

ISABEL DO CARMO

Médica, Assistente Hospitalar
do Hospital de Santa Maria

ESTATIZAÇÃO, RESTRIÇÕES E REVOLTA

83

A evolução dos meios técnicos ligados à Saúde tem levado a uma progressiva estatização da Medicina. Em Portugal a dependência do investimento do Estado, nos últimos anos, tem sido crescente. No entanto, os Governos não têm assumido esta realidade e praticam uma restrição orçamental que leva a falhas cada vez mais graves. Para iludir a questão, o Governo fez em 1986-1987 uma habilidosa campa-

nha contra os médicos, acusando-os de culpados pelos maus serviços de saúde. Mas esta tendência não é só de agora. A contradição motivada pelo dualismo estatização — restrição orçamental tem conduzido a sucessivas manobras governamentais, acompanhadas é certo de revoltas do pessoal da saúde, que se tem observado ao longo dos anos.

A estatização da Medicina tem sido progressiva. No entanto, os Governos não a assumem, mantendo níveis de investimento insuficientes. É também a política restritiva que ditou a atitude pública do Ministério de Saúde do Governo de Cavaco e Silva, de Outubro de 1985 a Abril de 1987.

O papel do investimento do Estado na Saúde tem sido crescente. De 1970 a 1978 o Estado passou de 45,2% de investimento na Segurança Social para 85,7%. No ano de 1980 este índice passou para 100%, de acordo aliás com a letra da Constituição no que diz respeito à Saúde. Enquanto que inicialmente os descontos para a Previdência funcionavam como seguro — doença, hoje destinam-se às pensões, provindo o dinheiro da Saúde do OGE e das suas fontes de financiamento (Campos, 1977a, 1977b, 1981 e 1983).

Pesada realidade para Governos de direita, que procuram fazer uma política restritiva na Saúde.

Depois do 25 de Abril houve um grande investimento no Sector da Saúde, que veio até 1976. Mas em 1977 começou a restrição, ditada pelos problemas financeiros globais. Em 1978 a percentagem de dinheiros para a Saúde é idêntica à de 1977 o que significa que foi 20% inferior, devido à inflação. Esse decréscimo tem vindo a acontecer, excepto no ano eleitoral de 80.

Mas dos gastos do Estado com a Saúde uma boa parte vai parar ao sector privado. Assim, em 1983 é gasto 46% em hospitalização e 41% no ambulatório. E neste, 75% (!) é transferido para o sector privado para pagamento de análises, radiografias, etc. Entretanto só 13% é gasto na Administração, Ensino e Investigação e números não significativos na Prevenção Primária (Campos, 1977a a 1986b).

Este é o retrato de um Estado que não se sabe administrar, poupando onde não lhe dói, mas dói aos outros — a Saúde das pessoas.

84

O avanço dos meios

A medida que a investigação e as técnicas ligadas à Medicina foram avançando, arrastaram consigo custos e dimensões que levaram à sua «colectivização» no sentido de que o uso desses meios tem de ser social e não individual. Esta colectivização, mais ou menos estatizada, em relação a instrumentos poderosos e que têm que ver com a vida e a morte, tem levantado questões económicas em todo o mundo.

Em Portugal, a organização da Medicina e as suas crises, durante o fascismo e após o 25 de Abril, ocorreu sempre com periódicas revoltas do pessoal da Saúde e profundas divergências entre este e os representantes do Estado.

Na época do João Semana do Júlio Diniz tudo se passava ao nível da importante «imposição das mãos» do médico e de alguns manipulados de farmácia, mais as benzeduras, rezas e ervas paralelas, de efeito psicológico certo. Tudo isto tinha custos baratos e a caridade funcionava como factor de algum equilíbrio. A verdade é que se morria muito e cedo.

Desde a Idade Média até aos anos 40 os hospitais funcionavam como uma espécie de asilos, local para depósito de doentes pobres, co-notados como uma antecâmara da morte. A criação da Misericórdia de Lisboa pela Rainha D. Leonor em 1498, é uma obra de caridade, tal como veio a suceder em Évora (1505), Coimbra (1508), Porto (1521) e Braga (1532). E a propriedade e a administração dos hospitais de província pelas Misericórdias veio até depois do 25 de Abril (1975-1976), tendo havido o propósito do Governo Cavaco e Silva, em 1986-1987, de restaurar esse poderio.

Mas nas últimas dezenas de anos grande foi a evolução, a sofisticação, ao nível dos exames auxiliares de diagnóstico e do tratamento.

O aparecimento dos Raios X impôs a sua utilização colectiva. A evolução da bioquímica e da microbiologia, o aparecimento dos antibióticos e os problemas da sua escolha, alteraram completamente o carácter e as possibilidades de diagnóstico.

As aplicações do nuclear à Medicina, as endoscopias, os monitores cardíacos, as tomografias axiais computadorizadas, as ecografias e, hoje, a magnífica ressonância electro-magnética, permitem cada vez mais ver por dentro aquilo que dantes era um mistério que se revelava através de sinais falíveis.

O dinheiro investido na investigação medicamentosa e o seu reflexo sobre os custos, as próteses, como os ventiladores ou os rins artificiais, tornam os orçamentos da Saúde em algo que é com certeza uma das grandes questões financeiras de qualquer Estado.

Isto para já não falar na Medicina de ponta, como é o caso das transplantações de órgãos.

A tendência foi, pois, para uma progressiva estatização da Medicina. Mas nos Estados capitalistas, como o nosso, toda essa estatização está sujeita a leis de mercado, que vão onerar todo o sistema, seja pelo fornecimento de serviços públicos a partir de fornecedores privados (laboratórios, radiologia, etc.), seja pela sujeição a custos internacionais, como o dos medicamentos, objecto de manobras comerciais de grande peso financeiro. Em Portugal, juntou-se a isto a inoperacionalidade do fascismo, ineficaz também na Saúde e a desorganização generalizada que vem até hoje. Os Serviços não são rentabilizados e a concepção da Saúde tem sido a da cura, a do remedeio, investindo-se pouco na prevenção e nos cuidados sanitários.

Depois da Segunda Guerra, Portugal foi obrigado a acompanhar os movimentos estrangeiros de organização da Medicina ao nível do Estado. Em 1945-1946 os serviços de saúde são organizados verticalmente e são criados o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto Maternal, o Instituto de Saúde Mental, o Instituto de Assistência aos Leprosos, o Instituto de Assistência aos Menores, o Instituto de Assistência aos Inválidos, o Instituto de Assistência à Família; é publicado o decreto com um planeamento básico para a rede hospitalar do país. É desenvolvido o Sistema da Previdência Social.

Mas esta consagração legal da estatização da Medicina foi desde o princípio limitada por uma política restritiva que fez com que muitos destes serviços não funcionassem ou funcionassem mal. Alguns deles pouco eram para além do papel.

E não se pode avaliar a situação da Saúde por aquilo que foi existindo na lei; a percentagem de dinheiro destinado à Medicina foi sempre mais escassa que nos outros países da Europa. Por outro lado, manteve-se o espírito da Medicina-caridade, sobretudo na província, nos Serviços dependentes das Misericórdias, dirigidas por provedores designados por irmandades medievais.

**As carreiras
médicas e os
movimentos
de internos**

As contradições resultantes da progressiva estatização da Medicina e da política de restrição do Estado foram produzindo sucessivos afrontamentos deste com o pessoal da Saúde, o que tem marcado os últimos 30 anos neste sector. Ao longo de todo este tempo têm sido excepcionais os momentos em que este mesmo pessoal é ouvido para a alteração das estruturas. E, no entanto, as propostas têm existido.

Em 1958 foi criado o Ministério da Saúde e Assistência e, nesse mesmo ano, um movimento de novos médicos, à roda da Ordem dos Médicos de Lisboa, inicia um trabalho que se corporiza no «Relatório das Carreiras Médicas», que foi uma crítica séria à situação existente e uma proposta de trabalho. Mas só em 1967, quase 10 anos depois, é que o Ministério entende chamar a Ordem dos Médicos ao diálogo, aliás informal e a título consultivo. Entretanto fizera os «Acordos com as Caixas de Previdência» e uma Comissão elaborara as «Bases para o Internato à Escala Nacional», textos alheios ao espírito das «Carreiras» (Ordem dos Médicos, 1958 a 1969b).

Em Abril de 1968 foram publicados o Regulamento e o Estatuto Hospitalares. Nesses documentos mais uma vez se conservaram os compartimentos estanques da Previdência e dos Hospitais, sem que houvesse unidade de concepção e direcção de políticas sanitárias; os Institutos Médico-Sociais e serviços especializados ficaram de fora; o corpo clínico e de enfermagem mantinha-se em estrita dependência das administrações; as misericórdias mantinham-se como potentados dos caciques locais, que assim podiam manipular os Hospitais Regionais e Sub-Regionais; os vencimentos eram insuficientes e não eram pagas as horas de urgência; e sobretudo o reapetrechamento hospitalar não se alteraria.

E, rodeando a publicação deste documento, alguns factos curiosos próprios do fascismo. O Conselho Geral da Ordem dos Médicos fora proibido de publicar qual a sua posição (aliás escrita) perante o Ministério e este obrigara os médicos à publicação duma «nota conjunta»! (Ordem dos Médicos, 1969a e 1969b).

Preparavam-se todos os ingredientes para uma explosão. Em 1968, 1970 e 1971 rebentaram *movimentos nos hospitais centrais de Lisboa*, nos quais se envolveram médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar. Foram feitas greves administrativas e greves de zelo, que molestaram muito o regime. Primeiro o Porto e depois Coimbra começaram também a movimentar-se. Foram elaborados documentos com propostas muito concretas, sobretudo pelos internos e estagiários. «Abaixo o mandarinato», escreviam estes no final dum destes documentos.

«A Medicina portuguesa não satisfaz as exigências do nosso tempo» dizia em Setembro de 1971 o Director Geral de Saúde.

No final de 1971, num colóquio promovido pela SEDES, o professor Miller Guerra, que era então deputado à Assembleia Nacional, atribuía a causas de ordem político-administrativa e médico-social os acontecimentos dos Hospitais de Lisboa, a chamada «crise hospitalar».

O mesmo professor dava nessa altura uma entrevista a J. P. Guerra do «Tempo Zip» que nunca chegou a ir para o ar por censura interna, onde dizia: «(...) as crises não surgem espontaneamente, e esta também não surgiu. E por isso é que eu disse que as causas foram tomadas pelo efeito, visto que aparentemente, e foi isso que foi mostrado ao público ou, pelo menos, o público assim foi informado, de que a causa era os médicos não quererem trabalhar, eles que tinham todas as condições, que eram os médicos mais bem remunerados do mundo... E, no entanto, apesar disso, provocaram o movimento que produziu uma crise hospitalar».

Como se vê, estas palavras, de há dezasseis anos, podiam-se aplicar à actualidade. Porque as condições se repetem e a intenção dos personagens também.

E o professor Miller Guerra falava de algumas causas: «(...) sucedem-se os decretos, as administrações, os Ministros, os Secretários de Estado, alguns até médicos, e as razões principais, as razões reais nunca foram atacadas». (...) «A grande distância não há planeamento nem previsão alguma» (...) «a orgânica administrativa dos hospitais é atrasada e obsoleta» «(...) o nosso equipamento funciona muito pouco tempo por dia» «(...) déficits extremamente graves de pessoal de enfermagem e pessoal técnico» «(...) é claramente, um facto de ordem político-administrativa que transcende a esfera da actividade dos médicos» (Ordem dos Médicos, 1972).

Infelizmente, muito desta análise ajusta-se à nossa realidade actual.

Na altura, quem dizia isto era um deputado da Assembleia Nacional. O regime estava a cair.

Nesse momento, os novos médicos contestavam também a estrutura da Ordem, sobretudo a existência dum Bastonário e o facto da Assembleia Geral ser constituída apenas por 60 delegados (25 por Lisboa, 20 pelo Porto e 15 por Coimbra). Eram verdadeiras assembleias de notáveis, realizadas à porta fechada. E reservadas a homens...

Mas em 1970 o movimento dos novos médicos de Lisboa fizera eleger para os seus 25 delegados um novo grupo. Esta novo grupo rebentou com a estrutura e as costuras...

A Ordem dos Médicos

A 29 de Janeiro de 1972, realizou-se mais uma dessas Assembleias. No Porto, a Assembleia Regional votou que os seus delegados não deviam estar presentes, porque nem os achava representativos, nem aceitava aquele tipo de assembleia, tal como Lisboa. Nós, os delegados de Lisboa, fomos lá (com forte representação feminina diga-se de passagem — Dra. Manuela Lima, Dra. Purificação Araújo, Dra. Laura Aires, eu própria) e escancarámos as portas para que o restante pessoal médico entrasse... Apeámos o solene retrato a óleo do Bastonário, impedimos a Votação dos Notáveis (que já estavam reduzidos a 35, visto que nós éramos os restantes). Tudo teria acabado numa festa, em 25 de Abril adiantado, se o Presidente da Assembleia não fosse o Dr. Moura Relvas, irado e prepotente, e o secretário o Dr. Pires de Lima... Este último levantou-se da Mesa a propósito de qualquer necessidade, foi lá dentro e telefonou para a esquadra da Praça da Alegria. A polícia veio, cercou o edifício da Ordem dos Médicos e invadiu as salas. Mas ainda não foi dessa que fomos presos... (Ordem dos Médicos, 1969a, 1969b e 1972).

Acabado o mandato no final de 1972, fomos eleitos de novo para todos os organismos da Região do Sul, por milhares de votos, enquanto a direita tinha apenas algumas escassas centenas. Mas a partir daí a polícia política marcou-nos de perto.

No início de 1973, eu e o Rui de Oliveira, presidente da direcção, fomos presos cada um à porta de sua casa e todos os restantes membros da Ordem receberam contra-fés para serem interrogados pela PIDE/DGS.

A Ordem foi fechada, foi nomeado um curador e o Estado pôs contra nós um processo no Tribunal de Trabalho.

O 25 de Abril veio a amnistiar estes dois processos.

O natural é que, após esta data e, tal como aconteceu com os outros sindicatos, os Corpos Gerentes fossem reconduzidos em beleza e acabassem o triénio para que tinham sido eleitos. Mas a orientação do Partido Comunista foi aproveitar a ocasião (de estarmos demitidos pela PIDE...) para nos contestar e provocar novas eleições, que se realizaram logo em Junho de 1974. De facto, os membros do PC nos Corpos Gerentes (aliás sempre belíssimos companheiros, salvo algumas excepções) estavam em minoria e era impossível àquele partido controlar o movimento, tal como é seu hábito. Aliaram-se a alguns médicos considerados moderados, aproveitaram os votos da direita contra nós e venceram por quatrocentos votos de diferença... E em seguida a direita haveria de tomar a Ordem, para nunca mais a vir a perder até agora. Este é mais um daqueles-actos de ultra-sectarismo de longa noite pré-Gorbatcheviana...

O 25 de Abril

Mas, a efervescência estava em todo o lado.

Os Governos do processo revolucionário nunca tiveram um programa para a Saúde, como nunca tiveram um programa global. O movimento popular, de massas, foi fazendo o que pôde e como pôde.

Uma das experiências mais gratas para os revolucionários que trabalhavam na Saúde foi a *organização dos trabalhadores nas instituições*.

Nas assembleias, coexistimos os que já tínhamos bastante experiência (como estudantes, ou como médicos) com aqueles que nunca tinham estado numa assembleia geral, nem lhes passava pela cabeça o que isso era. A primeira assembleia geral de todos os trabalhadores do Hospital de Santa Maria foi memorável, por tudo o que significava e também pelas contradições... Caiu aí, como aconteceu nas outras empresas, um pobre militar destacado pelo MFA, que também nunca soubera na vida o que era uma assembleia geral e que tomara a sério o papel paternalista de aconselhar, explicar, dizer a última palavra. Muitas das pessoas gritavam simplesmente as suas justas reivindicações, procurando sobrepor-se às vozes dos outros. Foi comovente observar, em assembleias posteriores, a aprendizagem do que era a ordem de trabalhos, os pedidos de palavra, como quem aprende o b-a, bá. Colocaram-se problemas de estrutura onde um dos primeiros pontos polémicos foi o seguinte: deveria cada ramo — os médicos, os enfermeiros, os auxiliares de enfermagem, os administrativos, etc. — fazer assembleias separadas e eleger delegados a uma direcção comum? Ou deveria funcionar uma assembleia de todos os trabalhadores do Hospital, saindo daí uma direcção eleita por todos? Esta era a posição mais radical, com a qual aliás eu me identificava. A resolução final acabou por contemplar as duas posições, havendo eleitos directos e indirectos.

A *lei de Gestão Hospitalar* que ainda hoje existe, foi feita em 1977, já dois anos depois do golpe de direita do 25 de Novembro de 1975. Foi despida de muitas das conquistas dessa época, mas teve ainda um cheiro a democracia e por isso é tão contestada pela direita.

O Conselho de Gerência é constituído por um médico, um enfermeiro, um engenheiro e um administrador de carreira; só os dois primeiros são eleitos pelas respectivas bases profissionais, tendo os outros trabalhadores perdido a representação. O Conselho Geral tem representantes de outros trabalhadores e também da população através de delegados das assembleias municipais e regionais, mas está reduzido a um órgão consultivo, que aliás não têm existência na maioria dos hospitais.

A nova lei proposta pela Ministra da Saúde, no início de 1987, que punha esta em causa, foi derrotada no Parlamento. Mas é de prever que outras leis alternativas que surjam tentem apagar também, embora de forma mais discreta, os traços cada vez mais perdidos do 25 de Abril.

Também nos *Centros de Saúde* o processo revolucionário veio revolver as estruturas, afastando velhos caciques, que eram chefes de Posto, nomeados por confiança política e por sua vez convidando para aí trabalhar quem muito bem queriam. Este novo clima acabou por criar condições para a inclusão dos médicos dos Postos nas Carreiras, lavou de ar fresco a estrutura da Previdência, proporcionou a legislatura de 1974 e 1975 sobre as «Caixas», integrando os utentes na sua gestão. Mas passaram doze anos e vários Governos de direita ou governando como tal.

Para além das instituições de Saúde, surgiram em 1974 fenómenos de auto-organização popular em relação à Saúde que ficaram na história daquele período.

Em Setembro de 1974 foi criada na Cova da Piedade uma *Clínica Popular*. Entre as pessoas que aí trabalhavam havia militantes da LUAR, do PRP e sobretudo independentes, que tinham contacto com o MLAC francês. Começou como Centro de Planeamento Familiar e explicavam-se medidas anti-concepcionais. Havia uma permanência aberta 24 horas por dia e acorriam ali muitas pessoas da zona, sobretudo mulheres. Para além das explicações ou Cursos de Planeamento Familiar, a clínica passou a fazer abortos pelo método de aspiração. Foram muitas as mulheres que aí acorreram para resolver o seu problema, de forma gratuita, ou pagando apenas o pouco material necessário.

Em 1975 começaram a funcionar consultas de Medicina. Nesse momento deparou-se a contradição lógica de os médicos, de mãos vazias, pouco poderem fazer. Como proceder em relação às análises, radiografias? Como receitar remédios sem desconto? Os problemas de dimensão e de gestão acabaram por existir, mas os serviços Médico-Sociais de Setúbal aceitaram trabalhar em colaboração com a Clínica da Cova da Piedade. A sua dissolução pelo Governo AD acabou por impedir que se tirassem conclusões acerca dessa experiência.

Entretanto, em 1976, era posto um processo crime ao filme «*Aborto não é crime*» realizado pela «Cine-equipe» na Clínica da Cova da Piedade, onde apareciam várias pessoas que aí trabalhavam e faziam abortos. Interrogada sobre quem eram essas pessoas, cujas caras e mãos se viam na sombra, Maria Antónia Palla disse não conhecer os seus nomes e o processo, que se arrastou durante muito tempo, acabou por não levar a nenhuma condenação.

O Infantário anexo à Clínica, aberto em 1975, acabou também por ser fechado, como aconteceu a outros no rescaldo do 25 de Novembro.

Mas é ainda em Junho de 1975 que se cria aquilo que foi uma das medidas mais interessantes do período revolucionário — o *Serviço Médico à Periferia*. Após o Internato Geral o médico só poderia prosseguir a sua carreira nas instituições fazendo antes um ano de exercício da Medicina a nível local, nos hospitais concelhios, postos das «Caixas» e Centros de Saúde. Nesse ano partiram para a província os primeiros 600 médicos, o que foi feito durante vários anos, até 1982. Esta medida constitui uma experiência bastante rica, tanto para os médicos, como para as populações. O ano em que os médicos iam era o ideal, o chamado P3, pois já tinham conhecimento suficiente e estavam ainda bastante jovens e com energia para remover dificuldades, criar soluções. Eram apanhados numa idade em que a deslocação não criava problemas familiares de maior, pois os filhos, se os tinham, estavam ainda em idade pré-escolar. As autarquias facilitavam o alojamento, iam em grupo e não se achavam perdidos em qualquer fim do mundo desconhecido.

O contacto com os médicos mais velhos foi uma fonte de renovação para estes e um estímulo.

Quem conhece os médicos que fizeram o Serviço Médico à Periferia, sabe que este ficou nas suas vidas, como uma das recordações mais gratas. Exactamente ao contrário do que se passa com os que, com mais 3 ou 4 anos, fizeram outro Serviço, numa periferia muito mais periférica — Angola, Guiné ou Moçambique, numa guerra de má memória...

É bom também não esquecer que no período revolucionário, houve outras iniciativas que incluíram apoio médico às populações. A *operação Maio-Nordeste*, nas suas várias fases, incluiu médicos que se deslocaram com remédios e com coragem para pontos isolados política e geograficamente do Nordeste transmontano. E também isto foi transformado em culpa nos vários processos instaurados ao PRP no post — 25 de Novembro, continuando a ser falado nas últimas sessões de julgamento em 1982.

Quando actualmente se dá de novo uma revolta do pessoal da Saúde em 1986-1987 e um confronto com a Ministra do sector são no fundo problemas que se arrastam há anos e se agudizam.

Como se disse, a progressiva estatização da Medicina é um facto, com o qual se confrontam os Governos. Mas nenhuns assumem essa estatização e muito menos os Governos de direita. Pelo contrário, a política do Ministério da

**O confronto
de 1986/1987**

Saúde do Governo Cavaco e Silva é uma não política, nada é traçado para resolver problemas. O único objectivo é uma restrição orçamental, gastar menos com a Saúde. Para isso foi necessário lançar medidas impopulares para a população — taxas moderadoras, redimensionamento das embalagens de medicamentos, diminuição do número de médicos, praticamente cessação de alguns serviços como a Fisioterapia. Tais medidas acarretaram uma piora da prestação dos serviços de Saúde e então a Ministra fez uma manobra habilíssima. Desencadeou uma campanha contra os médicos, como todos os meios governamentais e conseguiu desviar as atenções do público das verdadeiras causas, encontrando assim os bodes expiatórios (naturalmente que também encontrou alguns pontos vulneráveis, habilidosamente procurados).

Diga-se de passagem que os médicos, numa primeira fase, morderam o isco, entrando numa guerra taco-a-taco, onde as condições de saúde das populações não eram mencionadas. Mas em fase posterior já as coisas são diferentes, quando aparece uma «Comissão do Livro Negro da Saúde», ou quando os chefes de equipa do Banco dos Hospitais Cívicos de Lisboa se demitem em bloco, não por terem qualquer tipo de reivindicações para benefício próprio, mas sim por exigirem condições diferentes para o exercício da profissão.

Esta manobra do Ministério foi tão hábil que, tal como as telenovelas brasileiras, se não teve, parece ter tido conselho de psicanalistas...

O médico está envolvido de prestígio aos olhos da população, como revelam sondagens em que aparece como profissão mais prestigiada. Mas é um prestígio que envolve relações de amor e ódio. É tido como senhor da vida e da morte e a sua simples presença desencadeia em cada um lembranças de sintomas, de doenças, de medo da morte, de insegurança. Pode salvar ou pode não salvar — ao nível do inconsciente de cada um é quase onipotente. E então, médicos, vocês que podem tanto «porque nos fazem sofrer assim?!»

Como é verdade que também aparecem como os mais bem pagos de todos os profissionais sendo isto um dado irracional, pois se perguntarmos às pessoas quanto ganham os médicos as respostas nada têm a ver com a realidade. Actualmente as horas de urgência (que se tornaram um trabalho pesadíssimo) são pagas com valores tão baixos que não sei onde encontraremos idênticos. As noites de urgência de sábado, que são as mais bem pagas, valem para o assistente hospitalar que é o mais graduado da equipe e que fez vários concursos para lá chegar, apenas dois mil escudos! Para a população isto é, talvez, multiplicado por dez...

«Poderoso», «rico», «prestigiado», o médico foi, pois, o alvo ideal para desviar as atenções das responsabilidades do Governo, numa população pobre, carenciada, desprotegida.

De tal maneira foi hábil a manobra que muita gente de esquerda e instruída embarcou e regozijou-se por «alguém os ter posto na ordem», não percebendo que eram os doentes que estavam a ser vítimas. Houve mesmo intelectuais que o escreveram em jornais, muito doutamente, mas com total ignorância da situação concreta.

E diga-se de passagem que também houve quem, à direita, se pusesse contra a Ministra, simplesmente por ela ser mulher, dizendo que era preciso «pô-la na ordem». Isto da «ordem» está lá muito fundo...

E a Oposição, de todas as tendências, primou por uma análise frouxa da política da Saúde, por um desconhecimento das situações concretas, por uma ausência de conhecimento dos dados, por falta de combatividade. Não surgiu, como aliás também noutras esferas, nenhum programa alternativo com pés e cabeça.

A percentagem do PIB português para a Saúde é a mais baixa da Europa (3,9%).

Este dado chegaria para nos fazer concluir que era necessário alterá-lo. Mas, ao contrário, a tendência do Ministério de Cavaco e Silva, foi para apertar o orçamento.

Ora se esta percentagem já é baixa é necessário interpretá-la no contexto português para perceber que ainda é mais baixa do que parece.

Primeiro que tudo o nosso PIB per capita, é o mais baixo da Europa, o que reduz qualquer percentagem sectorial. (Campos 1986a, b e c; Ordem dos Médicos, 1972).

Depois é necessário saber que existem em Portugal condições para uma maior morbilidade. Em Portugal adoce-se mais porque há razões para isso. Enumeram-se em seguida alguns dados. Um taxa oficial de desemprego do Banco de Portugal para 1985 de 10,2%, mas que sabemos que é superior. O poder de compra é baixo e com grandes desigualdades regionais. O analfabetismo é de 18%. A alimentação tem grandes desigualdades e é baixa em cálcio em todo o país excepto num distrito (Portalegre), o que condiciona certo tipo de doenças. Portugal é o país da Europa que consome mais açúcar (81 gr. por pessoa e por dia), o que é o quádruplo do recomendado pela OMS e que serve decerto para contrabalançar outras faltas de géneros mais caros, mas que vai trazer situações de risco. Como é também em Portugal que se come mais sal, que sobe a quatro vezes mais do indicado, condicionando doenças. Quanto a álcool, Portugal oscila entre o

primeiro, o segundo e o terceiro lugar na Europa, mas é o primeiro de longe nas mortes por cirrose (Campos, 1986c; Motta, 1985; OCDE, 1970/1983).

Há distritos (Viseu, Vila Real, Bragança e Guarda) onde só metade da população tem água canalizada, mas banho e electricidade só têm 27 e 28% em Braga e Vila Real, para falar dos distritos com pior índice. A recolha de lixo chega a ser de apenas 28% em Castelo Branco e de 29% em Vila Real. Não dispõem de retrete, esgoto ou fossa canalizada 29% das pessoas do país. O «Inquérito Directo à Pobreza» de Bruto da Costa e colaboradores, de 1985, mostra que 48% da população de Portugal sofre de «pobreza relativa» e 35% de «pobreza absoluta». No mesmo Inquérito, mostra-se que 80% das famílias pobres pioraram a alimentação de 1981 para 1985. Ainda no mesmo estudo é revelado que 94% das famílias não possui pelo menos um dos equipamentos domésticos correntes (Campos, 1986c; Motta, 1985).

É sobre estes dados de base que se tem de actuar se queremos que a população tenha mais Saúde. Mas não é isso que acontece, nem se investe nesse campo.

E então «quanto mais pobre mais doente, quanto mais doente mais pobre», como dizia Edwin Chadwick em Inglaterra, no séc. XIX.

E por isso aparece constantemente e ao longo dos anos, com a maior mortalidade infantil e peri-natal da Europa (respectivamente 1,9% e 2,55% em números da OCDE para 1983).

É o país com maior número de mortes, por cancro de estômago, o que está relacionado com a alimentação.

Depois da Turquia é o país com mais baixa esperança de vida da Europa.

Deve aqui referir-se um índice especial, para além do da cirrose já referida. Portugal é o país da Europa com maior número de mortes por acidentes vascular cerebral (em consequência decerto de muitas das coisas que se disseram, sobretudo o sal). Ora os acidentes vasculares cerebrais que atingem sobretudo as pessoas da terceira idade, enchem muitas das camas dos hospitais, consumindo muito trabalho de enfermagem (são doentes que não se mexem e muitas vezes não têm controle de esfíncteres) em muitos dias de internamento. E nenhuma família aceita que se dê «alta» a um doente nessas condições, seja ao fim de 2, 3, 4 semanas ou mais. E, no entanto, ela tem que ser dada, sem que haja hospitais de rectaguarda ou lares para receber esses doentes.

Há ainda a referir que Portugal é o país com maior percentagem de acidentes de estrada da Europa, o que também vai pesar muitos nos serviços de Saúde (OCDE, 1970/1983).

Refira-se muito particularmente que o distrito do vinho do Porto (Vila Real) é aquele que apresenta piores índices de toda a Europa. Talvez seja por se chamar «Port Wine». São as malhas do Imperialismo...

Por isso, quando se fala do número de médicos, do número de camas dos hospitais, do número de enfermeiros e se compara com a Europa, a comparação é falsa. E é-o porque há mais doentes e em piores condições.

E não só. Aqui, a rentabilidade do pessoal e dos serviços é pouquíssima.

Assim, a política restritiva torna-se criminosa.

É considerada boa gestão hospitalar, gastar o menos possível, como se fosse o «governo duma casa», quando a rentabilidade dessas instituições deveria ser concebida em termos de prestação de Serviços.

A verdade é que se comprem aparelhos caríssimos nos Hospitais, para funcionarem só de manhã, na mira de não contratar mais pessoal para o resto do dia, o que é duma terrível estreiteza administrativa. No Hospital de Santa Maria, os aparelhos de Fisioterapia deixam de funcionar às 14,30 horas e os médicos ficam lá até às 18 horas, sem poderem fazer nada, visto que não contrataram um segundo turno de pessoal técnico. Entretanto os doentes esperam alguns meses pela consulta e pela esperança de tratamento, que nessa altura possivelmente já não terá eficácia... A maior parte dos gabinetes de consulta ficam vazios durante a tarde, havendo grandes bichas de doentes inscritos, para não contratar um outro turno de enfermeiros. Não se abrem vagas para especialistas na província e os doentes vêm abarrotar as consultas da especialidade nos Hospitais Centrais. Os gabinetes dos Centros de Saúde são escassos e os médicos aí colocados têm que se «despachar» para entrar o médico que se segue e os seus doentes. Entretanto em muitos Centros, como acontece nos distritos de Setúbal e Lisboa, há «bichas» de doentes desde as 6 horas da manhã.

Todas estas circunstâncias vão atirar com um enorme fluxo de doentes para os serviços de Urgência dos Hospitais Centrais que, entretanto, pelo menos em Lisboa, não aumentam em espaço e aumentam pouco em médicos, desde há 30 anos. O acto médico nestes Serviços, que se mantinham apesar de tudo prestigiados, perde qualidade. Se um médico vir 100 ou 200 doentes num dia, ninguém se pode regozijar porque «ela os pôs a trabalhar». Talvez o médico fique tão cansado como uma operária têxtil contratada a prazo e com índices fixos de empreitada. Mas as calças são calças, as saias são saias, os doentes são pessoas. Ninguém pode ver capaz-

mente doentes nestas circunstâncias (DGCSP, 1985; DEPS, 1985; DRHS, 1986).

Um fenómeno curioso é o negócio que certa companhia de seguros tem feito com os seguros dos médicos. A maioria dos médicos faz seguro, porque neste ambiente, o risco de queixas de doentes, é real.

Quanto às enfermeiras, basta dizer que no Hospital de Santa Maria, nos Serviços de Medicina, no turno de noite, fica uma enfermeira para 40 doentes. Há falta de enfermeiras (22060 para todo o país em 1979, números da OCDE), mas o *numerus clausus* para as Escolas de Enfermagem mantem-se apertado. Que país louco!

Quando se diz que o Ministério da Saúde não teve política é de facto verdade que a não teve. Mas há um projecto subjacente, na linha dos Governos como o de Cavaco e Silva — é o projecto neo-liberal. O lavar as mãos, o sacudir o capote do Estado nas responsabilidades da Saúde, a política restritiva, que conduz ao caos, pressupõe que alguém colhe os frutos — a iniciativa privada. Os grandes impérios internacionais dos seguros — doença já estão à espera. Mas esses sistemas privados têm falhado noutros países. Quem é que os pode pagar num país com os índices de pauperização que se mostraram?

A única solução é o assumir da estatização, sem ambiguidades, indo buscar dinheiro onde o há e investindo mais ao nível da Saúde, sobretudo ao nível da prevenção, mas também dos cuidados primários e dos hospitais.

É necessário que se generalize o debate para a criação duma alternativa. ■

Referências Bibliográficas

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Campos, A. Correia de | 1977a | «A Procura de Cuidados de Saúde», <i>Curso de Administração Hospitalar</i> . |
| Campos, A. Correia de | 1977b | «A Oferta de Cuidados de Saúde», <i>Curso de Administração Hospitalar</i> . |
| Campos, A. C.; Giraldes, M. R.; Theias, M. M. e Almeida, M. O. | 1981 | «Gastos Públicos com a Saúde em Portugal» in <i>Análise Social</i> , vol. XVII. |
| Campos, A. Correia de | 1983 | «Eficiência e Equidade no Sistema de Saúde Português», <i>Acta Médica Portuguesa</i> , 4. |
| Campos, A. Correia de | 1984 | «La Santé et les politiques économiques. Le cas récent du Portugal», <i>Journal d'Economie Médicale</i> , 2. |
| Campos, A. Correia de | 1986a | «Taxas Moderadoras: discussão e restrição. Crise de Solidariedade ou Crise do Sistema de Financiamento», comun. ao <i>II Seminário de Direitos da Saúde</i> , ENSP. |
| Campos, A. Correia de | 1986b | «Saúde», <i>Portugal Contemporâneo, Problemas e Perspectivas</i> , INA. |
| Campos, A. Correia de | 1986c | «Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: aparência e realidade», <i>Revista Crítica de Ciências Sociais</i> , 18/20. |
| Costa, Bruto da et al. | 1985 | <i>Inquérito Directo à Pobreza</i> . |
| DGCSP | 1985 | <i>Síntese de dados Estatísticos</i> . |
| DEPS | 1985 | <i>Elementos Estatísticos: Saúde/84</i> . |
| DRHS | 1986 | <i>Revisão Integrada dos Quadros de Pessoal dos Hospitais</i> . |
| Motta, L. Coyolla | 1985 | «Mortes Prematuras e Estratégias de Intervenção Preventivas», <i>O Médico</i> , 112. |
| OCDE | 1970-1983 | <i>Measuring Health Care</i> . |
| Ordem dos Médicos | 1958 | <i>Relatório das Carreiras Médicas</i> . |

Isabel
do Carmo

Ordem dos
Médicos

1969a *Informação 1.*

Ordem dos
Médicos

1969b *Informação 2.*

Ordem dos
Médicos

1972 *Os Médicos Informam os Médicos.*

Pereira, J. A.;
Campos, C. de
Cortés, M. F.;
Costa, C.

1985 «Equidade Geográfica no Sistema de Saúde Português»,
comun. às *V Jornadas de Economia da Saúde*.