prestação alargada (tanto pelo NHS como pelos prestadores privados) iria cortar as listas de espera e, desse modo, reduzir o antigo incentivo para “ir para o privado”, seria expectável que as empresas quisessem compensar essa perda de mercado com a garantia de receber encomendas dos novos tratamentos de “linha de montagem”. Numa “Análise da Sustentabilidade do Mercado”, encomendada pela Direção-Geral Comercial, que inventariou os requisitos do novo mercado, previa-se que o número de tratamentos oferecidos ao setor privado na

³⁶² Timmins, 2005.

primeira leva dos contratos ISTC estimularia e sustentaria a “transformação do seu modelo de negócios”, mas, para construir um “mercado sustentável”, que permitisse às empresas “aceder a capital a um custo razoável e corresponder às expectativas dos investidores”, o mercado teria de crescer a um ritmo de “pelo menos 450 mil procedimentos adicionais por ano”³⁶³. A segunda fase do programa ISTC foi uma resposta a este conselho, reforçada com a contratação simultânea de dois milhões de procedimentos de diagnóstico adicionais. Por outras palavras, para além da conversão deste segmento da prestação de cuidados de saúde em pacotes de tratamentos padronizados a que podia ser atribuído um custo e preço nos contratos, também teriam de existir garantias quanto aos níveis de procura. Os prestadores de cuidados de saúde “históricos” no Reino Unido, que tinham sido, deliberadamente, deixados de fora da primeira ronda de contratos ISTC, foram lesto a responder. Em junho de 2004, por exemplo, a BUPA investiu 100 milhões de libras num plano de modernização dos hospitais que lhes restavam, para “uniformizar procedimentos empresariais e clínicos, tentando baixar os preços para os utentes... de forma a celebrar contratos no âmbito dos ISTC”³⁶⁴.

2.5. Gerar a procura de cuidados de saúde mercantilizados

Mudar a percepção pública dos cuidados de saúde de modo a coaduná-la com as exigências dos mercados tornou-se mais fácil com a introdução do conceito de “escolha”. Foi uma maneira de responder às expectativas, cada vez maiores, dos utentes em relação à prestação de cuidados de saúde, que, juntamente com novas formas de tecnologia médica e as necessidades de uma população envelhecida, levaram os ministros da Saúde a optar por mecanismos de mercado como meio de conter custos – invariavelmente descritos como “galopantes”. Parte-se do princípio de que os utentes são hoje mais críticos e informados, e por missão menos dispostos a contentar-se com o que o setor público tem para oferecer. Para satisfazer estas novas expectativas, argumenta-se, os utentes devem ter a opção de escolher entre uma gama de diferentes tipos de prestação, com base na qualidade dos cuidados disponibilizados. As evidências de estudo atrás de estudo sobre cuidados de saúde (ou, por exemplo, os bombeiros)

³⁶³ Department of Health, 2005.

³⁶⁴ Laing & Buisson, 2006-07.

indicam que o que o público deseja é uma fonte única, eficaz e de acesso local de provisão, em vez de ter de escolher entre menus de hospitais e brigadas anti-incêndio, mas têm sido consistentemente ignoradas. Em consonância com a ortodoxia dominante, o Ministério da Saúde afirmou, na Comissão da Câmara dos Comuns, que “o programa ISTC desempenhará um papel importante na implementação da escolha dos utentes”, acrescentando que essa escolha seria alargada de forma a incluir uma gama ainda mais vasta de prestadores (sobretudo com fins lucrativos) – A Rede de Escolhas Alargada (ECN), já mencionada acima³⁶⁵.

Não obstante, no programa ISTC, a escolha foi, na prática, negada a vários níveis. Sobretudo, a qualidade dos cuidados prestados pelas empresas do ISTC foi sendo sistematicamente escondida do escrutínio público, de modo que nem os utentes nem os médicos de família³⁶⁶(GP) podiam avaliar os desempenhos relativos dos prestadores públicos e privados. O Centro Nacional para o Desenvolvimento dos Resultados na Saúde (*National Centre for Health Outcomes Development*, NCHOD), responsável por avaliar o desempenho da primeira leva de ISTC, revelou que a qualidade da informação fornecida pelos ISTC era tão variável e de uma qualidade tão baixa que qualquer comparação entre esquemas ou parâmetros externos seria “fútil”. Mas assinalou que apenas um dos 26 “principais indicadores de desempenho” que os ISTC tinham o dever legal de declarar podia ser considerado um “verdadeiro indicador de resultado

³⁶⁵ O conceito de “escolha” alargada foi usado pelo Ministério da Saúde para justificar um elemento novo, e indefinidamente expansível, que foi discretamente acrescentado ao programa ISTC — a Rede de Escolha Alargada de prestadores independentes. A gama de serviços disponibilizada representa um aumento significativo em relação aos contidos nos ISTC. Referida pela primeira vez por Patrícia Hewitt no seu discurso inaugural enquanto Secretária de Estado da Saúde, em maio de 2005, em que apresentou o plano para um aumento “massivo” nas adjudicações ao setor privado no NHS, a ECN arrancou oficialmente em maio de 2006; e, em agosto desse ano, o Ministério da Saúde “assinou um acordo, no valor de 200 milhões de libras, com catorze prestadores de cuidados de saúde independentes, para efetuar 150 mil procedimentos por ano, numa base ad hoc”. Funcionando, ostensivamente, sem oferecer um mínimo de garantias, cedo se tornou claro, como avisou o *Times*, que, para a ECN, o Ministério da Saúde tinha “optado por aquisições a granel centralizadas, para dar ao NHS condições mais vantajosas” (Webster, 2006). Por outras palavras, foi preciso oferecer volumes de trabalho mais ou menos garantidos para as empresas estarem dispostas a disponibilizar tratamentos a preços iguais ou equivalentes à taxa moderadora no NHS — a tarifa paga nos hospitais do NHS.

³⁶⁶ No serviço nacional de saúde britânico, os utentes ficam registados num médico de família (*General Practitioner*, GP) local, que serve de principal ponto de contacto com todos os serviços, incluindo as referências para consultas de especialidade nos hospitais. Os GP estão localizados ao nível dos Consórcios de Cuidados Primários (*Primary Care Trusts*, PCT) (ver nota 4).

clínico”, e que, mesmo assim, para esse indicador, “não tinham sido recolhidos ou fornecidos quaisquer dados”³⁶⁷. Em todos os conjuntos de dados entregues pelas empresas ISTC, este indicador estava assinalado como “não se aplica”. A situação não tinha conhecido grandes melhoras dezoito meses mais tarde, quando a Comissão de Cuidados de Saúde (*Healthcare Commission*) publicou a sua avaliação dos ISTC, e se viu, igualmente, na obrigação de informar que “a qualidade dos dados submetidos também era, até há pouco tempo, demasiado baixa para efetuar qualquer análise relevante”³⁶⁸. Nestas circunstâncias, torna-se difícil acreditar que tamanha incapacidade do Ministério da Saúde para assegurar a disponibilização de resultados comparáveis não passe de um lapso inocente.

A possibilidade de escolha foi também negada ao nível do planeamento dos ISTC. Em setembro de 2013, o então ministro da Saúde, John Reid, afirmou que “vamos descentralizar o controlo e o poder para as comissões locais... vamos dar às pessoas, localmente, a hipótese de controlarem os seus prestadores de saúde” (Reid, 2003). Mas, no que diz respeito aos ISTC, tal não aconteceu, evidentemente. As Autoridades Estratégicas de Saúde (*Strategic Health Authorities*, SHA)³⁶⁹ regionais e os Consórcios de Cuidados Primários (*Primary Care Trusts*, PCT) não tiveram tempo para identificar áreas em que fosse necessária capacidade de escolha adicional. Os PCT tinham sido criados há pouco tempo, e não dispunham nem dos recursos nem do conhecimento para levar a cabo aquilo que o Ministério da Saúde definiu como o “primeiro processo de planeamento sistemático da capacidade de todo o NHS” — i.e., a avaliação de quantos ISTC seriam precisos³⁷⁰. No princípio de maio de 2002, as SHA e os PCT requereram a clarificação do que lhes estava a ser exigido. Apenas quatro dias depois, o ministério insistia que deviam identificar “um número significativo de locais na vossa área onde instalar

³⁶⁷ NCHOD, 2005.

³⁶⁸ Healthcare Commission, 2007.

³⁶⁹ Os Consórcios de Cuidados Primários são responsáveis por gastar 80% do orçamento do NHS em Inglaterra (na Escócia e no País de Gales, estão organizados de maneira diferente), em adjudicações relativas não apenas a cuidados primários, mas também secundários (hospitais), cobrindo, em média, populações de 330 mil pessoas. Criados em 2002, mas reformados e reduzidos em quantidade em 2006, os 152 PCT em funções estão atualmente sob a égide das Autoridades Estratégicas de Saúde (SHA), que funcionam como o braço regional do Ministério da Saúde. Supervisionam (“gestão de desempenho”) o trabalho dos PCT, para tentar garantir que as políticas nacionais são implementadas em todos os hospitais, consórcios de saúde mental, serviços de ambulatório, etc.

³⁷⁰ Health Department, 2007.

equipas clínicas internacionais, para suplementar consideravelmente a capacidade”. Os primeiros locais de instalação teriam de ser identificados até ao final do mês (ibidem). A realidade era simples: as negociações entre o ministério e as empresas privadas que iriam fornecer os ISTS estavam bastante avançadas, e a escolha determinada localmente não passava de uma ilusão — em muitos casos, os ISTC impostos centralmente nem sequer correspondiam a qualquer necessidade local. Os contratos que, na prática, os PCT foram obrigados a assinar, garantiam, porém, pagamentos às empresas ISTC pelo número de tratamentos especificados no contrato, independentemente de serem efetuados ou não — gerando, deste modo, um forte incentivo financeiro para que os PCT garantissem que os utentes escolhiam ser tratados nos ISTC, em vez de nos prestadores do NHS. Se os utentes optassem pelos prestadores do NHS, os PCT acabariam por pagar a dobrar pelo procedimento³⁷¹. Em consequência, alguns serviços do NHS foram obrigados a fechar, porque os utentes foram desviados para os novos prestadores privados.

2.6. Transferir a força de trabalho do NHS para o sector privado

Embora se tenham acrescentado outras justificações, a argumentação primeira, e primordial, para a primeira vaga de contratos ISTC foi a de que aumentariam “a capacidade atual do NHS em termos de capacidade clínica e humana” e seriam “um genuíno acréscimo ao que já existia nas Instâncias dos Serviços de Saúde (*Health Service Bodies*)”³⁷². Ora, o recrutamento de pessoal do NHS pelos ISTC acabaria por “deitar por terra o objetivo do programa de ISTC em termos globais” (ibidem) (i.e., reduzir as listas de espera). Por isso, os primeiros ISTC foram expressamente proibidos de contratar qualquer profissional de saúde que tivesse trabalhado para o NHS nos seis meses anteriores. Esta cláusula ficou conhecida pela “regra da adicionalidade”.

³⁷¹ Alguns PCT chegaram a oferecer aos médicos de família recompensas financeiras por cada utente referenciado para um ISTC. Os PCT de Tameside and Glossop, no Noroeste de Inglaterra, por exemplo, ofereceram aos médicos de família 130 euros por paciente referenciado para um ISTC (o Centro Cirúrgico da Grande Manchester, da Netcare), o que dá para ter uma ideia do rombo financeiro para os PCT envolvidos se as vagas pré-pagas aos ISTC não fossem preenchidas.

³⁷² Department of Health, 2006b.

Os médicos estrangeiros desempenharam um papel significativo no funcionamento inicial dos ISTC, com consequências problemáticas para a qualidade dos cuidados prestados, mas foram admitidas, desde o início, exceções à regra da adicionalidade, e os trabalhadores do NHS foram progressivamente transferidos para os novos prestadores privados. Um dos tipos de exceção foi o destacamento local de trabalhadores do NHS para os ISTC, autorizado pelo Ministério da Saúde nestes termos: os ISCT “estão a dar resposta a atividades transferidas a pedido do NHS local, para libertar capacidade nas suas instalações para outras atividades clínicas. Nestes casos, os trabalhadores que integram os quadros do NHS podem trabalhar nas unidades, numa base de destacamento estrutural, para prevenir a diluição de pessoal e recursos do NHS”³⁷³. Esta política de “destacamentos estruturais” foi sendo ostensivamente ajustada, de acordo com as solicitações locais, e, em janeiro de 2005, a sua implementação passou a ser coordenada ao nível nacional. Em média, 25% do pessoal dos ISTC da primeira vaga foi retirado ao NHS. Mais ainda, muito do trabalho agora nas mãos dos ISTC não era de facto adicional, mas a simples transferência dos prestadores do NHS. Embora o Ministério da Saúde insistisse que estas cedências de pessoal não enfraqueciam a prestação do NHS, a realidade era que 25% do trabalho na primeira vaga dos ISTC não era adicional; era trabalho que teria sido efetuado nos consórcios do NHS pelos seus profissionais, mas foi oferecido aos ISTC para ser feito pelos mesmos profissionais.

A análise da magnitude das atividades realmente executadas sob a égide da primeira vaga de ISTC torna ainda mais óbvio o alcance da flexibilização da regra da adicionalidade. Embora os ISTC da primeira vaga tenham sido contratados para levar a cabo 170 mil procedimentos eletivos por ano, em abril de 2007, corridos quase quatro anos de implementação do programa, tinha sido feito apenas um total acumulado de 128 mil. Mesmo tendo em conta que nem todos os ISTC começaram a funcionar ao mesmo tempo, estamos perante um buraco impressionante. Se já fora, comprovadamente, complicado recrutar pessoal exterior ao NHS em número suficiente para levar a cabo apenas uma fração dos procedimentos contratados na primeira leva de ISTC, onde se iria arranjar o pessoal para fazer face aos 400 mil procedimentos contratados anualmente na Fase 2, mais os dois milhões de exames de diagnóstico?

³⁷³ Department of Health, 2005a.

A solução viria, essencialmente, sob a forma de abandono da regra da adicionalidade. Os ISTC da Fase 2 foram autorizados a empregar qualquer funcionário do NHS que não pertencesse às “profissões em que existe carência”, e, mesmo assim, podiam contratar profissionais dessas categorias, desde que fosse “fora do horário de trabalho”. Em agosto de 2007, a lista de profissões em que existe carência foi corrigida, no seguimento de uma análise relativa a dados sobre a força de trabalho do NHS; a partir de então, praticamente todas as categorias de especialistas passaram a poder ser contratadas pelos ISTC. Além do mais, a expectativa geral era de que esta flexibilização — ou, para usar um termo mais exato, abandono — da regra da “adicionalidade” fosse alargada de modo a aplicar-se também aos ISTC da primeira leva. Por outras palavras, o cumprimento das obrigações contratuais do programa de ISTC só seria possível mediante uma enorme transferência de pessoal do NHS e a retirada de ainda mais atividades do âmbito do NHS. De outro modo, a prestação de cuidados de saúde pelo setor privado, financiada pelo NHS, não teria sido possível a uma escala significativa.

2.7. Obter o consentimento da força de trabalho

Uma coisa era autorizar a transferência de pessoal do NHS para o setor privado, a uma escala cada vez maior; outra era convencê-los a alinhar nisso. Uma das medidas de encorajamento introduzidas foi a promoção de condições de trabalho baseadas nos mercados no próprio NHS, fazendo que as do setor privado fossem consideradas “normais” — algo inédito desde a fundação do NHS, em 1948. Uma modalidade interessante desta medida foi adoptada pelos centros de tratamento do NHS que antecederam os ISTC, por iniciativa da NHS Elect. A NHS Elect começou por ser uma associação englobando apenas alguns centros de tratamento, mas tornou-se rapidamente numa empresa privada, financiada pelo Ministério da Saúde com contribuições dos centros de tratamento que faziam parte — passado pouco tempo, a maior parte dos centros do NHS. Os mecanismos aplicados pela NHS Elect passaram, por exemplo, pela introdução de formas de organização do setor privado (escritórios de médicos, e parecerias e *joint ventures* com prestadores privados) e a disseminação extensiva dessas formas nos centros de tratamento do NHS. Incluíram ainda fazer contratos com empresas privadas

para efetuar os tratamentos nos centros do NHS, e, em alguns casos, facilitar a transferência de centros do NHS para empresas privadas.

Outro mecanismo promovido pela NHS Elect para mudar a atitude da força de trabalho, com o apoio do governo, foi a implementação de contratos de “serviço livre” (*Fee-For Service*, FFS), um modelo do setor privado em que os clínicos recebem uma comissão por cada procedimento efetuado, em vez de um salário. Neste contexto, a comissão aparecia como um bônus, em vez de um substituto do salário. O *Guardian* noticiou que o esquema “podia resultar em equipas clínicas a dividir bônus de 250 libras por sessão, se tratassem um volume de pacientes acima de um ponto de referência, enquanto os especialistas de enfermagem poderiam levar para casa 400 libras por mês para lá do salário, por excederem um número estabelecido de casos, à medida que uma série de esquemas-piloto são estabelecidos em 32 Consórcios do NHS”³⁷⁴. Em julho de 2004, foram anunciados os esquemas-piloto, envolvendo 400 médicos e outros profissionais de saúde, com uma meta de 8000 operações extra e 6000 consultas de ambulatório a serem levadas a cabo para ganhar os bônus. Em dezembro de 2004, o governo encomendou à empresa privada Serco uma avaliação dos esquemas-piloto. O relatório da Serco apelava a uma “ponderação cuidadosa” do mecanismo de pagamento, indicando que faltava objetividade a modelo de avaliação aplicado, e que os exemplos internacionais de serviço livre recomendavam “uma grande precaução”³⁷⁵. Não obstante, menos de dois meses depois, o pagamento em serviço livre foi “estendido” a todo o país. O ministro da Saúde, John Hutton, declarou que “a avaliação inicial dos esquemas-piloto demonstra que os novos modos de trabalho tiveram um impacto significativo na redução das listas de espera”³⁷⁶. Resta saber se este mecanismo vai ou não deixar os cirurgiões, e outros profissionais, mais dispostos a contemplar a hipótese de trabalhar para empresas privadas.

2.8. Desestabilizar a força de trabalho dos chefes de serviço

Em última instância, diminuir a resistência dos trabalhadores à transferência para o setor privado tinha, provavelmente, menos a ver com torná-lo mais atrativo do que com enfraquecer a identificação dos

³⁷⁴ Shifrin, 2004.

³⁷⁵ Serco Health, 2004.

³⁷⁶ Timmins, 2007.

trabalhadores com o NHS. Uma vez que o objetivo do governo era aumentar, sem qualquer limite, a quota de serviços clínicos prestados por privados dentro do próprio NHS, e o primeiro passo já fora dado, com o ISTC, os chefes de serviço hospitalar — especialistas seniores nos hospitais — passaram a ser cruciais. O novo contrato dos chefes de serviço, negociado em 2002-03, recompensava, supostamente, o empenho no NHS, mas as suas cláusulas também implicavam um controlo de gestão mais apertado — isto é, diminuía a autonomia clínica, no contexto de uma cultura com base em objetivos. A oposição demonstrada pelos chefes de serviço a estas alterações coincidiu com o aumento de oportunidades no setor privado. Se atentarmos, também, no modo inflexível e tirânico com que as negociações foram conduzidas pelo governo, um dos objetivos tácitos parecia ser gerar em muitos destes médicos a vontade de trabalhar em “escritórios” (ou seja, com base no modelo dos advogados, que se associam em grupos para vender os seus serviços, tanto ao setor público como ao privado, nos melhores termos que conseguirem negociar). Numa altura em que as negociações tinham chegado a um impasse, um artigo assinado pela Dra. Penny Dash (antiga chefe de Estratégia e Planeamento no Ministério da Saúde, onde desempenhou um papel determinante na introdução da cultura do trabalho por objetivos e aumento da produtividade na prática clínica do NHS), publicado no *Guardian*, especulava que uma maneira possível para escapar ao “cerco sufocante” do NHS seria grupos de cirurgias formarem “empresas privadas de prestação de cirurgias, que teriam mais facilidade em investir capital em equipamento novo, explorar todo o potencial das novas tecnologias e desenvolver modelos inovadores de trabalho”, libertos da “burocracia sufocante” de um NHS cada vez mais “monolítico”.

Porém, o incentivo decisivo para a transferência de pessoal do NHS para o setor privado seria, sem qualquer sombra de dúvida, a ausência de alternativa. Um relatório sobre o planeamento da força de trabalho, a que o *Financial Times* teve acesso em janeiro de 2007, dizia que o NHS estava “pronto para descartar mais de 36 mil postos de trabalho já este ano, antes de enfrentar alterações “muito voláteis” na sua força de trabalho, que podem deixá-lo a mãos com milhares de chefes de serviço hospitalar que não pode sustentar”. Cerca de 3000 chefes de serviço iriam também perder o pessoal de apoio. A alternativa seria, evidentemente, trabalhar para as empresas privadas que começam a assumir uma proporção cada vez maior do trabalho do NHS. O relatório propunha ainda

medidas radicais para o NHS, como “pagamentos regionais, um acordo salarial a três anos, que começaria com aumentos abaixo da inflação e a criação de uma categoria de subchefe, o doutor especialista, para contribuir para os “ganhos substantivos de eficiência” necessários, uma vez que a taxa de crescimento do financiamento no NHS começa a abrandar no ano que vem”³⁷⁷. De facto, as vantagens distintivas de trabalhar no NHS seriam progressivamente anuladas, e, para um número cada vez maior de trabalhadores, o emprego no setor privado passaria a ser a única opção.

2.9. Risco

O governo estava disposto a pagar preços inflacionados às empresas ISTC. Uma análise levada a cabo pelo Ministério da Saúde sugeriu que estavam a ser pagas, em média, 11,2% acima do seu suposto “equivalente no NHS” — já por si um valor acima do valor que os prestadores do NHS recebiam pelos mesmos procedimentos. Mas, ao contrário da famosa Iniciativa da Finança Privada (*Private Finance Initiative*), à luz da qual os prestadores privados da infraestrutura do NHS foram pagos a preços inflacionados, o governo não justificou este facto em termos de transferência de risco. O que não surpreende ninguém, uma vez que no programa ISTC a transferência de riscos ocorreu, na sua totalidade, na direção oposta.

O principal risco mantido nas mãos do Estado, em alguns dos casos iniciais, foi o “risco de procura” — o risco de que não existisse procura suficiente para os serviços prestados pelos privados. As empresas do ISTC recebiam o valor equivalente ao total de procedimentos contratados ao ano, indiferentemente de serem efetuados ou não. O governo considerou esta opção necessária “para beneficiar dos planos de preços competitivos que os prestadores ficavam em condições de oferecer”³⁷⁸ — i.e., os prestadores ISTC ofereceriam preços mais baixos por procedimento se não tivessem de suportar o risco de não conseguirem captar o número convencionado de utentes. Como já foi mencionado, isto também significava que, se os utentes se dirigissem aos prestadores do NHS ou PCT, os Consórcios do NHS acabariam por pagar a mesma operação a dobrar, o que levou a que fosse exercida uma forte

³⁷⁷ Health Department, 2006b.

³⁷⁸ Newman, 2006a.

pressão sobre os médicos de família para referenciar os pacientes para ISCT na sua área. A existência de níveis garantidos de rendimento para os prestadores ISTC implicava igualmente o desvio dos fundos de que os prestadores do NHS, em sérios apuros financeiros, tanto precisavam. Por exemplo, foi inaugurado um Centro de Tratamento do NHS em Cannock Chase (em Mid-Staffordshire, nas Midlands) em 2003, para responder a listas de espera oftalmológicas e ortopédicas. “Depois”, segundo um artigo na *Hospital Doctor*, “abriram um ISTC a 40 quilómetros, no Queen’s Hospital, em Burton”. Um porta-voz do Consórcio de Mid-Staffordshire afirmou que o centro do NHS está atualmente a funcionar a 60% da capacidade em ortopedia, e 40% em oftalmologia. “Trabalho que deveria vir para Cannock acabou por ir para Burton”³⁷⁹, explicou.

O segundo grande risco assumido pelo Estado foi o risco clínico – o risco de erros cirúrgicos, de causar danos ou até a morte aos pacientes, dando origem a dispendiosos processos judiciais por negligência ou erro médico³⁸⁰. Os planos comerciais dos primeiros ISTC eram vagos quanto a qual das partes – o NHS ou o setor privado – assumiria os riscos clínicos. Mas a qualidade do trabalho clínico que estava a ser executado em alguns ISTC não tardou a fazer soar os alarmes. Como já vimos, o governo não assegurou a existência de dados rigorosos para avaliar a qualidade dos cuidados prestados nos ISTC, mas, como alertou a Comissão de Saúde na Câmara dos Comuns, “um número considerável de testemunhas, incluindo utentes e associações profissionais, criticaram a qualidade dos cuidados prestados pelos ISTC”³⁸¹. Muitos destes casos diziam respeito a cirurgões formados no estrangeiro, pouco habituados aos procedimentos e técnicas cirúrgicas do NHS e à elevada taxa de rotatividade, que afetava a continuidade dos tratamentos. Evidências apresentadas no Comité Especial da Associação Ortopédica Britânica (*British Orthopaedic Association*), por exemplo, sugeriram que as taxas de revisão (correção de operações insatisfatórias) nos ISTC eram de 2,3%, comparadas com 0,7% no NHS. Os riscos clínicos estavam, nitidamente, a tornar-se demasiado elevados para não haver clareza quanto a quem os assumiria.

³⁷⁹ Newman, 2006a.

³⁸⁰ Timmins, 2005.

³⁸¹ House of Commons Health Committee, 2005-6.

Assim sendo, em julho de 2004 o Ministério da Saúde decidiu atribuir os riscos clínicos ao setor público, ao incluir todos os ISTC no Esquema de Negligência Clínica para os Consórcios do NHS (*Clinical Negligence Scheme for Trusts*, CNST), um esquema de mutualização dos riscos que ressarcia todos os membros por “indenizações e pagamentos extrajudiciais que sejam devidos a utentes do NHS no caso de negligência em cuidados ou tratamentos médicos”. Além disso, não seria exigido aos prestadores privados que contribuíssem financeiramente para o esquema, embora “o prestador possa ser chamado a contribuir (...) *se o seu historial de queixas for superior à média do NHS em patologias de severidade médica comparável*” (destaque nosso). A Autoridade de Litígio (*Litigation Authority*) do NHS garante que não estão envolvidos subsídios públicos, mas a realidade é que os prestadores privados recebem uma cobertura de responsabilidade por negligência médica ao abrigo de fundos públicos, aos quais as PCT e os consórcios hospitalares terão de fazer pagamentos adicionais, em nome dessas empresas. As empresas até podem ser obrigadas a contribuir – mas talvez não sejam, mesmo que tenham um historial de queixas superior à média.

Um risco que foi categoricamente atribuído ao setor privado foi o dos recursos humanos. A matriz de atribuição de riscos dos ISTC de Lincolnshire Leste, por exemplo, dizia que setor privado assumia o risco de “recursos humanos insuficientes, devido a dificuldade de recrutamento ou registo”³⁸². Mas, como já vimos, este risco ficou reduzido a quase nada devido às adjudicações do NHS e ao subsequente abandono generalizado do princípio da “adicionalidade”.

O Estado assumiu ainda o risco de o contrato com um ISTC específico não ser renovado; nesse caso, o governo pagaria o “valor residual” do investimento físico³⁸³. O valor total deste risco assumido pelo Estado foi de 187 milhões de libras. O público ficou a pagar até o risco de um dia decidir que, afinal, a privatização do NHS não fora grande ideia, e era altura de pôr-lhe fim.

Ao fim e ao cabo, é difícil identificar algum risco significativo que tenha ficado para o setor privado.

³⁸² East Lincolnshire NHS Primary Care Trust, 2004.

³⁸³ Gainsbury, 2008.

2.10. Os ISTC e o sector independente

Os factos que descrevemos até agora bastam, esperamos, para que fique suficientemente claro como a privatização dos cuidados clínicos foi iniciada no Reino Unido e como as várias exigências e obstáculos levantados por e a este processo foram geridos e ultrapassados. Falta dizer alguma coisa sobre as empresas envolvidas e o setor supostamente “independente” a que pertencem. O programa de ISTC continua em vigor, mas não estão previstas novas fases. Em alternativa, o governo concentra-se agora na mercantilização dos cuidados primários e na transferência dos cuidados crónicos dos hospitais para “policlínicas”, que conjugarão esse trabalho com os cuidados primários dos médicos de família. Mais uma vez, é muito provável, em muitos casos, que essas policlínicas sejam detidas e geridas por empresas privadas. E, mais uma vez, não foram apresentadas quaisquer evidências quanto à suposta superioridade deste modelo de prestação de cuidados em relação ao modelo atual. E, mais uma vez ainda, a medida está a ser implementada após um breve período de consulta pública, em que foi recebida com grande e justificado ceticismo.

Não temos aqui espaço para descrever esta segunda fase da privatização dos cuidados clínicos do NHS, mas exige-se, pelo menos, um comentário acerca de um paralelo específico entre o modo como foi promovido e a maneira como o programa de ISTC foi apresentado. Em ambos os casos, o setor privado é representado como um ator benevolente, que pode vir em auxílio de um serviço público defeituoso e incompetente (se lhe pedirem com jeitinho...). Para além da falta de evidências de que este envolvimento seja de facto benéfico, o que nunca é mencionado é o facto de o chamado setor independente ser tudo menos uma tia boazinha que vai e vem consoante precisamos dela ou não. Na realidade, consiste num conjunto ativo e potencialmente poderoso de corporações globais com uma agenda clara: infiltrarem-se o mais que conseguirem na prestação de cuidados de saúde financiados pelo Estado (ou pela segurança social) e outros serviços públicos. Cada incursão da indústria privada na prestação de cuidados de saúde representa um aumento importante do seu poder de mercado — por prestar um serviço local imprescindível — e político, ao conquistar um lugar rotineiro na “comunidade política”, e, concomitantemente, no Estado.

É portanto importante ter em consideração de que tipo de setor privado estamos a falar.

Um dos principais beneficiados com a primeira leva do programa ISTC foi a companhia sul-africana Netcare, que conseguiu nove contratos para prestar serviços de oftalmologia, para além de um contrato milionário na Grande Manchester, com um total de receitas esperadas de aproximadamente 123 milhões de libras. O número total de procedimentos contratualizados foi de 89 mil episódios integrais de consulta. Na segunda fase do programa, a empresa conseguiu mais dois contratos, somando um total de 204 mil procedimentos.

A Netcare foi fundada na África do Sul em junho de 1996, e na altura detinha apenas seis hospitais. Mas ao fim de apenas uma década tinha crescido ao ponto de ser o principal prestador de cuidados de saúde na África do Sul. Em 2008, a sua carteira de investimentos na África do Sul incluía já 71 hospitais, para além de oferecer uma vasta gama de outros serviços no campo da saúde, desde o diagnóstico aos cuidados primários. Em 2005, a Netcare UK explorava novas oportunidades de expansão em Espanha e no Canadá. O seu diretor executivo, Richard Friedland, afirmava que “parte da nossa estratégia de procurar fazer aquisições pelo mundo fora passa por querermos desenvolver a nossa atividade em países onde temos relações fortes com o governo, que até pode ser o principal prestador, mas sem que [como o Reino Unido] exista aversão em relação à compra de cuidados de saúde”. Mas, em 2006, a Netcare optou por dedicar-se quase inteiramente às operações no Reino Unido, obtendo uma participação de controlo no General Healthcare Group (GHG), um dos maiores prestadores de cuidados de saúde privados, por 2,2 biliões de libras — a maior aquisição global na área da saúde em dez anos e a maior de sempre na Europa. Em julho de 2006, o governo concedeu a uma *joint venture* entre a Netcare-GHG e a InHealth, um dos líderes britânicos na prestação de serviços de diagnóstico e radiografia, o maior contrato para exames de diagnóstico em Londres e no Sudeste de Inglaterra, abrangendo 480 mil procedimentos por ano. Entretanto, o hospital privado BMI, da Netcare, é um dos principais prestadores da lista da Rede de Escolha Alargada, já referida.

A disponibilidade do governo para facilitar esta expansão tremenda do poder de mercado da Netcare só é ultrapassada pelo tratamento especial que deu à UnitedHealth Uk, uma subsidiária recente da maior

operadora de saúde (Health Maintenance Organisation, HMO)³⁸⁴ nos EUA. A UnitedHealth UK não entrou no programa ISTC, mas é um parceiro de peso nas políticas de privatização por via das policlínicas e adjudicações que se seguiram e um agente crucial na determinação dessas mesmas políticas. O principal conselheiro do primeiro-ministro Tony Blair para as políticas de saúde, Simon Stevens, deixou o executivo para assumir o cargo de chefe executivo da UnitedHealth UK, e em 2007, o vice-presidente executivo da empresa-mãe americana, Channing Wheeler, foi nomeado director-geral comercial do Ministério da Saúde. Wheeler esteve apenas um ano no cargo, mas durante esse período supervisionou mais uma reviravolta crucial no programa de privatizações, tornando obrigatório, a partir de então, que todas as aquisições e adjudicações do NHS ficassem sujeitas às regras de adjudicação e competição europeias (excluindo qualquer tipo de tratamento preferencial à provisão pública) e instituindo um painel de competição com membros oriundos do setor privado para implementar estes requisitos. Durante o seu mandato, ficou ainda estabelecido que a aquisição de cuidados de saúde pelos Consórcios de Cuidados Primários seria, também ela, progressivamente alvo de externalização a empresas privadas, constantes de uma lista com as catorze maiores seguradoras, prestadores e empresas globais de consultoria (oito das quais oriundas dos EUA, incluindo a UnitedHealth), todas selecionadas pelo director-geral. A prestação do NHS será, portanto, cada vez mais avaliada e redefinida pelo setor privado, com a previsível expansão da parcela atribuída a prestadores desse setor.

A razão oficial para o mandato de Wheeler enquanto diretor comercial ter sido interrompido foi permitir-lhe passar mais tempo com a família; mas ficámos todos com a ideia de que também iria passar mais tempo com os advogados, uma vez que estava a ser investigado pela Comissão de Valores Mobiliários dos EUA pela prática ilegal de pré-datar opções sobre ações — atividade que já levava à demissão do CEO da UnitedHealth, William McGuire, que, pelos vistos, não se contentava com o seu salário de 124,9 milhões de dólares por ano. McGuire

³⁸⁴ Nos EUA, as Operadoras de Saúde (*Health Maintenance Organisation*, HMO) combinam a prestação de serviços de seguro de saúde, pago pelos empregadores ou pelos próprios beneficiários, com o controlo da prestação de cuidados de saúde, como meio para controlar os custos. Podem empregar médicos diretamente, e, por vezes, até possuir hospitais; mas o mais comum é fazerem contratos com médicos e hospitais para que disponibilizem serviços a preços fixos, ou exigir aos médicos que lhes peçam autorização para prestar serviços mais dispendiosos. A maior parte das HMO são empresas com fins lucrativos.

foi obrigado a pagar 600 milhões de dólares em indenizações, uma sanção que, segundo a CVM, refletia “a magnitude e amplitude da má conduta do Dr. McGuire”³⁸⁵. Em junho de 2008, a empresa tornou público que chegara a um acordo para pagar 124,8 milhões de dólares no âmbito de duas ações judiciais coletivas relacionadas com a pré-datação das ações, reviu as previsões de lucro em baixa pela segunda vez nesse ano e anunciou que a eliminação de quatro mil postos de trabalho, procurando, desse modo, sossegar os accionistas, à custa dos trabalhadores. Comportamentos fraudulentos por parte da UnitedHealth não eram, porém, novidade; em julho de 2002, o Departamento de Seguros do Estado de Nova Iorque multara a empresa em 1,5 milhões de dólares por “enganar os utentes”, mas, pelos vistos, o efeito dissuasivo não foi suficiente. Em fevereiro de 2008, Andrew Cuomo, o procurador geral do Estado de Nova Iorque, anunciou que ia processar a empresa por, alegadamente, ter defraudado os consumidores ao manipular, sistematicamente, as taxas de reembolso³⁸⁶.

A relevância desta história não se prende apenas com o facto de uma empresa no cerne do programa de privatizações do governo do Reino Unido ter um longo historial de práticas irregulares. O problema é que essas práticas irregulares são endémicas à prestação privada de cuidados de saúde pagos com financiamento público. A lista de operadoras de saúde dos EUA condenadas por fraude é extensa e inclui mais do que uma das catorze empresas, para além da UnitedHealth, que estão, neste momento, no centro dos processos de decisão política e de aquisições do NHS.

Conclusão

A justificação de partida para o processo de privatização descrito neste artigo foi acrescentar capacidade cirúrgica eletiva ao NHS – falhou manifestamente este propósito. Mas acrescentar capacidade foi, na verdade, uma justificação, muito conveniente, para dar o difícil primeiro passo na conquista da opinião pública para aceitar uma privatização mais generalizada de serviços clínicos. A justificação, nem sempre explicitada nas declarações públicas, é que introduzir a prestação com fins lucrativos permitirá poupar dinheiro. As evidências que mostram

³⁸⁵ Bowe, 2007.¹ Jack, 2008.

³⁸⁶ Player e Leys, 2008: 51-63.

que o programa de ISTC teve o efeito exatamente oposto foram analisadas noutro artigo³⁸⁷. Aqui, optámos por focar-nos no processo de mercantilização em si, o que permite chamar a atenção para três coisas. Em primeiro lugar, o modo notavelmente sistemático como todos os requisitos para mercantilizar um serviço público foram cumpridos. Em segundo lugar, a infiltração intensa do Estado pelo setor privado tornou a mercantilização possível. E em terceiro, a natureza das forças comerciais envolvidas. Força de mercado e poder político foram oferecidos de bandeja a um setor privado que não se limita a procurar ativamente expandir ambos os tipos de poder, mas inclui ainda intervenientes de monta com um historial de abuso desses poderes. “Irónico” está longe de ser suficiente para descrever estas consequências de um programa de privatizações cujo pretenso objetivo seria tornar o NHS mais eficiente.

Referências bibliográficas e fontes

- Boseley, S. (2006) ‘NHS Forced to Fix Bungled Private Sector Hip Replacement Operations’, *Guardian*, 10 March.
- Bowe, C & B. White (2007) ‘Record Settlement over US Options’, *Financial Times*, 7 December.
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*, Cm 4818-I, Jul.
- Department of Health (2005a) *Treatment Centres: Delivering Faster: Quality Care and Choice for NHS Patients*, January.
- Department of Health (2005b) *Bonus Scheme to Reward Clinicians Rolled out Further across NHS*, Press release, 15 February.
- Department of Health (2006a) *Working with the Commercial Directorate – A Guide to Commercial Commissioning*.
- Department of Health (2006b) *ISTC Manual Independent Sector Treatment Centre (ISTC) Programme*, February.
- 22 *The new gold rush: the new multinationals and the commodification of public sector work* Department of Health (2007) *Response to Freedom of Information Request*, DE00000241505, 25 October.
- East Lincolnshire NHS Primary Care Trust (2004) *Full Business Case for the Development of an Independent Sector Treatment Centre*, April.

³⁸⁷ Player e Leys, 2008: 51-63.

- Gainsbury, S. (2008) 'ISTC Contract Guarantees Will Saddle NHS with a £187m bill', *Health Service Journal*, 14 March.
- Healthcare Commission (2007) *Independent Sector Treatment Centres: A Review of the Quality of Care*, July.
- House of Commons Health Committee (2005-06) *Independent Sector Treatment Centres*, Fourth Report of Session 2005-06.
- Jack, A. (2008) 'UnitedHealth Faces Fraud lawsuit', *Financial Times*, 14 February.
- Laing & Buisson. (2006-07) *Laing's Healthcare Market Review*.
- Laing & Buisson. (2007-08) *Laing's Healthcare Market Review*.
- Leys, C. (2001) *Market Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*, London: Verso.
- National Centre for Health Outcomes Development (2005) *Preliminary Overview Report for Schemes GSUPIC, OC123, LP4 and LP5*, 3 October.
- Newman, M. (2006a) 'Empty Wards and Promises', *Hospital Doctor*, 5 October.
- Newman, M. (2006b) 'Audit Shows ISTC Failures', *Hospital Doctor*, 20 April.
- Player, S & C. Leys (2008) *Confuse & Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, London: Merlin Press.
- Reid, J. (2003) 'Speech by the Health Secretary, John Reid, to the 2003 Labour Party Conference in Bournemouth', *Guardian*, October 1.
- Serco Health (2004) *Review of National Health Service 'Fee for Service Programme'*, December.
- Shifrin, T. (2004) 'Bonus Plan to Cut NHS Waiting Times', *Guardian*, 9 July
- Timmins, N. (2005) 'Use of Private Health Care in the NHS', *British Medical Journal*, Vol 331:1141-1142.
- Timmins, N. (2007) 'Report on NHS Staffing Angers Unions', *Financial Times*, 4 January.
- Webster, P. (2006) 'Clash Expected on £200m Private Contracts for NHS', *The Times*, 31 August.

CAPÍTULO 3

AS CONTRADIÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE CAPITALISTAS

Peter Kennedy

3.1. Panorama da indústria da prestação de cuidados de saúde

A indústria de prestação de cuidados de saúde cresceu mais 2% do que a média global de crescimento do PIB nas últimas quatro décadas. Representa 10% do PIB global e emprega 10% da força de trabalho global³⁸⁸. Vale a pena assinalar que o financiamento público da medicina e dos cuidados de saúde cobre, em média, 70% do financiamento total na generalidade das economias da OCDE. Assim sendo, embora o NHS possa ter ido mais longe do que os restantes sistemas, ao retirar a saúde e a medicina do mercado, está longe de ser caso único. O sistema de saúde alemão é suportado em 75% pelo setor público, financiado pelos contribuintes através de deduções dos salários e subsídios estatais. 70% do sistema de saúde canadiano, Medicare, é financiado e prestado no âmbito público, assim como o do Japão. Até nos EUA, normalmente apontados como o exemplo paradigmático da medicina e sistema de saúde capitalistas, é financiado em 50%, mesmo antes de se fazerem sentir os efeitos da proposta de Lei de Proteção dos Pacientes

³⁸⁸ Em 2010, foram gastos seis triliões de dólares em cuidados de saúde, a nível global. Ver Statistica (2015) 'Global gross domestic product (GDP) at current prices from 2004 to 2014 (in billion U.S. dollars)', <http://www.statista.com/statistics/268750/global-gross-domestic-product-gdp/>. O valor total do PIB global foi de 64 triliões de dólares. Ver Bain and Company Inc (2011) 'The Great Eight Trillion-Dollar Growth Trends to 2020', http://www.bain.com/Images/BAIN_BRIEF_8MacroTrends.pdf.

e dos Cuidados de Saúde Acessíveis (*Patient Protection and Affordable Healthcare Act*).³⁸⁹

A figura 5.1 representa aquilo que geralmente se considera serem dois polos opostos: o sistema de saúde orientado para o “mercado” dos EUA (à esquerda) e o sistema orientado para o “Estado” do Reino Unido (à direita).

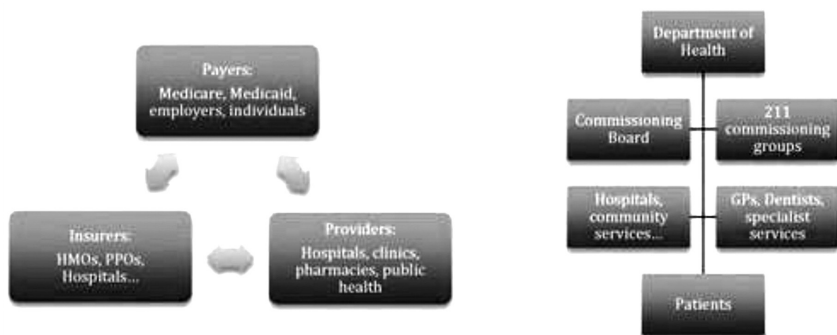


Figura 5.1.

O sistema americano destaca o papel central do setor privado, ao passo que o do Reino Unido realça o do público; mas as diferenças são de índole quantitativa, mais do que de tipo. Não devemos concluir que um se rege por relações capitalistas e o outro é, de algum modo, não capitalista. Em ambos os sistemas, não é a lei do valor que rege as relações internas entre os principais agentes — ambos os sistemas são transitórios em relação à lei do valor, ambos resistem à implementação em pleno da forma mercadoria, e ambos representam um ambiente hostil à transformação do trabalho concreto em trabalho abstrato e das necessidades sociais em valor.

A despesa anual do sistema de saúde dos EUA continua em espiral ascendente e chegou aos 2,9 trilhões de dólares³⁹⁰ em 2012 (17,9% do PIB).³⁹¹ Nos EUA, a relação entre seguradoras de saúde, prestadores e

³⁸⁹ Civitas, 2013, Healthcare Systems: The USA, <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/USABrief.pdf>.

³⁹⁰ No sistema americano, um trilhão (1 0¹²) equivale a um bilião na nomenclatura seguida em Portugal. Neste artigo adopta-se a nomenclatura americana (NdE).

³⁹¹ Center for Medicare and Medicaid (2014) ‘National Health Expenditures 2013 Highlights’, <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/highlights.pdf>.

pagadores é do tipo quase-mercado, o que significa que custos e preços dos produtos de saúde são decididos numa luta de poder entre prestadores, seguradoras e pagadores, com o Estado a funcionar como mediador final, uma espécie de bombeiro político. “Em 2013, as famílias representavam a maior fatia das despesas (28%), seguidas pelo governo federal (26%), empresas privadas (21%) e Estado e autarquias (17%)”.³⁹² A luta de cada pagador coletivo é por manter um teto, ou limite, para o aumento nos prémios coletivos a pagar às seguradoras. Tirando os agregados familiares, estes pagamentos coletivos significam uma dedução nas mais-valias prévias. Para as seguradoras, a luta é com vista a absorver as mais-valias que lhes são atribuídas, vendendo caro aos clientes o que compram barato aos prestadores. As companhias de seguros de saúde exploram a própria força de trabalho enquanto parte da indústria seguradora em geral³⁹³. Os prestadores impõem uma tabela de preços para a gama de tratamentos e pacotes de cuidados de saúde que produzem, que só estão relacionados com a força de trabalho empregue pelos trabalhadores do setor da saúde de forma indireta. A tabela de preços corresponde à margem que os prestadores pensam que conseguem sacar com base nos preços atuais, o clima económico e político, e o equilíbrio de poder específico entre os três agentes principais neste quase-mercado. É frequente os hospitais estarem endividados e por vezes entram mesmo em falência ou são vendidos ao desbarato, quando perdem este combate político — mas trata-se sobretudo dos hospitais mais pequenos, que servem as pequenas comunidades. As falências não são o resultado da competição capitalista, mas da falta de poder político e das circunstâncias locais. Em suma, o mercado desempenha um papel muito mais significativo nos EUA do que no resto dos sistemas de saúde, mas não se trata de um mercado em que a lei do valor seja decisiva. Política, poder, real prestação de cuidados ao paciente (que não pode ser abolida), fraude e corrupção são os fatores determinantes.

As relações que regulam o NHS são, essencialmente, as mesmas — o que equivale a dizer que é também um quase-mercado. É obviamente verdade que o controlo sobre o mercado é muito diferente, o que faz

³⁹² Center for Medicare and Medicaid (2014) *ibid*.

³⁹³ O United Health Group gerou um lucro declarado de 122 mil milhões de dólares em 2013, Investopedia (2015) ‘World’s Top 10 Insurance Companies’ [http:// www.investopedia.com/articles/personal-finance/010715/worlds-top-10-insurance-companies.asp](http://www.investopedia.com/articles/personal-finance/010715/worlds-top-10-insurance-companies.asp), 7 de janeiro.

que as consequências não sejam menos diferentes (o princípio da gratuidade no ponto de uso não é insignificante). Não obstante, quando a diferença é posta em termos de diferença de tipo — por exemplo, a luta histórica entre organizações capitalistas e socialistas —, é de ideologia que se trata. A verdadeira diferença entre os EUA e o Reino Unido reside no modo como o Estado capitalista e a economia convergem para manter um sistema de saúde, condicionado pelos limites sistêmicos, para provê-lo de recursos e nas necessidades competitivas de capital e trabalho. O sistema americano é outro modo de fazer a mesma coisa.

O governo do Reino Unido, através do Ministério da Saúde, distribui orçamentos politicamente determinados aos Conselhos de Comissionamento (Commissioning Boards), que, por sua vez, os distribuem por uma gama de hospitais e serviços comunitários, com margem de escolha entre públicos e privados, tendo em conta a proximidade com os pacientes, o tipo de tratamento e os tempos de espera. Os hospitais e os serviços comunitários são então auditados e pressionados para manter ou aumentar o nível de prestação de cuidados de saúde dentro dos orçamentos recebidos. O setor privado desempenha um papel bastante mais circunscrito, mas, apesar da retórica, representa cerca de 15% da despesa anual total de 130 bilhões de libras em saúde.³⁹⁴ Acresce que a percentagem tem descido desde 2000, e que uma boa proporção da despesa em cuidados de saúde privados corresponde a dentistas e oculistas.³⁹⁵

A circularidade do quase-mercado no setor da saúde britânico é frágil e sujeita tanto a lutas de poder burocráticas e rivalidades profissionais como aos ditames da onnipresente luta de classes. As consequências desta solução manifestam-se em crises políticas contínuas em torno de tudo e mais alguma coisa: desde a falta de camas ao número de efetivos, passando pelas ameaças de “privatização”, que se fundem nas crises políticas periódicas que se tornaram o pão nosso de cada dia no NHS. Ou seja, os sistemas de prestação de cuidados de saúde são objeto de políticas dependentes da gestão burocrática das necessidades sociais imbuídas, distorcidas e restringidas pela administração pública, tarifas

³⁹⁴ ONS (2014) ‘Expenditure on healthcare in the UK: 2012’, http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_361313.pdf, p. 2.

³⁹⁵ ONS (2012) ‘Public and private expenditure shares, 1997 and 2012’, http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psa/expenditure_on_healthcare_in_the_uk/2012/art_expenditure_on_healthcare_in_the_uk_-_2012.html#tab_Public_and_private_expenditure_shares_-_1997_and_2012.

fiduciárias e restrições orçamentais, assentes no edifício ideológico da “análise de custo/benefício” — em suma, pela política do dinheiro. Significa isto que a produção de cuidados de saúde e médicos não foi completamente tomada pela forma mercadoria de produção capitalista. Daí que o significado e a prática da medicina moderna oscilem de forma instável entre a forma mercadoria e cobrir necessidades sociais como mais-valias. O ponto fulcral é que a lei do valor tem um impacto muito superficial sobre o sistema médico e de cuidados de saúde, quer estejamos a falar dos sistemas dos EUA, do Reino Unido ou dos que se situam algures entre os dois tipos.

Uma das coisas que impede que as operações da lei do valor se imponham é que uma maioria significativa das pessoas simplesmente acredita que os cuidados de saúde e a boa saúde são um objetivo intrinsecamente humano, seja qual for o custo monetário envolvido. E isto está relacionado com outra questão, menos do foro humanitário propriamente dito e mais do campo dos processos de trabalho na prestação de cuidados de saúde, que reproduzem valor de uso e não mercadoria (valor de uso no sentido de reparar, manter e, se possível, reforçar o valor de uso que o trabalho assume para o capital). Por outras palavras, no cerne do processo de trabalho nos cuidados de saúde está uma mercadoria muito especial — especial não apenas por ser fonte de mais-valias, mas também porque as pessoas não são mercadorias. Podemos pensar, e até por vezes agir, como se fôssemos mercadorias, mas dentro de limites bem definidos e claros. Isto tem repercussões nos trabalhadores do setor da saúde, que podem, ocasionalmente, tender a tratar as pessoas de modo instrumental, e portanto mercantilizado, mas são continuamente confrontados pela humanidade das situações com que se deparam no dia a dia, ou, quando isso falha, pelo dever profissional de assistência.

Os enfermeiros, por exemplo, têm sido sujeitos a uma sucessão de tentativas para estabelecer formas de controlo taylorista sobre a sua atividade, através da medição e padronização das tarefas, que se têm revelado contraproducentes. Em parte, este falhanço deve-se ao facto de a estratégia de alargamento de funções, de forma a conseguir intensificar o trabalho, necessitar de expandir verticalmente a força de trabalho dos enfermeiros para atividades que costumam ser reserva exclusiva da medicina, e não se reduzir ao desmantelamento das tarefas padronizadas, mais fácil de medir e controlar. Sobretudo, falha porque

o taylorismo acentua a contradição entre a “qualidade/dever de assistência” e as pressões para a contenção de custos: quando a qualidade e o dever de assistência assumem a primazia, a compulsão para expandir os princípios tayloristas dissipa-se. O resultado tem sido a adoção de formas limitadas de taylorismo, a par com a cedência a um mínimo de autonomia laboral em termos de tomada de decisão dos enfermeiros. A consequência desta incapacidade em controlar o processo de trabalho manifesta-se no aumento anual das despesas com o NHS no Reino Unido, num contexto de grandes tempos de espera e enorme rotatividade de pessoal, exausto e desiludido (10% em meados da década de 80, que passaram a 13% em 2014)³⁹⁶. Segundo um Relatório da Câmara dos Comuns de 2012 (com base em preços de 2011),

“A despesa com o NHS cresceu rápida e consistentemente desde que foi fundado, a 5 de junho de 1948. No primeiro ano completo em funcionamento, o governo britânico gastou 11,4 biliões de libras em saúde em todo o Reino Unido. Em 2010/11, a cifra era mais de dez vezes superior: 121 biliões de libras. O aumento nas despesas de saúde supera em muito tanto o aumento do PIB como o de toda a despesa pública: ambos aumentaram num factor de cerca de 4,8 durante este período.”³⁹⁷

A incapacidade de garantir o controlo dos processos de trabalho é uma característica de grande parte dos sistemas de saúde de quase-mercado, como demonstra a persistência em procurar soluções para o que é muitas vezes descrito como o buraco negro do financiamento dos sistemas de saúde. Nos EUA, por exemplo, a despesa nacional em cuidados de saúde cresceu de 5,2% do PIB em 1960 para 17,9% em 2019 (ver a evolução em baixo). Em 2013, a despesa em cuidados de saúde dos EUA representou quase 50% da despesa global em sistemas de saúde.³⁹⁸

³⁹⁶ Gray, A. et al. (1989) ‘Staff Turnover in the NHS. A Preliminary Economic Analysis’, University of York, <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%2046.pdf>; McCullough, J. (2014) ‘Plans to reduce voluntary turnover, St George’s Healthcare Trust’, <https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/TBR-30.10.14-Paper-16-Workforce-Performance-Turnover-paper.pdf>.

³⁹⁷ Biblioteca da Câmara dos Comuns (2012) ‘NHS Funding and Expenditure’, <http://www.nhshistory.net/parlymoney.pdf>.

³⁹⁸ Center for Medicare and Medicaid (2014) ‘National Health Expenditures 2013 Highlights’, <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/highlights.pdf>.

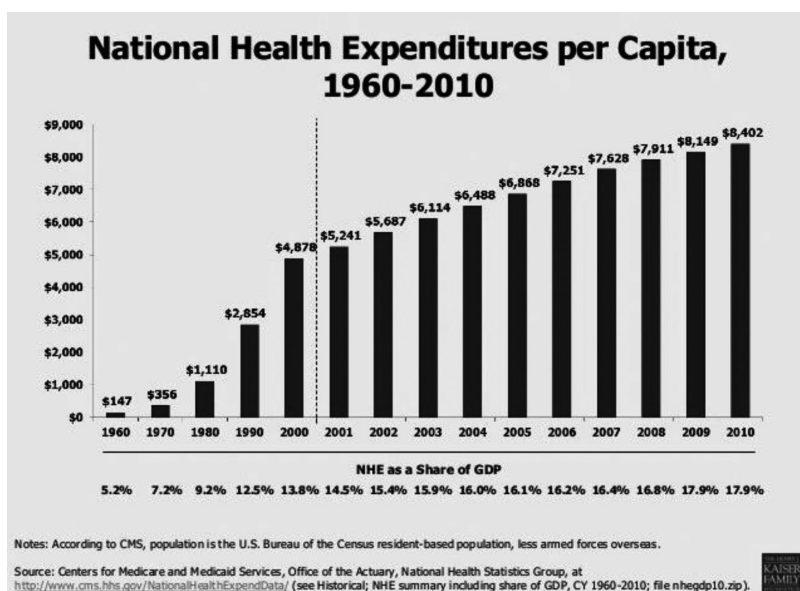


Figura 5.2: Gastos Nacionais de saúde *per capita*, 1960-2010.

Fonte: Center for Medicare and Medicaid.

Desde que a Medicare foi criada, em 1965, que os governos americanos têm tentado reformar o sistema, aumentando a despesa pública e tentando acabar com as lacunas que permitem às companhias de seguros adiar ou recusar reembolsos referentes a cuidados de saúde, negligência médica ou pedidos fraudulentos e, sobretudo, reduzir despesas. A recente Lei dos Cuidados de Saúde Acessíveis, de 2012, é mais uma promessa de quadratura do círculo: prevê um corte nas despesas de 100 mil milhões de dólares nos próximos dez anos, ao mesmo tempo que alarga o acesso a cuidados de saúde avançados e de qualidade.³⁹⁹

No Reino Unido, o NHS sucumbiu à constante turbulência política, que se têm materializado em inúmeras formas de desregulação e privatização, incluindo hospitais-fundação, consórcios de cuidados de saúde primários, delegação ornamental nos médicos de família para controlar acesso a cuidados de saúde e médicos, iniciativas da finança privada e gestores oriundos do setor privado a cair de paraquedas, com o objetivo de saturar as práticas laborais com a linguagem dos mercados. Recentemente, a coligação que está no governo tentou impor “ganhos

³⁹⁹ White House Briefing Room (2015) ‘Deficit-Reducing Health Care Reform’, <https://www.whitehouse.gov/economy/reform/deficit-reducing-health-care-reform>

de eficiência” ao SNS em Inglaterra durante o mandato de 2010 a 2015, esbanjando 3 mil milhões de libras na Lei da Saúde e da Segurança Social (*Health and Social Security Act*), num esforço, em vão, para poupar 21 biliões de libras em cinco anos, de forma a estancar o défice de 30 biliões. A única coisa que conseguiu foi mais perturbações no sistema, sob a forma de tentativas caóticas de introdução de mercados internos, outsourcing a empresas privadas e adjudicação de serviços clínicos.⁴⁰⁰ Nenhuma destas alterações teve impacto na trajetória da despesa. “As despesas reais anuais médias aumentaram em cerca de quatro por cento ao longo da vida do NHS: durante o século xx, a média foi de 3,5%, e, neste século, está nos 6,6%”.⁴⁰¹ Como podemos ver na tabela em baixo⁴⁰², a despesa total *per capita* em saúde aumentou todos os anos entre 1997 e 2012, estabilizando durante a recessão.⁴⁰³

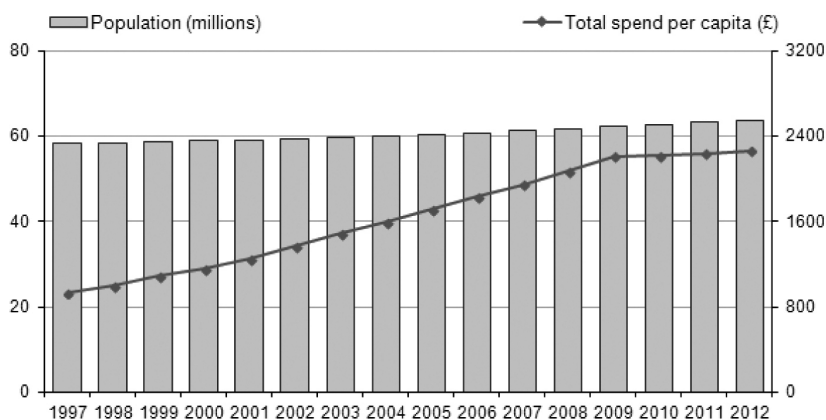


Figura 5.3: Despesa total *per capita* em saúde, 1997-2012.

Fonte: Office for National Statistics, 2014.

⁴⁰⁰ The Morning Star (2014) ‘NHS Cash Crisis Spirals out of Control’, <http://www.morningstaronline.co.uk/a-4875-NHS-cash-crisis-spirals-out-of-control#.VUYC4ymyj8t>.

⁴⁰¹ Kings Fund Trust (2009) ‘How cold will it be? Prospects for NHS funding: 2011–17’, <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/How-Cold-Will-It-Be-Prospects-NHS-funding-2011-2017-John-Appleby-Roweena-Crawford-Carl-Emmerson-The-Kings-Fund-July-2009.pdf>, p5

⁴⁰² ONS (2014) ‘Expenditure on healthcare in the UK: 2012’, http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_361313.pdf, p2.

⁴⁰³ ONS (2014) ‘Total healthcare expenditure per capita, 1997 to 2012’, <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psa/expenditure-on-healthcare-in-the-uk/2012/art-expenditure-on-healthcare-in-the-uk-2012.html#tab-Total-healthcare-expenditure-per-capita-1997-to-2012>.

No entanto, apesar desta forte presença do capital, a capacidade — e a vontade — de subordinar a medicina global e a produção de cuidados de saúde (o trabalho de cuidar), de forma predominante, ao capital, e, desse modo, inseri-las na órbita de controlo da forma-mercadoria de produção, permanece débil.

3.2. O Estado e a biomedicina

Depois de identificar a escalada nos custos associados à prestação de cuidados de saúde e medicina, pode parecer algo estranho argumentar agora que a indústria médica e da saúde pode ser, ao mesmo tempo, mais cara, na melhor das hipóteses, e impossível de manter em funcionamento, na pior. Não obstante, é essa a realidade, porque se as causas de doença e enfermidade incidissem sobre as patologias mais amplas das sociedades capitalistas, como deveriam, de facto, incidir na sua maioria, então a base organizacional da saúde e medicina iria para além do contexto clínico, e “diagnóstico” e “cura” assumiriam a forma de uma mudança social com cabeça, tronco e membros. A saúde tornar-se-ia um projeto que incorporasse alterações profundas nas relações sociais. Mas, ao invés, a indústria tem traçado, e em grande medida com sucesso, as fronteiras da doença longe da sociedade e em torno do corpo e do indivíduo isolado. Neste aspeto, apesar da subida dos custos a que já fizemos referência, a indústria médica e da saúde continua a não ter valor para o capital. Na verdade, o papel do Estado tem tido importância histórica na legitimação da mais funcional das formas da medicina como base dos cuidados de saúde: a biomedicina, que, para o capital, assume uma afinidade eletiva com o quase-mercado da prestação de serviços de saúde. Enquanto ciência do corpo, a biomedicina reduz as doenças a lesões visíveis no ou à superfície do corpo, ao mesmo tempo que atomiza tanto a causa como a cura da doença no indivíduo. Como explica Engel, a biomedicina “[a]ssume que as doenças correspondem em absoluto a desvios da norma estabelecida por variáveis biológicas. No seu âmbito não cabem as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença. O modelo biomédico exige não apenas que a doença seja abordada como uma entidade independente dos comportamentos sociais, mas também que as aberrações comportamentais sejam explicadas com base em processos de distúrbios somáticos (bioquímicos

e neurofisiológicos). Assim sendo, o modelo biomédico aceita tanto o reducionismo, a perspectiva filosófica que assume que fenômenos complexos se devem, em última instância, a um único princípio básico, e o dualismo corpo/mente, a doutrina que separa o mental do somático.⁴⁰⁴

Nem é preciso dizer que a utilização da ciência em perturbações discretas, observáveis, físicas ou comportamentais, com diagnósticos e prognósticos claramente definidos, tem tido um impacto imenso no alívio de doenças e sofrimento e desempenhado um papel significativo em prolongar a vida daqueles que, sobretudo nas economias desenvolvidas, têm acesso aos cuidados de saúde e tratamentos médicos. Simultaneamente, o âmbito industrial e os limites globais estabelecidos no contexto contraditório da medicina e cuidados de saúde no seio das restrições de um edifício burocrático, distorcido por limitações orçamentais impostas pelo capitalismo, também a torna causa não descartável de enfermidades, erros médicos e doenças clinicamente induzidas, como reconheceu Illich (1976).⁴⁰⁵

Porém, a questão crucial é que a biomedicina fornece ao Estado e ao capital um resguardo ideológico que esconde o contexto social da saúde, principalmente no que diz respeito ao envolvimento das sociedades capitalistas em criar, agravar e manter doenças e patologias (Doyal and Pennell, 1979). A biomedicina suporta o estatuto reprodutivo da força de trabalho, reduzindo a definição de saúde a “ausência de doença”, “aptidão para trabalhar”, ou, no caso dos desempregados, níveis de “empregabilidade”. Permite ainda que os sistemas de previdência mantenham um controlo apertado sobre os desempregados, os inativos e os doentes. Mesmo o efeito potencialmente positivo que considerar a classe trabalhadora como mercadoria potencial para o capital possa ter em termos de despesas do Estado social produz, decididamente, efeitos mais positivos na capacidade de gerar lucros do sistema capitalista.⁴⁰⁶ Acima de tudo, numa situação em que a lei do valor tem um impacto tão ténue sobre o sistema médico e de prestação de cuidados de saúde, a biomedicina funciona como um eficiente mecanismo de apoio ideológico e material, controlando os trabalhadores do setor da saúde, limitados aos horizontes de assistência intrínsecos da biomedicina, assim como o

⁴⁰⁴ George L. Engel (1989) ‘The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine’, *Holistic Medicine*, Vol. 4.37-53.

⁴⁰⁵ Illich, I. (1976) *Limits to medicine*, London: Marion Boyars.

⁴⁰⁶ Navarro, V. (1976) *Medicine under capitalism*, New York: Prodist.

resto da população. Não é menos significativo que a biomedicina acabe por ser a porta de entrada para o desenvolvimento das farmacêuticas, cujas principais cinco empresas (Merck & Co, Novartis, Pfizer, Roche e Sanofi) geraram receitas combinadas de 249 bilhões de dólares e ativos no valor de 605 bilhões de dólares em 2014⁴⁰⁷.

Não surpreende ninguém, portanto, que a biomedicina continue a ser a medicina legítima do Estado capitalista e que não tenta conhecido rivais dignos desse nome desde a sua ascensão em meados do século XIX. Ao longo deste período, uma série de Leis de Registo Médico (*Medical Registration Acts*), definindo várias manifestações dos Conselhos Gerais de Medicina (*General Medical Councils*) nas economias capitalistas dominantes, estabeleceram quem podia ou não exercer práticas médicas legítimas junto do grande público.⁴⁰⁸ Uma vez instaurado, o domínio da biomedicina foi-se consolidando, com a criação dos Estados providência no início do século XX — primeiro no Reino Unido, com a Lei da Segurança Nacional (*National Insurance Act*) de 1911, que permitiu ao Estado ter mão, de forma mais direta, na utilização do erário público para custear cuidados de saúde orientados para a biomedicina e a farmácia.⁴⁰⁹ Com o surgimento do Estado providência após 1945 e do NHS, chegou a bom porto a pretensão da biomedicina de afirmar-se como a forma oficial da medicina aprovada pelo Estado capitalista.

Porém, é aqui que reside aquela que talvez seja a mais fulgurante contradição nos cuidados de saúde de hoje em dia: embora a biomedicina tenha uma forte afinidade eletiva (em termos materiais e ideológicos) com os interesses do capital, pelos motivos referidos acima, e embora esta afinidade tenha persistentemente desviado a atenção das implicações muito mais onerosas, do ponto de vista político e económico, de reconhecer plenamente o contexto social das patologias e doenças, o sistema de prestação de cuidados de saúde permanece um custo incontrolável, que o capital tem cada vez mais dificuldade (e menos vontade) em sustentar, como já vimos. Basicamente, o atual modelo de organização disponibiliza um serviço de apagar fogos, sem

⁴⁰⁷ Forbes (2015) 'Global 2000: The Biggest Drug Companies of 2014', <http://www.forbes.com/pictures/mkg45edhgd/no-1-pfizer/>.

⁴⁰⁸ Roberts, M.J.D. (2009) *The politics of professionalization: MPs, medical men, and the 1858 Medical Act*, *Medical History*, vol 53, no 1, pp. 37-56.

⁴⁰⁹ Porter, R. (1997) *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*, London: Harper Collins; Lawrence, C. (2006) 'Medicine in the Making of Modern Britain, 1700-1920', Abingdon: Routledge.

qualquer hipótese de dar resposta à capacidade das sociedades capitalistas para gerar doenças a uma escala cada vez mais industrial e global. No entanto, apagar fogos com custos monetários e humanos sempre maiores não deixa de ser uma boa definição de uma situação em que todos perdem a toda a escala.

Entretanto, do ponto de vista das grandes corporações médicas internacionais, que se banqueteiam com as seguradoras e as farmacêuticas, o problema manifesta-se na dificuldade estrutural em alavancar valor de uma indústria médica e de cuidados de saúde sob pressão para conter custos. Por exemplo, os produtores de cuidados de saúde têm vindo a impor controlos mais apertados à aquisição de terapias médicas, tratamentos e tecnologias à indústria farmacêutica global. O Instituto Nacional para a Excelência Clínica (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) britânico, seguido pelos Centros para os Serviços Medicare e Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services*, CMS) americanos, têm-se empenhado em fazer descer o preço dos produtos e serviços farmacêuticos e batido pela introdução de uma cláusula de “pagamento dependente da cura” nos contratos — aquilo a que se chama acordos de Preços Baseados no Valor (PBV), em que os limiares de preços são estabelecidos e associados a indicadores da qualidade de vida.⁴¹⁰ O NHS foi recentemente reembolsado em 74 milhões de libras pela indústria farmacêutica, através do Esquema de Regulação dos Preços Farmacêuticos (*Pharmaceutical Price Regulation Scheme*, PPRS), enquadrado numa estratégia de manter a despesa com medicamentos não-genéricos abaixo dos dois por cento até 2017 (de forma a manter a fatura anual nos 12 biliões de libras).⁴¹¹ É óbvio que a tremenda influência política e económica das farmacêuticas e das grandes companhias de seguros faz que detenham o poder de subverter todas estas restrições. Apesar disso, continuam a ser restrições à expansão do capital farmacêutico, que tornam necessário encontrar outras estratégias de acumulação de capital. Em resumo, as restrições impostas na produção de cuidados de saúde e na acumulação de capital da indústria farmacêutica exigem que se procurem outras soluções.

⁴¹⁰ Pharmafile (2014) ‘Delivering value in cost-constrained healthcare environments’, http://www.pharmafile.com/news/178351/delivering-_value-_cost-_constrained-_healthcare-_environments, 02/13.

⁴¹¹ Pharmafile (2014) ‘Government gets £74m rebate from pharma’, http://www.pharmafile.com/news/189129/government-_gets-_74m-_rebate-_pharma, 30/06.

3.3. “Solução” 1: Colonizar outras formas de medicina

Uma das soluções encontradas foi expandir o domínio da biomedicina e da saúde em geral da clínica para toda a sociedade — domínio com menos constrangimentos e mais áreas da vida social para colonizar com fins lucrativos, mantendo a atomização da doença no ou à superfície do corpo como perspectiva dominante. No âmbito deste projeto, a biomedicina revelou-se um sucesso, incluindo na sua expansão imperial para as formas rivais de medicina, menos onerosas para o Estado e mais susceptíveis à mercantilização. Neste sentido, a indústria da medicina complementar e alternativa (MCA), que se desenvolveu imenso nas últimas décadas, proporciona à indústria farmacêutica novas áreas para expansão imperial. A indústria da MCA possui atrativos óbvios para as corporações capitalistas da área da saúde (farmacêuticas, companhias de seguros de saúde) no mercado alargado, tanto no que diz respeito ao Estado como a consumidores privados.

Por trás da aparência de uma “indústria artesanal” está a realidade de um grande negócio à escala global, com as linhas que a separam da indústria médica e de cuidados de saúde cada vez mais ténues. Só nos EUA, a venda de vitaminas, ervas e outros suplementos ligados à MCA é controlada por 160 corporações, que empregam mais de 500 trabalhadores e conseguem vendas anuais na casa dos dez milhões de dólares. Integrada na “indústria do bem-estar”, que movimenta 3,4 triliões de dólares, a medicina complementar/alternativa é ela própria uma indústria de 187 biliões, que cresceu 65% desde 2010 (altura em que valia 113 mil biliões de dólares)⁴¹². Além disso, a crescente popularidade da MCA tem motivado os respetivos clínicos a progredir de amadores para profissionais, criando associações profissionais para representar os seus interesses. Por exemplo, existem no Reino Unido entre 15 mil e 20 mil curandeiros, representados por 78 associações profissionais, distribuídas por três plataformas (Aliança Britânica de Associações de Curandeiros/*British Alliance Healing Associations*, Curandeiros do Reino Unido Lda. /*UK Healers Ltd* e Confederação de Organizações de Curandeiros/*Confederation of Healing Organisations*).⁴¹³

⁴¹² Global Wellness Summit (2014) *Wellness Is Now a \$3.4 Trillion Global Industry – Three Times+ Bigger Than the Worldwide Pharmaceutical Industry!*, <http://blog.globalspaandwellnesssummit.org/2014/10/wellness-is-now-a-3-4-trillion-global-industry-three-times-bigger-than-the-worldwide-pharmaceutical-industry/>.

⁴¹³ BAHA (2011) ‘Healing & Regulation in the UK’, baha-healing-and-regulation-in-the-uk.pdf.

Esta transformação da MCA em área de negócios das multinacionais é uma proposta atrativa tanto para o Estado como para a indústria farmacêutica global, dados os vastos constrangimentos descritos acima. Para o Estado, sai mais barato, relativamente à biomedicina convencional, até porque, acima de tudo, é uma forma de privatizar a responsabilidade pelo acesso à medicina e aos cuidados de saúde (a maioria da MCA é prestada através de venda livre ou serviços de terapia). E é por isso que as autoridades da biomedicina, inicialmente hostis à “charlatanice”, começam rapidamente a aperceber-se, sob a influência do Estado e do capital farmacêutico, das possibilidades abertas pela incorporação da MCA. Podemos vê-lo no modo como os governos, um pouco por toda a UE, têm pressionado as instituições nacionais para, num curto espaço de tempo, penetrarem na esfera da indústria da MCA, de forma a incorporá-la na órbita da regulação estatal, sempre sob a autoridade da biomedicina, como prelúdio para a transformação de numerosas práticas em mercadoria comercializável.

Por exemplo, em 2001, a Irlanda criou um fórum que incluía representantes de diferentes terapias, para encontrar estratégias para a regulação, que foi implementada em junho de 2001.⁴¹⁴ Nesse mesmo ano, Portugal aprovou nova legislação, à luz da qual uma série de terapias alternativas — incluindo acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, psicoterapia e quiroprática — seriam reguladas, “controladas e acreditadas pelo Ministério da Saúde, ficando a educação e a certificação de graus e diplomas para o exercício das terapias sujeita ao controlo do Ministério da Educação, da Ciência e do Ensino Superior”.⁴¹⁵ Em 2004, a Dinamarca criou um registo nacional para profissionais de CMA, assegurando que cumprem “critérios bem definidos na formação e pertencem a uma organização de profissionais, que tomará as medidas necessárias com vista ao registo e sua manutenção”⁴¹⁶. No mesmo ano,

⁴¹⁴ IPA. Institute of Public Administration. (2002) ‘Report on the Regulation of Practitioners of Complementary and Alternative Medicine in Ireland’, *Health Service Development Unit*, Ireland Jackson, S., and Scambler, G. (2007) ‘Perceptions of evidence-based medicine: traditional acupuncturists in the UK and resistance to biomedical modes of evaluation’, *Sociology of Health and illness*, 29, 3, 412-429.

⁴¹⁵ European Council for Classical Homeopathy (ECCH). (2005) ‘Recognition and Regulation of Homeopathy in Europe’, Draft 050318, March, http://www.hvs.ch/dokumente/Regulation_Homeopathy_Europe.pdf, accessed 6/07/2011.

⁴¹⁶ European Council for Classical Homeopathy (ECCH). (2005) ‘Recognition and Regulation of Homeopathy in Europe’, Draft 050318, March, http://www.hvs.ch/dokumente/Regulation_Homeopathy_Europe.pdf.

a Suécia e a Noruega assumiram o compromisso de estabelecer, também elas, um registo nacional de técnicos de MCA.⁴¹⁷

Além disso, sucessivos governos britânicos têm estado na linha da frente da autorregulação. Na década de 1990, o governo conservador liderado por John Major declarou a intenção de inserir a MCA no quadro nacional de regulação. Em 1993, o Reino Unido foi ainda um dos primeiros países a criar um registo oficial para a medicina complementar, quando a Lei dos Osteopatas entrou em vigor⁴¹⁸, seguida pela regulação oficial da quiroprática⁴¹⁹. Quatro anos mais tarde, “a Secretaria de Estado da Saúde encomendou ao Centro de Estudos de Saúde Complementar (*Centre for Complementary Health Studies*) da Universidade de Exeter um inquérito a todas as organizações de MCA para aferir o estado da autorregulação.⁴²⁰ O inquérito revelou que, embora o nível de autorregulação das organizações variasse imenso, existia uma motivação para a autorregulação”.⁴²¹ Na prática, a tónica é posta na formação em ciência biomédica, tanto ao nível de competências em investigação teórica como no exercício clínico, para sustentar práticas medicinais baseadas em evidências que estejam conformes ao “rigor das exigências da investigação convencional”,⁴²² para além de se encorajarem ligações oficiais mais estreitas a instituições de ensino superior e profissionais. Estas últimas integram um currículo comum alargado para todas as terapias, que inclui “os fundamentos do diagnóstico médico convencional e as orientações relativas ao encaminhamento de pacientes; princípios de gestão e controlo de qualidade; competências organizacionais, incluindo manutenção de registos; competências técnicas, incluindo gestão de TI, etc.” (HCSCST, 2000).

Não restam dúvidas de que a regulação estatal da MCA é parte integrante do reforço da autorregulação da saúde e da medicina per se, em resposta a denúncias públicas de maus tratos e más condutas médicas que têm contribuído para uma crescente falta de confiança nas ciências

⁴¹⁷ European Council for Classical Homeopathy (ECCH). (2005) *ibid*.

⁴¹⁸ GOC. The General Osteopathic Council (2011) <http://www.osteopathy.org.uk/index.php>.

⁴¹⁹ GOC. The General Chiropractic Council (2011) <http://www.gcc-uk.org/page.cfm>.

⁴²⁰ Mills, S., and W. Peacock. (1997) ‘Professional Organization of Complementary and Alternative Medicine in the United Kingdom.’ Exeter: Centre for Complementary Health Studies, Department of Health University of Exeter.

⁴²¹ Kohn, M. (1999) ‘Complementary therapies in cancer care’, Macmillan Cancer Relief, June, p11, <http://www.macmillan.org.uk/>.

⁴²² The House of Lords Select Committee on Science and Technology. (2000) ‘Complementary and alternative medicine: session 1999-2000, 6th report’. London: Stationery Office.

médicas em geral⁴²³. Perante este imperativo mais genérico, o Estado limita-se a ser racional-burocrático, com uma tendência compulsiva para gerar uma hierarquia de regras que simplificam e generalizam, em simultâneo, códigos de conduta e currículos educativos e os juntam numa só organização abrangente. Deliberadamente ou por defeito, o resultado é uma tendência para impor controlo externo, em contradição com o princípio da “autorregulação”. Na verdade, o leque variado de comunidades terapêuticas pode muito bem acabar por descobrir que a influência do Estado não é muito diferente da “gaiola de ferro da burocracia” de Weber.

Mais importante ainda, o Estado tem usado a biomedicina para implementar uma estratégia dupla no que diz respeito à regulação da MCA. Em primeiro lugar, e talvez de forma mais óbvia, a biomedicina arranjou maneira de estar na linha da frente da estrutura de autorregulação externa (com um papel determinado na definição de critérios epistémicos de evidência e nos parâmetros de referência para competências e qualificação que as MCA têm de subscrever, todas já descritas). Em segundo lugar, a biomedicina exige formas de regulação *internas* que procuram controlar as suas relações com o leque de MCA. Desde modo, a utilização de alternativas torna-se mais aceitável para a biomedicina enquanto forma dominante de medicina do NHS, ao permitir que a medicina alternativa se expanda da esfera privada para a pública, onde os profissionais biomédicos podem disponibilizar uma série de tratamentos alternativos *sob a sua supervisão*, sem se sujeitarem ao risco da responsabilização (que agora pertence ao profissional de medicina alternativa regulamentada). Mais ainda, a regulação apertada dos cursos de formação e educação em medicina alternativa aumentam-lhes a respeitabilidade e torna-os mais apetecíveis para os estudantes de biomedicina, sob os auspícios do BMA e GMC, para alargar a base epistémica da sua formação.⁴²⁴ Neste sentido, a biomedicina abraça as medicinas alternativas para ajudar a colmatar uma “lacuna de eficácia autoinfligida no que diz respeito a tratar o corpo social”⁴²⁵.

Com respeito aos motivos de redução de custos: a autorregulação alarga a legitimidade para exercer medicina a uma seleção de medicinas

⁴²³ Department of Health, 2005.

⁴²⁴ Gareth Williams and Jennie Popay, J. (1994) ‘Lay knowledge and the privilege of experience’, in J. Gabe, D. Kelleher and G. Williams, eds., *Challenging Medicine*, Routledge, London, 1994.

⁴²⁵ Smallwood, C. (2005) ‘The Role of Alternative and Complementary Medicines in the NHS’, [http:// www.getwelluk.com/uploadedFiles/Publications/SmallwoodReport.pdf](http://www.getwelluk.com/uploadedFiles/Publications/SmallwoodReport.pdf).

alternativas. E isto permite ao Estado aumentar a quantidade de profissionais médicos e de serviços disponíveis na sociedade a um custo relativamente mais baixo, se comparado com a medicina ortodoxa.⁴²⁶ Por outro lado, sucessivos governos britânicos alargaram o âmbito e função da medicina no seio da própria comunidade, permitindo a introdução de alternativas para apoiar políticas e participar em programas de promoção da saúde. A aprovação das leis relativas à osteopatia e à quiroprática em 1987 conferiu às duas práticas médicas alternativas legitimidade profissional, em troca da concordância em estabelecer normas profissionais fundamentais e práticas de formação *supervisionadas pela medicina ortodoxa*.

Esta última fez ela própria parte da abertura ao setor privado da provisão de gestão e fontes de financiamento, previstos na Lei dos Cuidados Comunitários do NHS (*NHS Community Care Act*) de 1990, que introduziu a competição de mercado entre hospitais e entre médicos, descentralizando os centros de decisão para os clínicos detentores de fundos relativamente a que pacotes de cuidados compram aos fornecedores. O governo conservador estipulou que os médicos devem ter em conta todos os tipos de pacotes médicos e de cuidados de saúde, incluindo os alternativos. Foi a mesma lei de 1990 que criou a Autoridade dos Serviços de Saúde Familiar (*Family Health Service Authority, FHSA*). Fundamentalmente, tanto os médicos de família como as FHSA passaram a poder decidir, com independência, recorrer a uma série de protocolos de cuidados médicos e de saúde alternativos. A tendência manteve-se quando o governo trabalhista pós 1997 estabeleceu unidades de cuidados primários no âmbito de um NHS reconfigurado, conferindo-lhes um papel determinante na contratação de cuidados médicos e de saúde a múltiplas fontes⁴²⁷.

Por último, o conjunto de motivações estatais expostas acima coaduna-se com o posicionamento dos pacientes como consumidores e os cuidados médicos e de saúde como mercadorias, enquanto as associações profissionais de medicinas alternativas são encorajadas a usar uma linguagem de consumo e a vender tratamentos holísticos como gamas improvisadas de serviços e/ou produtos, cuja qualidade é atestada pela marca e por um conjunto de compromissos regulatórios.

⁴²⁶ Cant, S. and Sharma, U. (2002) The State and Complimentary Medicine, in S. Nettleton and U. Gustafsson (edt), *The Sociology of Health and Illness Reader*, Cambridge: Polity.

⁴²⁷ Cant, S. and Sharma, U. (2002) *ibid*.

Uma consequência é que as fronteiras entre a MCA e a biomedicina no seio da indústria farmacêutica são cada vez mais difíceis de distinguir. A empresa farmacêutica americana Sirtis, responsável pela venda do suplemento natural antienvhecimento Resveratrol, foi recentemente adquirida pela GlaxoSmithkline, que também alargou as operações à China, através do Instituto Materia Medica de Xangai (*Shanghai Institute of Materia Medica*), para “avaliar aproximadamente dez mil ervas medicinais e levar a cabo pesquisas colaborativas no valor de 7 milhões de dólares”.⁴²⁸ A Novartis construiu um centro de investigação e desenvolvimento de cem milhões de dólares no Parque Tecnológico Zhangjiang, em Xangai, para combinar abordagens modernas à descoberta de novos medicamentos com a medicina tradicional chinesa.⁴²⁹ As fronteiras são também fluidas porque a evolução em biotecnologia assiste o cultivo sistemático de plantas usadas na fitoterapia, uniformizando e otimizando colheitas maiores em ambiente de laboratório.⁴³⁰ Tudo isto é essencial para a expansão da MCA como indústria global, que, por sua vez, faz parte daquilo que descrevemos como a “indústria do bem-estar”, no valor de 3,4 triliões de dólares.

3.4. “Solução” 2: Medicalização

A incorporação continuada da indústria global da MCA continua a oferecer uma saída para aquilo que já denominámos como a dificuldade estrutural em alavancar valor a partir da indústria de cuidados médicos e de saúde sob pressão para reduzir custos. Outro caminho tem sido a expansão do domínio da biomedicina e da saúde para fora das clínicas e para a sociedade em geral, transformando o que são questões sociais e/ou individuais em problemas médicos. Assim, o Estado, através da biomedicina, oferece à indústria farmacêutica toda a sociedade como mercado e potencial fonte de acumulação de capital; dá de bandeja todo um império às autoridades médicas; e proporciona ao Estado capitalista um meio de, pelo menos, tentar gerir e conter a

⁴²⁸ Yuan, R. (2007) ‘Pharmaceutical Operations Expand in China Multinationals Set Up New Facilities in Asia’, *Genetic Engineering and Biotechnology News*, [http:// www.genengnews.com/gen-articles/pharmaceutical-operations-expand-in-china/2098/](http://www.genengnews.com/gen-articles/pharmaceutical-operations-expand-in-china/2098/).

⁴²⁹ Ibid.

⁴³⁰ Arora, R (2010) ‘Medicinal Plant Biotechnology’, Oxford, CABI.

luta em torno da essência e caminhos da medicina e saúde no âmbito dos limites sistêmicos. Estamos a falar de um determinante fulcral: o aumento da *medicalização* de questões pessoais e sociais.

Medicalização é um termo criado por sociólogos, raramente contextualizado em termos de luta de classes e forma mercadoria no centro de relações sociais capitalistas. Denota um processo em que a medicina alargou o seu foco original na biologia para incorporar fatores sociais e psicológicos que afetam as doenças, como influências psicossomáticas ou ambientais. Além disso, a medicina, salvaguardada pelo direito legítimo de aplicar procedimentos cirúrgicos, receitar remédios, etc., expande os seus domínios de forma a aplicar estes mesmos procedimentos a um conjunto cada vez maior de questões relacionadas com o estilo de vida de cada um, desde cirúrgicas plásticas, obesidade, consumo excessivo de álcool, sexo seguro e uma série de “síndromas” relacionadas com o stress e aquilo em que consiste “uma vida boa”, até aos domínios em expansão da promoção da saúde e dos benefícios do exercício físico, dieta, e estratégias para equilibrar vida e trabalho⁴³¹. Concomitantemente, os fatores socioeconómicos e políticos que criam a situação descrita acima são reduzidos a condições médicas, passíveis de integração no mundo complexo dos cuidados médicos e de saúde.

De uma perspetiva marxista, a *medicalização* é um processo que cumpre uma série de funções contraditórias. Cria uma plataforma para futura expansão da indústria farmacêutica; uma oportunidade para o avanço imperial da própria medicina; e um mecanismo de apoio ideológico para o Estado capitalista, transformando as doenças sociais numa combinação de patologias individuais e lesões médicas. A *medicalização* é a reificação de relações sociais, a transformação de relações sociais em factos biológicos, através dos quais no relacionamos uns com os outros, enquanto patológicos / depravados / improdutivos / dependentes, em oposição a saudáveis / legítimos / produtivos / independentes. Esta oposição e reificação fortalece e suporta a forma de controlo, relativamente fraca, exercida pelo fetichismo da mercadoria. Para Marx, o fetichismo da mercadoria é o processo social em que os indivíduos expressam relações sociais através da circulação de mercadoria (pela troca de “coisas”, “objetos”). Objetos / valores de uso (no nosso caso,

⁴³¹ Zola, I.K. (1978) Medicine as an institution of social control: the medicalising of society, in D. Tuckett and J.M. Kaufert (eds) *Basic readings in medical sociology*, London: Tavistock Publications.

saúde e medicina) surgem naturalmente e têm um valor expresso em termos monetários, que rege o nosso acesso a eles, ao ponto de o valor de troca se tornar mais relevante do que as necessidades ou desejos que é suposto esse objeto satisfazer. Consequentemente, em vez de apostar na negociação coletiva de planos com vista à melhor forma de mobilizar a força social na sociedade, os indivíduos aceitam a “anarquia” do mercado, onde racionalizações *post-hoc* são feitas com base no que for mais lucrativo para os capitalistas produzir. Para Marx, este processo social é o fetichismo da mercadoria. A *medicalização* surge no âmbito da dinâmica deste *continuum*, unindo as extremidades do modo típico do fetichismo da mercadoria. A medicalização é o processo em que a biomedicina se expande para lá da sua jurisdição médica, ao transformar questões pessoais e sociais em doenças; a medicalização reifica relações sociais, ao estabelecer parâmetros para a incorporação de questões sociais e pessoais no âmbito da forma mercadoria.

3.5. A medicalização da promoção da saúde

Por exemplo, sob o pretexto da “promoção da saúde”, a medicina e os cuidados de saúde alargaram o seu domínio — da clínica para a sociedade, e da sociedade para o corpo. Uma gama de questões sociais, desde a obesidade, consumo de álcool, dieta e exercício, saúde mental, etc. foi retirada do seu contexto social, medicalizada e transformada em mercadoria, isto é, reificada como porta de entrada para a subsequente mercantilização. No processo, o tecido social em questão torna-se fonte de poder ideológico sobre as pessoas e fonte de acumulação para a indústria farmacêutica.

A Declaração de Alma-Ata (1978)⁴³² da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde — a Carta de Otava (1986)⁴³³ — assinalam uma mudança de foco na saúde pública: do ambiente para a promoção da saúde, com a tónica em *estilos de vida saudáveis* e na promoção de *comportamentos positivos de saúde*, dando prioridade à prevenção de doenças. A adoção,

⁴³² WHO (1978) ‘Declaration of Alma-Ata’, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

⁴³³ WHO (1986) ‘Ottawa Charter for Health Promotion’, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.

por parte dos Estados, da promoção da saúde marca um novo desenvolvimento no papel da medicina, transposta da clínica para as populações. Em termos de saúde pública, o papel da medicina é sobremaneira associado à doença; talvez, a montante, mais com a prevenção do que com cura, mas ainda assim com doenças. A promoção da saúde, em contraste, dá prioridade à saúde; e a prioridade não se resume a manter a boa saúde — é preciso ficar ainda mais e mais saudável. Sob a égide da promoção da saúde, a esfera de autoridade e avaliação profissional da medicina torna-se pura vigilância sobre um número cada vez maior de atividades e comportamentos. A medicina já não se limita a olhar para os nossos corpos; graças à promoção da saúde, quer impedir-nos de fazer as coisas que nos podem fazê-los adoecer e gerir as nossas vidas de modo a ficarmos mais saudáveis e preocupados com a saúde. Estamos perante uma expansão extraordinária do papel da medicina para os assuntos sociais e culturais do quotidiano. Lupton afirma que

“O discurso da promoção da saúde representa, frequentemente, o inimigo como uma falha no autocontrolo, uma invasão de fraqueza, falta de autodisciplina — contra as quais o indivíduo deve estar sempre vigilante. O moralismo que se dispensa às pessoas que ficaram doentes porque se deixaram invadir é o mesmo que é dispensado aos que deixam entrar a doença por não conseguirem regular o seu estilo de vida com a disciplina que se exige.”⁴³⁴

A promoção da saúde responsabiliza os indivíduos pela sua própria saúde e pela manutenção de estilos de vida mais saudáveis, que é como quem diz, por aceitarem o princípio da responsabilidade pela reprodução do seu próprio estatuto de mercadoria; exige-lhes que se tornem empreendedores da própria saúde e vitalidade e do seu papel produtor enquanto capital variável. A promoção da saúde é ainda uma fonte valiosa de lucro económico para os capitalistas donos da indústria farmacêutica. Além do mais, a promoção da saúde, tal como a prevenção de doenças, pode ser mais rentável, ao fazer que os indivíduos assumam a responsabilidade de manter a sua própria saúde e capacidade produtiva de trabalhadores no sistema capitalista. Em termos de receitas fiscais extraídas aos lucros capitalistas, a promoção da saúde pode ser popular, porque é rentável. Todos estes fatores ligados

⁴³⁴ Lupton, D. (1995) *The imperative of health: Public health and the regulated body*, London: Sage, p. 75.

à promoção da saúde tornam-se claros em algumas práticas específicas no âmbito da promoção da saúde. É aqui que a afinidade eletiva entre a biomedicina e a forma mercadoria da medicina encontra o seu ponto de escoamento na medicalização da vida social e, ao fazê-lo, fornece à indústria farmacêutica global uma fonte abundante de acumulação de capital e suporte ideológico.

3.6. A afinidade electiva entre a saúde mental, a biomedicina e a mercantilização

A instância em que melhor se verifica tudo o que acima está descrito é a saúde mental; e, no quadro geral da promoção da saúde, a individualização da saúde mental é um caso exemplar. As políticas de saúde mental, embora não os ignorem totalmente, tendem a menosprezar os imperativos estruturais que condicionam a saúde e o bem-estar e posicionam o indivíduo, e não o sistema de cuidados de saúde, como principal responsável pela sua própria saúde e bem-estar, ao mesmo tempo que o incita a ser produtivo, eficiente, mercadoria saudável, imbuída de uma forte ética do trabalho, num contexto económico de crescimento nulo ou baixo e insegurança laboral crónica.

No Reino Unido, segundo o indicador oficial de pobreza — 60% do rendimento médio —, a percentagem de indivíduos em agregados familiares abaixo da linha de pobreza depois de deduzidas as despesas domésticas cresceu de cerca de 14% em 1979 para quase 25% em 1997. Em 2007, apesar de uma década de expansão económica sustentada, os índices de pobreza mantinham-se elevados, nos 20%, com as pessoas classificadas como vivendo em condições de pobreza extrema (nos 40% do rendimento médio) sem sofrer alterações. Em 2009, a pobreza nos adultos da classe trabalhadora sem crianças dependentes tinha atingido o nível máximo desde o primeiro registo, em 1961⁴³⁵.

Mais ou menos no mesmo período, a disparidade entre pobres e ricos continuou a crescer, com os rendimentos do quinto mais pobre das famílias a descer 2,6%, enquanto os do quinto mais rico cresciam quase 3,3%⁴³⁶. Em 2011, três anos após o início da recessão, considerava-se que

⁴³⁵ IFS (Institute for Fiscal Studies) (2009) Press release: Income inequality hit record high before the recession started, p2, www.ifs.org.uk/pr/hbai09.pdf.

⁴³⁶ IFS, 2009: 3.

22,7% da população do Reino Unido vivia em risco de pobreza, o equivalente a 14 milhões de pessoas⁴³⁷. As prestações sociais foram reduzidas e aceder-lhes foi-se tornando cada vez mais difícil; metade dos pobres está empregada; 4,4 milhões de empregos pagam salários inferiores a sete libras à hora; a tipologia de trabalhos disponíveis é cada vez mais a do trabalho sem segurança, subcontratações, contratos de zero horas, mal pagos; e os capitalistas recebem ajudas do Estado no valor de 11 biliões de libras, sob a forma de complementos salariais subsidiados⁴³⁸.

Com tamanho mal-estar estrutural, é normal que os problemas mentais aumentem. No entanto, esta situação representa também uma oportunidade de lucro e expansão ideológica para a indústria médica e para o Estado, respetivamente. Por exemplo, a incapacidade de atingir o inatingível leva ao desespero e à percepção de insucesso e para quem tem predisposição para problemas do foro mental, estas limitações de índole estrutural oferecem mercados lucrativos para a indústria farmacêutica, incentivada a inventar medicamentos antidepressivos, os mais lucrativos dos quais são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), a nova geração de medicamentos (sintéticos). Em 2002, foram passadas 2,4 milhões de receitas para ISRS⁴³⁹. À escala global, os medicamentos antidepressivos geram cerca de 17 biliões de dólares por ano para a indústria farmacêutica. Juntamente com outros medicamentos comportamentais, o mercado das drogas (legais) ligadas ao estilo de vida obtém lucros anuais acima dos 23 biliões de dólares.

Acresce que o motivo pelo qual as pessoas tendem a aceitar os obstáculos estruturais e internalizá-los como sintomas de patologia se devem, em parte, ao facto de a biomedicina assumir a hegemonia ideológica ao definir as causas dos distúrbios mentais sobretudo em termos físicos e individuais. Na ausência de causas genéticas perceptíveis ou referência a lesões específicas, a biomedicina transformou, em alternativa, conjuntos de comportamentos observados e sintomas de doenças em classificações de doença mental. Mais concretamente, alega que descobriu três classificações latas de doença mental, dividida

⁴³⁷ Office for National Statistics (2013) 'Poverty and Social Exclusion in the UK and EU, 2005-2011, Key Findings', http://www.ons.gov.uk/ons/rel/household-income/poverty-and-social-exclusion-in-the-uk-and-eu/2005-2011/rpt-_poverty-and-social-exclusion.html.

⁴³⁸ Citizens UK (2015) 'Taxpayers Subsidise Big Business by an Estimated £11 billion a Year', <http://www.citizensuk.org/taxpayer>.

⁴³⁹ Gunnell, B. (2004) The happiness industry, *New Statesman*, 6 September.

em neuroses, psicoses e distúrbios de personalidade. Depois, dividiu estas classificações em categorias mais restritas. Por exemplo, as neuroses cobrem tipos de síndromas depressivos e de ansiedade e a psicose classificações como a esquizofrenia. O argumento é que na base desta classificação estarão causas genéticas e químicas desconhecidas, ainda à espera de serem descobertas.

3.7. Medicalizar a obesidade

Uma outra evidência do modo como a afinidade eletiva entre a biomedicina e a forma mercadoria da medicina encontra o seu ponto de escoamento na medicalização da vida social, ao mesmo tempo que coloca à disposição da indústria farmacêutica global uma fonte abundante de acumulação de capital e de suporte ideológico, é a obesidade. A obesidade é vista como uma epidemia dos dias de hoje, uma crise global e uma “bomba-relógio”. O Departamento de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE publica regularmente “dados atualizados sobre a obesidade”⁴⁴⁰. “O relatório *Foresight* de 2007 estimou que os custos diretos de prestação de cuidados de saúde relacionados com o excesso de peso ou obesidade seriam de 4,2 biliões de libras, crescendo potencialmente para 6,3 biliões em 2015 e 9,7 biliões em 2050. Uma análise mais recente estima que ter peso a mais ou ser obeso custa ao NHS 5,1 biliões de libras por ano”⁴⁴¹. Como veremos na próxima secção, a obesidade como uma das principais áreas de promoção da saúde é mais um exemplo de como a biomedicina reduz a doença ao corpo e ao individual, dando ao Estado os meios para considerar os indivíduos responsáveis pelo seu próprio bem-estar e à indústria farmacêutica a possibilidade de expandir o seu domínio de acumulação, sendo a medicalização o ponto em que os três interesses coincidem, reificando questões sociais e problemas pessoais em maleitas biológicas sujeitas a tratamento médico e mercantilização.

⁴⁴⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat Key Facts – England*, update 2012, February 2012, available at: www.oecd.org

⁴⁴¹ Government Office for Science, *Foresight Report, Tackling Obesities: Future Choices – Project Report*, 2nd Edition, October 2007.

As causas primordiais da obesidade são claramente sociais, uma mistura de tecnologias para facilitar a mão-de-obra, avanços em TI, ao ponto de o fluxo de informação e conhecimento permitir-nos usar o fax, o telefone ou o e-mail em vez de andar ou falar; o carro e o centro comercial substituíram o comércio local; os desenvolvimentos tecnológicos no trabalho reduziram os gastos energéticos, recorrendo a menos energia humana para produzir mais bens e serviços; mudanças culturais no modo como comemos e trabalhamos sem parar estão relacionadas com a influência nefasta da indústria de refeições rápidas na nossa dieta. Porém, a reificação da obesidade, através do mecanismo de medicalização, significa que a obesidade é reinterpretada como patologia individual, sintoma de preguiça, desleixo e comportamentos indulgentes, estreitamente ligados à sua reinterpretação em termos biomédicos. Em ambos os casos, o contexto social envolvente dilui-se e os indivíduos são estigmatizados, considerados desviantes, com estatuto e valor inferiores.

Por outro lado, a obesidade estabelece um poderoso símbolo de controlo sobre o volume e formato do corpo e, a montante, sobre o que é considerado um estilo de vida apropriado — que o Estado, tomado pelos contornos ideológicos do neoliberalismo, se apressa a aproveitar. A obesidade é assim colocada num estatuto de algo repugnante, perante a perspetiva ideológica dos indivíduos como empreendedores egoístas e independentes, responsáveis pela sua própria saúde e bem-estar. Num sentido simbólico, a obesidade representa o estatuto desviante em relação às atuais aspirações sociais em torno de comportamentos individuais e deveres morais, símbolo da decadência e de uma cultura de dependência e antiempreendedora, um autêntico escoadouro das finanças públicas⁴⁴².

Por outro lado ainda, a medicalização da obesidade como questão genética ou de estilo de vida cria um ponto de entrada para a indústria farmacêutica. A este respeito, a pretensão de que o metabolismo fraco seria um fator determinante para a obesidade, impedindo o equilíbrio entre o consumo de alimentos e o gasto energético, foi, juntamente com estudos epidemiológicos sobre a influência causal das hormonas, um dos incentivos à descoberta da “hormona da gordura”, a leptina, em 1993, que visava demonstrar como níveis baixos ou altos de leptina, ou até a incapacidade de produzi-la, estavam ligados à obesidade: níveis

⁴⁴² Townend, L. (2009) The moralizing of obesity: A new name for an old sin? *Critical Social Policy*, vol. 29, no 2, pp. 171-190.

baixos provocariam obesidade, e altos, magreza. Alvitrou-se que a leptina regularia os níveis de proteína associados à comunicação do apetite ao cérebro, com os níveis baixos a aumentar o apetite e os altos a diminuí-lo. No entanto, as investigações posteriores concluíram que muitos obesos têm níveis altos de leptina, deixando claro que, embora a leptina seja, de facto, uma hormona crucial no que diz respeito a alterações ligadas ao apetite e ao peso, há outros factores envolvidos na mediação da hormona na relação entre o apetite e o cérebro.

Até hoje, não foi descoberto nenhum “gene da gordura”, nem é provável que tal venha a acontecer. Não obstante, a linguagem da “epidemia de obesidade” e a conversa da “crise da obesidade” cumprem o objetivo de criar as condições para que a indústria farmacêutica vá atrás das possibilidades de lucro associadas à oferta de tratamentos médicos e dietéticos (que é como quem diz, soluções biológicas e pessoais) para causas sociais estruturais. Um desses filões, bem explorado, são os medicamentos antiobesidade de venda livre, que agem sobre o sistema nervoso central para controlar o apetite, como o *Meridiam*, o *Pondimin* e o *Redux*; e ainda o *Xenical*, que age sobre o intestino, para restringir a capacidade de metabolizar gordura — um método de redução de peso por indução de náuseas e dissuadindo o consumo excessivo de alimentos gordos⁴⁴³. Outro exemplo é a explosão de produtos e serviços dietéticos, incluindo regimes alimentares, grupos de apoio às dietas, suplementos alimentares, substitutos de refeições, livros, vídeos e grupos de exercício. Nos EUA, os produtos e serviços de perda de peso (cirurgia bariátrica, comprimidos para emagrecer, centros de perda de peso, venda de dietas online) proporcionam à indústria farmacêutica receitas anuais de cerca de 60 biliões de dólares⁴⁴⁴. No Reino Unido, valem um bilião de libras por ano⁴⁴⁵. À escala global, a medicalização da obesidade impulsionou a sua mercantilização, agora redefinida como “o mercado global da perda de peso” ou, em alternativa, como “o mercado global da gestão da perda de peso”, que

⁴⁴³ Ruppel Shell, E. (2003) *Fat wars. The inside story of the obesity industry*, London: Atlantic Books, p. 143.

⁴⁴⁴ Market Research.com (2014) ‘The U.S. Weight Loss Market: 2014 Status Report & Forecast’, http://www.marketresearch.com/Marketdata-_Enterprises-_Inc-_v416/Weight-_Loss-_Status-_Forecast-_8016030.

⁴⁴⁵ The Marketer (2012) ‘Weight loss marketing’, <http://www.themarketer.co.uk/archives/trends/weight-loss-marketing/>.

tem receitas estimadas de 593,3 bilhões de dólares por ano (ver tabela abaixo para categorias discriminadas)⁴⁴⁶.

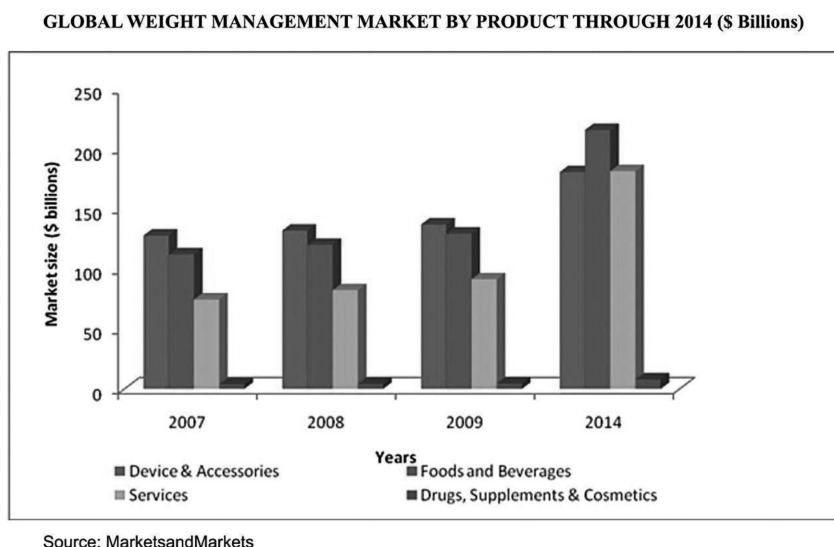


Figura 5.4. Mercado global de gestão da perda de peso por produto, 2007-2014.

Como já assinalámos, um dos principais subprodutos da medicalização é o papel que desempenha na transformação da medicina e cuidados de saúde enquanto necessidades sociais em forma mercadoria. É certamente o caso da obesidade. A obesidade é uma arma ideológica empunhada pelo Estado, uma faceta da atomização social, incluindo a autorresponsabilidade pela reprodução da força de trabalho, ao mesmo tempo que impõe, também por via da medicalização, fundamentação para a expansão da provisão de mercadorias no campo da medicina e cuidados de saúde. Não quer isto dizer que não haja ninguém a beneficiar da gama de tratamentos descritos em cima; a investigação indica que há benefícios claros para aqueles classificados como sofrendo de “obesidade mórbida”. O argumento é que o foco na obesidade e na “epidemia de obesidade” é motivado tanto pela ideologia e pelos lucros possibilitados por via da medicalização que, em última instância, menoriza os motivos estruturais por trás do crescimento do peso médio

⁴⁴⁶ Markets and Markets (2014) ‘Global Market for Weight Loss Worth US\$586.3 Billion by 2014’, http://www.marketsandmarkets.com/PressReleases/global-_market-_for-_weight-_loss-_worth-_726-_billion-_by-_2014.asp

na sociedade. Como já vimos, a finalidade subjacente das políticas de obesidade é o mecanismo mais vasto da promoção da saúde, um assalto ideológico de maiores dimensões, com vista a destruir a responsabilidade coletiva e a internalizar o princípio da responsabilidade pela reprodução do estatuto de mercadoria de cada um de nós, tornando-nos empreendedores da nossa própria saúde e da vitalidade do papel produtivo enquanto capital variável.

3.8. Comentário final

Este artigo explicou como e porquê a produção de cuidados médicos e de saúde foi totalmente tomada pela forma mercadoria da produção capitalista. Daí que o significado e prática da medicina moderna oscilem entre a forma mercadoria e a resposta a necessidades sociais como valor de uso. A questão central do artigo é que a lei do valor exerce um controlo muito ténue sobre o sistema de cuidados médicos e de saúde; e que, estejamos a falar dos sistemas dos EUA ou do Reino Unido, ou de todos os de permeio, a biomedicina funciona como poderoso mecanismo de suporte ideológico e material. A consequente capacidade da biomedicina, sob a batuta do Estado, para colonizar outras formas de medicina e, assim, expandir o mercado da indústria farmacêutica proporcionou um ponto de escape para as contradições e condicionamentos financeiros acumulados que se erguem perante o sistema de cuidados de saúde, individualizando a responsabilidade pelos tratamentos. Paralelamente, o processo de medicalização dá ao Estado os meios para encobrir ideologicamente as causas capitalistas das enfermidades, individualizando a responsabilidade pelo seu surgimento, ao mesmo tempo que expande as fronteiras dos lucros da indústria farmacêutica.

Podemos concluir que as funções curativa e de controlo (ideológico) no cerne da medicina capitalista são contradições insolúveis e cada vez mais insustentáveis. As instituições da medicina e dos cuidados de saúde são impulsionadas por várias agências, profissionais de saúde, indústria farmacêutica, um público cada vez mais informado e capital privado, numa luta em aberto pelo estatuto de mercadoria da medicina, que encontra expressão numa trajetória de medicalização biomédica sem limites claros, apesar das constantes tentativas para limitar o volume de capital gasto em sistemas médicos e de cuidados de

saúde. Todas as agências exigem o seu quinhão de um sistema de cuidados de saúde e medicina de orientação biomédica; a indústria farmacêutica controla o fluxo de medicação e tecnologias associadas; as novas técnicas e medicamentos ajudam a produzir novas curas, mas também novos problemas médicos; a classe trabalhadora exige mais acesso, e o Estado é compelido a concedê-lo, sob pressão das autoridades médicas, de saúde e farmacêuticas. Neste contexto, a natureza problemática da mercantilização da medicina e dos sistemas de cuidados de saúde manifesta-se na medicalização do quotidiano.

NOTAS CONCLUSIVAS

Este trabalho, em síntese, procurou estabelecer a evolução histórica da relação entre os cuidados de saúde em Portugal, os regimes políticos, as fases de desenvolvimento do capitalismo português no século xx e as mudanças na força de trabalho no país. Concluimos que a saúde em Portugal tem sido pautada, no período contemporâneo, por uma ligação entre a massa salarial e o acesso a cuidados de saúde, com excepção do período da revolução de Abril até aos anos 90 do século xx, em que a criação de um serviço universal de prestação de cuidados de saúde estabeleceu uma maior igualdade no acesso a estes. Permitindo uma saúde desvinculada dos níveis de rendimento, ou seja, não subordinada à origem social, classe ou fracção de classe social, formação e qualificação, entre outras variáveis.

Factores objectivos e subjectivos actuam na evolução histórica dos cuidados de saúde ao longo do século xx. Actuam em todos os processos históricos. Os primeiros são de ordem objectiva e prendem-se com as necessidades de acumulação do modo de produção, e são independentes no essencial da pressão do movimento operário ou de lutas políticas. Em suma, não é verdade que a ampliação dos cuidados de saúde só seja resultado da força da pressão das lutas sociais, é-o também das necessidades dos proprietários de capitais (nas suas diversas formas, propriedades, maquinaria, matérias-primas, títulos), que sem uma força de trabalho mantida não podem ver esses capitais ampliados, vulgo, retorno do investimento. O país modernizou-se, nos anos 50 e 60 do século xx, com salários baixos, pouco investimento, modernização atrasada, mas modernizou-se e transferiu massivamente população rural para o espaço urbano industrializado, e tinha escassez de força de trabalho qualificada, situação que se agravou com a emigração e a guerra colonial. A ampliação dos cuidados de saúde no Estado Novo prende-se sobretudo com esta mudança, que foi criando

um sistema dual de prestação de cuidados de saúde: previdenciário e assistencialista. Estando o primeiro destinado às camadas da população com mais rendimentos ou força de trabalho escassa/de difícil substituição, e um sistema assistencial para camadas pobres da população – a maioria. Sistema pobre para pobres, mediano para medianos, e que nunca alcançou lograr o pleno desenvolvimento possível – nunca foi um sistema rico para ricos. Porque justamente não tinha escala para criar um sistema de saúde de ponta – isso só vai acontecer com o sistema planificado, centralizado e unificado após revolução de 1974 e 1975 e os desenvolvimentos que vão conduzir ao SNS, em 1979. De certa forma, foi preciso uma revolução social para se ter um sistema de saúde de nível de países ricos, porque o sistema de adequar saúde a classes de rendimentos empobrece o sistema todo, não utiliza toda a capacidade instalada e consequentemente tende a empobrecer-se científica e tecnicamente.

A segunda ordem de factores é de dimensão subjectiva: a revolução, isto é, a luta política organizada, que gerou uma transferência de 18% do rendimento do capital para o trabalho, em grande medida na criação de um Estado Social, impôs a junção entre previdência e assistência dando o passo fundamental para a criação do SNS, que se oficializou em 1979, criando de facto uma elevação salarial indirecta significativa, alcançando resultados extraordinários, do ponto de vista do acesso a cuidados de saúde, colocando Portugal entre os países com melhores, mais eficientes tecnicamente e mais justos sistema de saúde do mundo.

As mudanças nos anos 80 e anos 90, até à criação dos Hospitais SA, depois EPE, no início deste século, criaram um sistema que hoje coloca o SNS de facto como um seguro público, porque separa o prestador do financiador, criando assim um mercado para o sector privado, e gerando hoje aquilo que se configura tendencialmente como um novo sistema dual em que a população com rendimentos tem acesso a cuidados mais especializados, ficando cada vez mais um sistema desnatado para a população reformada, desempregada ou de baixos salários. Entre as conclusões deste trabalho destaca-se o aumento ao recurso a médicos em fase de formação na especialidade, que tendem a não permanecer no SNS, o que disparou na última década. Este crescimento questiona a qualidade dos cuidados prestados aos utentes do SNS – é como se o SNS voltasse ao registo anterior aos anos 60 do século xx, em que os hospitais eram centros de tratamento de pobres e, por essa via, de

formação – sendo que os médicos após essa especialização passavam a atender nos consultórios privados e em clínica livre.

Neste estudo o papel dos médicos foi relevado, pela importância fundamental que tiveram na construção do SNS, porque compreenderam a indissociabilidade entre as carreiras médicas, o SNS e a prestação universal de cuidados de saúde.

O número de profissionais médicos a exercer no SNS teve uma evolução miserável se considerarmos o potencial em número de médicos formados desde a década de 70, sobretudo desde a criação do SNS. Em particular, verifica-se, nas nossas conclusões, a evolução negativa nos cuidados primários de saúde. Isto é, são formados muito mais médicos pelo SNS do que aqueles que ficam a trabalhar nele.

Em termos de gastos, desde o início do século XXI até agora, estes têm estado mais ou menos congelados, com oscilação de crescimento marginal. A queda tanto do custo da mão de obra no orçamento total da saúde como do rendimento particular desses profissionais, é provada aqui. O aumento das horas de trabalho acima do aumento dos profissionais, sobretudo na fase pós Memorando de Entendimento, indiciam que os estudos relativos ao aumento do *burn-out* são procedentes, uma vez que a produtividade do SNS está a ser realizada agora sobre a variável esforço médico, e hoje não são os métodos de gestão directamente relacionados com a esse aumento, mas a utilização da força de trabalho até níveis próximos do seu limite, ou mesmo para lá dele, que marcam o ritmo da produtividade. Não é a correcta e necessária racionalização de meios, mas a erosão destes meios que hoje determina o estado do SNS.

A segunda parte deste estudo analisa as formas de privatização do *National Health Service* no Reino Unido e as suas consequências, dando particular destaque aos métodos de criação de uma «indústria de cuidados de saúde», ou seja, a transformação de um serviço público essencial em gerador de lucro – as consequências, mas também as dificuldades dessa transformação são aqui analisadas, porque, ainda hoje, privatizar a saúde tem limites objectivos inultrapassáveis, que originam o caos, a destruição de recursos e margens de lucro, mesmo assim, nem sempre fáceis de alcançar.

PARTE III

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

A SITUAÇÃO ATUAL, OS PROBLEMAS QUE ENFRENTA E OS DESAFIOS FUTUROS

EUGÉNIO ROSA⁴⁴⁷

Economista

Fevereiro de 2019

⁴⁴⁷ edr2@netcabo.pt . www.eugeniorosa.com

ÍNDICE

NOTAS INICIAIS DE ENQUADRAMENTO.....	293
I- A EVOLUÇÃO DA DESPESA TOTAL (Pública + Privada) DE SAÚDE EM PORTUGAL E NOS PAÍSES DA OCDE E OS GANHOS EM SAÚDE	295
II – O AUMENTO DA DESPESA PÚBLICA COM SAÚDE INFERIOR AO DA DESPESA TOTAL, O CRESCIMENTO RÁPIDO DA DESPESA PRIVADA (inclui a das famílias) COM SAÚDE E O SUBFINANCIAMENTO CRÓNICO DO SNS QUE IMPULSIONOU A EXPLOÇÃO DO NEGÓCIO PRIVADA SAÚDE NO NOSSO PAÍS.....	301
III – A PROMISCUIDADO PÚBLICO-PRIVADO QUE EXISTE NO SNS, AGRAVA AS SUAS DIFICULDADES E ALIMENTA A EXPLOÇÃO DO NEGÓCIO PRIVADO DA SAÚDE EM PORTUGAL.....	307
IV – O SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ADSE, EFEITOS POSITIVOS (redução da pressão) E NEGATIVOS (descapitalização de recursos humanos) PARA O SNS E O FINANCIAMENTO DOS GRUPOS PRIVADOS DA SAÚDE PELA ADSE	312
1. A ADSE é muito diferente de um seguro de saúde privado	313
2. A ADSE é financiada quase exclusivamente pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública	317
3. O paradigma da ADSE é só sustentável com uma gestão eficiente e rigorosa e com um controlo muito rigoroso da despesa.....	319
4. Algumas questões que importa ainda esclarecer pois têm sido utilizadas na comunicação social para atacar a ADSE	326

V- AS PROPOSTAS DE NOVA LEI DE BASES DA SAÚDE DE MARIA DE BELÉM, DO GOVERNO E DOS DIFERENTES PARTIDOS APRESENTADAS NA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA EM 2019.....	331
1. A proposta de nova lei de bases da saúde elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém.....	331
2. A proposta de nova lei de bases da saúde apresentada pelo governo	341
3. A proposta de nova lei de bases da saúde apresentada pelo PSD/PP	343
4. A proposta de lei de bases da saúde apresentada pelo CDS	345
5. A proposta de nova lei de bases da saúde do Bloco de Esquerda.....	346
6. A proposta de nova lei de bases da saúde do PCP	347
VI – 10 CONCLUSÕES E REFLEXÕES FINAIS	349

NOTAS INICIAIS DE ENQUADRAMENTO

Comemora-se este ano o 40º aniversário da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É o momento adequado para fazer um balanço não só do SNS, das dificuldades que enfrenta e dos desafios futuros que se lhe colocam, mas também de todo o setor da saúde em Portugal, incluindo o negócio privado de saúde que explodiu no nosso país alimentado pelas dificuldades do SNS, financiado pelos sub-sistemas públicos de saúde (ADSE, ADM) e pelos seguros de saúde. E vamos fazê-lo na ótica de um economista da saúde.

E isto também porque a situação do setor da saúde em Portugal assim como as dificuldades que enfrenta o SNS tem sido objeto de um amplo debate no espaço público, estando a ser aproveitadas as dificuldades do SNS para o atacar e mesmo para promover/defender ainda mais o negócio privado da saúde como fosse a solução, chegando-se ao ponto de se defender que ele deve ser tratado pelo Estado da mesma forma que o setor público da saúde, tendo o Estado a obrigação de o financiar com impostos pagos pelos portugueses para assim garantir os seus lucros como propõe o projeto da comissão presidida por Maria de Belém e, mais abertamente, os projetos apresentados pelo PSD/PP e pelo CDS na Assembleia da República.

Nos últimos anos, como consequência das dificuldades criadas ao SNS – subfinanciamento crónico, insuficiência de profissionais, ineficiências a nível de gestão, promiscuidade, etc. – verificou-se um crescimento explosivo do negócio privado da saúde em Portugal, em que cinco grandes grupos privados da saúde – Luz, José Mello Saúde, Lusiadas, Trofa e grupo Hospitais Privados do Algarve – alguns deles controlados por grandes grupos estrangeiros dominam completamente o setor privado da saúde, domínio esse conseguido com o apoio do próprio Estado. São exemplos comprovativos disso as Parcerias Público-Privadas na saúde em que foi entregue à gestão privada daqueles grupos quatro grandes

hospitais públicos (*Loures, Cascais, Braga e Vila Franca Xira*) pela gestão dos quais o Estado paga em média anualmente 474 milhões €, assim como uma gestão da ADSE, que não acautelou devidamente os interesses dos beneficiários, dos pequenos e médios prestadores e da própria ADSE, e permitiu a captura desta por aqueles 5 grandes grupos que impuseram preços abertos sem qualquer controlo, que eliminaram centenas de pequenos e médios prestadores de saúde, e que ameaçam a ADSE com rescisões das convenções se as suas imposições não forem aceites. E isto quando aqueles grupos só se conseguiram desenvolver e consolidar à custa do SNS e dos subsistemas públicos de saúde.

Utilizando apenas dados oficiais cujas fontes indicaremos, analisar-se-á como a despesa total, pública e privada, com saúde tem evoluído em Portugal ao longo dos últimos anos comparando-a com a de outros países; como o subfinanciamento crónico do SNS, fator de ineficiências e de desresponsabilização, e a promiscuidade público-privado (incluindo a de profissionais e não apenas a nível de gestão de unidades de saúde) tem afetado e está a destruir o SNS, que os sucessivos se recusam a enfrentar e resolver. E como tudo isto, ao pôr em perigo o SNS; está a contribuir para a explosão do negócio privado da saúde em Portugal. Também se analisarão as propostas de nova lei de bases da saúde apresentadas em 2019 pelo governo e pelos diferentes partidos em que a promiscuidade dos profissionais de saúde, que corrói por dentro o SNS, é mais uma vez ignorada como não existisse (por aqui se vê a força do espírito corporativo e dos “*lobby*” que dominam o setor da saúde em Portugal) bem são esquecidas medidas concretas para acabar com o subfinanciamento crónico do SNS que está destruí-lo.

Para facilitar a análise vamos dividir este estudo sobre os serviços de saúde em Portugal em cinco partes, a saber:

1.^a A evolução da despesa total, pública e privada, com a saúde em Portugal e nos países da OCDE, bem como os ganhos de saúde obtidos;

2.^a O aumento da despesa pública com saúde inferior ao da despesa total com saúde em Portugal, o crescimento rápido da despesa privada (*inclui a das famílias*) com saúde e o subfinanciamento crónico do Serviço Nacional de Saúde que impulsionou a explosão do negócio privado da saúde, e o domínio do setor privado pelos 5 grandes grupos de saúde;

3.^a A promiscuidade público-privada que existe no SNS, que agrava as suas dificuldades, e alimenta o negócio privado da saúde em Portugal, assim como as caraterísticas desta promiscuidade;

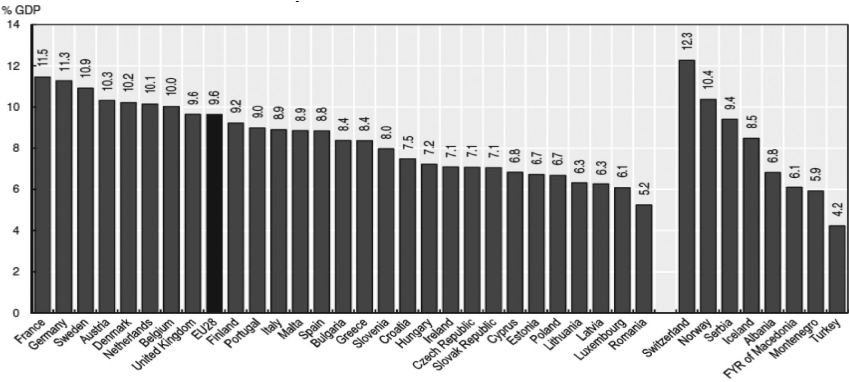
4.^a O subsistema público de saúde ADSE, efeitos positivos (*redução da pressão*) e negativos (*descapitalização de meios humanos*) para o SNS e o financiamento dos grupos privados de saúde;

5.^a As propostas de nova Lei de Bases de Saúde do governo e dos diferentes partidos apresentadas em 2019 que continuam a ignorar a promiscuidade dos profissionais de saúde e o subfinanciamento crónico do SNS.

I – A Evolução da Despesa Total (Pública + Privada) de Saúde em Portugal e nos Países da OCDE e os Ganhos em Saúde

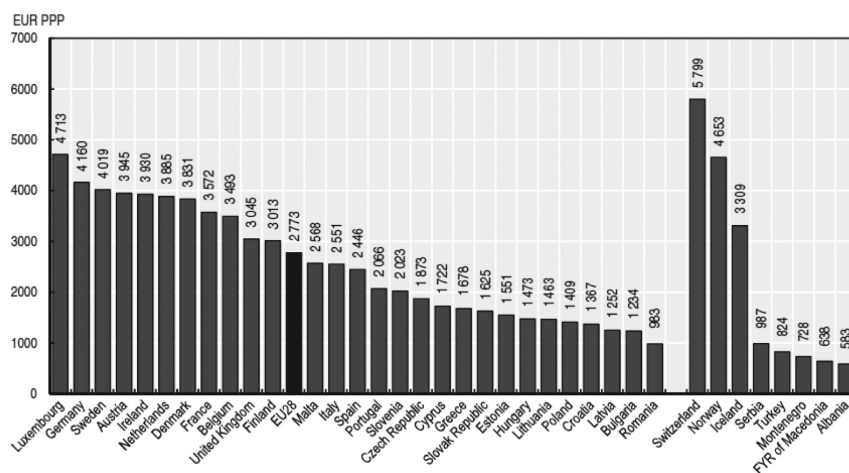
O gráfico 1, retirado da publicação da OCDE “*Health at a Glance 2018*”, mostra com clareza a situação atual de Portugal, no que se refere a despesa com saúde (inclui despesa pública e privada), medida em % do PIB no contexto da OCDE

Gráfico 1. Despesa com saúde (pública e privada) medida em percentagem do PIB nos países da OCDE – 2017 – Fonte OCDE



Em percentagem do PIB, a despesa total com a saúde dos portugueses representava 9% do PIB em 2017, quando a média na União Europeia era 9,6% do PIB, na França 11,5% do PIB, na Alemanha 11,3%, etc. A diferença para pior da situação de Portugal torna-se mais clara quando se compara a despesa média de saúde por habitante (*pública + privada*) em euros PPP nos diversos países da OCDE. O gráfico 2, também da OCDE – “*Health at a Glance 2018* – mostra isso.

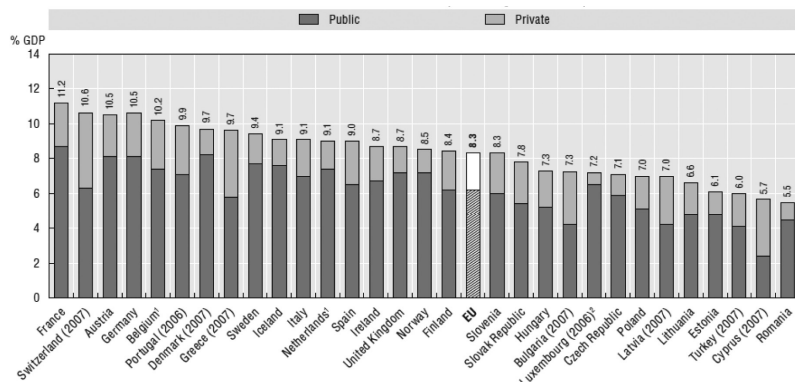
Gráfico 2. Despesa com saúde (pública e privada) per-capita
(por habitante) nos países da OCDE – em 2017



Em 2017, a despesa per-capita (pública + privada) com saúde em Portugal foi apenas 2.066 € PPP, quando a média por habitante nos países da União Europeia era, no mesmo ano, de 2.773€ PPP, ou seja, + 34,2%. Se a comparação fosse feita a preços correntes, e não em Paridades Poder de Compra, a diferença seria certamente ainda maior.

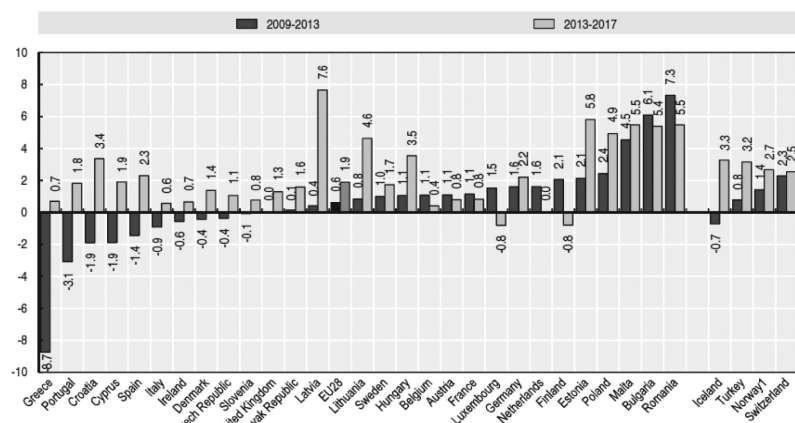
Se comparamos a situação de 2017 com a de 2006/2007, utilizando também dados da OCDE, concluímos que se verificou um retrocesso em Portugal quando se verificou o inverso na maioria dos países da União Europeia, já que a despesa total com a saúde no nosso país, medida em % do PIB, diminuiu como mostra o gráfico 3

Gráfico 3. Despesa com saúde (pública e privada) medida em percentagem do PIB nos países da OCDE – 2007 (Portugal: 2006) – Fonte OCDE



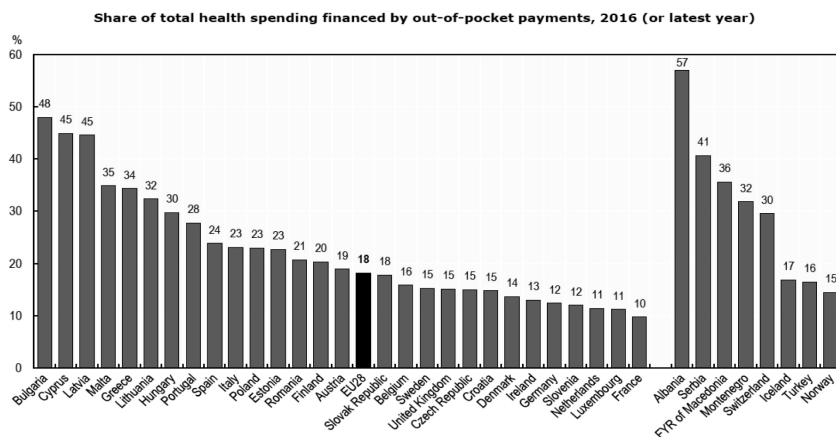
Em 2006, a despesa total (pública + privada) com a saúde em Portugal correspondia a 9,9% do PIB, enquanto em 2017 representava apenas 9% do PIB. Uma situação inversa verificou-se na maioria dos países da União Europeia cuja peso, em % do PIB, aumentou em média, entre 2008 e 2017, de 8,3% do PIB para 9,6% do PIB. Portanto, a saúde em Portugal tem, com o andar dos anos, menos recursos, enquanto na maioria dos países da União Europeia sucede precisamente o contrário. O gráfico 4, também da OCDE, com as taxas de variação da despesa com saúde, nos vários países, no período 2003/2017 mostra com clareza isso

Gráfico 4. Taxa real de variação anual da despesa per-capita com saúde nos países da OCDE – período 2009/2013 e 2013/2017



Segundo a OCDE, no período 2009/2013 a despesa com saúde por habitante diminuiu 3,1% anualmente em Portugal, tendo crescido, entre 2013 e 2017, cerca de 1,8% por ano (*próximo da inflação*). Na União Europeia verificou-se sempre um crescimento anual (0,6% ao ano entre 2009/2013, e 1,9% ao ano entre 2013/2017). Um aspeto extremamente grave é que a percentagem de despesa com saúde suportada pelas famílias é muito mais elevada em Portugal do que nos países da União Europeia como mostra o gráfico 5 da OCDE, apesar dos salários em Portugal serem cerca de metade da média da União Europeia.

Gráfico 5. Percentagem da despesa total com saúde suportada pelas famílias-2016

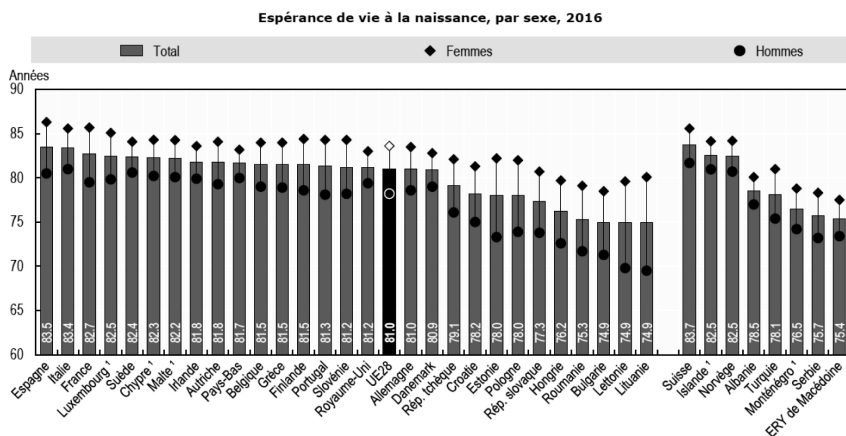


Source: OECD Health Statistics 2018: Eurostat Database.

Em Portugal, em 2016, 28% da despesa com a saúde era suportada diretamente pelas famílias, quando a média nos países das União Europeia era, no mesmo ano, apenas de 18% como mostram os dados da OCDE.

Apesar da saúde em Portugal dispor de menos recursos, a esperança de vida à nascença em Portugal em 2016 era superior à média dos países da União Europeia como mostra o gráfico 6

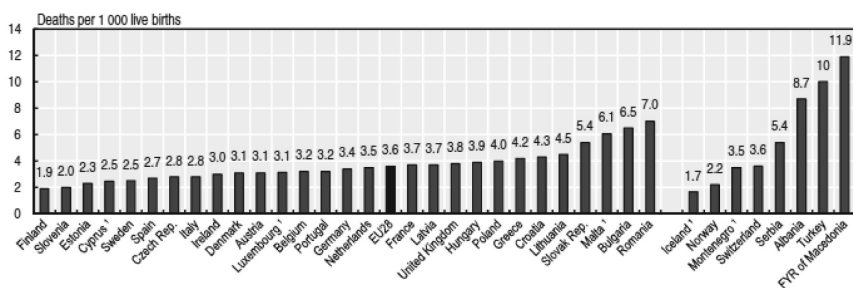
Gráfico 6. Esperança de vida à nascença – 2016 – Fonte: OCDE



Em 2016, a esperança de vida à nascença para homens e mulheres era, em Portugal, de 81,3 anos, enquanto a média na União Europeia era de 81 anos. Portugal com muito menos recursos destinados à saúde do que a média dos países da União Europeia obtinha, em ganhos de saúde, melhores resultados. Os efeitos positivos de um SNS universal e tendencialmente gratuito são claros.

O mesmo sucede em relação à mortalidade infantil, outro indicador utilizado para medir os ganhos de saúde

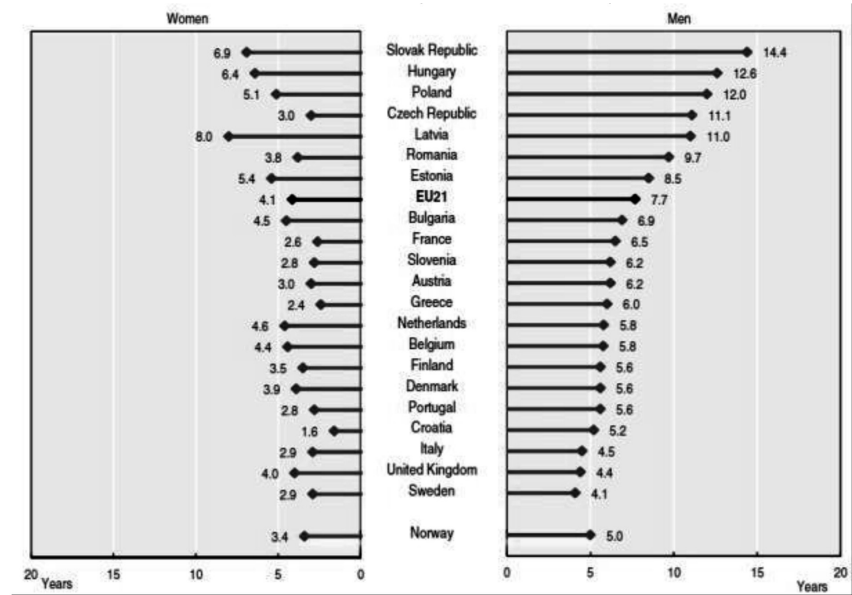
Gráfico 7. Mortalidade infantil nos países das OCDE – 2016



A mortalidade infantil, em 2016, últimos dados divulgados no “*Health at a Glance 2018*”, era, em Portugal, de 3,2 mortes por 1000 nascimentos, enquanto a média na União Europeia, no mesmo ano, era de 3,6 mortes por 1000 nascimentos.

Um outro aspeto importante é a redução das desigualdades sociais que resulta da existência do SNS, como revela o gráfico seguinte do *Health at a Glance 2018*”.

Gráfico 8. Diferença de esperança de vida aos 30 anos entre a população com baixo e alto nível de educação, 2016 (ou ano mais próximo)



Embora o rendimento médio da população portuguesa seja inferior à média da União Europeia e, em particular, à dos países da Zona do Euro, a diferença de esperança de vida aos 30 anos dos portugueses com baixo e alto nível de educação (Mulheres: 2,8 anos; Homens: 5,6 anos) é inferior à média da União Europeia (respetivamente 4,1 anos e 7,7 anos). Esta situação mais favorável de Portugal em relação à média da União Europeia é certamente também uma consequência da existência de um SNS universal e tendencialmente gratuito. É evidente também que se a degradação deste continuar inevitavelmente as desigualdades se acentuarão.

II – O Aumento da Despesa Pública com Saúde Inferior ao da Despesa Total, o Crescimento Rápido da Despesa Privada *(Inclui a das Famílias)* e o Subfinanciamento Crónico do SNS que Impulsionou a Explosão do Negócio Privado da Saúde no Nosso País

O quadro 1, com os últimos dados divulgados pelo INE sobre a evolução da despesa corrente com saúde em Portugal nos últimos 17 anos, repartida por financiadores, dá bem uma ideia da perda do peso da despesa pública com saúde, o que explica as dificuldades crescentes do Serviço Nacional de Saúde

Quadro1. A despesa corrente com saúde em Portugal por entidades financiadoras

ANOS	Despesa corrente total com saúde em Portugal - Milhões €	Despesa Pública corrente em saúde (sem subsistemas públicos de saúde) Milhões €	Subsistemas públicos de saúde (inclui ADSE) Milhões €	Despesa corrente SNS + Serviços Regionais de Saúde dos Açores e Madeira - Milhões€	Despesa corrente com saúde do setor privado (inclui a despesa com saúde das famílias) Milhões €	Despesa das famílias com saúde Milhões€
2000	10 758,8	6 906,7	674,8	6 307,0	3 177,3	2 687,8
2001	11 414,9	7 262,7	820,7	6 626,2	3 331,6	2 791,4
2002	12 206,5	7 793,2	1 067,2	7 104,7	3 346,0	2 755,1
2003	13 010,3	8 235,1	1 002,9	7 485,8	3 772,4	3 023,3
2004	14 163,7	8 938,1	1 121,0	8 114,0	4 104,6	3 262,2
2005	14 966,3	9 486,4	1 180,1	8 609,6	4 299,9	3 488,6
2006	15 188,8	9 410,0	1 090,4	8 490,6	4 688,4	3 817,5
2007	15 907,6	9 697,8	1 232,6	8 715,2	4 977,2	4 083,5
2008	16 729,1	10 221,4	1 218,7	9 162,8	5 288,9	4 319,3
2009	17 332,4	10 812,5	1 306,5	9 715,2	5 213,5	4 265,4
2010	17 668,2	11 594,9	731,9	10 507,2	5 341,3	4 338,5
2011	16 790,7	10 689,2	677,2	9 640,6	5 424,3	4 415,8
2012	15 742,3	9 659,4	662,7	8 991,9	5 420,2	4 435,5
2013	15 476,7	9 714,8	642,6	9 070,2	5 119,3	4 173,4
2014	15 615,8	9 732,7	586,5	9 086,3	5 296,5	4 325,5
2015	16 132,2	10 071,1	602,9	9 238,3	5 458,1	4 473,1
2016	16 836,1	10 462,3	709,1	9 599,8	5 664,7	4 672,3
2017	17 344,8	10 863,0	696,6	9 988,8	5 785,1	4 724,6
2000-17	61,2%	49,2%	3,2%	58,4%	82,1%	75,8%

FONTE: Conta Satélite da Saúde - 2015-2017 - 26 de junho de 2018 - INE

Entre 2000 e 2017, segundo o INE, a despesa corrente total com a saúde em Portugal aumentou 61,2%, mas a despesa pública cresceu apenas 49,2%. Na área da despesa pública, o aumento da despesa conjunta do SNS e dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, no mesmo período, foi apenas de 58,4%, portanto uma percentagem inferior ao aumento da despesa corrente total com a saúde. A perda de posição do setor público de saúde é evidente nestes números.

Como consequência deste crescimento insuficiente da despesa pública com a saúde em Portugal, a despesa privada com a saúde, que inclui a suportada diretamente pelas famílias, aumentou enormemente pois neste período registou um crescimento de 82,1%, tendo aumentado a despesa das famílias 75,8%. E a esta despesa com saúde do setor privado há ainda a acrescentar a dos subsistemas públicos de saúde, como a ADSE (696,6 milhões € em 2017, incluindo todos os subsistemas), em que mais de 93% na ADSE é financiado exclusivamente por descontos feitos nos salários e nas pensões dos trabalhadores da Função Pública (592 milhões € em 2018, para além deste montante há também os descontos dos militares para a ADM), portanto despesa totalmente privada financiada também pelas famílias que aumentou muito neste período pois o Orçamento do Estado deixou praticamente de financiar estes subsistemas com a entrada da “troika” e do governo PSD/CDS o que antes não acontecia pois suportava uma parcela muito significativa da sua despesa.

Esta quebra acentuada na despesa pública com a saúde em Portugal está a determinar, por um lado, uma crescente degradação do SNS e dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores com o consequente aumento de dificuldades sentidas pelos portugueses no acesso aos serviços públicos de saúde e, por outro lado, o agravamento dos conflitos com os profissionais de saúde cujas remunerações e condições de trabalho se degradaram enormemente.

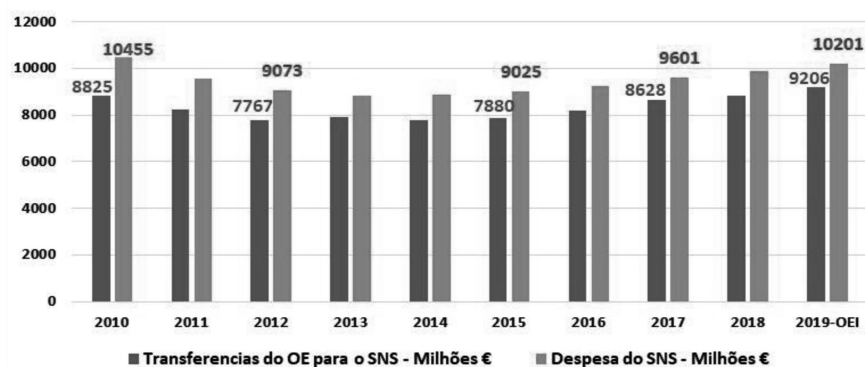
Para além de tudo isto, as dificuldades crescentes do SNS está a promover a explosão e a concentração do negócio privado da saúde cada vez mais dominado por 5 grandes grupos (LUZ, José Mello Saúde, Lusíadas, TROFA e grupo dos Hospitais Privados do Algarve) que têm comprado/eliminado os pequenos e médios prestadores privados com todas as consequências que resultam do facto de que para estes grupos, alguns deles controlados por grupos estrangeiros (LUZ, Lusíadas), a obtenção do lucro ser o objetivo fundamental da sua atividade numa área em que o objeto do negócio é a vida humana, e em que existe uma total assimetria de informação (*o doente está totalmente dependente do médico que sofre enormes pressões para aumentar a faturação através da multiplicação de prescrições, MCDT e mesmo cirurgias*).

O gráfico 9 construído com dados divulgados nas “Notas Explicativas do Ministério da Saúde” entregues aos deputados na Assembleia da

República aquando do debate do Orçamento do Estado de cada ano, mostra a diferença significativa que tem existido entre as transferências anuais do Orçamento do Estado para o Serviço Nacional de Saúde e a despesa anual deste, o que tem obrigado o SNS a recorrer sistematicamente ao endividamento para poder funcionar, com consequências dramáticas no funcionamento do SNS e no acesso dos portugueses aos serviços públicos de saúde.

Gráfico 9. Transferências do OE para o SNS e despesa anual do SNS – Milhões €

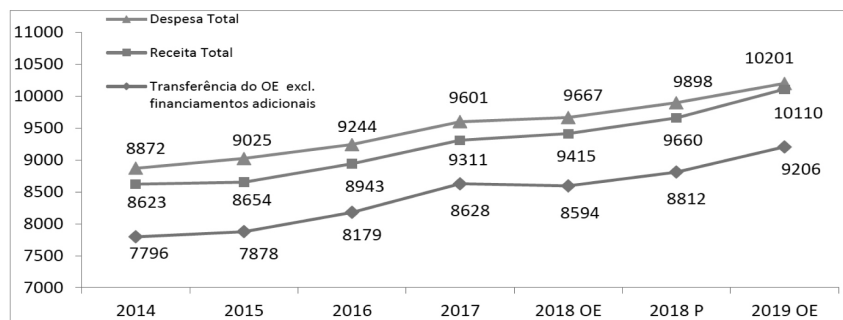
Fonte: Notas explicativas do Ministério da Saúde durante debate anual dos O.E.



No período 2010-2019, estima-se que a despesa do Serviço Nacional de Saúde tenha atingido 94.769 milhões €, mas as transferências do Orçamento do Estado para o SNS somaram apenas 83.277 milhões €, portanto um saldo negativo (“buraco”) de 11.492 milhões € que foram cobertos com as “taxas moderadoras” (cerca de 170 milhões €/ano), pela prestação de serviços a entidades privadas (ex.: seguradoras) e pelo recurso sistemático à dívida que depois tem sido coberta com transferências extraordinárias do Orçamento do Estado. Esta forma de funcionamento não permite qualquer gestão eficiente e eficaz, é geradora de desresponsabilização e de aumento de custos e da criação de dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde, contribuindo para agravar ainda mais as desigualdades graves existentes no país, pois quem tem dinheiro, ou tem seguros de saúde, ou é beneficiário de subsistemas recorre ao setor privado alimentando a explosão do negócio privado da saúde que se verifica atualmente em Portugal.

O gráfico 10, retirado também da “*Nota explicativa sobre o orçamento do Ministério da Saúde*”, distribuída aos deputados na Assembleia da República aquando do debate do Orçamento do Estado de 2019, confirma a suborçamentação (insuficiência das transferências anuais do Orçamento do Estado) crónica do Serviço Nacional de Saúde o que contribui, por um lado, para as dificuldades crescentes que enfrenta o SNS e para as dificuldades de acesso dos portugueses a este e, por outro lado, para a explosão do negócio privado da saúde que se verifica em Portugal.

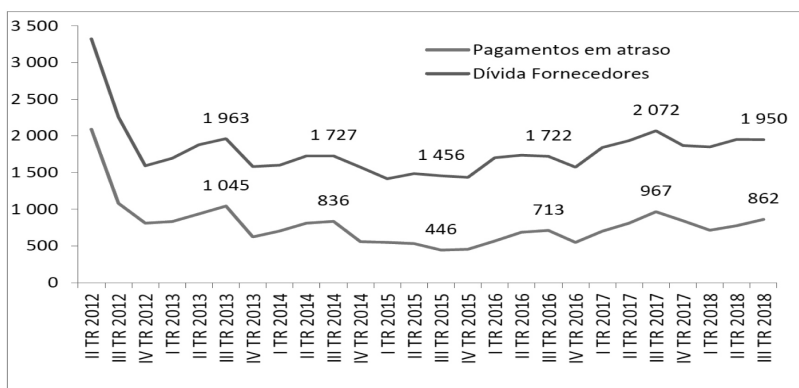
Gráfico 10. Evolução das transferências do OE, receita e despesa total do SNS
Milhões € – 2014/2019



Fonte: Ministério da Saúde

Como revela o gráfico 10, mesmo com o governo do PS/ /António Costa as transferências do Orçamento do Estado para o Serviço Nacional de Saúde (*linha inferior do gráfico; por ex. em 2019 estão previstos 9.206 milhões €*) têm sido significativamente inferiores à despesa total do SNS (*linha superior do gráfico; por ex., em 2019 prevê-se que a despesa atinja 10.201 milhões €, ou seja, mais 991 milhões € que o valor da transferência do OE neste ano*). Como consequência deste subfinanciamento crónico, o SNS tem-se socorrido ao endividamento elevado junto dos fornecedores para poder funcionar mesmo com grandes dificuldades como revela o gráfico 11 (“*Notas explicativas do Orçamento do Ministério da Saúde de 2019*”)

Gráfico 11. Evolução da dívida e pagamentos em atraso
(mais de 90 dias) do SNS



Fonte: ACSS

No 3º Trimestre de 2018, o SNS devia a fornecedores externos 1.950 milhões €, tendo 862 milhões € mais de 90 dias de atraso. Funcionar nestas condições é muito difícil para as unidades de saúde do SNS, pois estão sujeitas não só a preços mais elevados impostos pelos fornecedores para assim serem compensados dos atrasos sistemáticos verificados nos pagamentos, como determina faltas em quase tudo o que aumenta as dificuldades da população no acesso aos cuidados de saúde. Esta situação de subfinanciamento crónico do SNS tem funcionado (funciona) como um poderoso instrumento de promoção do negócio privado de saúde em Portugal.

O quadro 2, como dados do INE, mostra de uma forma clara o crescimento explosivo dos cuidados hospitalares privados devido às dificuldades criadas pelos sucessivos governos como consequência do subfinanciamento crónico do SNS.

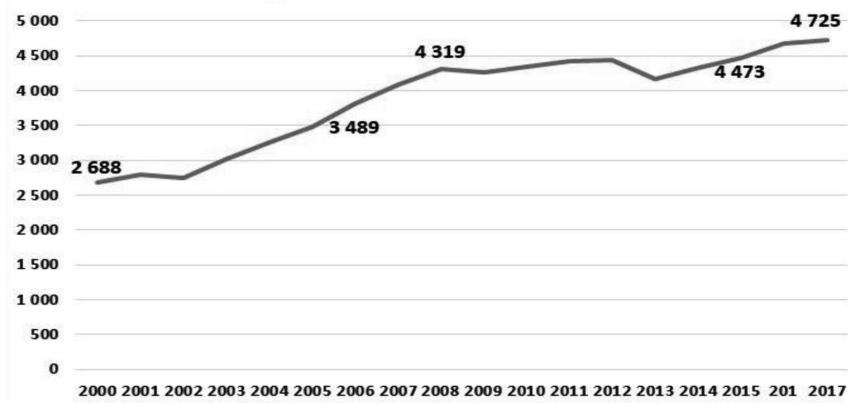
Quadro 2. A variação da despesa nos Hospitais Públicos e nos Hospitais Privados resultantes dos cuidados de saúde prestados entre 2010 e 2016 – INE

PRESTADORES DE CUIDADOS HOSPITALARES	2000 - Mil euros			2016 - Milhares euros			VARIACÃO % 2000-2016		
	Hospitais (Púb.+Priv.)	Hospitais Públicos	Hospitais Privados	Hospitais (Púb.+Priv.)	Hospitais Públicos	Hospitais Privados	Hospitais (Púb.+Priv.)	Hospitais Públicos	Hospitais Privados
Com internamento	2 493 050	2 198 753	294 297	2 835 251	2 031 254	803 997	13,7%	-7,6%	173,2%
Hospital de dia	326 467	313 834	12 633	1 042 138	937 149	104 989	219,2%	198,6%	731,1%
Sem internamento	1 159 222	1 045 000	114 222	2 920 996	2 203 045	717 951	152,0%	110,8%	528,6%
Cuidados domiciliários	3 787	3 787		3 217	3 012	205	-15,1%	-20,5%	
Serviços auxiliares, artigos médicos e produtos farmacêuticos	192 146	69 965	122 181	308 399	58 509	249 890	60,5%	-16,4%	104,5%
DESPESA CORRENTE TOTAL	4 174 672	3 631 339	543 333	7 110 001	5 232 969	1 877 032	70,3%	44,1%	245,5%

FONTE: Conta Satélite da saúde - 2015- 2017 - 26 de junho de 2018 -INE

Segundo o INE, entre 2010 e 2016, a despesa resultante dos cuidados de saúde prestados à população, aumentou nos Hospitais Públicos 44,1%, enquanto nos Hospitais Privados cresceu 245,5%, ou seja, 5,6 vezes mais. Como consequência, em 2010, os cuidados hospitalares privados representaram, em termos de despesa, apenas 13% do total de despesa de todos os cuidados hospitalares no país, enquanto em 2016 já correspondiam a 26,4% de todos os cuidados hospitalares. O crescimento do setor hospitalar privado tem sido nos últimos anos explosivo devido às dificuldades crescentes do SNS em satisfazer as necessidades da população causadas pelo subfinanciamento crónico do SNS, mas não só por essa razão como vamos também mostrar. O gráfico 12 revela uma outra face dramática da realidade que resulta do subfinanciamento público crónico que não demais lembrar.

Gráfico 12. Despesas das famílias com saúde em Portugal – Milhões €
2000/2017 – INE



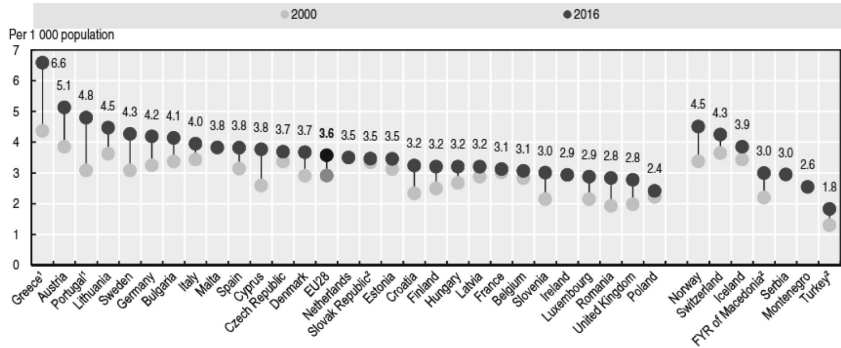
Como consequência do crescimento insuficiente da despesa pública com a saúde, e do subfinanciamento crónico do SNS a despesa das famílias com saúde tem crescido significativamente no nosso país, sendo muito superior à média da União Europeia como já se referiu (UE: 18%; Portugal: 28% da despesa total com saúde). E está crescer a um ritmo muito elevado. Entre 2000 e 2017, a taxa média de crescimento foi 3,4% ao ano, muito superior ao aumento de salários em Portugal.

III – A Promiscuidado Público-Privado que Existe no SNS, Agrava as suas Dificuldades e Alimenta a Explosão do Negócio Privado da Saúde em Portugal

Antes de analisar uma das formas de promiscuidade que afeta gravemente o Serviço Nacional de Saúde e que tanto os sucessivos governos com os diferentes partidos se recusam a enfrentá-lo na sua totalidade, interessa apresentar alguns dados sobre a situação dos profissionais de saúde em Portugal até para se poder compreender a sua situação assim como as suas lutas por carreiras e remunerações mais dignas.

E comecemos pelos médicos. Os dados tanto dos médicos como dos enfermeiros são retirados da publicação da OCDE “*Health at a Glance 2018*”

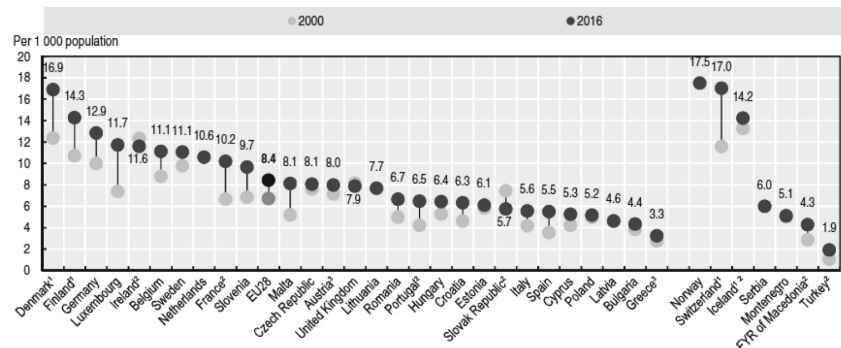
Gráfico 13. Número de médicos por 1000 habitantes em 2000 e em 2016



Portugal era o 3º país, depois da Grécia e Áustria, com mais médicos por 1000 habitantes em 2016 (4,8/1000Hab.) muito acima da média da União Europeia que era, na mesma data, de 3,6 por 1000 habitantes.

Agora os enfermeiros.

Gráfico 14. Número de enfermeiros por 1000 habitantes em 2000 e em 2016



Em relação aos enfermeiros a situação é inversa. Em 2016, o número de enfermeiros por 1000 habitantes era de 6,5 enquanto a média na União Europeia era de 8,4 por 1000 habitantes.

No entanto uma parte significativa destes médicos e enfermeiros não estavam no Serviço Nacional de Saúde como revelam os dados da Direção Geral da Administração e Emprego Público (DGAEP)

Quadro 3. Profissionais da saúde nas Administrações Públicas – 2011/2018

CARGO / CARREIRA / GRUPO	ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	VARIAÇÃO
	31 - dez.	31-dez	31-dez	31-dez	31-dez	31-dez	31-dez	31-dez	2011/2018
Médico	25 049	25 312	25 830	26 017	26 743	27 657	28 647	29 238	16,7%
Enfermeiro	42 769	42 358	41 327	40 663	41 830	43 682	44 638	46 142	7,9%
Téc. Diagnóstico e Terapêutica	8 935	8 839	8 597	8 487	8 636	8 851	8 888	9 319	4,3%
Técnico Superior de Saúde	1 913	1 910	1 902	1 900	1 878	1 866	1 852	1 873	-2,1%
NÚMERO DE MÉDICOS POR 1000 HABITANTES NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE									2,8
NÚMERO DE ENFERMEIROS POR 1000 HABITANTES NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE									4,5

FONTE: 4º Trimestre de 2018 - DGAEP - Ministério das Finanças e Administração Pública

Portanto, o número de médicos por 1000 habitantes no SNS – 2,8 – é bastante inferior ao número total de médicos por 1000 habitantes no país indicado anteriormente (4,8), o mesmo sucedendo em relação aos enfermeiros (6,5 no país, e apenas 4,5 no SNS). Tenha-se presente que os profissionais das PPP não estão incluídos.

O quadro seguinte mostra os ganhos médios dos profissionais de saúde das Administrações Públicas de acordo com dados publicados pela DGAEP referentes ao 4º Trimestre de 2018

Quadro 4. Ganhos médios dos profissionais de saúde nas Administrações Públicas – 2011/2018

CARGO / CARREIRA / GRUPO	GANHO MÉDIO MENSAL (inclui remuneração base, horas extraordinárias e complementos)									
	outubro 2011	outubro 2013	janeiro 2014	julho 2014	outubro 2014	outubro 2015	outubro 2016	outubro 2017	outubro 2018	Varição 2011/18
Médico	3 786 €	3 364 €	3 163 €	3 643 €	3 431 €	3 422 €	3 575 €	3 630 €	3 737 €	-1,3%
Enfermeiro	1 569 €	1 521 €	1 426 €	1 529 €	1 486 €	1 513 €	1 528 €	1 548 €	1 640 €	4,6%
Téc. Diagnóstico e Terapêutica	1 449 €	1 394 €	1 307 €	1 412 €	1 378 €	1 385 €	1 380 €	1 395 €	1 437 €	-0,8%
Técnico Superior de Saúde	2 037 €	1 968 €	1 857 €	2 090 €	2 000 €	2 020 €	2 048 €	2 077 €	2 136 €	4,9%

Fontes: DGAEP - SIOE (dados disponíveis em 04-02-2019); DGAEP/DEEP

No entanto as remunerações base médias, que não incluem nem horas extraordinárias nem outros complementos, são diferentes das anteriores. Assim, segundo a DGAEP, em Outubro de 2018, a remuneração base do médico é 2.792€, a do enfermeiro 1329€, a do técnico

de diagnóstico e terapêutica 1.220€ e a do técnico superior de saúde 1884€, portanto valores muito inferiores aos ganhos médios.

Mesmo aqueles ganhos médios constantes do quadro 4, após as deduções para a CGA, ADSE e IRS ficam reduzidos aos seguintes valores: médicos: 2047€; enfermeiros: 1095€; técnicos de diagnóstico e terapêutica: 981€; e técnico superior de saúde: 1326€.

Feitas estas ressalvas interessa agora analisar o problema da promiscuidade público-privada na sua totalidade e não apenas numa única vertente como é normalmente abordada, mesmo nas propostas de nova lei de bases de saúde debatidas em 2019 na Assembleia da República.

E isto porque a promiscuidade público-privada não se limita, como muitos pretendem fazer crer, à entrega da gestão de unidades públicas de saúde a grupos privados de saúde (as chamadas PPP), como acontece com os Hospitais de Loures, Cascais, Vila Franca de Xira e Braga. Esta é importante e grave, pois tem custado ao Orçamento do Estado cerca de 474 milhões/ano e tem ajudado a fortalecer os grandes grupos privados da saúde; repetindo, não é a única forma de promiscuidade que afeta o SNS como muitas vezes se pretende crer.

A promiscuidade público-privada inclui também a dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) que trabalham simultaneamente no SNS e nos hospitais dos grandes grupos privados de saúde (*LUZ, José Mello Saúde, Lusíadas, Trofa, HPA*) e em outros que dominam já completamente o negócio privado da saúde, eliminando os pequenos e médios prestadores de saúde que ficam sem futuro, mas que ninguém tem a coragem de enfrentar apesar de estar a destruir o SNS por dentro, com medo da reação de poderosos interesses instalados.

A prova recente disso está no facto de todas as propostas de nova Lei de bases de saúde, apresentadas pelos diferentes partidos políticos e pelo governo no 1º semestre de 2019, ignorarem, ou melhor, a não abordarem frontalmente, como iremos mostrar mais à frente, esta questão vital para garantir a sustentabilidade do SNS e a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os portugueses na sua totalidade. Parafraseando o ditado popular ninguém pode servir bem dois “deuses: o **Serviço Nacional de Saúde**, que tem como objetivo obter ganhos de saúde para os portugueses, e o **negócio privado da saúde** que funciona de acordo com a lógica de mercado e cujo objetivo principal é obter lucros para os acionistas privados.

Quem analise com um mínimo de informação a constituição e funcionamento das unidades de saúde privadas rapidamente conclui que a

esmagadora maioria delas funciona com base num corpo clínico próprio e permanente muito reduzido (meia dúzia de médicos ou menos que inclui o diretor clínico) sendo os restantes, na sua esmagadora maioria, médicos e outros profissionais de saúde que trabalham nas unidades do Serviço Nacional de Saúde, deslocando às unidades do setor privado para realizar atos pelos quais são pagos à peça, à hora ou mesmo à percentagem do preço cobrado ao doente (*quantos mais fizerem mais recebem*).

Portanto, estes profissionais de saúde, cuja esmagadora maioria trabalha no SNS têm uma remuneração certa no SNS que, a meu ver, não corresponde nem à dignidade da profissão (tratar com vidas humanas) nem às competências adquiridas, situação que os sucessivos governos se recusam a resolver com base na obsessão de um orçamento com déficit ZERO; repetindo, estas profissionais recebem uma remuneração certa (façam muito ou pouco) no SNS mas que consideram insuficiente, depois trabalham à peça ou à percentagem no setor privado de saúde sujeitando-se muitas vezes a condições que adulteram a sua consciência ética e profissional (*é preciso de ter a coragem de o dizer; evidente que há sempre aqueles, como dizia o poeta, que resistem*), qual sejam a de multiplicar os atos médicos e Meios Complementares e Auxiliares de Diagnóstico (MCDT) pois a pressão sobre estes profissionais para aumentar a faturação por parte das respetivas administrações é muito grande. Em certos casos até desviam doentes do SNS para hospitais privados porque nestes recebem mais uma remuneração o que não aconteceria se fizessem a cirurgia, por um ex., num estabelecimento do SNS.

Esta promiscuidade público-privada que existe no interior do SNS, que ninguém tem a coragem de enfrentar e mesmo de o dizer, preferindo fechar os olhos para não ter problemas, funciona, para além das PPP, como um autêntico “*cavalo de Troia*” no interior do SNS que, a meu ver, está a destruir e a desacreditar o SNS, constituindo uma fonte importante de alimentação dos grandes grupos privados de saúde que permitiu a sua constituição e o seu desenvolvimento explosivo.

Para além do seu financiamento através do SNS (*PPP e prestação de serviços através dos quais obtêm centenas de milhões € de receitas*) e dos subsistemas públicos de saúde (ADSE, ADM, etc.) em que os sucessivos governos permitiram a sua captura por aqueles grupos, já que a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários está fortemente concentrada naqueles grupos em prejuízo dos pequenos e médios prestadores de saúde que têm sido gradualmente eliminados, a promiscuidade a nível de

profissionais, ignorada por todos os poderes e partidos políticos, constitui, para quem analise com objetividade o setor de saúde em Portugal, uma das fontes mais importantes da alimentação dos grandes grupos privados de saúde. Se esta promiscuidade acabasse dificilmente estes grupos teriam condições para prosperar da forma como atualmente acontece.

É evidente que a promiscuidade de profissionais de saúde que trabalham simultaneamente no SNS e nos grandes grupos privados de saúde não se resolve nem como medidas administrativas nem com medidas repressivas, e muito menos com declarações de boas intenções como é aquelas que frequentemente se ouvem e constam das propostas de uma nova Lei de Bases da Saúde que entraram na Assembleia da República.

Os profissionais de saúde devem ter a liberdade de escolha entre o público e o privado, entre trabalhar no SNS ou nos grandes grupos privados de saúde, mas não devem ter a liberdade para estar simultaneamente nos dois pois os malefícios são bem conhecidos e, a continuar, o SNS será destruído (corroído) por dentro, por mais dinheiro que se “despeje” nele, já que a boa gestão e a utilização eficiente dos recursos que tem como origem os impostos pagos pelos portugueses estará sempre comprometida e os riscos de perda de profissionais a que o SNS fica sujeito são enormes assim como a utilização do SNS, através desses profissionais, pelos grandes grupos privados da saúde.

Para mim é claro, e essa conclusão é cada vez mais reforçada pelo conhecimento que vou adquirindo na minha atividade profissional agora na área da saúde, que o funcionamento do setor privado da saúde, nomeadamente dos grandes grupos privados de saúde, é incompatível com o trabalhar simultaneamente no SNS e nas grandes unidades de saúde privadas. E afirmo isto sabendo que vou desagradar muita gente, e que vou ter muita gente contra mim. Mas, numa altura em que o SNS enfrenta graves dificuldades, é preciso ter a coragem de dizer que “*o rei vai nu*” para utilizar um provérbio popular.

No entanto, para se poder exigir a exclusividade no SNS aos profissionais de saúde, deve-se oferecer aos profissionais de saúde uma carreira digna e salários dignos que atualmente não têm. É uma questão que não me canso de repetir até para que seja compreendido o que defendo com veemência. E esta exclusividade podia ser introduzida gradualmente: aplicava-se imediatamente aos novos profissionais que entrassem no SNS e, em relação aos que já lá estão, dava-se um período de tempo para reorganizar as suas vidas ou, se estes profissionais já

estiverem próximos da aposentação, como acontece com muitos deles, permitir-se-ia que terminassem a sua carreira nas condições que gozam. Mas não venham com a desculpa da liberdade profissional, pois aqui é evidente o conflito de interesses previsto na própria lei de bases de saúde, conflito esse que é continuamente ignorado pelos sucessivos governos e pelas administrações das unidades públicas de saúde.

No entanto, há medidas que podiam e deviam ser rapidamente implementadas. Os diretores clínicos teriam de estar em regime de exclusividade porque eles devem ser um exemplo para os outros profissionais. Um diretor clínico de um hospital público que trabalhe simultaneamente no SNS e no hospital de um grupo privado, seja a desenvolver a sua atividade como médico seja como consultor, nunca poderá ser, a meu ver, um bom exemplo para os profissionais mais novos que entram na profissão nem assumir na sua totalidade a importante função de diretor clínico num hospital público. Mas não se encontra quer nas propostas de todos os partidos quer na proposta do governo de nova lei de bases da saúde qualquer disposição que tratasse de uma forma clara esta importante questão.

Esta realidade terá de ser rapidamente enfrentada e resolvida, tendo também em conta os interesses dos profissionais de saúde, a dignidade da sua profissão, e a necessidade de terem uma carreira e uma remuneração dignas o que atualmente não acontece.

Portanto, não são apenas as Parcerias Público Privadas na saúde, como muitos pensam ou defendem ou pretendem fazer crer que são a causa da elevada promiscuidade que afeta atualmente o SNS, que o destrói e corrói por dentro, e que é urgente enfrentar e resolver pois, caso contrário, a destruição do SNS ou a sua redução a um SNS para os pobres será, a meu ver, inevitável por mais bonitas declarações de “amor” que se façam de defesa do SNS como é fácil dizer e comum ouvir. Precisamos é mais de atos e menos de palavras.

IV – O Subsistema Público de Saúde ADSE, Efeitos Positivos (Redução da Pressão) e Negativos (Descapitalização de Recursos Humanos) para o SNS e o Financiamento dos Grupos Privados da Saúde pela ADSE

O estudo da ADSE é importante no contexto deste trabalho. E isto por várias razões. Em primeiro lugar pelo facto de ser o mais importante

subsistema publico de saúde existente. Em 2º lugar porque abrange 1,2 milhões de portugueses. E finalmente porque tem um grande impacto (positivo e negativo) sobre o SNS.

A ADSE, um subsistema público de saúde, é na sua quase exclusividade financiado pelos seus beneficiários que são os trabalhadores e aposentados da Função Pública, não tem nada a ver com um seguro privado de saúde, como é por muitos confundido, ou por ignorância ou então com o propósito deliberado de atacar os trabalhadores das Administrações Públicas, que têm direito à ADSE, a quem chamam erradamente, como se vai provar, “privilegiados”.

1. A ADSE é muito diferente de um seguro de saúde privado

O paradigma da ADSE não tem nada a ver com um seguro privado de saúde por diversas razões.

Um primeiro facto que diferencia a ADSE dos seguros de saúde privados é o facto de uma parcela significativa dos beneficiários que têm os mesmos direitos que os restantes não contribuírem com nada para a ADSE, o que não acontece num seguro privado onde todos têm de pagar um “prémio”, incluindo filhos e outros familiares o que não acontece na ADSE. Observem-se os dados do quadro seguinte que mostra isso com clareza.

Quadro 5. Beneficiários titulares que descontam para ADSE e beneficiários que não contribuem para a ADSE apesar de terem os mesmos direitos – 2014/2017

TIPO DE BENEFICIÁRIOS	2 014	2 015	2 016	2 017
Nº BENEFICIÁRIOS TOTAL	1 275 356	1 254 247	1 222 809	1 211 980
BENEFICIÁRIOS TITULARES (os que descontam para a ADSE)	850 744	847 281	831 407	832 827
BENEFICIÁRIOS QUE NÃO DESCONTAM - FAMILIARES E E ISENTOS (53.400 EM 2017 = 30M€ de despesa) - TÊM OS MESMOS DIREITOS	424 612	406 966	391 402	379 153

Em 2017, por ex., a ADSE tinha 1.211.980 beneficiários, mas apenas 832.827 eram beneficiários titulares (*trabalhadores e aposentados*

da Função Pública) que contribuíam para a ADSE com 3,5% das suas remunerações e pensões (*em 2018, estes descontos totalizaram 592 milhões €*); os restantes 379.153 não contribuíam com nada (*eram os familiares e os isentos que são aqueles que têm uma pensão inferior ao salário mínimo*), apesar de terem os mesmos direitos daqueles que contribuem para a ADSE. Isto não se verifica em nenhum seguro de saúde, pois nestes todos pagam um “prémio”.

Outro aspeto importante que diferencia a ADSE de um seguro privado de saúde é que na ADSE com o aumento da idade e, consequentemente, com o aumento da despesa com saúde ninguém é expulso, nem se exige um aumento da contribuição, enquanto nos seguros privados de saúde; com o aumento da idade sobe o premio a pagar ou é-se expulso. Na ADSE, pelo contrário a contribuição em euros até diminui mas os direitos mantêm-se (são os mesmos) como vamos mostrar.

Quadro 6. O aumento da despesa por beneficiário
com o aumento da idade na ADSE

Escalão Etário	Nº BENEFICIÁRIOS 2017	ESTRUTURA ETÁRIA	DESPESA ANUAL MÉDIA POR BENEFICIÁRIO
Inferior ou igual a 20 anos	256 296	21,1%	130 €
Entre 20-30 anos	86 540	7,1%	196 €
Entre 30-40 anos	53 030	4,4%	295 €
Entre 40-50 anos	165 789	13,7%	328 €
Entre 50-60 anos	209 908	17,3%	409 €
Entre 60-70 anos	217 700	18,0%	584 €
Entre 70-80 anos	138 265	11,4%	840 €
Superior a 80 anos	84 452	7,0%	976 €
Nº vezes despesa de + 80 anos superior despesa até 20 anos			7,5 vezes
Total Geral	1 211 980		439 €

Como revelam os dados do quadro 6, a despesa anual média por beneficiário da ADSE aumenta de uma forma rápida com idade, sendo a do beneficiário com mais de 80 anos superior em 7,8 vezes a de um beneficiário com idade igual ou inferior a 20 anos. Se a comparação for feita com a despesa média anual do grupo de beneficiários com idade entre os 20 e 30 anos, a maioria já trabalhadores da Função Pública (*o grupo anterior é constituído quase exclusivamente por familiares filhos*) a diferença é cerca de 5 vezes mais.

Apesar das despesas com saúde aumentarem significativamente nas idades mais elevadas, isso não determina nem perda de direitos nem aumento de contribuição do beneficiário titular para a ADSE nem qualquer limite despesa; pelo contrário, em euros a contribuição do beneficiário até diminui como mostram os dados do quadro 7, portanto, é muito diferente de um seguro de saúde privado.

Quadro 7. O desconto médio dos beneficiários titulares
por escalão etário em 2017

ESCALÃO ETÁRIO (anos)	Nº BENEFICIÁRIOS TITULARES (trabalhadores e aposentados que descontam) -2017	DESCONTO MÉDIO ANUAL POR TITULAR (trabalhadores e aposentados que descontam)	Desconto médio mensal (14 meses) 2017
[0-19]	67	137 €	10 €
[20-24]	1 066	222 €	16 €
[25-29]	10 147	599 €	43 €
[30-34]	17 589	506 €	36 €
[35-39]	43 930	542 €	39 €
[40-44]	78 117	633 €	45 €
[45-49]	85 436	695 €	50 €
[50-54]	95 315	727 €	52 €
[55-59]	103 179	794 €	57 €
[60-64]	99 914	819 €	59 €
[65-69]	90 837	800 €	57 €
[70-74]	63 284	793 €	57 €
[75-79]	42 482	741 €	53 €
[80 + anos]	52 340	674 €	48 €

O desconto médio em euros por beneficiário titular (*aqueles que financiam a ADSE*) vai aumentando até à idade de aposentação (60/64 anos), mas a partir da aposentação diminui pois apesar da taxa de desconto se manter constante (3,5%), como o valor da pensão corresponde, em média, entre 60% e 75% da remuneração do trabalhador quando este estava no ativo, a sua contribuição em euros para a ADSE diminui pois esta é calculada com base na pensão. Isto já para não falar dos trabalhadores que, quando se aposentam, ficam isentos de qualquer contribuição para a ADSE, apesar de manterem todos os direitos, pelo facto da pensão ser inferior ao salário mínimo nacional. Tudo isto são situações que também não se verificam nos seguros privados de saúde. Portanto, quando se compara a ADSE a um seguro de saúde privado está-se claramente a faltar verdade.

Mas há ainda muitos outros aspetos que diferenciam o paradigma da ADSE de um seguro privado de saúde. Recordemos mais alguns

para a diferença ficar mais clara para todos os portugueses, incluindo os beneficiários e, em particular, para todos que nos media falam da ADSE e caluniam os trabalhadores sem se dar ao trabalho de a estudar.

- Num seguro de saúde todos pagam uma importância chamada “premio”, incluindo os familiares, na ADSE os familiares (325.753 em 2017) e os isentos (53.400 em 2017) não pagam nada mas têm os mesmos direitos.
- Num seguro de saúde os valores dos prémios em euros aumentam com idade, na ADSE o valor do desconto diminui em euros (pois a pensão é inferior ao salário e é sobre ela que passa a ser calculada a contribuição de 3,5%) quando a despesa com saúde sobe mais devido ao aumento da idade.

Num seguro de saúde há limite de despesa anual (plafond) por beneficiário e logo que é atingido o seguro não paga mais nada, expulsando-os para o SNS como os com cancro; na ADSE isso não acontece, há beneficiários com custos de saúde superior a 100.000€/ano e não pagam mais nada por isso.

Num seguro de saúde, o copagamento quando se utiliza um serviço de saúde pago pelos beneficiários é o dobro ou o triplo do copagamento na ADSE (*um ex., numa consulta no regime convencionado na ADSE o beneficiário paga 3,99€, num seguro paga 15€, ou seja, 3,8 vezes mais*).

Segundo um estudo mandado fazer pela Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, controlada pelos grandes grupos privados de saúde (LUZ, José Mello Saúde, Lusiadas, Trofa e grupo Hospitais Privados do Algarve) à Deloitte, pomposamente designado “Sustentabilidade da ADSE” (*eles querem ensinar a ADSE a ser sustentável aplicando as mesmas regras das seguradoras*) retiramos as seguintes conclusões que são também esclarecedoras pois mostram bem as diferenças entre a ADSE e os seguros de saúde privados:

- Na ADSE, se em 2017 dividirmos o total de descontos (573,6M€) pelo total de beneficiários (1.211.980) obtém-se 39,5€/mês (12 meses). Um seguro de saúde com um prémio de 42€/44€ mês,

se o beneficiário tiver 25 anos paga até 50.000€ de hospitalização e 2.000€ de ambulatório; Se tiver 50 anos paga no máximo 15.000€ de hospitalização e 1.000€ de ambulatório. Na ADSE não tem limites máximos de despesa anual

COPAGAMENTO (o que é pago pelo beneficiário quando utiliza o serviço para além do prémio mensal): os utentes dos seguros em média pagam mais 53,2% por episódio do que os utentes da ADSE quando utilizam um hospital privado (ADSE: 28,16€; Seguros: 43,12€);

- COPAGAMENTO: Se tiver entre 50-60 anos num seguro de saúde privado paga mais 99,8% do que na ADSE, e se tiver entre 40-50 anos paga mais 103,4% do que na ADSE (19,97€ na ADSE e 40,62€ num seguro privado de saúde);
- COPAGAMENTO-Análises clínicas: ADSE 0,84€; Seguros 1,62€ (+92,8%)
- COPAGAMENTO-Imagiologia (radiologia, ecotomografia, ressonância): ADSE:6,7€; Seguros: 16,8€ => + 150,7%;

Os beneficiários da ADSE apresentam níveis elevados de consumo superior aos de Seguros em 26,4%.

Esta é a realidade, esta é a diferença que existe entre a ADSE e um seguro privado de saúde que é muitas vezes esquecida até por muitos beneficiários quando se queixam de descontarem 3,5% para a ADSE, e que é permanentemente deturpada nos media nos ataques aos trabalhadores da Função Pública.

2. A ADSE é financiada quase exclusivamente pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública

Uma das mentiras mais veiculadas por todos aqueles que atacam os trabalhadores e aposentados da Função Pública, nomeadamente os “*opinions makers*” que dominam os media sem contraditório, é que a ADSE é financiada pelo Orçamento do Estado. A verdade é precisamente o contrário. A ADSE é atualmente quase exclusivamente financiada com os descontos feitos nas remunerações e pensões dos trabalhadores e aposentados da Função Pública como provam os dados constantes do quadro 8

Quadro 8. A dimensão do financiamento atual da ADSE pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública

ANO	Descontos totais de salários e pensões Milhões €	Reembolsos das Autarquias Milhões €	Contribuições dos empregadores Milhões €	TOTAL Milhões €	% que Descontos representam do TOTAL
2012	214,7	33,4	193,6	441,7	48,6%
2013	285,6	32,0	182,4	500,0	57,1%
2014	520,9	36,8	115,3	673,0	77,4%
2015	552,6	36,3	4,3	593,2	93,2%
2016	570,4	37,2	2,6	610,2	93,5%
2017	573,6	42,2	2,3	618,1	92,8%
2018	592,2	40,0	2,4	634,6	93,3%

Como provam os dados do quadro anterior, a partir de 2014 o Orçamento do Estado, através dos serviços públicos que são as entidades empregadoras, deixou de financiar a ADSE, apesar de, como entidade empregadora, ter responsabilidades de contribuir para o seu financiamento, já que a ADSE faz parte do Estatuto Laboral dos trabalhadores da Função Pública.

E foram os trabalhadores e os aposentados da Função Pública que, com os descontos nas suas remunerações e pensões, passaram a financiar a ADSE. Em 2018, foram descontados nos salários e pensões da Função Pública 592 milhões €, o que representou 93% das receitas desse ano da ADSE.

A verdade que é muitas vezes silenciada, deturpada e manipulada pelos media é a seguinte: os trabalhadores e aposentados da Função Pública financiam com uma taxa de 3,5% de desconto nas suas remunerações e pensões a ADSE e, para além disso, como quaisquer outros portugueses pagam impostos, com quais é financiado o Serviço Nacional de Saúde. Pode-se afirmar com verdade que, contrariamente ao que sucede com os outros portugueses, **os trabalhadores e os aposentados da Função Pública pagam duas vezes os cuidados de saúde: uma**, com os seus descontos para ADSE; **e outra**, e com os impostos que pagam para o SNS. Para além disso, a existência da ADSE determina que diminua a pressão sobre o SNS, pois aqueles que utilizam a ADSE são cerca de 1,2 milhões de portugueses. Se a ADSE não existisse, ou acabasse, as dificuldades do SNS que são enormes devido ao subfinanciamento crónico ainda seriam maiores. É esta a verdade que é sistematicamente ocultada à opinião pública pelos media e pelos comentadores que nele proliferam e que muitos responsáveis, políticos ou não, não querem reconhecer.

3. O paradigma da ADSE é só sustentável com uma gestão eficiente e rigorosa e com um controlo muito rigoroso da despesa

É evidente que o atual paradigma da ADSE, só com uma gestão rigorosa e eficiente e com um rigoroso controlo da despesa, uma e outra ainda insuficientes, é que poderá ser sustentável, até porque a despesa estava a aumentar em média entre 6% e 8% por ano, e as receitas entre 1% e 2% anualmente. Se esta situação não for rapidamente controlada é uma questão de tempo para que despesa ultrapasse a receita. É preciso falar com verdade aos trabalhadores e aposentados da Administração Pública. É o que sempre fizemos. Até porque é indispensável a sua colaboração/participação para garantir a sustentabilidade e continuidade da ADSE.

Para reforçar essa conclusão basta recordar que a ADSE tem 1,2 milhões de beneficiários mas apenas 833 mil é que descontam (contribuem) para a ADSE. Não há limite na despesa (plafond), nem existe limite no número de atos por beneficiário na maioria dos casos. Os trabalhadores quando se aposentam a sua contribuição em euros diminui, porque a pensão é inferior à remuneração no ativo, e é sobre ela que se calcula a contribuição de 3,5% que se mantém invariável, e é precisamente a partir dessa altura que a despesa com a saúde mais aumenta devido à idade.

Para além disso, a ADSE enfrenta grandes obstáculos devido atos de má gestão no passado, e tem grandes dificuldades para romper com uma cultura e com processos de gestão herdados do passado devido à burocracia e prepotência que ainda domina no Estado, apesar de ser um instituto quase exclusivamente financiado pelos beneficiários. No entanto, as normas do Estado, e o poder imperial do Ministério das Finanças e o seu objetivo de déficit zero, continuam a imperar na ADSE (*em 2018, o Ministério das Finanças cativou em 100% as rubricas “Aquisições de bens e serviços” obrigando a ADSE a fazer inúmeros pedidos de descativação e, em 2019, durante mais de um mês a ADSE não pode utilizar o seu orçamento de “aquisições de bens e serviços” porque o Ministério das Finanças tardou em fazer as cativações referentes ao ano*). Para além disso, como maioria dos membros do Conselho Diretivo são escolhidos e nomeados pelo governo, estão submetidos totalmente aos Ministérios da tutela assistindo, por este meio, a uma excessiva governamentalização da ADSE cuja gestão está totalmente subordinada ao governo.

Um dos obstáculos maiores que enfrenta a ADSE para controlar a despesa resulta da captura da ADSE pelos 5 grandes grupos privados de saúde fruto de uma gestão passada que teve como resultado a concentração da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários nesses grupos, mas que se tem prolongado no presente, sendo prova disso os obstáculos internos postos a assinatura de novas convenções com outros prestadores para diminuir o domínio dos grandes grupos. Foi uma gestão que não acautelou devidamente os interesses da ADSE, dos beneficiários e também dos pequenos e médios prestadores de saúde que têm sido gradualmente eliminados ou “comidos” pelos grandes grupos privados de saúde.

Para se poder ter uma ideia da dimensão da captura da ADSE pelos 5 grandes grupos de saúde, e do grau de dependência que daí resulta, observem-se os dados do 9.

Quadro 9. Faturação anual dos grandes grupos de saúde a ADSE só no Regime convencionado e % que representa da despesa total do Regime Convencionado da ADSE

GRUPOS DE SAÚDE E FATURAÇÃO APENAS NO REGIME CONVENCIONADO	2015 Milhões €	2016 Milhões €	2017 Milhões €	2018 Milhões €	SOMA Milhões €
LUZ	90,2	94,4	89,6	82,2	356,4
JOSE MELLO SAUDE	40,8	45,8	52,2	53,7	192,5
LUSIADAS	41,3	44,7	45,2	41,1	172,4
TROFA	25,9	29,6	31,3	32,4	119,3
HP ALGARVE	7,9	9,6	10,4	10,4	38,3
SOMA	206,2	224,1	228,7	219,8	878,8
TOTAL REGIME CONVENCIONADO	346,3	375,2	387,6	377,1	1 486,2
% 5 GRUPOS NO REG. CONVENCIONADO	59,5%	59,7%	59,0%	58,3%	58,3%

Em 4 anos apenas, os cinco maiores grupos privados de saúde faturaram à ADSE só no Regime Convencionado (há ainda o Regime Livre, onde também faturam muitos milhões €), 878,8 milhões €, que representou 58,3% de toda a despesa do Regime Convencionado no período 2015 a 2018. A captura da ADSE por estes 5 grupos é enorme, em prejuízo dos pequenos médios prestadores, o que lhes deu um poder enorme sobre a ADSE, que estão a utilizar para impedir a introdução de medidas de controlo rigoroso da despesa. A ameaça de rescindir as convenções com a ADSE tornou-se o argumento e a arma habitual que utilizam para criar instabilidade nos 1,2 milhões de beneficiários e para tentar impor o que pretendem. Alterar toda

uma cultura de descontrolo herdada do passado que favoreceu estes grupos, e estabelecer uma relação mais equilibrada com eles, já que eles são necessários também à prestação de serviços de saúde aos beneficiários, está ser difícil devido a obstáculos internos externos, o que exigirá naturalmente muita firmeza e rigor, e também sacrifícios e grande racionalidade, mas que é absolutamente necessário para garantir a sustentabilidade e continuidade da ADSE. Só com o apoio ativo e esclarecido dos beneficiários no controlo da despesa, e no combate aos consumos excessivos e desnecessários é se conseguirá isso.

Atualmente (2019) a ADSE está empenhada em recuperar 38 milhões € de sobrefaturação realizada a mais em 2015 e 2016 fundamentalmente por estes 5 grupos (cerca de 81% diz respeito a eles), mas a oposição destes grupos tem sido forte apesar de resultarem de regras constantes da Tabela do Regime Convencionado aceite por eles, e até constante de muitas das convenções por eles assinados. E essas regras que agora se recusam a aceitar, que estão nas Tabelas da ADSE há muitos anos, que na altura deviam ter contestado mas que o não fizeram, são as que constam do quadro seguinte.

Quadro 10. Regras que constam da Tabela do Regime Convencionado da ADSE há vários anos que permite a esta cortar o faturado a mais (sobrefaturação) pelos prestadores

CÓDIGO (aberto)	DESIGNAÇÃO	ENCARGO DA ADSE	ENCARGO BENEFICIÁRIO	REGRA DE REGULARIZAÇÃO QUE ESTÁ NAS TABELAS
7501	Próteses interoperatórias <u>Regularizações: menor valor praticado</u>	100%	0%	A ADSE reserva-se no direito de corrigir os valores faturados com o código 7501 com base no menor valor praticado pelos prestadores envolvidos.
6074	Consumos em sala cirúrgica (ambulatório) <u>Regularizações: menor valor praticado</u>	80%	20%	A ADSE reserva-se no direito de corrigir os valores faturados através do código 6074 sempre que excedam 10% os valores médios praticados pelos prestadores congêneres e para um procedimento cirúrgico. O valor médio será apurado numa base anual
6640	Materiais de penso, antissépticos e outros consumos (internamentos) <u>Regularizações: Valor médio +10%</u>	80%	20%	A ADSE reserva-se no direito de corrigir os valores faturados através do código 6640 sempre que excedam 10% os valores médios praticados pelos prestadores congêneres e para um procedimento. O valor médio será apurado numa base anual podendo ser revisto se as variações anuais não excederem 10%.
6631	Medicamentos , produtos medicamentosos, oxigénio, soros e transfusões <u>Regularizações : valor médio + 10%</u>	80%	20%	A ADSE reserva-se no direito de corrigir os valores faturados através do código 6631 sempre que excedam 10% os valores médios praticados pelos prestadores congêneres e para um procedimento cirúrgico. O valor médio será apurado numa base anual podendo ser revisto se as variações anuais não excederem 10%.
6032	Consumos em sala cirurgica (internamentos) <u>Regularizações : valor médio + 10%</u>	80%	20%	A ADSE reserva-se no direito de corrigir os valores faturados através do código 6032 sempre que excedam 10% os valores médios praticados pelos prestadores congêneres e para um procedimento cirúrgico. O valor médio será apurado numa base anual

Os códigos – 7501, 6074, 6640, 6631, e 6032 – que constam do quadro 10 são chamados códigos abertos, ou seja, são códigos em que os prestadores podem faturar o preço que quiserem – *o céu é o limite*

– e a ADSE paga 100% ou 80% de acordo com os códigos cabendo ao beneficiário pagar o resto (no máximo 20% do faturado pelo prestador). Para se poder defender dos preços excessivos faturados pelos prestadores constam também na Tabela do Regime Convencionado as regras de regularização que estão na última coluna à direita do quadro 10.

Para que o leitor possa ficar com uma ideia clara e quantificada da forma como alguns prestadores se têm aproveitado da existência destes códigos abertos, em que podem faturar ao preço que quiserem, apresenta-se seguidamente dois quadros com alguns exemplos dos preços dos mesmos medicamentos e das mesmas próteses faturados por diferentes prestadores. Repetimos, são apenas alguns exemplos dos muitos que podiam ser apresentados.

Quadro 11. Preços dos mesmos medicamentos faturados à ADSE por diferentes prestadores

Códigos dos medicamentos CHNM	DESIGNAÇÃO DO MEDICAMENTO	PREÇO FATURADO POR DIFERENTES PRESTADORES PELA MESMA MEDICAMENTOS HOSPITALARES (alguns exemplos)			
		Preço mínimo	Preço máximo	Diferença euros	Diferença em %
10 002 890	Paracetamol 250mg	0,12 €	3,66 €	3,54 €	2950,0%
10 003 070	Prednisolona 20mg	0,10 €	4,75 €	4,65 €	4650,0%
10 005 896	Omeprazol 40mg	0,43 €	8,85 €	8,42 €	1958,1%
10 016 985	Glucose 50mg/ml	0,92 €	10,60 €	9,68 €	1052,2%
10 033 408	Bacitracina 35,2mg	0,21 €	3,03 €	2,82 €	1342,9%
10 047 112	Tramadol 50 mg	0,18 €	1,79 €	1,61 €	894,4%
10 067 008	Duloxetine 30 mg	0,62 €	6,63 €	6,01 €	969,4%
10 068 455	Macrogol 400 mg pó	0,62 €	12,67 €	12,05 €	1943,5%
10 069 030	Rosuvastatina 5 mg	0,92 €	10,00 €	9,08 €	987,0%
10 080 589	Timolol 1 mg +	0,56 €	18,39 €	17,83 €	3183,9%
10 089 734	Levotiroxina sód. 0,112mg	0,05 €	0,66 €	0,61 €	1220,0%
10 108 864	Carbomero 2,5 mg	0,14 €	8,26 €	8,12 €	5800,0%

As diferenças de preços nos mesmos medicamentos faturados por diferentes prestadores variam de 2950% (30,5. vezes mais) e mesmo de 5800% (59 vezes mais). É isto que a ADSE pretende regularizar, cortando a faturação excessiva, mas a oposição dos grandes grupos de saúde é muito grande e a ameaça de rescindirem as convenções é grande se a ADSE não aceitar abdicar das regularizações.

Situação semelhante se verifica com os preços faturados à ADSE pelas próteses colocadas nos beneficiários como mostra o quadro 12

Quadro 12. Preços das mesmas próteses faturadas
à ADSE por diferentes prestadores

Códigos das próteses CDM	PREÇO FATURADO POR DIFERENTES PRESTADORES PELA MESMA PRÓTESE (alguns exemplos)			
	Preço mínimo	Preço máximo	Diferença euros	Diferença em %
14 736 160	19 345 €	31 141 €	11 796 €	61,0%
15 804 143	2 458 €	11 726 €	9 268 €	377,1%
14 239 175	23 150 €	29 574 €	6 424 €	27,7%
11 895 292	725 €	4 333 €	3 608 €	497,7%
12 485 977	792 €	3 723 €	2 931 €	370,1%
13 844 849	3 184 €	5 702 €	2 518 €	79,1%
13 557 351	455 €	2 501 €	2 046 €	449,7%
13 847 740	1 144 €	2 998 €	1 854 €	162,1%
11 061 480	509 €	2 327 €	1 818 €	357,2%
16 711 599	303 €	2 058 €	1 755 €	579,2%
16 765 796	445 €	1 593 €	1 148 €	258,0%
11 954 906	227 €	1 299 €	1 072 €	472,2%
11 059 915	1 272 €	2 282 €	1 010 €	79,4%

Aqui a diferença de preços faturados pelos diferentes prestadores chega a atingir 11.796€ para a mesma prótese. Os preços mais baixos já incluem margens razoáveis de lucro, mas para outros prestadores essas margens ainda não são suficientes. Como o céu é o limite nos códigos abertos aproveitam esse facto para multiplicar várias vezes as margens de lucros faturando à ADSE preços exorbitantes que são pagos com os descontos dos trabalhadores e dos aposentados da Função Pública. É toda esta cultura de descontrolo que se instalou na ADSE, com a conivência dos sucessivos governos, que se está agora atentar alterar, mas que está a ser muito difícil. Até porque o grande confronto poderá surgir quando a ADSE procurar fixar preços máximos se estes grupos não os aceitarem.

A má gestão e uma gestão sem qualquer racionalidade que deixou que se criasse no passado situações como estas, e que constitui uma verdadeira cultura que se permitiu que se instalasse nos prestadores, que até pensavam (assim o dizem) que as regras constantes da Tabela do Regime Convencionado não eram para aplicar (“era para inglês ver” como diz o nosso povo), deixou ao Conselho Diretivo atual uma pesada herança que está a ser muito difícil alterar e resolver.

Não deixa de ser estranho e incompreensível que sendo a ADSE, durante muitos anos (até ao fim de 2017), uma simples Direção Geral

da Administração Pública os sucessivos governos tenham permitido tal grau de descontrolo com custos enormes para os contribuintes e para os trabalhadores da Função Pública, e só agora, quando foi transformada em Instituto Público de Gestão Participada, e que tem participação dos representantes dos beneficiários quer no Conselho Geral de Supervisão e no Conselho Diretivo da ADSE é que se está procurar cumprir as regras constantes da Tabela do Regime Convencionado e introduzir o controlo da despesa mas com grande atraso e hesitações (as “regularizações” que se estão a procurar agora fazer dizem respeito a 2015 e 2016, e ainda faltam as de 2017 e 2018. Quando serão feitas? Ninguém sabe, embora seja pago a mais com os descontos feitos aos trabalhadores e aposentados da Função Pública).

Efetivamente, uma gestão irracional caracterizada também pelo total descontrolo da despesa que durante muitos anos imperou na ADSE, nomeadamente enquanto era uma Direção Geral do Estado, com a conivência dos sucessivos governos, os adiamentos contínuos em decisões fundamentais de que são exemplo as regularizações referentes a 2015 e a 2016 que só foram aplicadas em 2019, e as de 2017 e 2018 que não se sabe quando serão aplicadas devido às contínuas hesitações, negociações intermináveis com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, que funcionava como um cartel dos grandes grupos privados da saúde em clara violação da lei da concorrência, por um lado, criou nos prestadores a ideia de que não seriam aplicadas e, por outro lado, quando aplicadas geram imprevisibilidade entre os prestadores, tendo sido “*um presente envenenado*” deixado ao atual Conselho Diretivo porque determina grandes conflitos nomeadamente com os grandes prestadores, de difícil gestão sem ter efeitos nos beneficiários.

E esta situação é ainda mais difícil porque as anteriores chefias da ADSE, também com a conivência dos sucessivos governos, permitiram através de uma gestão que não acautelou os interesses dos beneficiários e da ADSE que esta fosse capturada pelos grandes grupos privados de saúde tendo estes obtido um enorme poder de mercado que estão agora a utilizar e que é difícil alterar de um momento para outro devido a resistências internas e a dificuldades externas, incluindo eleitoralistas, e ao desaparecimento/eliminação de muitos pequenos e médios prestadores promovida por uma política de assinatura de convenções que concentrou a prestação de cuidados de saúde comparticipados pela ADSE num número reduzido de prestadores.

Atualmente o grande desafio que se coloca à ADSE, a meu ver, é reduzir a enorme dependência que os sucessivos governos e a direção da ADSE deixaram que se criasse em relação aos cinco maiores grupos económicos de saúde, que alimentou a sua constituição e desenvolvimento (*sem a ADSE eles nunca teriam conseguido alcançar a dimensão e o poder que têm*) e estabelecer uma relação mais equilibrada com estes grupos, que também são indispensáveis à ADSE..

Para conseguir isso, necessita de apostar fundamentalmente na assinatura de convenções com pequenos e médios prestadores de saúde, nomeadamente com médicos organizados em policlinicas de proximidade e com hospitais de proximidade, como são os hospitais das misericórdias e outros que se encontram espalhados por todo o país, e não apenas nos grandes centros urbanos como acontece com as unidades de saúde dos grandes grupos que eram as entidades preferenciais das antigas direções da ADSE com a justificação absurda que alargando o numero de prestadores a despesa aumentaria mais quando, de facto, acontece precisamente o contrário pois com captura da ADSE por um numero reduzido de grandes prestadores as prescrições, os MCDT e as cirurgias multiplicam-se com o objetivo de aumentar a faturação e os lucros. A consulta barata (3,99€ é a importância paga pelo beneficiário no Regime Convencionado) funciona como chamariz. É uma situação que tem vedado o acesso dos beneficiários a médicos de qualidade (muitos se recusam a prestar cuidados de saúde a beneficiários da ADSE porque o valor que acabam por receber consideram “ridículo”) que terá de ser rapidamente repensada para que os beneficiários da ADSE não sejam obrigados a recorrer ao Regime livre pagando valores exorbitantes e também para que se possa assinar convenções com pequenos prestadores que vivem essencialmente dos preços das consultas que cobram, contrariamente aos grandes prestadores, com unidades hospitalares, onde cobram pelos MCDT e por cirurgias que também fazem.

Por outras palavras, a ADSE tem de deixar de ser um instrumento de consolidação dos grandes grupos económicos de saúde, em prejuízo dos pequenos e médios prestadores de saúde, como aconteceu até aqui, para passar ser um meio importante de um desenvolvimento equilibrado do setor privado de saúde, introduzindo critérios que não sejam fundamentalmente aqueles que dominam atualmente o negócio privado de saúde em Portugal, que são os do mercado. A ADSE e outros subsistemas públicos de saúde podem ser um importante instrumento

e ter um importante papel na regulação do mercado privado da saúde. Assim queiram os governos e também aqueles que estão à frente destes subsistemas públicos de saúde, e igualmente os prestadores privados de saúde. É o desafio que eu, atualmente no Conselho Diretivo da ADSE, como eleito pelos representantes dos beneficiários no Conselho Geral de Supervisão estou profundamente empenhado.

4. Algumas questões que importa ainda esclarecer pois têm sido utilizadas na comunicação social para atacar a ADSE

Numa conversa entre a jornalista Marta Reis, Francisco George e Daniel Sampaio, publicada no Semanário SOL em 19/1/2019, a ADSE é “acusada” de desnatar o SNS, de “financiar o desenvolvimento dos hospitais privados”, e de se aproveitar do SNS porque quando “os beneficiários da ADSE vão a estabelecimentos do SNS a ADSE não paga nada, o que consideram uma prerrogativa”. Esta acusação também consta do mini-livro “Prevenir doenças e conservar a saúde” (pág. 92) escrito por Francisco George e financiado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos. É uma opinião partilhada por mais gente, incluindo o atual Secretário de Estado de Saúde pelo menos antes de entrar para o governo, por isso merece atenção, e reflexão séria e fundamentada e não ser tratado numa “conversa”.

Começemos pelo 1º argumento: “*descapitalização do SNS*” que *resulta dos melhores especialistas do SNS serem captados pelos hospitais privados com dinheiro da ADSE*”. O problema, a meu ver, está invertido. Essa captação não resulta da existência da ADSE mas sim dos sucessivos governos, incluindo o atual, nunca terem tido a coragem de tomar medidas para eliminar gradualmente a promiscuidade dos profissionais de saúde poderem simultaneamente trabalhar no SNS e no setor privado. E isto, como já expliquei, tem sido um importante instrumento no desenvolvimento e consolidação dos grandes grupos privados de saúde que assim não têm de suportar os custos de um corpo clínico permanente alargado, limitando-se a ter um quadro permanente constituído por um pequeno número de profissionais e a irem buscar, quando necessitam, profissionais de saúde ao SNS pagando à peça (por ato) ou à hora ou até uma percentagem do preço cobrado ao doente. Tivesse o governo a coragem de impor a exclusividade com carreiras

e remunerações dignas e essa “descapitalização” reduzir-se-á enormemente. Mesmo não existindo a ADSE se a promiscuidade continuar, a captação dos melhores especialistas do SNS pelos privados continuará. Mas procura-se assim ocultar o verdadeiro problema do SNS.

Sobre o financiamento dos grupos privados de saúde pela ADSE que é outro argumento utilizado para atacar a ADSE – cerca de 600 milhões €/ano – isso é uma verdade mas tenha-se presente que o SNS gasta com privados todos os anos mais de 3.900 milhões €/ano (*para 2019 estão orçamentados no Orçamento do SNS 3.922 milhões € em Fornecimentos e Serviços Externos, sendo 474 milhões para as Parcerias Públicas Privadas com os grandes grupos privados de saúde*). Parece que tudo isto não incomoda ninguém pois ninguém fala disso.

Sobre a falsa ***“prorrogação dos beneficiários da ADSE quando utilizam o SNS, a ADSE não pagar nada”***. É preciso lembrar que os beneficiários da ADSE pagam impostos como quaisquer portugueses, e esses impostos também financiam o SNS. Obrigar a ADSE a pagar esses cuidados de saúde era obrigar os beneficiários da ADSE a pagar duas vezes os cuidados de saúde: com os impostos e mais com os seus descontos, o que era injusto e inconstitucional. Para além disso, a ADSE “liberta” o SNS todos os anos de mais de 4 milhões de consultas, de mais de 40.000 cirurgias, de dezenas de milhões de euros de tratamentos oncológicos, etc. etc. Com os problemas que já enfrenta o SNS, com os atrasos que tem em muitas valências, com 20.910 cirurgias que teve pagar a hospitais privados em 2018 por falta de resposta qual seria a situação do SNS se não existisse a ADSE? O que aconteceria se os 1,2 milhões de beneficiários que atualmente são abrangidos pela ADSE passassem, em todos os cuidados de saúde, a recorrer ao SNS? São as perguntas que naturalmente se colocam e que se deixam para reflexão de todos os leitores. É preciso falar com verdade, sem demagogias e com fundamento, e este problema não deve ser tratado numa simples conversa nem deve merecer por parte dos responsáveis do governo reações emocionais. É uma matéria demasiadamente séria e importante para centenas de milhares de famílias portuguesas para ser tratado de uma forma ligeira e pouco estudada. Se alguém teria de pagar era o SNS à ADSE porque esta poupa ao SNS cerca de 600 milhões € por ano com cuidados de saúde. É necessário por os pés na realidade e terminar com demagogias.

Outra questão que interessa esclarecer é o alargamento da ADSE a todos os portugueses como defende o CDS, e a transformação

da ADSE num seguro privado de saúde igual a muitos que já existem como defendem muitos outros. Sobre isto interessa esclarecer

Todos os trabalhadores bancários têm um sistema próprio de saúde (SAMS), incluindo o banco público que a CGD, o Banco de Portugal. Para o SAMS, em que as entidades empregadoras descontam, por trabalhador, 110€ e, por reformado, 130€ e os trabalhadores descontam 1,5% do seu salário. E muitas empresas têm seguros de saúde para os seus trabalhadores. Nunca se ouviu ninguém, mesmo aqueles que atacam a ADSE e os trabalhadores da Função Pública, a reivindicar que tais sistemas fossem abertos a todos os portugueses. Qual será a razão? A razão é porque eles foram criados com o objetivo de abranger apenas os trabalhadores dessas entidades empregadoras, fazem parte do seu Estatuto Laboral. A ADSE faz parte do Estatuto Laboral dos trabalhadores da Função Pública e só destes.

O alargamento da ADSE a todos os portugueses, como o CDS exige, faria a ADSE perder essas características, correria riscos incontroláveis pois poderia determinar que a maioria dos que entrassem eram com idades mais avançadas com custos de saúde muito elevados, e mantendo-se o atual paradigma (*não haver limites à despesa com saúde, contribuições de 3,5% e não aumentarem com a idade, etc.*) levaria a rápida implosão da ADSE pois certamente não suportaria o aumento de despesa que daí resultaria. Ou então a alternativa para continuar seria transformar a ADSE num seguro de saúde igual aos muitos que as seguradoras vendem, com prémios pagos por todos, incluindo familiares; com limites baixos de despesa anual (plafond) quer a nível hospitalar quer ambulatorio, com a exclusão do beneficiário quando o limite é atingido, com copagamentos elevados (*aquilo que o beneficiário paga para além do prémio quando utiliza o serviço de saúde*), com o aumento significativo do prémio com o aumento da idade, etc. como defende a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, controlada pelos grandes grupos de saúde, no estudo que mandou fazer à Deloitte sobre a sustentabilidade da ADSE.

Neste momento o que os representantes dos beneficiários no Conselho Geral de Supervisão e no Conselho Diretivo da ADSE defendem é o alargamento imediato da ADSE aos trabalhadores da Função Pública com contratos individuais de trabalho, por uma questão de justiça (não é aceitável na Administração Pública que um trabalhador a fazer o mesmo que outro – ex. : enfermeiros – um tenha direito à ADSE

e outro não) e por uma questão de sustentabilidade, pois contribuiria para o rejuvenescimento dos beneficiários da ADSE o que é essencial para garantir a sua sustentabilidade (*atualmente a ADSE está muito parecida com a CGA, pois é um sistema semifechado que, a manter-se, morrerá gradualmente*).

Mesmo limitando a ADSE apenas aos trabalhadores da Função Pública a sua sustentabilidade e continuidade com o atual paradigma exige uma gestão muito rigorosa, medidas de controlo apertado de despesa que ainda são insuficientes; e um combate eficaz à fraude e ao consumo excessivo e desnecessário promovido por prestadores privados que é muito difícil implementar e que continua adiado por falta de meios, nomeadamente humanos, devido aos obstáculos criados pelo governo e também internas. Abrir a ADSE a todos os portugueses era o fim da ADSE com as características que tem. Disso não tenho dúvidas

Uma outra questão que muitos beneficiários da ADSE têm colocado é sobre o seu direito de acesso ao SNS. Sobre esta questão importa esclarecer o seguinte.

Os trabalhadores e os aposentados da Função Pública são portugueses e pagam impostos como quaisquer portugueses, e esses impostos também são utilizados para financiar o SNS. Por esta razão eles têm direito ao SNS como qualquer outro português. O acesso ao SNS a todos os portugueses é um direito consagrado na Constituição da República, e criar dificuldades a esse acesso aos trabalhadores e aposentados da Função Pública, e também aos seus familiares, com o pretexto de que eles têm a ADSE é uma violação clara da Constituição da República e não deve ser aceite e deve ser combatido com firmeza.

Mas é verdade também, e muitos trabalhadores me têm relatado, que em várias unidades do SNS, se souberem que o utente tem ADSE procuram empurrá-lo para a ADSE. O objetivo é evitar que essa despesa seja suportada pelo orçamento dessa unidade de saúde pública e seja paga pela ADSE. O trabalhador ou aposentado se aceitar isso está a pagar duas vezes o cuidado de saúde: através dos impostos que pagou com os quais é também financiado o SNS, e com os descontos que faz para a ADSE, e também a contribuir para o aumento da despesa da ADSE e das suas dificuldades. Por isso deve recusar-se a aceitar isso

O Conselho Geral de Supervisão da ADSE, onde estão os representantes dos beneficiários, solicitou ao anterior ministro da Saúde que mandasse retirar da base de dados do SNS a informação de quem eram

os beneficiários da ADSE, para que estes não fossem objeto de discriminação no SNS, e ele prometeu que daria orientações nesse sentido mas nunca isso foi feito com a desculpa que era necessário mudar o programa informático e era muito caro.

Aconselhamos os beneficiários da ADSE a não darem essa informação no SNS – são dados privados que não são obrigados a dar – e se forem mesmo assim confrontados com uma tentativa de discriminação devem opor-se com firmeza a ela, pois pagam impostos e é um direito constitucional e devem escrever uma reclamação no respetivo livro amarelo.

Finalmente, uma questão que também merece uma reflexão séria, e que está de novo a vir à superfície. Face à excessiva governamentalização da ADSE, à interferência contínua do governo na gestão diária da ADSE através dos membros que escolheu e nomeou para o Conselho Diretivo da ADSE, e nos obstáculos que isso cria a ADSE, certos grupos defendem de novo a **transformação da ADSE numa mútua como fosse a panaceia para as dificuldades da ADSE**.

Seria bom que quem defende esse modelo analisasse com atenção o que aconteceu na Associação Mutualista Montepio Geral, em que um grupo movido com o objetivo de tirar benefícios próprios se apoderou da administração da mútua, e destruiu enorme valor deixando em sérias dificuldades a Associação Mutualista, e pondo em perigo as poupanças de 630.000 associados. A ADSE, pelo facto de movimentar anualmente cerca de 600 milhões €, atrai o apetite de grandes grupos de interesses, e seria facilmente capturado por eles através de pessoas interpostas.

O que é necessário é aumentar o poder dos beneficiários quer no Conselho Geral de Supervisão da ADSE quer no Conselho Diretivo tornando a sua representação maioritária. A presença do Estado na ADSE é importante porque aumenta o poder da ADSE face aos grandes grupos económicos, impede o controlo da ADSE pelos grandes grupos privados sejam da saúde ou de outros setores, e responsabiliza também o Estado dando segurança aos trabalhadores e aposentados da Função Pública. Há muito a fazer na ADSE para garantir a sua sustentabilidade e continuidade, mas isso não passa por entregar o controlo da ADSE a grandes grupos de interesses como certamente aconteceria se a ADSE fosse transformada numa mútua. É preciso conhecer e estudar profundamente a experiência concreta dolorosa, para os associados, do Montepio e não pensar ingenuamente que em outros setores se está imune ao que aconteceu no Montepio e que não sucederia o mesmo.

V – As Propostas de Nova Lei de Bases da Saúde de Maria de Belém, do Governo e dos Diferentes Partidos Apresentadas na Assembleia da República em 2019

Vamos começar por apresentar a análise que fizemos à proposta de nova lei de bases de saúde feita por uma comissão presidida pela Dra. Maria de Belém, consultora do grupo LUZ, comissão essa nomeada pelo ministro da saúde na altura, Adalberto Campos Fernandes, a que fomos afastados por um alegado “conflitos de interesses” que nunca foi explicado, e a quem mandamos a nossa análise solicitando para sermos ouvidos pessoalmente mas cujo pedido não foi atendido. Resolvemos incluir essa análise neste documento pois uma parte importante desta proposta foi assumida nas propostas de lei apresentadas na Assembleia da República pelos partidos PSD/CDS e CDS, naturalmente por estarem de acordo com ela.

1. A proposta de nova lei de bases da saúde elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém

O setor privado da saúde está a crescer de uma forma explosiva em Portugal. Como provamos neste estudo. O seu crescimento e consolidação foi muito ajudado pelos subsistemas públicos de saúde que preferencialmente fizeram convenções com estes grupos, marginalizando e mesmo ignorando os pequenos e médios prestadores de saúde, e também pela promiscuidade público-privado que existia e continua a existir no SNS. Os últimos dados da Conta Satélite da Saúde, publicados este ano pelo INE, provam de uma forma clara isso.

Entre 2000 e 2016, o peso do setor privado da saúde na despesa correntes de saúde aumentou de 29,5% para 33,6% e, a nível de despesa hospitalar, o crescimento foi explosivo pois subiu de 13% para 26,4% (*mais que duplicou em 6 anos*).

O crescimento do negócio privado da saúde em Portugal tem-se concentrado fundamentalmente nos 5 maiores grupos privados da saúde (*crescimento orgânico através da aquisição de muitas unidades de saúde de média dimensão e por meio de grandes investimentos*) que dominam, com um poder de mercado enorme, o setor privado de saúde

(neste campo caminha-se para uma crescente concentração, ainda maior que a atual).

Este crescimento explosivo do setor privado de saúde resulta, por um lado, das dificuldades crescentes do SNS em satisfazer as necessidades da população e, por outro lado, devido ao importante financiamento público do setor privado da saúde *(cerca de metade das suas receitas têm atualmente como origem o financiamento público como foi afirmado por um seu representante num debate organizado pelo IGAS).*

Um dos grandes problemas atuais do Serviço Nacional de Saúde, a meu ver, que põe em causa a sua sustentabilidade e agrava as suas dificuldades facilitando assim o crescimento do setor privado da saúde em Portugal, repetimos, é a promiscuidade público-privado, nas suas várias vertentes, no seio do próprio SNS como já foi referido anteriormente. Não sou contra as empresas e grupos privados da saúde. Eles têm o seu lugar no sistema de saúde português. A sua existência é garantida pela Constituição da República, e os portugueses têm todo o direito de escolher entre o sistema privado ou o sistema público de saúde, nomeadamente aqueles que têm dinheiro para pagar a saúde e optem pelas empresas privadas de saúde. E na prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADSE eles são importantes. É preciso que isto fique claro para que a opinião expressa em todo este trabalho não seja incorretamente interpretada ou atacada.

Mas uma coisa é admitir a liberdade para existir um sistema privado de saúde, e outra bem diferente é aceitar e até promover a promiscuidade público-privado no setor público de saúde, é defender que o sistema privado de saúde floresça e se desenvolva à custa e em prejuízo do Serviço Nacional de Saúde, e financiado pelo Orçamento do Estado. E isto até porque o negócio privado de saúde e o serviço público de saúde têm logicas de funcionamento diferentes. Quem os conheça por dentro de uma forma concreta conhece bem essas diferenças.

A lógica de funcionamento do setor privado de saúde é a de mercado, comum a todo o setor privado como não podia deixar de ser *(seria muito estranho que isso não acontecesse)*, ou seja, faturar o máximo para obter a máxima rentabilidade *(recorde-se, a este propósito, como muitas unidades privadas de saúde remuneram a maioria dos profissionais de saúde)*. Ninguém tem certamente a ingenuidade de pensar que um acionista privado estrangeiro ou mesmo português, investiria na saúde em Portugal se não fosse com o objetivo de rentabilizar, ou seja, de obter

retorno financeiro do seu investimento. E ninguém deve ficar surpreendido ou chocado com isso. É a lógica genética de existência e de funcionamento do setor privado. O que é estranho é que depois se esqueça isso. O setor privado pode também obter ganhos em saúde, e certamente obtém, mas os ganhos em saúde no setor privado de saúde são mais um meio para atingir aquele fim, que é a rentabilização do investimento realizado.

A lógica de funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde público como o português é, a meu ver, diferente. O objetivo fundamental são obter ganhos de saúde para toda a população, ricos e pobres, sem atender à sua capacidade económica de os poder pagar, com a utilização mais eficiente e eficaz dos recursos públicos, que são sempre escassos, que lhe são disponibilizados pelo Orçamento do Estado, e não rentabilizar e obter retorno financeiro do investimento realizado.

É por esta razão que a promiscuidade público-privado no seio do Serviço Nacional de Saúde, que tem uma lógica de funcionamento e objetivos diferentes, acaba por afetar e subverter profundamente o funcionamento do SNS, reduzindo a sua eficácia e eficiência, causando o desperdício de recursos público, e pondo em perigo a sua própria sustentabilidade. A promiscuidade público-privado no seio do SNS, a meu ver, corrói e destrói por dentro o SNS.

Quando falo promiscuidade público-privado no seio do SNS estou a pensar nas suas várias vertentes e não apenas numa, ou seja, estou-me a referir nomeadamente: (1) aos profissionais de saúde que trabalham simultaneamente no setor público e no setor privado; (2) à entrega da gestão de unidades de saúde públicas ao setor privado que tem objetivos e lógicas de funcionamento diferentes do setor público; (3) à compra maciça de serviços e bens ao setor privado pelos serviços públicos em que uma parte deles, certamente não todos, podia ser realizado no setor público de saúde com investimento e planeamento adequado entre as várias unidades públicas de saúde visando a utilização eficiente das capacidades disponíveis em todas elas em benefício de todo o SNS.

O facto de muitos profissionais de saúde trabalharem simultaneamente no setor público e no setor privado, reduz significativamente a capacidade, em termos de produtividade e eficiência, do SNS para satisfazer as necessidades da população (*recorde-se, a este propósito o livro esclarecedor “A doença da saúde” de Manuel Antunes, diretor dos serviços de cardiologia dos HUC, portanto um profissional de saúde que conhece profundamente por dentro o SNS*) e facilita comportamentos

incorretos conhecidos como sejam os desvios de doentes do SNS para o setor privado para melhorar a remuneração e, inversamente, o seu reenvio para o SNS quando o *plafond* do seguro se esgota, etc.,etc.. Esta promiscuidade e estes comportamentos são, a meu ver, causadas, pela inexistência de uma carreira e de remunerações dignas no SNS pra os profissionais de saúde, matéria que a pré-proposta de nova lei de bases de saúde da comissão presidida ela Dra. Maria de Belém não aborda com a necessária profundidade e dignidade que a situação exigiria. Mas isso é uma questão que será analisada mais detalhadamente no ponto seguinte.

A entrega da gestão de unidades públicas de saúde ao setor privado, que é outra forma de promiscuidade público-privada, contribui, a meu ver, para o agravamento desta situação. É evidente, e ninguém deve ter a ingenuidade de pensar o contrário, que se o setor privado está interessado em gerir unidades públicas de saúde é porque obtém proveito com isso. Como existe um contrato programa que limita os preços e as quantidades de atos que podem ser faturados (*o que não acontece quando é uma unidade privada de saúde e o pagamento é feito pela ADSE ou pelo próprio doente*), então para obter o lucro desejado terá de ser à custa da redução da despesa. E isso é só possível não só através de uma melhor eficiência, que penso que pode ser obtida por uma gestão pública diferente da atual, mas também pagando pior a muitos profissionais de saúde como acontece e fazendo poupanças nos materiais e consumíveis utilizados. Também aqui não há milagres nem almoços grátis.

Outra forma de promiscuidade público-privado é a aquisição maciça de bens e serviços ao setor privado pelo SNS. A meu ver, uma melhor utilização e um melhor planeamento dos meios existentes nas várias unidades públicas de saúde, com base levantamento visando identificar subutilizações e capacidades instaladas não utilizadas, levantamento esse que não se conhece publicamente que tenha sido alguma vez feito, certamente poderia reduzir as despesas, que são enormes, das unidades públicas de saúde com aquisições a privados (*o aproveitamento e a expansão das capacidade do Laboratório militar poderia dar um contributo importante para a redução da promiscuidade e da despesa*).

Finalmente, uma questão importante que merecia um tratamento adequado, devido à sua dignidade e importância, é o financiamento do SNS, e a necessidade de pôr cobro ao seu subfinanciamento crónico, que o degrada impedindo que ele satisfaça as necessidades da população, e afasta (expulsa) muitos dos melhores profissionais de saúde do

SNS, criando assim também as condições propícias ao crescimento e florescimento do setor privado da saúde em Portugal, e a necessidade de estabelecer um sistema de financiamento adequado e estável.

A nosso ver, a proposta de nova lei de bases de saúde elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém, apesar de estar recheada de bonitas declarações sobre os direitos dos portugueses à saúde, ignora as realidades que acabamos de expor e aponta fundamentalmente numa direção oposta à que defendemos, ou seja, a pré-proposta aponta para o reforço do setor privado da saúde no seio e à custa do SNS, e também não indica quaisquer medidas concretas a tomar pra terminar o subfinanciamento crónico do SNS que está a destruir o serviço público de saúde, tratando-o de uma forma residual e insuficiente. A prová-lo estão as “Bases” da proposta que a seguir analisaremos com mais detalhe.

A Base XX – Prestações públicas de saúde dispõe o seguinte: “1 – *Prestam serviço público de saúde o Serviço Nacional de Saúde, outras entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e os estabelecimentos ou instituições dos setores de economia social e privado e os profissionais em regime liberal ou grupos de profissionais que tenham contrato, convenção ou acordo com o Estado, através do ministério que tutela a área da saúde, ou com outro ente público, nos termos da lei, para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde*”.

Portanto, a pré-proposta de lei inclui nas “prestações públicas de saúde”, as realizadas não só pelo SNS mas também pelo setor social e pelo setor privado. E prevê-se na proposta, erradamente a meu ver, que essas prestações privadas de saúde realizadas por entidades privadas sejam também financiadas pelo Orçamento do Estado, como consta da Base XXIV que se transcreve seguidamente.

Base XXIV – Financiamento estabelece o seguinte: “*As prestações públicas de saúde são financiadas por verbas do Orçamento do Estado transferidas para o ministério que tutela a área da saúde e por afetação de receitas fiscais especialmente consignadas para o efeito, sem prejuízo de outras receitas*”.

Portanto, a própria proposta de lei da dita comissão previa que as prestações públicas de saúde que incluem as do SNS, as do setor social e ainda as do setor privado (empresas e pessoas singulares) podem ser

financiados pelo Orçamento do Estado; conseqüentemente, no lugar de as limitar parece que tem a intensão de as alargar, o que só pode contribuir, a meu ver, para o aumento da promiscuidade público-privado no seio do próprio SNS e para agravar as dificuldades financeiras que o estrangulam atualmente. O OE não tem dinheiro para o SNS, mas terá para tudo isto o que só poderia determinar um estrangulamento financeiro ainda maior do SNS? É a questão que se deixa para reflexão.

E isto até porque em relação ao SNS ainda se refere no ponto 2 da mesma base que “ *O financiamento dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde é estabelecido através de mecanismos de contratualização com o ministério que tutela a área da saúde e definidos por diploma próprio, de acordo com critérios objetivos que visem ganhos em saúde, atendendo, designadamente, à prestação a realizar, aos níveis de qualidade a atingir, à otimização da capacidade instalada dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde e a critérios de gestão eficiente*”, mas em relação ao financiamento do setor privado da saúde, na Base que trata do financiamento, nada é mais dito.

Esta orientação visando reforçar o domínio do setor privado de saúde nas prestações públicas de saúde encontra-se plasmada, a meu ver, na Base XX da proposta de lei elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém que se transcreve seguidamente:

Na **Base XX**, no ponto 9, consta o seguinte : “ *A lei pode ainda prever, ..., que a gestão de estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde ou de partes funcionalmente autónomas dos mesmos possa constituir objeto de concessão com entidades do setor de economia social e com entidades privadas, bem como de convenção com grupos de médicos ou outros profissionais de saúde que para o efeito disponham de personalidade jurídica e que tais contratos possam incluir a construção, reconstrução, ampliação, adaptação ou beneficiação, acompanhadas ou não da dotação dos meios adequados que o estabelecimento careça*”.

Embora isto conste da lei atual, e esteja já concretizado nas parcerias público privadas na área da saúde (hospitais PPP de Cascais, Vila Franca de Xira, Loures e Braga), o certo é que estas experiencias deviam ser repensadas e limitadas; a serem necessárias PPP devido à escassez de recursos públicos, elas deviam-se limitar apenas à construção e aos equipamentos dos hospitais como acontece em outros países que adotaram esse modelo, mas nunca à prestação de serviços de saúde, pois

a lógica privada de funcionamento no setor de saúde é a de mercado, portanto diferente, como procuramos mostrar anteriormente, da lógica de funcionamento do setor público de saúde. E a prestação de cuidados de saúde uma questão muito delicada e sensível que devia merecer um cuidado muito especial pelo Estado.

Sem hostilizar o setor privado, defendo que uma nova lei de bases da saúde deverá fazer uma clara separação entre o setor privado da saúde (*que tem o direito de existir, de se desenvolver*), e o setor público de saúde. Parafraseando um dito famoso, diria *deve-se dar ao público o que é público, e ao privado o que é privado*.

São dois setores diferentes com logicas de funcionamento diferentes, e não se devia permitir, como atualmente está a suceder de uma forma crescente, o desenvolvimento do setor privado da saúde à custa do SNS, procurando utilizar os meios deste e financiamento do Orçamento do Estado. Isso devia ficar expresso e claro na própria lei de bases da saúde. A proposta de lei elaborada pela Dra. Maria de Belém aponta, a meu ver, no sentido contrário, ou seja, no sentido do reforço do setor privado da saúde à custa do SNS.

Neste campo interessa ainda analisar a forma como na proposta de lei da comissão é tratada a situação dos profissionais de saúde, uma questão fulcral, a meu ver, se se quiser garantir a sustentabilidade e a qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

Para isso, vai-se transcrever da pré-proposta de lei a Base XXXVII que trata do Estatuto dos Profissionais de saúde”, chamando a atenção nomeadamente para o seu ponto 6.

Base XXXVII Estatuto dos profissionais de saúde e outros trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde 1 – Os trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde têm um regime jurídico próprio, independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 2 – As carreiras dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde são unitárias e aplicáveis independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 3 – Os postos de trabalho existentes nas pessoas coletivas públicas do Serviço Nacional de Saúde podem ser preenchidos por quaisquer trabalhadores independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 4 – Os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde carecem, nos termos gerais, de autorização do ministério que tutela a área da saúde para exercerem funções privadas, não podendo ser autorizada a acumulação

de funções se daí resultarem prejuízos ou, direta ou indiretamente, encargos para o Serviço Nacional de Saúde. 5 – A lei estabelece as formas de remuneração e de incentivos assentes em critérios objetivos de avaliação do desempenho, com base no mérito e nos resultados, bem como a progressão nas carreiras através de provas públicas. 6 – A lei pode criar incentivos que promovam a dedicação exclusiva dos profissionais ao Serviço Nacional de Saúde e a investigação.

Um problema grave que existe atualmente no SNS, que põe também em causa a sustentabilidade do SNS e a qualidade dos serviços prestados à população, é a promiscuidade público-privado a nível de profissionais de saúde, que se traduz no facto de muitos profissionais trabalharem simultaneamente no setor privado e no setor público, com as consequências graves para o SNS que são bem conhecidas mas que ninguém tem a coragem de falar e muito menos de enfrentar e resolver (*ponto 4 permite, de facto a manutenção da promiscuidade que é confirmada pela situação atual*).

A meu ver o SNS só será sustentável e só prestará à população os serviços de saúde de qualidade que os portugueses necessitam, se os seus profissionais trabalharem em exclusividade para o SNS. Neste campo é fundamental acabar com a promiscuidade, separando o que é público do que é privado. Os profissionais de saúde devem ter a liberdade de optar por um ou por outro, mas não simultaneamente pelos dois como atualmente sucede.

Mas para que isso seja possível é indispensável que se ofereça a esses profissionais carreiras e remunerações dignas no SNS, o que atualmente não sucede, e deve ser um processo gradual mas com objetivos claros expressos na própria lei. Como mostra de forma clara, o ponto 6 da Base XXXVII, a exclusividade dos profissionais de saúde que trabalham no SNS não é uma preocupação importante da proposta elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém, nem um objetivo a alcançar, garantindo a estes profissionais uma carreira digna e uma remuneração também digna. É uma simples recomendação que o governo pode ou não seguir.

Interessa ainda chamar a atenção para a **Base IV – Política de saúde**, a alínea g) do ponto 1 que refere o recurso aos setores de economia social e privado para colmatar eventuais insuficiências do SNS, o que reforça a ideia da importância que se pretende dar dentro do próprio SNS, acentuando ainda amais a promiscuidade já existente. Portanto, a proposta de lei de Maria Belém apontava num sentido diferente daquela que defendemos.

Finalmente, uma questão nuclear é o **subfinanciamento crónico do SNS**. Esta questão não é tratada na pré-proposta de lei com a importância e a dignidade que ela merece. O subfinanciamento crónico do SNS, a aleatoriedade e a opacidade como ele é fixado em cada ano, causa grande instabilidade e graves ineficiências e enormes custos ao Estado, desresponsabiliza administrações e direções de nível intermédio e está também a contribuir para a destruição do SNS e para a explosão do setor privado de saúde.

O quadro seguinte dá uma ideia da aleatoriedade e da variabilidade como ele é fixado em cada ano.

Quadro 13. Variação das transferências do OE
para o SNS a preços correntes – 2008/2018

ANOS	PIB a preços correntes Milhões €	Transferências do OE para SNS a preços correntes - Milhões €	% que as transferências do OE para SNS representam em relação ao PIB de cada ano
2008	178 873	7 900	4,4%
2009	175 448	8 200	4,7%
2010	179 930	8 849	4,9%
2011	176 167	8 254	4,7%
2012	168 398	7 762	4,6%
2012 (inclui para pagar dívida acumulada)	168 398	9 262	5,5%
2013	170 269	7 874	4,6%
2014	173 079	7 738	4,5%
2015	179 809	7 878	4,4%
2016	185 494	8 179	4,4%
2017	193 049	8 628	4,5%
2018 (P)	199 222	8 594	4,3%

E tenha-se presente que, a partir de 2010, observa-se um corte sequencial pois a partir deste ano, o Orçamento do Estado deixou de transferir para os subsistemas de saúde os montantes que depois estes transferiam para o SNS, passando as transferências do OE para o SNS a incluir os montantes que antes eram transferidos para os subsistemas para estes depois “pagarem” ao SNS.

Portanto, as transferências previstas no Orçamento do Estado de cada ano para o SNS foram, em todos os anos do período considerado, inferiores em 5% à riqueza criada no país (PIB) variando entre 4,3% e 4,9%.

Face ao subfinanciamento crónico anual do SNS, as unidades de saúde públicas para poderem funcionar endividam-se ao longo do ano como já mostramos, e no fim de cada ano o Ministério da Saúde concede normalmente um reforço para pagar uma parcela da dívida acumulada. E no ano seguinte começa de novo a saga como revelam os dados

do Ministério das Finanças, e no fim do ano o Ministério faz um novo reforço. Portanto, é uma situação que se repete todos os anos.

É evidente que esta não é uma forma correta de funcionar já que desresponsabiliza as administrações e chefias intermédias e determina custos acrescidos para o SNS já que os fornecedores, tendo em conta os atrasos habituais, impõem preços inflacionados e as entidades responsáveis pelas aquisições no SNS ficam sem poder para negociar com os fornecedores.

A proposta de lei elaborada pela comissão presidida pela Dra. Maria de Belém não adianta nada de concreto e de inovador neste campo limitando-se a fazer uma declaração de princípio que consta da Base XXIV, que se transcreve, chamando atenção em particular para o ponto 3, o último transcrito aqui, até porque pretendemos analisar com detalhe e isoladamente o ponto 5 que levanta problemas sérios.

A Base XXIV Financiamento dispõe o seguinte. “1-As prestações públicas de saúde (*inclui as dos privados e as do setor social como já vimos*), são financiadas por verbas do Orçamento do Estado transferidas para o ministério que tutela a área da saúde e por afetação de receitas fiscais especialmente consignadas para o efeito, sem prejuízo de outras receitas. 2 – O financiamento dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde é estabelecido através de mecanismos de contratualização com o ministério que tutela a área da saúde e definidos por diploma próprio, de acordo com critérios objetivos que visem ganhos em saúde, atendendo, designadamente, à prestação a realizar, aos níveis de qualidade a atingir, à otimização da capacidade instalada dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde e a critérios de gestão eficiente. 3 – O financiamento público deve progressivamente aproximar-se da média da União Europeia, visando o financiamento adicional a obtenção de ganhos em saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença, da modernização dos equipamentos e das tecnologias de saúde, da integração dos cuidados e da promoção do mérito, avaliados com base em indicadores mensuráveis.

Portanto, a única referência concreta que se faz é que “o financiamento público da saúde deve progressivamente aproximar-se da média da União Europeia”. Em euros por habitante? Em percentagem do PIB? Em percentagem da despesa pública? Não se explica gerando assim confusão e imprevisibilidade.

Para além disso, a questão que também se põe e que igualmente não é esclarecida, é se o financiamento público que se refere é o que se destina exclusivamente ao SNS, ou se inclui os subsistemas e mesmo o financiamento do social e do setor privado previstos em outras Bases da pré-proposta de lei, e analisado anteriormente. São questões importantes que ficaram por esclarecer e que necessitam de ser esclarecidas.

A nosso ver é fundamental definir com clareza como deve ser feito – com que bases deve ser calculado – o financiamento do SNS. E aí somos muito claros e frontais até porque é uma questão fundamental para garantir a sustentabilidade e continuidade.

Tendo em conta os dados apresentados defendemos que as transferências em cada ano do Orçamento do Estado para o SNS não devem ser inferiores a 5% do valor do PIB previsto a preços correntes para esse ano, pois as transferências são também a preços correntes. Portanto, o que propomos e defendemos é que devia ficar estabelecido na lei um limite mínimo que o SNS poderia contar todos os anos, criando assim estabilidade e previsibilidade, e acabando com a aleatoriedade e a arbitrariedade dos governos, o que também permitiria responsabilizar de uma forma real e efetiva as administrações e as direções intermédias das unidades públicas de saúde, o que atualmente não sucede. É importante que nesta área a responsabilização por uma gestão inadequada ou ineficiente dos recursos, a todos os níveis, não fosse um “faz de conta” como acontece atualmente. E a lei fosse muito clara nisso definindo os necessários KPI (*Key Performance Indicator*), ou seja, indicadores chaves de desempenho a utilizar na avaliação das administrações e respetivas chefias.

Face a análise feita, e às conclusões que dela se tira, não é de estranhar que o PSD/PP e CDS tenham apoiado o essencial da proposta, e também não é de estranhar que o atual governo, através da ministra da Saúde, ter apresentado, em nome do governo, uma proposta de nova lei de bases da saúde diferente; o que é de estranhar é a reação emotiva da Dra. Maria Belém considerando que a sua proposta devia ser irrecusável.

2. A proposta de nova lei de bases da saúde apresentada pelo governo

A proposta de lei de bases da saúde aprovada pelo governo e apresentada na Assembleia é diferente da elaborada pela comissão presidida

pela Dra. Maria de Belém a começar pela sua dimensão: tem apenas 28 bases quando a da comissão tinha 61 bases, portanto é uma proposta muito mais enxuta como convém a uma lei de bases da saúde.

Embora defina no nº1 da Base 15 o Sistema de saúde como integrando o SNS, o SRS dos Açores e Madeira bem como outras instituições públicas, e ainda entidades do setor privado e social e profissionais em regime independente, no nº2 da mesma Base dispõe que “*atuam de acordo com princípio da cooperação*” mas no nº3 da Base 18 estabelece que “*a gestão dos estabelecimentos de cuidados de saúde é pública, podendo ser supletiva e temporariamente assegurada por contrato com entidades privadas e do setor privado*”. Portanto, uma solução da defendida na proposta da Dra. Maria de Belém que considera tal “solução” normal e que devia ser utilizada amplamente, já que não punha qualquer limite.

O entanto, a proposta do governo, apesar daquela disposição, ainda tem o inconveniente da abrir a porta à gestão de unidades publicas, não só das infraestruturas e edifícios que ainda se podia admitir, mas também à prestação dos serviços de saúde, que na maior dos países da União Europeia, incluindo a Inglaterra “mãe” das PPP, não é admitido tendo em conta a sensibilidade e importância dos serviços de saúde.

Na proposta de lei de bases da saúde elaborada pela comissão presidida por Maria de Belém não existe limites temporais defende a concorrência entre o setor publico e o setor privado, um objetivo muito caro aos grandes grupos de saúde, pois dispunha na sua **Base XX Prestações públicas de saúde** que “*1 – Prestam serviço público de saúde o Serviço Nacional de Saúde, outras entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e os estabelecimentos ou instituições dos setores de economia social e privado e os profissionais em regime liberal ou grupos de profissionais que tenham contrato, convenção ou acordo com o Estado, para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde; 2 – Os contratos, convenções ou acordos para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde ficam sujeitos à avaliação da necessidade e aos princípios da eficácia, da eficiência e da economia que devem presidir à justificação da decisão da sua celebração e os princípios da concorrência e da transparência quanto à escolha do prestador.*

O nº1 da Base 21 da proposta de lei de bases do governo abre novamente a porta ao setor privado a ser financiado pelo governo,

pois dispõe que “*tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social, bem como profissionais em regime de trabalho independente, condicionados a avaliação da sua necessidade*”. Aqui nem tem o cuidado de dizer que é com caráter temporário.

Em relação aos profissionais de saúde, e à promiscuidade grave que existe nesta área e que está a corroer/destruir por dentro o SNS, com forte apoio dos grandes grupos privados da saúde, a proposta o governo é pobre e descuidada para não utilizar outros termos mais contundentes. Assim, no ponto 8 da base 18 limita-se a dizer o seguinte: “*No seu funcionamento, o SNS sustenta-se numa força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, numa evolução progressiva para a criação de dedicação plena e exclusiva ao exercício de funções públicas*”. Uma disposição “redonda” que aponta no sentido correto mas que não garante que qualquer passo concreto seja dado e, enquanto o problema se mantiver, o SNS está a ser corroído/destruído por dentro com o apoio dos grandes grupos privados da saúde que capturam os profissionais que continuam a trabalhar no SNS.

Finalmente a proposta não cria condições para a resolução do principal e mais grave problema que enfrenta o SNS, que é o seu subfinanciamento crónico. Efetivamente, a sua Base 20 transfere com grande generalidade, e sem definir quaisquer critérios, a regulação para uma lei futura, adiando, mais uma vez, a resolução deste grave problema que enfrenta atualmente as unidades públicas. E mantém as taxas moderadoras sem definir quaisquer critérios.

Sem garantia de um financiamento adequado (e a proposta do governo não adianta nada nesse campo), é impossível que o SNS forneça à população, em quantidade e qualidade os cuidados de saúde que ela necessita.

3. A proposta de nova lei de bases da saúde apresentada pelo PSD/PP

A proposta de lei do PSD/PP, no nº4 da Base I começa logo por dispor que “*as prestações de saúde são asseguradas ... , por serviços estabelecimentos do SNS e por entidades do setor do setor do setor social e do setor privado, bem como profissionais de regime de*

trabalho independente”, portanto em pé de igual e em concorrência não estabelecendo qualquer obrigação específica para o SNS como decorre da própria Constituição da República.

A alínea j) da Base II do PSD/PP reforça esta interpretação pois dispõe como diretriz para a política do governo “*a cooperação entre os setores públicos, privado e de economia social com objetivos de saúde, **em concorrência**, com vista à melhoria da efetivação do direito à proteção da saúde das pessoas*”. A concorrência entre o público e o privado, o financiamento dos grandes grupos privados da saúde pelos Orçamento do Estado, são objetivos de agrado e defendidos por eles. Portanto, segue muito de perto a proposta de Maria de Belém.

Em relação aos direitos dos cidadãos, na Base XI, no nº2, é “*reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde*”, que inclui o setor privado, pago pelo Orçamento do Estado. É também uma velha reivindicação dos grandes grupos privados da saúde.

A Base XXXI, da proposta de lei do PSD/CDS define no nº1 o **Sistema de saúde**, como constituído “pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem cuidados e tratamentos na área da saúde, bem como por todas as entidades dos setores da economia social e privado e pelos profissionais independentes que atuem na prestação de cuidados de saúde”. E o nº3 da mesma Base dispõe que o Estado para garantir o direito à saúde dos cidadãos, “*utiliza o SNS em articulação com entidades dos setores da economia social e privado*”, naturalmente financiado pelo Orçamento do Estado mas não estabelecendo quaisquer obrigações específicas para o Estado em relação ao SNS como decorre da Constituição da República.

A proposta de lei de bases da saúde do PSD/PP, tem toda uma Base (a XXXVII) dedicada ao apoio a convenções, incluindo PPP, com o setor privado. No nº1 dispõe que as prestações públicas de saúde são realizadas também por estabelecimentos ou instituições da **economia social e privado** com os quais o Estado tenha assinado contratos, acordos ou convenções; no nº2 da mesma Base XXXVII defende as “*parcerias público-privada com entidades do setor social e privado*”; na alínea d) do ponto 3 da mesma defende que se “*observe os princípios da **concorrência** e da transparência quanto à escolha do prestador*” podendo, como resulta deste princípio ser preterido a entidade pública e escolhida a entidade privada, etc., etc. É o escancarar as portas do SNS aos privados.

Em relação ao financiamento, o nº1 da Base XLI da proposta do PSD/CDS dispõe que o “SNS e as prestações públicas de saúde, que incluem as dos setores privado e social, *“ são financiados por verbas do Orçamento do Estado”*, portanto o que se pretende também é o desenvolvimento do negócio privado da saúde apoiado pelo Orçamento do Estado.

E como tudo isto já não fosse suficiente, o nº2 da Base XLIV da proposta de lei de bases da saúde do PSD/PPD prevê que ***“o governo pode estabelecer incentivos à criação de entidades privadas, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa”***. É o desenvolvimento do negócio privado da saúde financiado com os impostos pagos pelos portugueses em prejuízo do SNS, que enfrenta problemas graves de subfinanciamento (ainda ficava menos para o SNS).

Em relação aos profissionais da saúde (Base LIV e Base LVI) a proposta de lei do PSD/PPD não acrescenta nada de novo que tenha algum significado, mantendo as condições atuais para que a promiscuidade público-privada se mantenha e se desenvolva em benefício do setor privado que assim podem utilizar os profissionais que trabalham no SNS para concorrer com este.

4. A proposta de lei de bases da saúde apresentada pelo CDS

A proposta de lei de bases de saúde do CDS segue muito de perto a proposta da comissão presidida por Maria de Belém e do PSD/PP reforçando apenas as componentes visando a privatização do SNS.

Assim a Base XXV da proposta é toda ela dedicada a valorizar o papel do setor privado e social nas prestações públicas de saúde, nas quais é incluído o SNS em pé de igualdade com as entidades dos outros setores.

O nº2 desta Base dispõe mesmo que “para garantir o acesso em tempo clinicamente adequado às necessárias prestações não asseguradas pelo SNS **deve-se recorrer a contratos, convenções e acordos com entidades do setor privado e social**, não se referindo a necessidade de disponibilizar meios para que o SNS cumpra a sua missão que se encontra estabelecida na Constituição da República.

O nº1 da Base XXVII estabelece que “as prestações publicas de saúde, que inclui também as prestadas por entidades privadas com quais se tenham convenções são financiados pelo Orçamento do Estado.

O nº 3 da Base XXVII dispõe que para garantir a sustentabilidade de entidades privadas o Estado deve instituir o **princípio concorrencial dentro do SNS** e entre os setores público, privado e social.

Em relação ao Estatuto dos profissionais de saúde, tal como o PSD/PP, a proposta de lei do CDS limita-se a prever no nº6 da Base XLII “incentivos financeiros ou de outra natureza que promovam a dedicação exclusiva”, que já existem, e que nada contribuem para eliminar a promiscuidade atualmente existente.

5. A proposta de nova lei de bases da saúde do Bloco de Esquerda

Da mesma forma que nos projetos anteriores o do BE define na Base XI, nº1 da sua proposta que *“O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas sem ou com fins lucrativos e todos os profissionais em regime liberal cuja atividade tem por objetivo a promoção e proteção da saúde e a prestação de cuidados de saúde”*.

Na Base XIII, nº1, alínea d) estabelece que os utentes têm direito a *“Receber gratuitamente os cuidados de saúde que lhe são prestados pelo SNS e pelas entidades privadas e profissionais de saúde em regime liberal com os quais o SNS tenha estabelecido uma convenção para a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes”*, o que representa a eliminação de taxas moderadoras, embora sendo popular no entanto não deixaria certamente de criar graves problemas ao funcionamento dos hospitais já sobrecarregados com dezenas de milhares de utentes que deviam ser atendidos nos Centros de Saúde e nunca nos hospitais.

Compreende-se a eliminação das taxas moderadoras nos Centros de Saúde até para promover a ida a eles antes de se recorrer aos hospitais, mas já não é compreensível a gratuitidade nos hospitais com exceção de casos graves ou encaminhados pelos Centros de Saúde, a não ser que queira mostrar que os hospitais não funcionam.

Em relação à promiscuidade que resulta dos profissionais de saúde trabalharem simultaneamente no SNS e nos grandes grupos privados

da saúde, a proposta do Bloco de Esquerda não adianta nada de novo, pois acaba por ignorar a grave situação que corrói e destrói o SNS, talvez por medo de enfrentar as corporações que dominam o setor da saúde em Portugal, pois na Base XXXIII da sua proposta, que trata do Estatuto dos profissionais de saúde limita-se a estabelecer, no nº 8, que *“O Estado deve promover uma política de recursos humanos que valorize o tempo completo e a dedicação exclusiva como regime de trabalho dos profissionais do SNS. É para tudo continuar na mesma como tudo estivesse bem.*

Em relação ao subfinanciamento crónico do SNS a Base XXXV da proposta do Bloco de Esquerda não apresenta qualquer medida para o impedir no futuro.

A Base XXXVI da proposta prevê taxas moderadoras (nº1) o que parece estar em contradição com o referido anteriormente embora as elimine no nº2 da mesma Base, como defendemos, nos *“cuidados prestados no domínio dos cuidados primários e nos serviços de urgência e emergência, incluindo o transporte do doente”*.

A Base XLIV da proposta dispõe que *“De acordo com o estabelecido na Base XI desta lei, podem ser celebrados contratos de convenção com entidades privadas, sem ou com fins lucrativos, com médicos e outros profissionais de saúde, para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, estabelecendo a lei as condições da sua celebração”*. No nº2 procura limitá-los apenas *“quando o SNS não tiver comprovadamente capacidade para prestar um determinado cuidado de saúde, sendo a atividade do convencionado meramente supletiva”*.

6. A proposta de nova lei de bases da saúde do PCP

No artº 8º nº1, alínea c) o projeto de lei do PCP dispõe que o SNS é *“Gratuito, garantindo que a todas as pessoas sejam prestados todos os cuidados de saúde que lhes sejam prescritos, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro pagamento”*. O problema que se coloca em relação a uma medida desta natureza que, embora seja popular, são as consequências para os hospitais já que poderia fazer disparar ainda mais as idas às urgências, mesmo quando desnecessárias, bloqueando o seu funcionamento e dando uma imagem muito

negativa do SNS que certamente seria aproveitada pelos seus detra- tores. Portanto, é uma medida que, antes de implementada, devia ser estudada os seus efeitos.

E isto porque, segundo dados divulgados pelo SNS, “Cerca de 40% dos atendimentos em urgência nos hospitais públicos no ano passado foram considerados pouco ou nada urgentes, sendo quase 2,2 milhões de casos, segundo dados oficiais” (media de 17/2/2019) podiam ser tratados nos Centros de Saúde.

Se o acesso às urgências fosse tornado gratuito é evidente que as idas às urgências explodiriam e a situação poder-se-á tornar insustentável. Faz sentido, a nosso ver, estabelecer a gratuidade de acesso aos centros de saúde, para encaminhar as pessoas preferencialmente para eles, mas mesmos estes teriam de ser dota- dos previamente de mais profissionais de saúde e de MCDT para poderem responder a uma procura que certamente aumentaria significativamente.

O artº Artigo 11.º sobre o “Financiamento do SNS” não contém nenhuma medida concreta que impeça o subfinanciamento crónico que se tem verificado, medida essa que podia ser, por exemplo, que as trans- ferências anuais do Orçamento do Estado para o SNS nunca poderiam ser inferiores a 5% do PIB previsto para esse ano. Prefere-se dizer sim- plesmente que a” *a fetação das verbas do OE ao SNS respeita integral resposta às necessidades e imprescindíveis para prestar cuidados de saúde atempados e de qualidade*”. Mas como se avaliará esse tipo de necessidades? Nada é dito.

Em relação à promiscuidade que resulta dos profissionais de saúde trabalharem simultaneamente no SNS e nos grandes grupos privados de saúde, o projeto de lei do PCP pouco adianta para resolver este mal que corrói e está a destruir o SNS. Na alínea f) do nº3 do artº 30º limita-se a estabelecer que compete ao Estado *“Incentivar e valorizar o regime de trabalho em tempo completo e a dedicação exclusiva*”. Uma declaração de boas intenções que pouco contribui- ria para resolver este grave problema que afeta o SNS e que o está a corroer por dentro.

O artº 45, que trata da “Relação do SNS com entidades privadas, no nº1 do projeto de lei dispõe-se que *“Em situações excecionais, na ausência de resposta adequada e atempada do SNS, o Estado pode recorrer supletiva e temporariamente aos setores privado e*

social para assegurar a prestação de cuidados de saúde” abre-se a porta à entrada dos privados no setor da saúde financiado pelo Estado embora com caráter temporário e excecional (a dimensão da temporalidade fica naturalmente dependente da natureza política do governo).

No entanto a alínea d) do nº2 do mesmo artigo estabelece que compete ao Estado “Acompanhar e proceder à reversão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas (PPP), de acordo com as orientações definidas pela ACS, afetando-lhes os respetivos recursos financeiros e acompanhar o processo de reintegração dos hospitais em regime de parceria público-privada para o setor público administrativo, de acordo com o estipulado em legislação própria”, portanto tenta-se inverter a privatização já existente nesta área, o que é positivo.

E na alínea e) do mesmo número e no nº 3 do mesmo artigo encontra-se disposto que compete ao Estado: “*Definir os parâmetros do recurso a entidades privadas uma vez esgotada a capacidade instalada das unidades do SNS, bem como as possibilidades de recurso a outras entidades que o compõem*”. E “*Nos contratos a estabelecer são tidas em conta as parcerias pré-existentes com entidades públicas, estabelecendo-se as formas e os procedimentos inerentes ao seu termo*”. Portanto abre-se novamente a porta ao setor privado da saúde mas ao mesmo tempo pretende criar condições para depois, cumpridas as suas funções, reverter a situação. É evidente que a capacidade instalada do SNS dependerá muito da dimensão do investimento que se faça nele, se se investir pouco a capacidade instalada rapidamente se esgotará abrindo o caminho ao recurso aos prestadores privados.

O artº 46 do projeto de lei, em relação aos subsistemas públicos de saúde estabelece o seguinte que é muito positivo, pois impede que o Estado aliene a sua responsabilidade “*Os subsistemas de saúde não podem ser alienados da esfera pública do Estado.*” E “*Não podem ser criados subsistemas de saúde para além dos já existentes à data da publicação da presente lei*”.

As propostas do governo e dos diversos partidos desceram à Comissão de Saúde da Assembleia da República para serem debatidas a aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde.

VI – 10 CONCLUSÕES E REFLEXÕES FINAIS

A análise feita permite já tirar algumas conclusões importantes que merecem, a nosso ver, uma reflexão profunda por parte dos portugueses, que são nomeadamente as seguintes:

1 – Segundo a OCDE, a despesa (pública+ privada) com a saúde em Portugal tem diminuído se a medirmos em percentagem do PIB, que é o indicador mais utilizado nas comparações internacionais. Segundo a OCDE, entre 2006 e 2017, a despesa total com a saúde no nosso país diminuiu de 9,9% para 9% do PIB, enquanto a média nos países da União Europeia aumentou de 8,3% para 9,6%. E em euros PPP, a despesa per-capita em 2017 era em média nos países da União Europeia de 2.773€ enquanto em Portugal atingia somente 2.066€, portanto a média da U.E. era superior em 34,2% à do nosso país. E a despesa das famílias com saúde atingiu, em 2017, 28% do total da despesa com saúde, uma percentagem muito superior à despesa média das famílias nos países da União Europeia que no mesmo ano foi apenas de 18%. Tudo isto é preocupante.

2 – Segundo o INE, no nosso país, dentro da despesa total com saúde a que menos cresceu foi a despesa pública com saúde. Entre 2000 e 2017, a despesa pública com saúde aumentou apenas 49,2% (a do SNS+SRS da Madeira e dos Açores subiu 58,4%), mas a despesa com saúde do setor privado cresceu, neste mesmo período, 82,1% e a das famílias, que está incluída na anterior, subiu 75,8% entre 2000 e 2017.

3 – Um aspeto importante e grave que interessa chamar a atenção é o subfinanciamento crónico do Serviço Nacional de Saúde que agrava as ineficiências de gestão (um problema que existe no SNS), que cria obstáculos à satisfação das necessidades da população em serviços de saúde agravando ainda mais as desigualdades existentes e fomenta a promiscuidade público-privado.

4 – Entre 2010 e 2019, estima-se que as despesas do SNS somem 94.769 milhões €, mas as transferências do Orçamento do Estado para o SNS devem totalizar apenas 83.277 milhões €, o que dá um défice de 11.492 milhões € no período de 10 anos. Este “buraco” constante, porque se verifica em todos os anos, tem sido compensado com as receitas das taxas moderadoras (cerca de 170 milhões €/ano), com receitas de outros serviços, mas fundamentalmente com o recurso ao

endividamento. No 3º Trimestre 2018, últimos dados disponíveis, a dívida do SNS atingia 1.950 milhões €, portanto uma situação insustentável que sufoca e estrangula o SNS, contribuindo para a explosão do negócio privado da saúde em Portugal (uma forma de o ajudar é estrangular financeiramente o SNS, o que cria mercado para os privados) e determina também o aumento significativo da despesa das famílias com saúde.

5 – Um aspeto importante que está a corroer/destruir por dentro o SNS é a promiscuidade público – privada que se traduz não só na entrega da gestão de unidades públicas de saúde aos grandes grupos privados de saúde, incluindo a prestação de serviços de saúde que é grave, mas também a promiscuidade resultante de muitos profissionais de saúde que trabalham no SNS trabalharem simultaneamente em unidades de saúde de grandes grupos privados, que ninguém (governo, partidos políticos, ordens profissionais, sindicatos) tem coragem de falar e enfrentar, mas que destrói o SNS e aumenta as suas ineficiências. A maioria das unidades de saúde dos grandes grupos privados de saúde estão a ser alimentados e funcionam com os profissionais do SNS, muitas vezes promovendo a deslocação de doentes para as entidades privadas porque aí recebem “à peça” e no SNS já têm garantido a sua remuneração que, consideram insuficiente, mas que é certa. A ausência de carreiras e de remunerações dignas para os profissionais de saúde cuja situação é ignorada e subestimada para a defesa do SNS em todas as propostas de nova lei de Bases que estão na Assembleia da República prova, a nosso ver, a incompreensão de uma das causas mais importantes de destruição atual do SNS e do apoio que, desta forma, é dada à explosão do negócio privado da saúde em Portugal. O sistema atual está a empurrar os profissionais de saúde para o setor privado, degradando o SNS e obrigando, a maioria deles, a se sujeitarem a uma exploração violenta que se verifica no setor privado de saúde.

6 – A ADSE que é o subsistema público de saúde mais importante complementar do SNS (não o substitui) é financiado em mais de 93% pelos beneficiários (*trabalhadores e aposentados*) tem um paradigma totalmente diferente de um seguro de saúde privado (*tem 1,2 milhões de beneficiários mas apenas 832 mil é que contribuem, os outros estão isentos, embora tenham os mesmos direitos; para além disso, a contribuição em euros após a aposentação diminui*

porque a pensão é inferior à remuneração quando o trabalhador está no ativo, e é sobre estes valores que é aplicado os 3,5%; no entanto, a partir da aposentação as despesa da saúde sobem com o aumento da idade). A ADSE alivia a pressão sobre o SNS, e se ela não existisse ou acabasse as dificuldades que enfrenta o SNS ainda seriam maiores,

7 – A sustentabilidade do paradigma da ADSE exige uma gestão muito rigorosa e um controlo muito rigoroso da despesa que é ainda insuficiente (nos últimos anos a despesa estava a aumentar, em percentagem, a um ritmo que era mais do dobro da subida percentual das receitas dos descontos dos beneficiários) e um combate eficaz à fraude que atualmente também é insuficiente. O controlo do aumento da despesa na ADSE é difícil porque, devido a uma gestão passada que não acautelou os interesses dos beneficiários da ADSE, esta encontra-se capturado pelos 5 grandes grupos de saúde que têm quase 60% da faturação da ADSE e, por outro lado, pela existência de códigos abertos que permite aos prestadores faturarem os medicamentos, as próteses e os procedimentos cirúrgicos aos preços que quiserem (o céu é limite). A recuperação pela ADSE do faturado a mais que totaliza cerca de 38 milhões € só em 2015 e 2016, fundamentalmente pelos grandes grupos privados da saúde (81% do total), está determinar enormes pressões por parte dos maiores grupos que ameaçam rescindir as convenções que têm com a ADSE.

8 – As propostas de lei de bases da saúde elaboradas pela comissão presidida por Maria de Belém, pelo CDS e pelo PSD/PP que estavam em debate na Assembleia da República visam claramente promover o negócio privado da saúde à custa de unidades de saúde pública que passariam para a gestão privada assim como o financiamento do setor privado da saúde pelo Orçamento do Estado.

9 – As propostas de lei de base da saúde do governo, BE e PCP, contêm pontos positivos (carater temporário e supletivo do recurso a privados), mas em alguns aspetos fundamentais – subfinanciamento crónico do SNS, promiscuidade público-privado na área dos profissionais de saúde – não contêm medidas concretas que determinem uma inversão na situação existente.

10 – É urgente uma nova visão para a saúde e medidas concretas para consolidar e desenvolver o SNS, nomeadamente garantindo um financiamento suficiente e estável (as transferências do OE para

o SNS, nunca deviam poder ser inferiores a 5% do PIB de cada ano), a eliminação imediata da promiscuidade público-privado dos novos profissionais que entrem para o SNS que deverá ser em regime de exclusividade associada a carreiras e remunerações dignas. As PPP, a serem necessárias, deviam-se limitar às infraestruturas e nunca deveria incluir a prestação de serviços de saúde. As taxas moderadoras devem ser eliminadas nos cuidados primários de saúde com o reforço dos meios humanos e materiais dos Centros de Saúde, mas não nos cuidados hospitalares pois poderia determinar a explosão de idas desnecessárias às urgências dos hospitais muito mais caras, que poderiam sufocar os hospitais com dezenas de milhares de utentes que deviam recorrer aos centros de saúde e nunca aos hospitais. Uma tal medida correria o risco de se virar contra o SNS dando à população a falsa ideia de incapacidade total do SNS. Portanto é necessário estudar e refletir previamente sobre os seus efeitos.

POSFÁCIO

A história do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é frequentemente assinalada em documentos nacionais e internacionais que salientam a grande conquista democrática que representou e que representa para Portugal, citando-se também alguns dos principais articulados que enquadram o caminho do serviço público de saúde. Para ilustrar os ganhos que o SNS trouxe ao país, os exemplos mais emblemáticos e recorrentemente citados são indicadores como a esperança média de vida ou a mortalidade infantil. Esta forma de abordar a história do SNS é correta, mas redutora, ao privilegiar e concentrar-se em diplomas e números, sem dar uma cara e uma voz aos rostos que tornam todos os dias o SNS possível.

O trabalho agora publicado em livro, coordenado pelos investigadores Raquel Varela e Renato Guedes, é, assim, um contributo muito importante para preencher este vazio sentido e uma ferramenta histórica para honrar personalidades como Miller Guerra, Albino Aroso, Mário Mendes, António Galhordas e Jorge da Silva Horta, entre outros, que abriram terreno para um caminho de sucesso, entretanto continuado e densificado por tantos outros médicos mais ou menos anónimos.

O papel dos médicos foi preponderante e fundamental na construção do SNS tornando possível que, em plena ditadura, comessem a surgir os alicerces que encontraram mais tarde respaldo político com a publicação da Lei n.º 56/79, a 15 de setembro, quando António Arnaut desempenhava funções como Ministro dos Assuntos Sociais.

Foi muito cedo que os médicos perceberam que a vontade de construir um acesso equitativo e solidário à saúde em Portugal só poderia acontecer se fossem associadas as carreiras médicas (trave mestra da formação e da qualidade), o próprio SNS e a prestação

universal de cuidados de saúde, como é reconhecido nesta obra. Foi neste contexto que surgiu um documento que fará sempre parte da história e que permitiu construir a sociedade portuguesa e o seu Estado Social como hoje o conhecemos – e que sabemos estar em risco. Refiro-me ao importante Relatório sobre as Carreiras Médicas, publicado em 1961.

O documento foi um reflexo e uma resposta às mudanças sociais, de um país em plena fase de industrialização e de transferência da população rural para a população urbana. Não menos importante foi, mais tarde, o Serviço Médico à Periferia, que permitiu levar uma Medicina de qualidade a todo o país, mesmo a zonas mais recônditas e que hoje, em pleno século XXI, enfrentam, por vezes, mais dificuldades de acesso do que nessa altura.

A existência de uma carreira médica, tal como foi defendida neste relatório, traduziu-se na inevitável necessidade de criar um sistema universal de prestação de cuidados de saúde. A atualidade desta obra de Raquel Varela e Renato Guedes torna-se ainda mais interessante quando sabemos que foi precisamente o abandono e desvalorização da importância das carreiras médicas que tem empurrado muitos dos nossos profissionais de excelência para fora do SNS, seja por aceitarem desafios no setor privado e social, seja por apostarem antes numa carreira no estrangeiro.

Esta dura e perigosa realidade é comprovada na segunda parte da investigação desta obra, que destaca que nos últimos anos tem aumentado significativamente o recurso a médicos ainda em formação para dar resposta a necessidades permanentes nos serviços. Ao mesmo tempo, são cada vez mais os médicos que, uma vez terminada a sua formação, optam por prosseguir o seu percurso profissional noutros setores ou noutros países, com os investigadores a alertarem que o número de profissionais médicos a exercer no SNS teve uma evolução miserável se considerarmos o potencial em número de médicos formados desde a década de 70, sobretudo desde a criação do SNS.

A este facto não é certamente alheia a suborçamentação do SNS, com reflexo na queda do custo da mão de obra e do rendimento dos profissionais, nos últimos anos sujeitos a uma carga excessiva de trabalho extraordinário e a um défice de condições de trabalho que tiveram um impacto e um peso muito direto no aumento de situações de burnout. Este ónus do esforço médico na produtividade do SNS colocou-nos e

coloca-nos em situações limite que fazem com que trabalhemos com grande sofrimento ético ultrapassando muitas vezes a linha vermelha.

O SNS tem contado e continuará certamente a contar com o empenho, a dedicação e a qualidade de muitos profissionais. É nesse sentido que, enquanto bastonário da Ordem dos Médicos, tenho defendido a importância da formação para mantermos uma medicina de qualidade e que tenho insistido na importância de humanizarmos os cuidados de saúde e de revitalizarmos a relação médico-doente. Mas para daqui a 40 anos continuarmos a contar uma história que honre o serviço público de saúde é preciso mais: é urgente uma visão, uma estratégia e um planeamento que exigem um compromisso sério dos nossos governantes com a saúde dos portugueses.

MIGUEL GUIMARÃES,
bastonário da Ordem dos Médicos

