

A. CORREIA DE CAMPOS \*

## UM SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL: APARÊNCIA E REALIDADE

### 1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS PORTUGUESES

Nos últimos quinze anos os indicadores mais usados para identificar os níveis de saúde de uma população dão-nos conta de um assinalável progresso (Quadro I). O número de óbitos de crianças até um ano de vida, em relação ao total de nados-vivos (mortalidade infantil), baixou para quase 1/3 do valor inicial. O número de óbitos de crianças ocorridos entre a 28.<sup>a</sup> semana de gestação e a 1.<sup>a</sup> semana de vida (mortalidade perinatal) baixou também substancialmente, embora de forma menos marcada. A esperança de vida à nascença, para ambos os sexos, subiu 5,2 anos no período de uma década e a esperança de vida aos sessenta anos aumentou 1,2 anos, no mesmo período.

Quadro I — *Evolução de indicadores de saúde 1970-1983*

<i>Indicador</i>	1970	1975	1980
Mortalidade infantil (por 1.000 n.v.)	55,5	38,9	24,3
Mortalidade perinatal (por 1.000 n.)	38,9	31,9	25,5(b)
Esperança de vida à nascença (H e M)	67,4	68,9	72,7(a)
Esperança de vida aos 60 - 64 anos (H e M)	17,4	17,7	18,8(b)

Fonte: INE, Estatísticas de Saúde e Estatísticas Demográficas  
(a) 1981; (b) 1979.

Nem todos estes indicadores caracterizam idêntica vulnerabilidade da saúde das populações em relação à actividade dos respectivos serviços: a descida da mortalidade infantil anda nor-

---

\* Professor Auxiliar de Economia de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública e Assessor do Ministério da Saúde, Lisboa.

malmente associada à melhoria das condições de vida exteriores ao próprio sistema: saneamento do meio, melhor alimentação e melhores condições habitacionais; a esperança de vida à nascença está muito dependente dos ganhos conseguidos no primeiro ano de vida, isto é, da referida mortalidade infantil, enquanto a esperança de vida numa idade já avançada é muito menos sensível a modificações exteriores, aumentando com grande lentidão; a mortalidade perinatal é de todos os indicadores o que melhor pode traduzir resultados da acção dos serviços de saúde, nomeadamente no acompanhamento da grávida, na assistência ao parto e nos cuidados dispensados nos primeiros dias de vida. Curiosamente apresenta menos marcada regressão que a mortalidade infantil, permitindo que tenha corpo a hipótese de a melhoria observada na situação de saúde ser explicável, não apenas pela acção dos serviços, mas, talvez em não melhor grau, pela melhoria geral das condições de vida dos portugueses, ocorrida neste período.

Os indicadores apresentados têm ainda uma outra fraqueza: estão muito ligados a causas de morte e os dos primeiros tempos de vida a doenças transmissíveis e pouco ligados a simples doenças ou incapacidades, nomeadamente as crónico-degenerativas, também chamadas «doenças da civilização». Nestas, para referir apenas duas das mais importantes — as doenças do aparelho circulatório e os acidentes com veículos a motor — a situação nacional é muito desfavorável quando comparada com países próximos. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em Portugal (420,0 por 100 000 habitantes) é inferior à da Itália (466,2) mas superior à da Espanha (361,2) e da França (380,6). A dos acidentes de trânsito (34,8 por 100 000 habitantes) é quase um terço superior à da França, Grécia, Itália e Espanha, que se situam à volta de 20 (OMS, 1980). Dir-se-á, portanto, que a melhoria das condições materiais dos portugueses se traduziu também em aumento dos riscos de saúde ligados a hábitos ou estilos de vida: alimentação não-equilibrada, abuso de tabaco e álcool, vida sedentária, «stress», ausência de exercício físico e viação imprudente.

## 2. IMPORTANTES MODIFICAÇÕES NO SISTEMA DE CUIDADOS

Apesar das reservas feitas, não deve haver dúvidas de que a extensão, profundidade e qualidade dos cuidados a cargo do sistema organizado influenciaram a saúde das populações. Como todos os países, Portugal tem hoje uma organização complexa de serviços, muitos deles oficiais, outros privados, desti-

nados a promover e garantir cuidados de saúde. Nos últimos dez anos essa organização ou sistema sofreu importantes modificações decorrentes da evolução político-social verificada. Tais modificações caracterizam-se por terem sido auto-administradas pelo próprio sistema, distinguindo-se de outras que lhe foram infligidas pela movimentação social exterior e que veremos no número seguinte.

As principais modificações realizadas pelo próprio sistema foram a sua universalização, a nacionalização ou oficialização de uma parte do sector privado — não-lucrativo —, a funcionalização de todo o pessoal de saúde, o financiamento estatal, a integração dos serviços numa estrutura única e a organização segundo o modelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

a) A *universalização* não nasce com a Revolução de Abril. Ela inicia-se em 1971 com a «primavera» política de Marcelo Caetano e a doutrina do «estado social». No sector da Saúde, uma importante reforma orgânica empreendida em 1971 reconheceu o direito à saúde a toda a população, organizou o Ministério respectivo de forma a garanti-lo segundo princípios de administração moderna, fazendo deslocar o eixo do sistema dos hospitais para os cuidados primários, essenciais ou de primeiro contacto, e tentando uma primeira integração de unidades até então dispersas. A Revolução trouxe, no programa do MFA, o objectivo de «lançamento das bases de um verdadeiro SNS» e a Constituição da República de 1976 especificou o direito dos cidadãos à protecção da saúde e o seu dever de a defenderem e promoverem, objectivos que deveriam ser prosseguidos através do SNS.

A criação de uma rede nacional de centros de saúde, a partir de 1971, a generalização da então Previdência aos rurais após o mesmo ano e o clima social favorável que a Revolução

Quadro II — *Evolução de indicadores de cobertura e de procura / utilização, 1970 - 1980*

Indicador	1970	1975	1980
— População coberta por esquemas de seguro-doença (%)	56	79	100
— Consultas por habitante-ano, em Postos Médicos dos SMS	1,6	21(a)	2,2
— Hospitalizações por 1.000 habitantes-ano (hospitais gerais)	61,0	69,6	72,0(b)
— Partos ocorridos em hospitais (%)	37,6	61,1	87,0
— Urgências hospitalares por 1.000 hab./ano	10,7	22,5	43,7(b)

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, SMS. — (a) 1974; (b) 1979.

propiciou contribuíram para aumentar significativamente a acessibilidade aos cuidados de saúde. No ano de 1974, já 97% da população se encontrava coberta por esquemas de protecção (Previdências, ADSE, subsistemas sectoriais) e, em 1978, essa cobertura era legalmente garantida pelo II Governo Constitucional.

A procura/utilização de cuidados de saúde aumentou sensivelmente até ao fim da década (Quadro II): as consultas em ambulatório cresceram 50%, as urgências quadruplicaram, os partos passaram a ser maioritariamente processados em hospitais — em condições de acrescida segurança para a mãe e para a criança — e os internamentos hospitalares só não aumentaram mais devido à rigidez ou até retracção da oferta (camas hospitalares encerradas no período) como adiante se verá. A Figura A documenta com eloquência este acréscimo de recursos aos serviços, em especial o importante desenvolvimento ocorrido após 1974, sem dúvida associado a uma acrescida consciência individual do direito que a cada cidadão assistia de utilizar serviços públicos de saúde.

#### FIGURA A

*Evolução na utilização de alguns tipos de cuidados de saúde em hospitais e instituições registadas pelo INE, 1973-1981 (base 100: 1973)*

Fonte: Estatística da Saúde, INE, 1973-1981.

b) A oficialização de serviços é um acontecimento tipicamente ocorrido após a revolução; alguns milhares de camas hospitalares administradas pelas Misericórdias passam para a dependência directa do Estado, (Quadro III); sabe-se que aque-

Quadro III — *Evolução da titularidade de camas hospitalares, 1970-1980*

Camas hospitalares públicas	1970	1974	1980
% do total de camas	45	48	83

Fonte: INE, Estatísticas de Saúde.

las instituições se sentiam cada vez menos motivadas para lidar com a complexidade da moderna instituição hospitalar e nos orçamentos das que lhes estavam afectas, à data da oficia-

lização, apenas 5% das receitas eram originadas em rendimentos de bens próprios; o Estado vinha, na prática, desde há muito, a mantê-las e a modernizar-lhes o equipamento e instalações (MSA, 1970).

Outras instituições passaram nessa altura para o controlo total do Estado, ou por falência, ou por abandono da gestão dos proprietários.

c) A consequência directa da oficialização, para o pessoal das instituições, foi a sua passagem ao *estatuto de funcionário público*. A importância desta medida teve reflexos no aumento médio dos vencimentos do pessoal que trabalhava em hospitais de Misericórdias e que à data da oficialização vencia ordenados inferiores aos da Função Pública, uns e outros muito abaixo do salário mínimo nacional fixado em Maio de 1974. Esta medida beneficiou milhares de trabalhadores das classes profissionais de menor remuneração (Campos e Mantas, 1982).

A funcionarização do exercício da actividade médica em serviços de saúde oficiais foi outra das decisões decorrentes da Revolução. Aplicada primeiro ao pessoal hospitalar (1975-1976), mais tarde ao pessoal que prestava serviço nos antigos Serviços Médico-Sociais da Previdência (1977-79). Pode hoje discutir-se se a opção então tomada foi a mais correcta, tendo em conta a rigidez das regras de gestão de recursos humanos na administração pública e as exigências de flexibilidade requeridas pelo carácter especial da administração de saúde. Foi sem dúvida fortemente solicitada pela profissão médica e demais profissões do sector. E pensa-se que ainda hoje ela é postulado indiscutível, mesmo para aqueles que só a pretendem manter como mínimo salarial garantido, a acrescer por remunerações privadas, no exercício cumulativo da prática livre.

O pessoal das instituições representa hoje um dos mais volumosos corpos da administração, sendo, com cerca de 90 000 efectivos, provavelmente o segundo em volume, após o do sector da educação.

d) A evolução do *financiamento* dos gastos públicos com a Saúde fez-se, ao longo da década, no sentido de uma maior *responsabilização do Estado*, diminuindo correspondentemente a parte a cargo da Previdência, hoje Segurança Social (Quadro IV). Na sequência do imperativo constitucional de se transformar o sistema de saúde português num Serviço Nacional da Saúde, dada a junção num só ministério — Assuntos So-

ciais — da Saúde e Segurança Social, foi possível operar uma progressiva desresponsabilização financeira da segunda. O nosso sistema é pois, logo a partir de 1979, financiado substancialmente por uma única fonte, o Orçamento do Estado (Campos,

Quadro IV — *Evolução das fontes de financiamento dos gastos públicos em saúde, 1970-1982*

<i>Financiadores</i>	1970	1974	1978	1982
Estado	45,2	41,1	85,7	100
Segurança Social	54,8	58,9	14,3	—

Fonte: Campos *et al.*, 1981.

*et al.*, 1981). Este facto facilitou *a posteriori* integração de serviços através da unidade de comando e de administração que pressupõe.

Já no que respeita à contribuição dos utentes para o sistema, a evolução não foi no mesmo sentido. Há que distinguir os co-pagamentos nos serviços oficiais, dos gastos privados totais em saúde, que incluem também encargos correspondentes aos serviços e bens adquiridos no mercado privado de saúde. Quanto a co-pagamentos em serviços oficiais, só a partir de 1977 existem dados agregados. Antes dessa data, sabe-se, por exemplo, que, em 1968, nos hospitais centrais os doentes contribuíam directamente com 6% das receitas e 15% nos hospitais distritais, valores que praticamente desapareceram a partir da aplicação dos princípios da universalidade na segunda metade da década de setenta (Campos e Mantas, 1982). Após 1977, os co-pagamentos no SNS praticamente desapareceram, para voltarem a ter um peso significativo com a criação das taxas moderadoras em 1981 e 1982 e de novo se esbaterem após Junho de 1983.

Quanto à contribuição das famílias para o total dos gastos com a saúde, quer por serviços públicos quer por actos prestados pelo sector privado, a estimativa elaborada pela OCDE a partir dos dados das contas nacionais, atribui a esta última fonte um valor de 31% do total dos encargos, valor que se considera um dos mais elevados da Europa (Espanha 29%, França 28%, Itália 14%) (OCDE, 1984).

e) As medidas atrás referidas contribuíram favoravelmente para a transformação de estruturas dispersas e por vezes sobreponíveis num *sistema único* e bastante mais integrado. É claro que essa integração não foi realizada de uma só vez:

iniciou-se em 1971 com a reunião, sob o comando da Direcção-Geral de Saúde, dos antigos institutos verticais criados nos anos quarenta para solucionar os chamados problemas médico-sociais: tuberculose, lepra, malária, saúde materno-infantil, saúde mental. Logo após a Revolução foi tentada a integração na Saúde dos Serviços Médico-Sociais da Previdência (Novembro de 1974), a qual só veio a ser possível em 1977. A nível de unidades locais prestadoras de serviços, só em 1982 os novos Centros de Saúde Integrados reúnem os antigos Centros de Saúde com os postos dos ex-SNS. Nessa mesma altura é realizada a integração distrital das unidades de cuidados primários nas Administrações Regionais de Serviços de Saúde, após as tentativas semi-frustradas de integração mais vasta, englobando hospitais e saúde mental, iniciada em 1977, com Administrações Distritais. Finalmente, em 1984, realiza-se a integração central das estruturas de cuidados primários, na direcção-geral com o mesmo nome.

f) Quanto à estrutura global do sistema de saúde, ela assenta ainda na opção sugerida pelo Programa do MFA e mais tarde consagrada na Constituição da República de 1976: um *Serviço Nacional de Saúde* universal, geral e gratuito, que reuna serviços de cuidados médicos hospitalares, cobrindo todo o país, combinando-os com cuidados preventivos e de reabilitação; este SNS deverá ainda orientar a sua acção para a socialização da medicina e da produção médico-medicamentosa, para o controlo e articulação das formas empresariais e privadas da medicina e para a disciplina da produção e comercialização dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico (artigo 64.º). Na revisão de 1982 foi acrescentado que o SNS deveria ter gestão descentralizada e participada.

O II Governo Constitucional tentou, em 1978, dar execução a esta ordem constitucional, preparando um diploma legal relativo ao SNS. Não o conseguiu e foi a Assembleia que acabou por aprovar, em 1979, a lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, criando o SNS. A primeira tentativa da sua regulamentação, realizada pelo V Governo, nos finais desse mesmo ano, em cumprimento do prazo de seis meses que a própria lei fixava, acabou por ser parcialmente revogada pelo governo seguinte. Um outro governo da mesma maioria revogava, por decreto-lei, em 1982, a maior parte das disposições substantivas da lei do SNS, passando a subsistir um vazio legal. Em Fevereiro de 1984, o Tribunal Constitucional declarou a inconstitucionalidade desse decreto-lei, repondo em vigor a lei de 1979.



### 3. MOVIMENTOS SOCIAIS: ACÇÃO DA COMUNIDADE E DOS AGENTES ECONÓMICOS DO SISTEMA

As modificações estruturais referidas no número anterior foram em grande parte ocasionadas, ou pelo menos facilitadas, pela movimentação social ampla e profunda que a Revolução de Abril veio ocasionar. Ela iniciou-se com a democratização das estruturas de administração dos serviços, reforçou-se através de tentativas de participação popular e de descentralização daquela administração. Foi penetrada, a todos os níveis, por uma constante social de procura de melhores condições de trabalho, não apenas salariais, mas também de condições de exercício ou até de simples estatuto e fez gerar um conjunto de novos parceiros sociais que disputam uma fatia cada vez maior da área do poder. Analisemos esses movimentos:

a) Uma administração inteiramente controlada pelo Governo era a característica dominante das instituições de saúde até Abril de 1974. Logo nas primeiras semanas da Revolução, por toda a parte se observou um movimento de *democratização* de estruturas, mesmo quando elas eram reconhecidamente eficientes ou prosseguiram uma orientação socialmente favorável ao ideário da revolução. Os trabalhadores, reunidos em assembleias plenárias, constituíram «comissões de gestão» eleitas internamente. Ainda se observou uma débil tentativa oficial de democratização por comando central, visando incorporar nesses órgãos representantes da então nascente, movimentação sindical e dos comissões administrativas das autarquias locais. Mas o texto regulamentar que veiculava esta orientação foi genericamente rejeitado e consagrada a auto-gestão como modalidade única de designação dos dirigentes.

A legislação específica dos serviços de saúde previa a colocação, em regime de instalação, de qualquer instituição, nova ou antiga, sempre que tal regime se revelasse indispensável para o início ou relançamento da sua actividade. A constituição das «comissões instaladoras» era de livre determinação ministerial mas dado o clima da época passaram a ser designados dirigentes que dispunham da confiança expressa ou tácita dos trabalhadores. Quase todos os hospitais — centrais, distritais e concelhios — e centros de saúde entraram então em regime de instalação.

Estas estruturas provisórias só vieram a alterar-se em 1977, quando o Governo legislou sobre a composição definitiva dos órgãos de gestão dos hospitais. Passaram a ser dirigidos por um conselho de gestão presidido por um médico eleito pelo



corpo médico, um enfermeiro eleito pelo corpo de enfermagem, o engenheiro e um administrador hospitalar de carreira. Este órgão dependia de um conselho geral, onde a comunidade local era tenuemente representada, mas que na prática quase não funcionou. Em termos gerais, pode dizer-se que os hospitais passaram a ser administrados predominantemente por médicos e enfermeiros, cabendo aos dois restantes elementos um papel moderador, ou garante do cumprimento da lei no caso do administrador. A democratização inicial seguiu-se, pois, o domínio sócio-profissional. A comunidade local e o movimento sindical nada têm a dizer, tal como o Governo se encontra seriamente limitado na sua capacidade de intervenção directa, muito embora mantenha o domínio que o controlo financeiro e a movimentação de pessoal lhe facultam.

b) *A participação directa da população* na administração dos serviços de saúde assumiu papel episódico e muito limitado às regiões onde a movimentação social foi mais intensa, nomeadamente no Alentejo, e no distrito de Setúbal. Todavia, em Fevereiro de 1975, o Governo criava Comissões Integradoras de Serviços de Saúde Locais (C.I.S.S.L.) com forte representação da comunidade e dos trabalhadores de saúde na gestão interna das unidades prestadoras de cuidados primários; uma assembleia geral de representantes de utentes deveria reunir trimestralmente para controlo e avaliação do trabalho de gestão corrente. Constituíram-se algumas dezenas de CISSL's, mas o facto de o diálogo com os serviços centrais continuar a privilegiar as comissões instaladoras ou de gestão de cada instituição em separado — uma vez que nem os órgãos distritais, nem os centrais se encontravam ainda integrados — acabou por retirar-lhes papel activo.

Na chamada Área de Intervenção da Reforma Agrária foram constituídas, a título voluntário, estruturas médicas ambulatórias, que de Lisboa se deslocavam aos fins-de-semana àquelas localidades para promoverem sessões de informação sobre saúde, consultas e exames médicos, rastreios de saúde mental, hipertensão, apoio a estruturas de acolhimento de crianças, idosos e deficientes. Esta acção correu sempre à margem das estruturas oficiais, chegou a ter alguma importância política, mas desconhece-se o seu volume global e possíveis resultados.

Outra característica da movimentação social traduziu-se na reivindicação de cuidados médicos e serviços de saúde na periferia. A demografia médica encontrava-se profundamente envelhecida em 1974 e desprovidas de médico grandes áreas

geográficas e população de volume importante. À reivindicação destas, tornada mais premente com a Revolução, respondeu o Governo pela criação de novos centros de saúde e sobretudo de mais postos médicos da Previdência — a flexibilidade de gestão permitia-o — e pela organização, em 1975, do Serviço Médico à Periferia, espécie de serviço civil obrigatório para todos os médicos que terminaram a fase de formação tutelada. Logo nesse ano, 500 novos médicos foram distribuídos pelas zonas mais afastadas, reactivando hospitais quase paralisados, reivindicando instalações e equipamentos necessários. O aumento da procura/utilização de cuidados induzido por esta nova oferta foi considerável e poderá explicar uma parte do rápido crescimento já observado na figura A.

c) O movimento de *descentralização* das estruturas de saúde teve início em 1975 com a criação das Administrações Distritais de Serviços de Saúde (ADSS) com personalidade jurídica e autonomia administrativa, integrando todos os serviços oficiais de saúde do distrito. Eram dirigidas por um conselho de administração presidido por um representante do Governo, tendo ainda representantes dos municípios e dos sindicatos. A sua acção seria coordenada em Lisboa por uma comissão coordenadora central. A circunstância de estas estruturas serem paralelas às então existentes ocasionou grandes dificuldades na sua implementação. Só em 1977, com nova legislação, ela foi iniciada. Todavia, a coordenação central era quase inexistente, uma vez que se mantinham os serviços centrais verticais. Em 1979, em execução da lei do SNS que previa órgãos regionais integrados (podendo assumir, provisoriamente, o âmbito geográfico do distrito), foram regulamentadas estas Administrações Distritais, legislação revogada no governo seguinte. Em 1982, nova maioria reestruturava estes órgãos, limitando a sua acção aos cuidados de saúde primários. No momento presente estas administrações chamam-se regionais, mas têm âmbito distrital e não cobrem os serviços hospitalares nem a saúde mental. Os seus órgãos dirigentes — comissões instaladoras, uma vez que também as ADS's e as ARS's foram colocadas em regime de instalação — são de nomeação governamental. Os primeiros elencos nomeados em 1977 procuravam integrar os funcionários da hierarquia máxima distrital: o director de saúde, o funcionário mais qualificado dos SMS, um administrador hospitalar e um enfermeiro de grau elevado das respectivas carreiras, com pouca intromissão da componente partidária. Em 1980-82, as novas comissões são reduzidas a três membros, o enfermeiro e o administrador são excluídos,

as nomeações são fortemente partidarizadas. Em 1984, a actual maioria refaz elencos, com os mesmos critérios.

Pode, pois, dizer-se que a tendência manifestada, em 1975, de descentralizar a administração dos serviços de saúde foi convertida em mera desconcentração administrativa e, ao fim de algum tempo, descaracterizada pela infiltração da componente partidarizante. As administrações daí saídas perderam prestígio e capacidade de acção, transformando-se em dóceis e pouco capacitados actores locais do aparelho do Estado.

d) A movimentação a favor de melhores condições de trabalho obteve a sua primeira vitória com a *funcionarização* de todos os trabalhadores de saúde pertencentes aos antigos hospitais das Misericórdias. Milhares de novos funcionários foram então acrescentados aos efectivos da administração pública. O segundo movimento foi de ordem meramente salarial e caracterizou-se pela reivindicação de ordenados equivalentes aos salários usufruídos pelos trabalhadores de empresas públicas e do sector privado em geral. Daqui decorreu o estreitamento do leque salarial na Função Pública e o congelamento temporário, dos ordenados dos funcionários com categoria igual ou superior à letra D.

Se o salário representa uma garantia básica, a carreira significa a garantia do seu futuro desenvolvimento. Em 1968, havia sido publicada a legislação que criava a carreira médica e de administração. Em 1971, fora revista e alargada a todas as profissões técnicas superiores. A partir da Revolução todos os grupos profissionais integraram a exigência de carreiras nas suas reivindicações. E assim surgem, a carreira de enfermagem (1977), a carreira de técnicos auxiliares de serviços de saúde (1977), a carreira de pessoal dos serviços gerais (1980) e a carreira de técnicos superiores de saúde (1982).

O aumento de efectivos observado a partir da Revolução não tem por único explicação a oficialização de serviços particulares. Admitir mais pessoal passa a ser indispensável para garantir a abertura e funcionamento das novas unidades — recorde-se que só na década de setenta, e já após a Revolução, foram abertos os novos hospitais distritais de Castelo Branco, Faro, Aveiro, Vila Real, Évora, que acresceram a Beja, Bragança, Portalegre e Funchal, inaugurados antes de 1974. Mas as exigências de melhores condições de trabalho nomeadamente pela repartição de tarefas de maior penosidade e a regulamentação das carreiras viriam tornar mais rígida a gestão do pessoal existente, levando à necessidade de novos recrutamentos. O movimento sindical, embora de forma não explícita, adoptou

o aumento de efectivos do sector como reivindicação permanente, mesmo que ao longo de toda a década de setenta pouco se fizessem notar preocupações de emprego.

e) Em algumas profissões, sobretudo as que exercem grande domínio sobre o sector — médicos, enfermeiros — desenvolve-se uma *reivindicação de pleno emprego*, paralela à exigência de carreiras. Ela é particularmente vincada nos médicos pelo seu peso social e político e pela dificuldade de os governos conciliarem públicas declarações de desejo de melhoria da saúde da população, com a não-utilização da totalidade dos recursos humanos na profissão. E mesmo já para o fim da década, quando alguns sinais de excesso de oferta começavam a observar-se, os governos são impotentes para solucionar o problema em toda a sua extensão, debatendo-se entre o dilema de desejarem mais médicos para flexibilizar a oferta e controlar o crescimento constante dos gastos. A crise previsível do excesso de oferta médica é provavelmente mais determinante de medidas apregoadamente universalizantes — o Serviço Médico à Periferia, em 1975, e a criação da carreira de Clínica Geral, em 1979-1982 — do que os pressupostos ideológicos em que estas radicam.

f) Finalmente, importa referir todo um *novo conjunto de parceiros sociais* que a democratização da sociedade fez surgir. Trata-se de actores movidos por interesses meramente profissionais ou económico-grupais que começam a emitir opiniões, com grande moderação no início do processo revolucionário e que, à medida que este se esfuma, redobram de vocalidade, chegando a considerável violência verbal. O caso típico é o da Ordem dos Médicos, poderoso «lobby» de defesa profissional, com intervenção, tanto na definição global da política do sector, como na negociação de condições de trabalho, muito embora este último papel tenha sido legalmente declarado como carecido de legitimidade. Os sindicatos do sector têm também uma certa força, menor a dos sindicatos médicos, devido à sua reduzida representatividade, que a dos sindicatos de enfermagem. Outras ordens e sindicatos desempenham um papel mais cooperante com os Governos; é o caso da Ordem dos Farmacêuticos e dos Sindicatos de Técnicos Auxiliares. Os sindicatos ligados à Função Pública têm exercido acção importante na reivindicação de condições salariais e organização de carreiras. Também as entidades patronais privadas que actuam na Saúde se organizaram em associações, algumas delas com grande poder económico e reivindicativo, como a Associação Nacional de

Farmácias. Outras têm um poder proporcional à sua representatividade e peso no sector, como a Associação de Hospitalização Privada, associações de Radiologistas, Patologistas Clínicos e Cardiologistas, e a mais recente, a Associação dos Médicos de Clínica Privada.

Do outro lado do sistema, no campo dos utentes, desenvolveram-se também associações categoriais: O Movimento Unitário dos Reformados, Pensionistas e Idosos (MURPI) e o Movimento Nacional dos Aposentados da Função Pública (MONAF), para reivindicação de melhores condições de reforma e apoio social a pensionistas e idosos. Ou ainda, o movimento de pacientes com doenças específicas, como os insuficientes renais crónicos, os hemofílicos e os diabéticos, associações ou cooperativas de pais de crianças diminuídas mentais, ou com paralisia cerebral, ou deficientes físicos e motores, etc. O poder destas associações é limitada à sua capacidade de mobilização da opinião pública; em momentos de crise financeira do sistema têm atingido alguma importância, obtendo, por vezes, eficaz sensibilização do aparelho de estado.

#### 4. COMPARAÇÃO DE OBJECTIVOS COM RESULTADO

De acordo com o artigo 64.º da Constituição da República, (2.ª revisão), o Serviço Nacional de Saúde em Portugal será universal, geral, gratuito, tenderá para a socialização da medicina e das prestações médico-medicamentosas, visará o controlo e articulação das formas empresariais, que prestam cuidados de saúde e terá uma gestão participada e regionalizada. Quase onze anos passaram sobre o programa inicial do MFA, quase nove sobre a Constituição e mais de cinco sobre a lei de Bases do SNS. Em que ponto nos encontramos?

a) Em matéria de acesso aos cuidados, há que reconhecer que a universalização foi atingida, e até já quase havia sido conseguida à data da Revolução. Mas é após ela que se amplia consideravelmente a oferta de serviços, como se pode observar no Quadro V, relativo aos recursos de saúde disponíveis.

Há duas vezes e meia mais médicos e quase duas vezes mais enfermeiros. Há menos camas hospitalares por terem sido encerrados sanatórios, mas as que subsistem são mais activas e de melhor qualidade. O número de centros de saúde expandiu-se em termos de existir pelo menos um em cada concelho e o número de postos dos ex-SMS, hoje uns e outros reunidos em centros de saúde integrados, mais que duplicou no período.

Quadro V — Recursos de saúde e correspondentes gastos públicos, evolução 1970-1983

<i>Recursos e gastos</i>	1970	1974	1980	1983
<i>Recursos</i>				
— Médicos por 1.000 hab.	0,96	1,1	2,2	2,4
— Enfermeiros por 1.000 hab.	1,3	1,9	2,0	2,1
— Camas hospitalares totais por 1.000 hab.	61,7	55,3(a)	53,3(b)	50,0 (c)
— Centros de saúde	996	157	377	309 (c)
— Postos dos SMS		1217	1825	1796 (d)
				(e)
<i>Gastos públicos em saúde</i>				
— Gastos públicos totais (milhões de contos, preços constantes de 1970)	3,3	6,8	12,0	12,1
— Gastos públicos totais, % do O.E.	6,7	10,8	10,8	11,6
— Gastos públicos totais, % do PIB	1,9	2,9	4,3	3,9

Fonte: INE. Estatísticas da Saúde, Ministério da Saúde, DEPS e DGFSS. (a) 1975; (b) 1979; (c) 1981.

(d) Extensões de centros de saúde.

(e) A redução deve-se à integração de serviços locais, iniciada em 1982.

Em termos de gastos públicos a evolução foi extraordinária: quase quadruplicaram a preços constantes e a parte que representam no Orçamento do Estado (OE) e no Produto Interno Bruto (PIB) quase duplicou. Todavia, pode observar-se uma retracção a partir de 1980, particularmente significativa na percentagem em relação ao OE e ao PIB. Apesar do sentido desta evolução, Portugal continua a ser, no âmbito da OCDE, um dos países com menos percentagem de gastos públicos na Saúde, em relação ao PIB: Espanha 4,4%, França 6,7%, Itália 6,0%, Grécia 4,0%, Reino Unido 5,0%, Suécia 9,0% (OCDE, 1984).

b) Em matéria de generalidade ou integração dos serviços pode afirmar-se que, apesar das hesitações e vagares impostos pela inércia das instituições e dos interesses à sombra delas criados, o sistema de saúde cobre razoavelmente todo o território, está integrado numa única entidade com unidade de financiamento e de comando.

c) Quanto à gratuitidade, esclareça-se que a lei de bases do SNS não a postula de forma absoluta, antes admite que possam existir taxas moderadoras para disciplinar e orientar o



acesso aos serviços, que não para fundamentalmente os financiar. Mas a tolerada baixa qualidade de muitas prestações e as ambiguidades que permitem a acumulação de prática pública e privada aos prestadores com estatuto de funcionários públicos, tornando ineficientes e pouco atraentes muitos serviços oficiais, levam a que muitos utentes se encaminhem para o sector privado, onde dispendem quantias importantes. Estima-se que elas tenham atingido, em 1982, 31% dos gastos totais em saúde (OCDE, 1984). Razões de contenção de gastos ocasionaram também recentes racionalizações nos encargos com medicamentos, orientando os financiamentos públicos fundamentalmente para produtos de comprovado interesse terapêutico. A percentagem total de comparticipação pública em medicamentos vendidos sob receita médica deve, por esse facto, ter baixado de cerca de 67% para 55%, entre 1983 e 1984.

c) O objectivo da socialização da medicina — entendido como profissionalização integral dos médicos que livremente optem por uma prática exclusiva em serviços oficiais, não teve qualquer sucesso. Apesar de ter sido criado em 1982 um regime de dedicação exclusiva que confere um adicional de 90% à remuneração de cada categoria, ele não conseguiu ainda atrair, em todo o Continente, mais que duas escassas dezenas de médicos. A verdade é que o sistema penaliza os que desejam dedicar-se exclusivamente ao serviço público, incentivando implicitamente as acumulações.

d) O controlo das formas empresariais da actividade médica e da indústria com ela relacionada nem sequer foi tentado. A indústria farmacêutica é tutelada pelo Ministério da Indústria, os preços são fixados pelo Ministério do Comércio e o Ministério da Saúde é apenas o financiador da aquisição da maior parte do produto. A importância relativa dos gastos em medicamentos nos gastos públicos totais é bastante mais elevada em Portugal (19% em 1983) que na média dos países da OCDE (12%). Esta importância cresceu de 15% em 1970 até 21% em 1980, entrando em redução a partir de então, movimento que já se havia verificado oito a dez anos antes nos países do centro da Europa (Campos, 1984).

Existe um importante sector privado prestador de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, normalmente pertencente a ou operado por pessoal que tem com o Estado uma outra relação de funcionário público. O sector privado presta em Portugal mais de metade dos exames de Raios X, mais de 85% dos exames laboratoriais de patologia clínica, mais de 60%



das provas funcionais cardiológicas e dos exames ecográficos e mais de 3/4 das tomografias axiais computadorizadas, da terapêutica por radiações ionizantes e dos tratamentos de depuração por diálise. O peso financeiro das transferências em recursos para este sector privado é hoje superior a um terço dos gastos públicos totais em saúde (34%) e era de apenas 27% em 1970, tendo vindo a aumentar ano após ano.

e) É ainda cedo para a avaliação dos resultados dos objectivos de participação e regionalização da gestão do SNS, introduzidos pela revisão constitucional de 1982. Referindo o que já atrás foi escrito, afirmaremos que a participação na administração se faz apenas a nível de representantes das profissões dominantes e quanto à regionalização ter-se-á observado um claro recuo de objectivos regionalizantes para soluções meramente desconcentradas e progressivamente dominadas pelo peso das estruturas partidárias centrais.

f) A própria institucionalização do Serviço Nacional de Saúde continua por executar. A regulamentação publicada em 1979 não sobreviveu mais que escassos meses. Em 1982 era revogada parte da Lei de Bases; ripristinada no início de 1984, parece estarem agora a ser dados alguns passos no sentido da execução do disposto no ordenamento constitucional.

## 5. BALANÇO FINAL

Melhorias significativas da situação de saúde foram conseguidas nos últimos dez anos. Saber que ligação elas tiveram com a Revolução do 25 de Abril pressupõe uma prévia resposta à questão de saber até que ponto as melhorias da saúde são determinadas pelo funcionamento dos serviços. A ligação entre a actividade ou «produção» por estes desenvolvida (output) e os resultados medidos por indicadores sanitários (outcome) continua a ser um dos pontos de mais difícil interpretação na administração de saúde. Parece, todavia, indiscutível que a actividade dos serviços foi ampliada por factores directamente associados à modificação social provocada pela Revolução: aumento de oferta de serviços — por aumento de recursos humanos e financeiros — aumento da procura/utilização, maior sensibilidade dos indivíduos para procurarem cuidados e para eles próprios cuidarem da sua saúde.

Outras duas questões se podem colocar: a primeira, a de saber se ao longo do período foram postos à disposição do

sector Saúde todos os recursos necessários e de forma coerente com o discurso universalista e igualitário que prevaleceu no período; a segunda, a de saber se esses recursos foram bem utilizados, isto é, se foram usados com eficácia e eficiência.

A uma e outra questão os economistas responderão que só se tivesse sido possível realizar análises de custo de oportunidade de cada decisão tomada, seria encontrada uma resposta. Como tal não foi feito, limitemo-nos à observação do comportamento da parte do produto destinada à saúde: ela foi multiplicada por dois, em dez anos, sinal de evidente generosidade social. Permanece porém em valores inferiores à média de países com que nos pretendemos comparar — 5,9% da média nos países da OCDE — e dá sinais recentes de regressão (OCDE, 1984).

Quanto ao problema do uso eficaz e eficiente dos recursos, também não podemos, pela análise realizada, chegar a conclusões claras. Pressupõe-se que devem ter existido utilizações ineficientes dos recursos disponíveis. Sabemos, nomeadamente, que sendo o sistema quase inteiramente financiado pelo Estado, transfere crescente volume de recursos para o sector privado prestador. O facto de o sistema incentivar os prestadores a desenvolverem actividade privada, remunerada em condições mais favoráveis que o serviço público, constituiu uma das suas ambiguidades ou perversões. Ela não seria grave se o volume da parte privada fosse residual e estável ou regressivo. Porém, passa-se o contrário. Este volume tende a aumentar e o facto de se orientar para prestações de elevada tecnologia e de difícil controlo dá poucos sinais de a tendência se inverter.

Há algumas perspectivas de a componente tecnológica e hospitalocêntrica vir a ser equilibrada pela importância que tem vindo a ser atribuída aos cuidados de saúde primários e às funções que nesse âmbito adquirem mais preponderância: a acção dos médicos de clínica geral e as actividades preventivas ou de saúde pública. Persistem, todavia, grandes bloqueios, o mais importante dos quais será a cultura médica dominante e o modelo de ensino que tende a perpetuá-lo.

Um outro desafio se apresenta nos últimos anos aos serviços de saúde organizados sobre a forma de SNS: a crise do Estado-Providência, arrastada pelo clima de recessão económica que não dá sinais de melhoria. Os recursos públicos tendem a revelar-se insuficientes para financiar os gastos em saúde. Todos os sistemas, tanto os de tipo SNS, como de tipo seguro-doença, tendem a recorrer cada vez mais a financiamentos dos próprios utentes, ou ainda à reorganização das prestações, realizada com vista à obtenção de ganhos de eficiência. As medidas de co-pa-

gamento pelos utentes fazem correr o risco de, transformando a co-responsabilização para auto-contenção da procura, em co-financiamento de um serviço público, vir a descaracterizar o carácter universalizante dos sistemas de saúde: os utentes de menores recursos tendem a ser também os de pior saúde e os mais afectados pela criação de barreiras-preço à procura. O dilema que se põe aos sistemas do tipo do nosso será o de escolher entre medidas de replaneamento da oferta, que podem ferir interesses estabelecidos, sobretudo das profissões que dominam o sector, e produzem efeitos apenas visíveis a médio prazo, ou medidas de contenção da procura pela elevação do preço das prestações, as quais são fáceis de executar e oferecem resultados a curto prazo que satisfazem os políticos que funcionam em ciclo curto, mas que se caracterizam por efeitos meramente passageiros.

Este dilema apresenta hoje perfeitamente estudadas as consequências de cada opção. Não há grandes incertezas económicas sobre os efeitos de cada uma delas. O que leva a concluir que o debate deixa de ser económico para se situar no campo político. A decisão a tomar pelos que gerem o sistema, não é mais de ordem meramente económico-administrativa, mas puramente política e assenta em maneiras de ver a sociedade e o papel do indivíduo dentro dela. Daí a importância e a utilidade do encontro que propiciou o aparecimento desta comunicação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, A. C., Giraldes, M. R., Moura-Theias, M. M. e Almeida, M. O., Gastos Públicos com a Saúde em Portugal (1970-78), *Análise Social*, vol. XVII, 65, 1981, 1.º, 67-104.
- Campos, A. C. e Mantas, A., Os serviços oficiais de saúde em Portugal, na década de setenta: financiamento, organização, administração e alguns resultados, *Planeamento*, Lisboa, 4 (1), 1982, 81-125.
- Campos, A. C., Controlo de gastos em medicamentos: penalizar ou educar, *Boletim de Educação Sanitária*, DGCSP, 1984.
- MSA, Ministério da Saúde e Assistência, *Para uma Reforma do Ministério*, Gabinete de Estudos e Planeamento, 1970.
- OECD, Public Expenditure on Health under Economic Constraints, Note by the Secretariat, SME (SAIR/HPO, 84.02).
- WHO, *World Health Statistics*, Genève, 1980.