

POLÍTICAS DE SAÚDE NUM PAÍS EM MUDANÇA: PORTUGAL NOS ANOS 70 E 80

GRAÇA CARAPINHEIRO*
MARGARIDA GAMEIRO PINTO**

1. INTRODUÇÃO

A análise do sistema de saúde em Portugal centra-se no contexto histórico das mudanças estruturais introduzidas pela Revolução de 25 de Abril de 1974. Interessa no entanto remontar ao fim da década de 60, mais precisamente a 1969, já com Marcelo Caetano no poder, numa linha sucessória de «continuidade do regime», mas na encruzilhada de novas correntes de desenvolvimento económico, impulsionadas pelo investimento de capital industrial e financeiro, revitalizado desde o início da década pela entrada de capital estrangeiro.

O Estado, até então alinhado com os interesses do capital agrário, entra em crise. A sua forma organizativa não consegue conter as tensões e conflitos determinados pela nova composição das fracções sociais hegemónicas no plano económico, tornando incoerente a sua forma política no novo cenário de desenvolvimento económico e social. Surgem novas medidas políticas e jurídico-administrativas no regime. Marcelo Caetano proclama, em 1970, a passagem do «Estado Novo» ao «Estado Social». Não se trata da adopção do modelo do Estado de Bem-Estar à imagem dos Estados dos países europeus mais desenvolvidos, mas sim o reforço da imagem social do Estado Novo numa lógica de regime de «evolução na continuidade», em que os compromissos eram frágeis e as transformações de pouco alcance. Por isto, alguns analistas políticos definem este período de «pós-salazarismo».

É nesta linha de actuação governamental que ocorre a primeira mudança do papel do Estado na organização dos cuidados de saúde. O decreto-lei 413/71 de 27 de Setembro inaugura uma nova filosofia de protecção da saúde, apelando à intensificação das actividades de saúde públi-

* Assistente do curso de Sociologia do ISCTE e investigadora no Núcleo de Sociologia da Saúde do CIES.

** Assistente do curso de Sociologia do ISCTE.

ca, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações, através de uma melhor integração dos serviços públicos, não dispensando contudo a iniciativa de instituições particulares. Este decreto constitui a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, criado em 1958, cujos serviços passam a ser reorganizados de acordo com os novos princípios: promoção da saúde e prevenção da doença.

Em 1973, quando surge o Ministério da Saúde, as actividades de assistência separam-se das actividades de saúde e passam a estar integradas no Ministério das Corporações e Segurança Social. Significa que o Estado português considera finalmente a saúde e a segurança social como dois domínios autónomos, objecto de políticas sociais. Estas medidas constituem o início do fenómeno da universalização da prestação de cuidados de saúde, bem como a preocupação pela prevenção da doença. Com a Revolução outras modificações estruturais serão introduzidas no sistema de saúde, sem contrariarem, no entanto, as orientações gerais já enunciadas no período anterior. Manuel Villaverde Cabral considera que o 25 de Abril completou e alargou os instrumentos de *welfare* que o regime anterior apenas usou parcimoniosamente¹, por atavismos e hesitações decorrentes da própria natureza do regime.

2. MUDANÇAS ESTRUTURAIS NO SECTOR DA SAÚDE APÓS 74

Com a Revolução, instaura-se progressivamente um regime democrático, num novo quadro de liberdades civis e políticas. As características do velho regime entram em ruptura mas o aparelho administrativo do Estado mantém-se praticamente intacto. Boaventura Sousa Santos sustenta a tese de que o 25 de Abril representa o colapso do regime mas não o colapso total do Estado².

Assim, de 1974 a 1976, sucedem-se seis governos provisórios, de escassa duração, pela incapacidade governativa resultante da constante recomposição das forças políticas no poder. Submetiam-se a órgãos de consulta presidencial e/ou assembleias militares, além de compartilharem poder com novos órgãos de poder local, que o impulso dos movimentos sociais populares tinham feito surgir. São governos de coligação, com todos os partidos políticos presentes, mas com um crescente envolvimento de militares. A partir do Quarto Governo Provisório, em Março de 1975, esse envolvimento é mais forte e acentua-se a esquerdização do discurso das cúpulas militares, criando apreensões no Ocidente relativamente à revolução da situação política portuguesa.

É neste governo que se dá a nacionalização dos sectores-chave da economia, banca, seguros e as empresas dos grupos monopolistas. Se até aqui a burguesia industrial e financeira tinha mantido a sua base de acumulação e a expectativa de resolver a seu favor a crise de hegemonia do Estado, com a política das nacionalizações perde irremediavelmente essa possibilidade.

O Estado confronta-se com uma crise revolucionária acompanhada de uma situação de paralisia institucional que só terminará em 1976.

Ao longo deste período os termos de troca da economia portuguesa na economia internacional deterioraram-se cada vez mais. Portugal sofre o embate do choque petrolífero de 1973 e a consequente recessão económica internacional; sofre o embate do dismantelamento do sistema produtivo interno, fazendo cair drasticamente os níveis de produtividade e o consequente recurso ao aumento das importações, dada a elevação do poder de compra dos portugueses pelo aumento dos salários reais (foi o Primeiro Governo Provisório que criou o salário mínimo nacional, elevando substancialmente o *plafond* salarial das classes sociais mais desfavorecidas); sofre o agravamento progressivo da deterioração da balança de pagamentos; perde o mercado constituído pelas ex-colónias que acederam à independência em 75; aumentam rapidamente as despesas públicas.

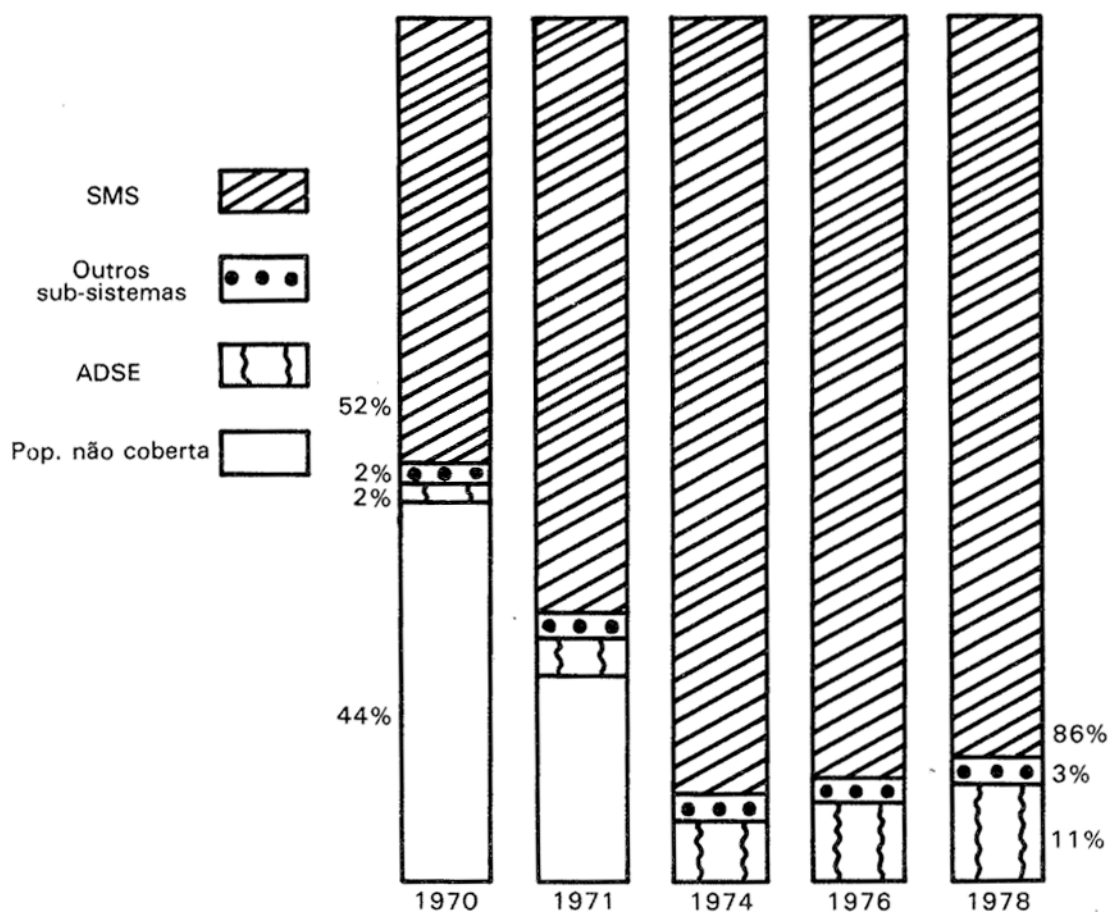
Uma das componentes do aumento das despesas do Estado é constituída pelo financiamento dos serviços de saúde. Se em 1974, 97% dos portugueses já estavam cobertos por esquemas de protecção de saúde, em 1976 a cobertura da população por serviços de saúde é total, como se pode verificar pela análise do gráfico que mostra a evolução da cobertura da população portuguesa, de 1970 a 1978.

Ressalta deste gráfico que a maior parte da população é coberta pelos Serviços Médico-Sociais (SMS). Trata-se de uma estrutura de saúde que surge na transição da década de 40 para a década de 50, ligada à organização da «Previdência Social», que se regia pela concepção corporativa da harmonia de interesses entre trabalho e capital, fundamento ideológico do «Estado Novo». Os Serviços Médico-Sociais são uma rede nacional de serviços prestadores de cuidados de saúde em regime ambulatório, que numa primeira fase cobria apenas os indivíduos sujeitos a um regime contributivo, sendo já no período marcelista alargada à parte da população não coberta por qualquer outra forma de protecção à saúde.

Os SMS em 1974 são destacados do sistema da «Previdência Social», com vista à sua futura integração no Serviço Nacional de Saúde, que já se definia como um projecto de política de saúde, assumindo no enquadramento ideológico do programa da Revolução, uma feição socializante, um carácter universal, geral e gratuito, remetendo para o Estado o seu financiamento total. Reuniam-se assim condições para o desenvolvimento de um sistema integrado de saúde e um sistema integrado de segurança social. No programa do Primeiro Governo Provisório é decretada a «substituição progressiva dos sistemas de previdência e assistência por um sistema integrado de segurança social» e é criado nesta altura o Ministério dos Assuntos Sociais com duas Secretarias: Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado da Segurança Social. O Serviço Nacional de Saúde e o sistema de Segurança Social eram as duas grandes promessas da Revolução no campo das políticas sociais, cuja preparação já vinha de trás. No entanto, no que diz respeito ao Serviço Nacional de Saúde, que neste momento é ainda um

GRÁFICO 1

Cobertura da população por esquemas de protecção à saúde



projecto, terá um processo de concretização bastante complexo e para o qual, apesar das condições políticas neste período serem favoráveis, não estão reunidos consensos suficientemente amplos.

Assim, todas as medidas políticas de saúde adoptadas neste período dão continuidade ao processo de universalização à política de prioridade aos cuidados de saúde primários, sendo os Centros de Saúde as estruturas vocacionadas para este fim. Desenvolvem-se medidas de reestruturação hospitalar nos distritos mais afastados dos principais centros urbanos do país, quer reconstruindo hospitais já existentes, quer abrindo novos hospitais. Mantém-se também o sistema paralelo dos Serviços Médico-Sociais.

Em 1975, ao nível da saúde, desenvolve-se um processo de nacionalizações, na mesma linha de intervenção do Estado na economia. Nacionaliza-

zam-se os hospitais distritais e concelhios pertencentes às «Misericórdias», passando para o Estado uma parte importante deste sector privado não lucrativo, equivalente a 38% da rede hospitalar portuguesa. Faz-se a reconversão dos sanatórios em hospitais centrais, representando um ganho de mais 2000 camas.

Ao processo de nacionalizações associa-se um processo de funcionarização de todo o pessoal de saúde. Este sector aumenta imenso, traduzindo-se num importante crescimento das despesas do sector público na saúde (cerca de 53% do orçamento global da saúde é gasto no pagamento de salários ao pessoal de saúde), acrescidas pela abertura de mais 500 postos dos SMS, de mais 1000 camas hospitalares e da comunicação da abertura de centros de saúde concelhios. Por outro lado, em 28 de Junho de 1975, surge um despacho da Secretaria de Estado da Saúde sobre o serviço médico à periferia, que para além de também representar a funcionarização da actividade médica, significa a sensibilidade dos poderes públicos às reivindicações sociais de cuidados médicos descentralizados.

Este despacho responde ao impacte dos movimentos sociais na saúde, que não tendo uma expressão tão forte como tiveram nos sectores da produção e da habitação, não deixam de assumir também aqui a necessidade de equacionar e concretizar novas formas de organização do poder. É o caso das Comissões Integradoras de Serviços de Saúde Locais (CISSL) que o Governo cria em Fevereiro de 1975, em resposta ao pedido feito pelas populações mais politizadas e com mais acesso ao sistema de informações sobre a saúde, de participarem directamente na gestão interna dos serviços prestadores de cuidados primários conjuntamente com os trabalhadores da saúde, na representação da comunidade. Simplesmente, um dos resultados da Revolução foi um amplo movimento de democratização das estruturas decisórias das instituições sociais e também das da saúde. Proliferam as comissões instaladoras ou de gestão nos hospitais centrais, distritais e concelhios e nos centros de saúde. A ambiguidade da situação político-ideológica gera constantes equívocos relativamente às sedes de poder real e os serviços centrais de saúde preferem sistematicamente dialogar com as comissões instaladoras que com os órgãos de gestão local dos serviços de saúde. Estes acabam por sucumbir de morte natural, após a *performance* de um papel episódico.

A própria concepção do serviço médico à periferia é colhida pela vontade política de mudar mas de não levar muito longe as mudanças. Podemos dizer que as mudanças são autogeridas pelo sistema. Assim, define-se que o objectivo deste serviço é de «dotar a periferia do País com médicos, a fim de melhorar a prestação de cuidados de base, quer de tipo curativo, quer de saúde pública...». Esclarece-se que o exercício da actividade médica contribui para a cobertura médico-sanitária de todo o território nacional e que será realizado segundo os princípios da medicina de grupo, através da constituição de equipas médicas. Estas equipas desenvolvem todos os tipos de actos médicos, preventivos, curativos, de promoção de saúde,

em centros de saúde, serviços médico-sociais, hospitais concelhios e, em alguns casos, hospitais distritais. Só que resta saber quem fornece apoio a estes médicos recém-licenciados. Diz o despacho: «... Entretanto, os hospitais centrais darão a este programa o devido apoio técnico.», que nunca foi dado.

Não há dúvida de que, apesar de tudo, foi o serviço médico à periferia, conjugado com as medidas já apresentadas, que fizeram que neste período houvesse um substancial acréscimo da oferta e da procura-utilização dos serviços de saúde, resultando numa melhoria relativa do estado de saúde das populações, bem expressa, por exemplo, na diminuição da taxa de mortalidade infantil, de 58% em 1970 para 38,9% em 1975.

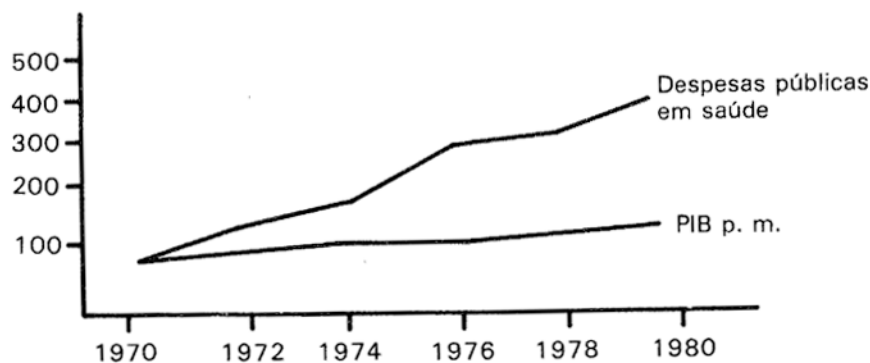
Resta acrescentar que para a obtenção destes resultados, foi importante a acção de organizações médicas voluntárias, à margem do sistema oficial, que se deslocavam ao interior, fazendo promoção da saúde, realizando actos médicos, organizando rastreios de saúde mental e de hipertensão e até apoios a estruturas de acolhimento de idosos, crianças e deficientes. Nunca tais acções mereceram por parte do sistema oficial de saúde os necessários incentivos e avaliação de resultados. Se à margem se constituíram, à margem ficaram até desaparecerem as motivações que as geraram.

À falta de um Serviço Nacional de Saúde que faça a integração e a coordenação dos serviços regionais de saúde, surgem por decreto-lei n.º 488/75 de 4 de Setembro, as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (ADSS), dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais, que reúnem hospitais distritais, concelhios, centros de saúde e a rede dos SMS.

O ritmo de crescimento das despesas públicas em saúde é bastante elevado no período de 1974 a 1976, pronunciando-se a tendência de crescimento iniciada em 1970, como se pode ver pelo gráfico 2.

GRÁFICO 2

Acréscimo das despesas públicas em saúde e do PIB p. m. a preços constantes, entre 1970 e 1980



Fonte: D. G. F. S. S. GAPS 70-80 e Relatório do Banco de Portugal, in: Campos Correia de: «La santé et les politiques économiques. Le cas recent du Portugal», *Journal d'Économie Médicale*, T. 2., n.º 2, 1984.

O Estado passa a ser o principal financiador de um sector que tenta responder a duas ordens de solicitações: às de natureza ideológica e política, de governos que têm um papel histórico bem definido, o de assegurarem a transição para a democracia institucionalizada e à aquisição pelos indivíduos da consciência social do direito à saúde. A política de saúde constitui assim um desafio à capacidade de mudança do novo regime.

3. O SISTEMA DE SAÚDE FACE À CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA

Referiu-se atrás que o Quarto Governo Provisório (Março de 1975) constitui a referência histórica na determinação do início da crise revolucionária do Estado. A análise das medidas políticas de saúde tomadas neste período denotam a fragilidade ideológica do Estado, que na falência do projecto de recomposição das forças sociais na constituição da ordem política burguesa, não consegue sustentar uma nova ordem política, proletária, em sintonia com a correlação de forças na altura. O sistema de saúde é atravessado pelas impotências do regime, a mais importante das quais é a impossibilidade de criar o Serviço Nacional de Saúde, embora a gratuitidade, a universalidade e a generalidade do acesso aos cuidados de saúde fossem garantidos pelas políticas distributivas praticadas.

O Estado não é uma estrutura neutra. É uma construção sócio-política em estreita relação com a sociedade em que se insere. Os acontecimentos político-militares de Novembro de 1975 transformam as condições sócio-políticas do regime, atenuando-lhe a radicalidade e instrumentalidade e criando as condições para a consolidação da democracia. A votação e aprovação na Assembleia Constituinte da nova Constituição, em 2 de Abril de 1976, a realização das primeiras eleições legislativas em 25 de Abril de 1976 e a formação do Primeiro Governo Constitucional em Julho do mesmo ano, constituem os factos histórico-políticos que resolvem a crise revolucionária do Estado.

Surge finalmente um governo que goza de legitimidade constitucional democrática e o regime adquire um novo perfil consubstanciado na Constituição. Esta consagra o Estado Social Português, segundo o modelo do Estado de Bem-Estar, quando os seus pressupostos já estavam em crise na Europa, face à recessão económica dos anos 70. Recessão que também nos atinge, dado o nosso grau de dependência da economia internacional. Apesar de se definirem objectivos de normalização ao nível das políticas macroeconómicas e apesar de o programa do Primeiro Governo Constitucional apontar inequivocamente para uma «economia em transição para o socialismo» e para a «planificação democrática», não restam dúvidas, pela análise dos indicadores macroeconómicos, que as condições de vida dos portugueses estão em franca deterioração.

Analisando o quadro 1, que mostra a evolução da taxa do desemprego, o índice de preços no consumidor, a evolução do saldo da balança comercial e a taxa de cobertura das importações pelas exportações, de 1976 a 1984, conseguimos reconstituir a situação da economia interna a partir de 1976. A taxa de desemprego sobe ano a ano, pelo menos até 1980. O índice de preços no consumidor tem uma variação positiva crescente e as exportações conseguem cada vez menos cobrir as importações, com um persistente saldo negativo da balança comercial.

Esta situação agrava-se ainda mais com a primeira desvalorização sensível do escudo em 15%, em Fevereiro de 1977. Perante as condições estruturais da economia portuguesa, no plano interno e externo, inicia-se a inversão da política macroeconómica ao longo dos governos constitucionais que chegam ao poder em 1978 e 1979. A preocupação com o equilíbrio da balança de pagamentos vai determinar medidas conjunturais de política económica no sentido da redução progressiva do défice, culminando no abandono dos princípios constitucionais definidores do rumo de desenvolvimento da sociedade portuguesa.

QUADRO 1

**Evolução de alguns indicadores macroeconómicos
entre 1976 e 1984**

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Taxa de desemprego (a)	6.5 ¹	7.5 ¹	8.2 ¹	8.1	7.9	7.6	7.5	9.7	10.6
Variação do índice de preço no consumidor (b)	18.2 ¹	27.3 ¹	22.0	24.2	16.6	20.0	22.4	25.5	29.3
Saldo da Balança Comercial (a)	—	—	—	155.9	-248.9	-352.1	-422.2	-390.7	-377.2
Taxa de cobertura das importações pelas exportações (c)	45 ¹	42 ¹	50 ¹	53.0	48.7	42.2	44.0	56.6	66.7

Fontes: INE Markttest Pub. Agosto 1985 (a)

INE Markttest Pub. Agosto 1985 (b)

Relatório do Banco de Portugal, Agosto 1985 (c) in Campos, «La Santé et La Politique économique», *Journal d'Economie Médicale*.

¹ Banco de Portugal e OCDE, 1984, T. 2 n.º 2

Assim, o Segundo Governo Constitucional, formado em 1978, a partir de um acordo de regime entre socialistas e democratas-cristãos, vai introduzir modificações importantes no quadro ideológico do exercício governativo: não há transição para o socialismo, é considerada a importância do papel da iniciativa privada e negocia-se com o FMI. Elegem-se como principais instrumentos de estabilização da economia, a desvalorização do escudo de 7%, deslizando mensalmente de 1% a 1,25% e o aumento da taxa de juro. Os custos destas medidas traduziram-se na intensificação do processo inflacionário e nos reajustamentos sucessivos no mercado de emprego, de que resultou o aumento da taxa de desemprego e um aumento significativo das poupanças pelo valor da taxa de juro, representando capital congelado ao investimento. Se algumas melhorias se registaram no défice da balança de pagamentos, devem-se fundamentalmente às remessas dos emigrantes e às receitas do turismo. O quadro da decomposição do rendimento disponível, de 1973 a 1983, é elucidativo na demonstração destes movimentos.

QUADRO 2

Decomposição do rendimento disponível, 1973 a 1983

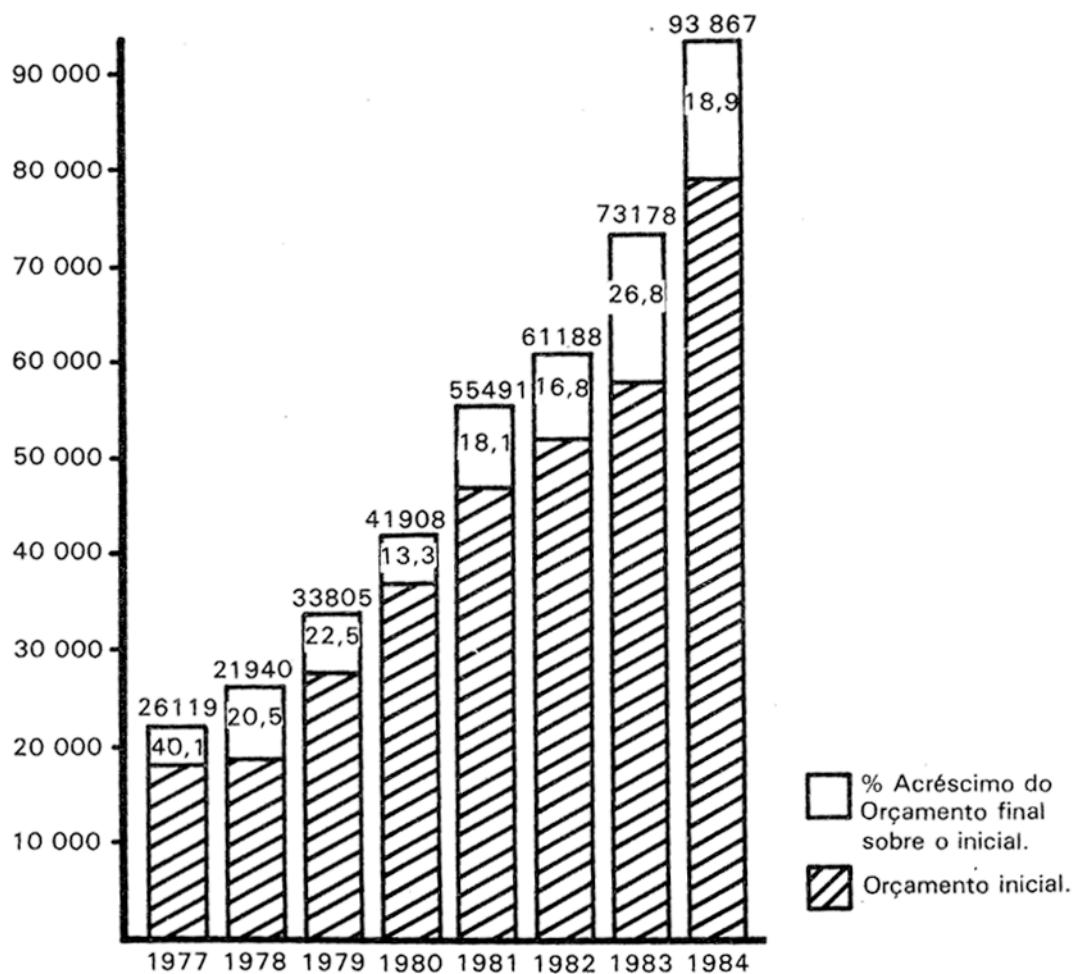
Anos	Rendimento salarial	Rendimento de empresa e de propriedades	Juros de depósitos	Prestações e transferências correntes	Transferências privadas externas
1973	46.8	37.1	3.1	4.1	11.6
1974	51.2	33.9	3.5	5.3	9.7
1975	56.6	26.5	4.2	8.6	7.9
1976	56.3	25.5	4.2	11.9	7.1
1977	47.7	35.2	5.2	12.7	7.7
1978	44.8	34.5	7.8	11.7	9.6
1979	41.9	33.0	10.3	10.6	12.2
1980	42.8	29.8	11.7	11.9	12.0
1981	43.3	27.0	14.2	12.8	11.8
1982	42.0	26.9	16.3	12.5	11.3
1983	40.4	24.6	19.4	12.1	11.0

Fonte: A. Mateus, «Repartição do rendimento: Características e Tendências da Situação Portuguesa nos anos 80», Instituto de Pesquisa Social Damião de Góis, Lisboa, 1984.

O Estado Social português degrada-se por incapacidade produtiva interna e as políticas orçamentais tornam-se progressivamente restritivas. A partir de 1977 diminui a generosidade financeira do Estado e em 1978 a elasticidade das despesas públicas em saúde em relação ao PIB é inferior à unidade. Os anos de 1978 e 1979 são anos de diminuição no acréscimo das dotações orçamentais às necessidades sociais em saúde e segurança social.

GRÁFICO 3

Dotações orçamentais do SNS



Fonte: D. G. F. S. S., Orçamento e Contas do SNS, 1984, Lisboa 1985.

A Constituição de 1976 estipulava no artigo 64 o direito de protecção à saúde de todos os cidadãos e o seu dever de a defenderem e promoverem. Esta formação de direito à saúde é considerada pelos juristas internacio-

nais como a mais inovadora no conjunto das constituições europeias, pois deposita nos indivíduos a responsabilidade da defesa e da promoção da saúde de todos. Por outro lado, consagra finalmente um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito, que reúna serviços de cuidados médicos hospitalares, cobrindo todo o país, combinando-os com cuidados preventivos e de reabilitação. O Serviço Nacional de Saúde deverá orientar a sua acção para a socialização da medicina e da produção médico-medicamentosa, para o controlo e articulação de formas empresariais e privadas de medicina e para a disciplina da produção e comercialização dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

Boaventura Sousa Santos faz-nos reparar que a forma organizada do socialismo teve na Constituição de 1976 a sua melhor consagração. Simplesmente esta consagração faz-se num contexto de instauração de uma dinâmica de reconstituição do Estado capitalista. A Constituição representava a transição para o futuro, numa sociedade que ao nível das práticas sociais transitava para o passado³. Estabelece-se assim uma discrepância entre o enquadramento jurídico-institucional do direito à saúde e a concretização desse direito num SNS e as práticas sociais em que se traduzem.

Passados dois anos sobre a Constituição de 1976, António Arnault, Ministro dos Assuntos Sociais deste governo, prepara a lei de base que daria execução à disposição constitucional de criar entre nós um sistema do tipo SNS. A discussão desta lei no Parlamento foi acesa, enfrentando a a posição do CDS e dos partidos mais à direita no nosso sistema partidário, suportes parlamentares da posição da Ordem dos Médicos, contrária à «lei Arnault», considerando-a atentatória dos princípios de medicina liberal. Vale a pena fazer aqui um parêntesis para dizer que a classe médica é representada por duas organizações de classe, sendo a Ordem a mais antiga e tradicional. Após 1974, aparece o Sindicato dos Médicos, como organização alternativa de classe, regendo-se pelos princípios gerais da organização sindical. No campo das representações colectivas, a ligação de classe mais prestigiada continua a ser a organização da Ordem dos Médicos, reunindo um número substancialmente maior de membros e concentrando em si o o corpo de médicos com maior poder. O Sindicato é representado como a organização dos médicos conotados com os partidos de esquerda, embora, a filiação no Sindicato se faça mais por oposição às linhas de acção da Ordem que por alinhamento partidário. É necessário introduzir estes dois parceiros sociais da saúde, pois as posições que vão tomar relativamente às políticas praticadas pelos governos que se seguem, definem as linhas de força que atravessam o campo da saúde. Há outros, mas estes são os interlocutores preferenciais quanto à definição global das políticas do sector.

A «lei Arnault» não consegue passar no Parlamento e os conflitos gerados na sua apresentação constituirão uns dos pretextos para a ruptura governativa e a passagem a um novo ciclo político, constituído por governos de iniciativa presidencial. À falta da publicação da lei do SNS, surge

em Julho de 1978 um despacho ministerial de António Arnaut que oferece a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, através de uma inscrição prévia nos Serviços Médico-Sociais. Tornam-se os SNS o sistema geral de prestação de cuidados, aberto a todos os indivíduos independentemente de terem ou não prévia posição contributiva.

Começaram aqui os acidentes da lei do SNS. O espectro da «socialização da medicina» consignada na Constituição, era suficientemente ameaçadora dos interesses da medicina privada e do sector monopolista da indústria farmacêutica. Só que a lei do SNS, como iremos ver, correspondia mais ao modelo inglês do National Health Service que ao sistema estatal dos países do «socialismo real». Aliás, o regime político que vigorava neste momento não tinha condições materiais nem ideológicas para definir orientações socializantes nas políticas sociais, quando elas já estavam abandonadas no campo da economia e da política. Jean-Pierre Fragnière diz que: «... Si la politique sociale est parfois décrite comme 'socialiste', c'est uniquement en raison d'une étymologie populaire qui se fonde sur une mauvaise interprétation du seconde terme de l'expression. La politique sociale est, historiquement, l'opposée même du socialisme: elle est apparue comme un moyen de combattre le socialisme en atténuant certains des excès les plus manifestes du capitalisme...»⁴. António Arnaut, em declarações feitas no semanário *Expresso* em 1982, a dada altura diz: «... pretendia-se que é ao Estado que compete assegurar a prestação dos cuidados de saúde, sem prejuízo, porém, do exercício livre da Medicina. Essa opção correspondia a um modelo de sociedade socializante e humanista, consagrava o princípio da solidariedade, apondo-se ao modelo liberal segundo o qual o Estado se deve alhear, praticamente, da prestação dos cuidados de saúde»⁵.

Em 15 de Setembro de 1979, no último governo que fecha o ciclo intercalar de governos presidenciais, é publicada a lei n.º 56/79 do Serviço Nacional de Saúde, aproveitando condições políticas favoráveis à sua implantação.

Esta lei apresenta-se sob a forma jurídica de uma lei de bases. Nela apenas se definem as bases gerais do regime jurídico do SNS, carecendo de posterior desenvolvimento legislativo. Logo no 1.º artigo consigna que o seu objectivo é assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. São garantidas a universalidade, a generalidade e a gratuidade, mas o artigo 7 não deixa de considerar que a gratuidade se faz «sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações». No artigo 2.º é apresentada a sua constituição «por uma rede de órgãos e serviços previstos neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população». Prevê também a articulação com o sector privado, mas na sujeição à disciplina e controlo do Estado. É contemplada a possibilidade de estabelecer convénios

com instituições privadas, no domínio da hospitalização e dos meios de diagnóstico, quando os serviços oficiais não conseguirem responder à procura.

Com a realização de eleições, abre-se um novo período na vida política portuguesa. De 1980 a 1983 sucedem-se governos com um perfil político-partidário bem definido. São os governos da Aliança Democrática, reforçando a tendência, já esboçada anteriormente, de aproximação da sociedade portuguesa às sociais democracias europeias.

Os objectivos da política económica destes governos são a estabilização e a modernização da economia. Mas o impacto do segundo choque petrolífero agrava a situação da economia internacional e acentua os factores da crise económica interna, como se pode verificar pelo Quadro 1. Se os indicadores macroeconómicos apresentam sinais de melhoria em 1980, deve-se fundamentalmente ao facto de coincidir com o período eleitoral e a promessa do início de uma nova etapa da evolução social, assente na introdução de novas modalidades de intervenção económica, no reforço do papel da iniciativa privada e na racionalização da gestão do sector público.

Já é possível, neste momento, caracterizar a situação estrutural da economia portuguesa. Começando pelos agentes económicos, podemos dizer que as fracções sociais empresariais apresentam uma composição diferenciada, desde amplas camadas de iniciativa económica atávica, face à insegurança das rápidas mudanças políticas ocorridas e competindo no mercado através de uma política salarial de «achatamento dos salários», até aos pequenos grupos de empresários, com concepções modernas de investimento económico. Relativamente às camadas sociais operárias, já destituídas de experiência reivindicativa salarial e de controlo empresarial que tinha caracterizado as suas primeiras formas de acção, estão fragmentadas por vínculos diferentes formas de produção diferentes. Ao longo da década de 80, a iniciativa empresarial privada, com maior confiança na situação política, vai abrir-se mais ao investimento enquanto as classes trabalhadoras vão ser submetidas a novas formas de submissão, como é o caso do desenvolvimento do fenómeno dos «salários em atraso» e dos «despedimentos». A situação de degradação da relação salarial vai estar na base do fenómeno das «economias subterrâneas».

A industrialização em Portugal é mais densa nos sectores tradicionais, tendo vindo a perder progressivamente competitividade no mercado mundial, por factores internos e externos, que já foram enumerados. O empolamento do sector empresarial do Estado, pela política das nacionalizações, forneceu a este sector modernidade mas simultaneamente dimensão, bloqueando-o pela inexperiência em gestão pública (a formação de gestores públicos em Portugal é recente) e pelas políticas restritivas, que num sector que acarreta tantos encargos, produz efeitos contraditórios de gestão.

A referência feita ao fenómeno das «economias subterrâneas» tem muito interesse para analisar uma situação peculiar, representativa da plasticidade dos movimentos económicos dos portugueses. Trata-se daquilo

que alguns analistas designam por «desdencidência entre a produção capitalista e reprodução social»⁶ e que assume a forma de um paradoxo. Enquanto ao nível económico, os indicadores macroeconómicos nos desenhavam uma situação de crise, ao nível das relações sociais concretas assiste-se ao adiamento constante de manifestações de desgaste social acentuado, mantendo-se em geral uma relativa moderação e normalidade nas práticas de reprodução da vida quotidiana. Os consumos individuais e colectivos vão-se mantendo a níveis superiores daqueles que era possível esperar.

Só recentemente a consciência pública tem vindo a integrar a importância deste fenómeno, especialmente a partir dos últimos anos da década de 70, embora o seu desenvolvimento tenha encontrado no 25 de Abril condições propiciatórias. Estas actividades registam-se com mais intensidade nas comunidades rurais do litoral português. Estão mais inseridas no mercado e sofrem mais o impacto dos processos de industrialização e urbanização. Praticam-se nestas comunidades a pequena agricultura familiar, criando rendimentos complementares ao salário industrial, chegando a ser rendimentos no caso de desemprego ou de salários em atraso. Estas famílias combinam assim o assalariamento industrial e a actividade agrícola autónoma, obtendo maiores níveis de rendimento para o consumo. Também o sistema de Estado de Bem-Estar praticou políticas reprodutivas, com o alargamento da segurança social e a maior oferta de serviços de saúde, mas que não dispensaram estratégias familiares de angariação de rendimentos na satisfação da necessidade de eventual procura dos serviços de saúde. Acresce, por outro lado, o peso dos juros dos depósitos e o peso das remessas dos emigrantes na formação de rendimento disponível aos consumos. Foi possível assim combater as tendências recessivas da economia interna oficial.

Foi a partir da década de 80 que as medidas de política de saúde se tornaram mais gravosas para os portugueses, não só pelas interferências inconstitucionais praticadas em 1982 contra o SNS, como pela política de racionalização desenvolvida nos gastos públicos em saúde a partir de 1981, anunciando-se já em 1980, no preâmbulo a uma resolução de gabinete do primeiro-ministro que: «Uma política social coerente (...) tem de ser definida com ponderada consideração de um conjunto de variáveis entre as quais assumem especial relevância as de natureza económico-financeira.» (...) «É chegado o tempo de colocar os sistemas oficiais de segurança social e protecção à saúde ao serviço das necessidades do povo português, libertando-as da carga ideológica».

O ano de 1980, também no campo da saúde é um ano favorável nas dotações públicas orçamentais. É neste ano que o orçamento suplementar para a saúde é o menor de todo o período (vide gráfico 3). No entanto observa-se um facto novo: as transferências de dinheiro do sector público para o sector privado começam a crescer. Realmente, em 9 de Junho de 1980, é publicado um despacho da Secretaria de Estado da Saúde que dá autorização para a celebração de convenções entre os Serviços Médico-

-Sociais e a Ordem dos Médicos. Dá-se início à chamada «medicina convencional». É curioso verificar que apesar de já ter sido publicada a lei do SNS, a secretaria de Estado não reconhece esta estrutura orgânica como sistema geral de prestação de cuidados de saúde, mostrando a recusa por parte das forças políticas no poder de darem execução àquele serviço.

O aparecimento deste tipo de combinação entre o sector público e o sector privado não é um fenómeno especificamente nosso. Aconteceu também com outros países do sul da Europa, que criaram serviços nacionais de saúde na década de 70. A sua implantação tornou-se mais difícil pelos efeitos depressivos produzidos pelos choques petrolíferos neste período⁷.

Os fluxos orçamentais resultantes da convenção com o sector privado dirigem-se para o pagamento de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e consultas privadas, cobrindo sectores limitados de cuidados médicos e grupos restritos de prestatários. Outro factor de agravamento das despesas em saúde é a concessão de importantes indemnizações às «Misericórdias», pelas nacionalizações dos hospitais que lhes pertenciam. Esta medida exprime a veemência deste regime na reparação de políticas do passado, conotados a uma excessiva carga ideológica estaticamente.

Em finais de 1981 o Governo decreta a introdução de taxas moderadoras. Começam a funcionar em Fevereiro de 1982. A comparticipação do SNS é reduzida de 75% para 50% e de 60% para 40% respectivamente em medicamentos nacionais e estrangeiros. Os utentes das consultas dos postos dos SMS começam a pagar uma pequena quantia por consulta e as taxas moderadoras alargam-se a outras prestações de serviços: hospitalizações, urgências e consultas hospitalares. Também se aplicam a cada meio auxiliar de diagnóstico prescrito, especialmente análises e radiografias, vindo mais tarde a ser progressivamente aplicadas a meios complementares de diagnóstico mais sofisticados. O utente passa a pagar uma taxa por cada medicamento prescrito.

Os protestos de vários sectores de opinião da saúde levantam-se relativamente às taxas. Aquela que mais discordância levanta é a taxa por medicamento prescrito. O governo justifica esta taxa pelo facto de em 1981 ter gasto 14 dos 50 milhões de contos do orçamento global da saúde, no pagamento de facturas de medicamentos, desviando recursos de áreas prioritárias de investimento em saúde. Tanto a Ordem dos Médicos, como o Sindicato, como os sectores da Oposição política criticam, por razões diferentes, a aplicação das taxas em geral e particularmente a taxa sobre medicamento prescrito. Nuns casos denunciam a filosofia liberal do Governo, por transferir para o sector privado certas actividades de saúde, tornando mais difícil a aplicação da lei do SNS. Noutros casos, denunciam a implicação das barreiras/preço na combinação do sector público/sector privado estabelecida. Significativamente, a Ordem dos Médicos coloca-se em oposição a um Governo que inscreve no seu programa os princípios da medicina liberal. De facto, neste momento, o Governo está sob o fogo cruzado da Oposição e da Ordem dos Médicos.

No fundo, coexistem três projectos de política de saúde: a lei do SNS, ainda neste momento sem plena execução; um projecto governamental de serviço nacional de saúde que substituiria a lei anterior, defendendo uma «forma mista» para o sistema de saúde português; o projecto de sistema nacional de saúde da Ordem dos Médicos, baseado na chamada «medicina convencionada». Este último projecto pretende apresentar uma forma de medicina convencionada que não coincide com o que estava a ser já praticado, sob a mesma designação. A Ordem defende um sistema onde a medicina seria praticada livremente pelos médicos nos seus consultórios e clínicas privadas, devendo o Estado pagar cada acto médico segundo uma tabela a negociar anualmente entre o governo e a Ordem. Os SMS desapareceriam e o doente teria sempre a possibilidade de escolher o seu médico. Este projecto não encontra ressonância no Governo, apesar de ideologicamente alinhado com os seus interesses. Era incomportável do ponto de vista financeiro, ultrapassando largamente os recursos de Estado.

A lei do SNS continua por regulamentar, levantando vozes de protesto da Oposição e do Sindicato dos Médicos. Ao longo de 1982 o Governo pratica medidas de política de saúde assentes no desenvolvimento de convenções como sector privado e na racionalização das despesas através de taxas moderadoras.

A filosofia política do neo-liberalismo que domina os sistemas governativos da AD, destrói o já frágil aparelho institucional do Estado de Bem-Estar e pretende privatizar progressivamente os sectores de protecção social. Exemplo significativo desta orientação política é o Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho que «cria» as Administrações Regionais de Saúde, com o argumento, apresentado no preâmbulo, de que as AD não conseguiam cumprir as funções de que tinham sido incumbidas. As Administrações Regionais de Saúde são consideradas os órgãos regionais do SNS e os Centros de Saúde são integrados com os postos dos SMS numa unidade única, constituindo os Centros de Saúde Integrados e funcionando como órgãos locais do SNS. Mas o artigo 17 deste decreto revoga 47 artigos da lei do SNS, que dizem respeito à organização, funcionamento, estatuto do pessoal, financiamento e articulação com o sector privado, ou seja, revoga a maior parte da lei. É o golpe final numa lei que se tornava cada vez mais incómoda.

Em 25 de Outubro de 1982, o Presidente da República pede a apreciação e declaração de inconstitucionalidade do artigo 17 deste decreto. Em 1984, o Tribunal Constitucional publica o acordão de declaração de inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, por contender com a garantia do direito à saúde. Também neste ano, este Tribunal publica o acordão de declaração de inconstitucionalidade da taxa moderadora por medicamento. Repõe-se, assim, a integridade jurídica do SNS. Mas só o nominalismo jurídico permite dizer que há um SNS em Portugal. Existe assim um conjunto de subsistemas administrativos que têm a seu cargo a gestão dos vários regimes de saúde. Parece ter razão de ser, para o caso de

Portugal, a distinção feita por Juan Carlos Veronell entre Serviço Nacional de Saúde e Sistema Nacional de Serviços de Saúde⁸. Distingue-os por o primeiro ser um sistema integrado organicamente, enquanto o segundo é uma organização que admite diferentes graus de integração orgânica.

A constituição de um novo Governo em 1983, assenta numa nova coligação designada por «bloco central» e que reunia socialistas e sociais-democratas, não altera substancialmente a situação da saúde em Portugal. Aliás, a ausência de medidas estruturais no sector da saúde resulta da alternância de blocos partidários no poder, com filosofias políticas diferentes e que face a conjunturas económicas diversas, apresentam projectos com custos sociais mais ou menos acentuados conforme as políticas redistributivas praticadas.

Um estudo publicado pela OCDE para Portugal, em 1984, estima em 31 % as contribuições das famílias para o total de gastos com a saúde, quer por serviços públicos quer por actos prestados pelo sector privado. Desde 1982, o crescimento do sector privado, prestador de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tem sido enorme. De tal forma que, agora, colocam-se problemas de eficiência na procura da melhor combinação do sector público com o sector privado, de forma a controlar o crescimento deste sector. Mas ele desenvolve-se constantemente, na área de utilização de novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica onde o sector público não investe praticamente nada. As razões para esta deficiência estrutural não estão só na falta de recursos nem na falta de planeamento do sector. A dinâmica social nas estruturas públicas de saúde é atravessada pelo peso histórico do conservadorismo burocrático, renitente à perspectiva de mudança. Assim, a crescente intervenção do sector privado da saúde conjugado com a débil regulação do Estado na condução global do sistema, origina efeitos económicos perversos, cada vez mais difíceis de controlar, persistindo a ambiguidade na articulação sector público/sector privado.

O Governo saído das últimas eleições legislativas organiza-se na possibilidade de, também no sector de saúde, aplicar a fórmula tecnocrática da eficiência, associada a uma dimensão moralizadora dos actos públicos de prestação de cuidados de saúde. Utilizam-se as taxas moderadoras para a produção de efeitos restritivos na procura dos serviços públicos da saúde, tornando cada vez mais clara a hipótese de servirem fundamentalmente como instrumento político do Estado, na inércia dos processos seguidos anteriormente.

Não há mudanças de campo na filosofia política que orienta a actuação deste Governo. O SNS continua a ser uma herança incómoda, que não podendo ser pura e simplesmente erradicada do quadro constitucional da saúde, é sustentada no discurso político como um facto remanescente de uma fase evolutiva, historicamente necessária, da sociedade portuguesa. Com ou sem SNS, as políticas de saúde a desenvolver deverão colher os resultados dos países mais avançados na planificação deste sector, já na constata-

ção da crise do Estado de Bem-Estar. Também em Portugal, apesar dos meios económicos, financeiros e humanos investidos, existem vastas zonas de ineficiência e de conseqüente inequidade, sendo cada vez mais difíceis as possibilidades de financiamento das despesas em saúde pelo Estado. A escassez de recursos, associada à burocracia, e aos interesses corporativos que ainda dominam o aparelhos da saúde não permitiram ainda uma resposta cabal às necessidades essenciais em saúde, para além de se estar longe de responder às mudanças da estrutura da necessidades, instalando no campo das decisões políticas a tentação da reprivatização dos serviços de saúde.

4. O DUALISMO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Feita a contextualização histórico-política e económica em que foram tomadas as principais medidas legislativas no sector da saúde, após Abril de 1974, far-se-á uma breve caracterização do actual sistema de saúde português e concretizar-se-ão as conseqüências de maior relevo a nível da oferta e procura-utilização dos serviços de saúde.

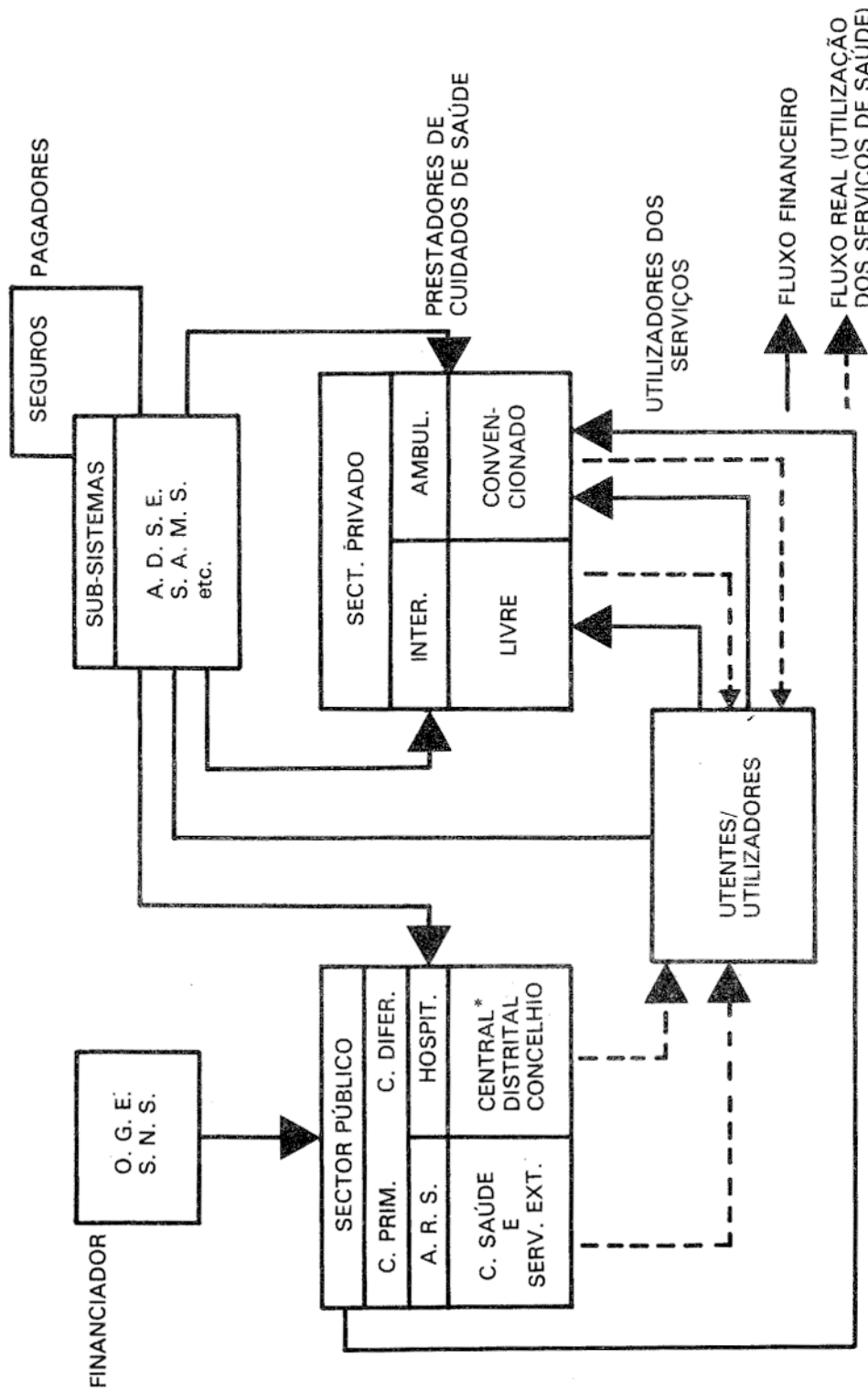
Embora na forma jurídica, o sistema de prestação de cuidados de saúde, seja do tipo S.N.S., a verdade é que a cobertura da população é assegurada basicamente por dois esquemas: através do S.N.S. que abrange cerca de 86% da população⁹ e por vários subsistemas dos quais o mais importante, em termos de população coberta, é o da ADSE. A população abrangida pelo S.N.S. pode utilizar, gratuitamente, os serviços de saúde do Estado e os serviços privados convencionados. Os beneficiários dos diversos subsistemas também podem utilizar gratuitamente os serviços de saúde estatais e de forma total ou parcialmente gratuita, os serviços do sector privado convencionado, de acordo com os protocolos celebrados. Vale no entanto aqui acrescentar que, a gratuidade tem vindo a ser posta em causa por alguns governos, através da aplicação de taxas moderadoras, com êxito relativo. Ao procurar reactivar a aplicação daquelas taxas, o actual Governo, veio, mais uma vez, mostrar como é difícil a conciliação da defesa dos interesses sociais de rendibilização das estruturas de saúde e a preservação mínima do perfil gratuito do nosso sistema.

No sector da saúde é possível distinguir três grandes dimensões de intervenção: a primeira assegura o financiamento/pagamento dos cuidados de saúde prestados; a segunda refere-se aos prestadores de cuidados de saúde, constituindo uma e outras as dimensões activas de intervenção; finalmente, a terceira constituída pelos utentes dos serviços, representa a dimensão passiva do sistema.

Em esquema, as relações que se estabelecem entre as várias dimensões, apresentam-se, no Gráfico 4.

No esquema anterior torna-se evidente o carácter dualista do sistema de saúde português: dois tipos de «pagadores», dois tipos de prestadores.

GRÁFICO 4



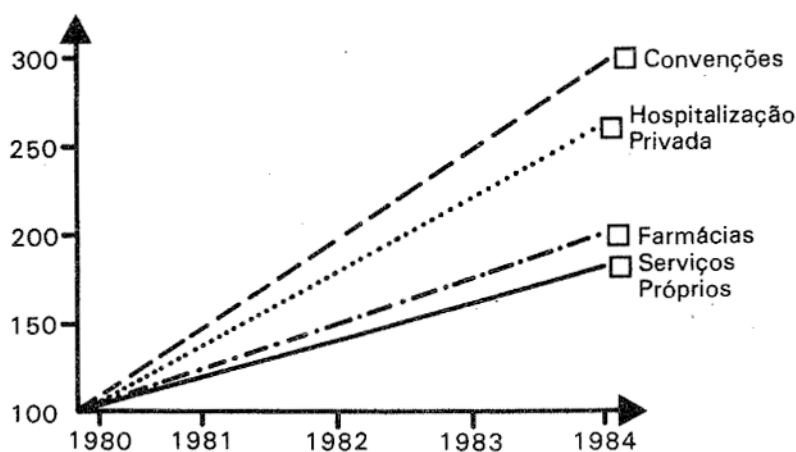
* Recentemente foi publicada uma nova classificação dos hospitais em quatro níveis, I, II, III e IV

Ambos contemplam dois modelos distintos de disponibilização de recursos financeiros e de prestação de cuidados de saúde: um, através do Estado no seu papel de «Estado Bem-Estar»; o outro, numa função supletiva e em muitos casos substitutiva ao Estado, tanto na vertente financeira como na vertente de prestação directa de cuidados.

Convém realçar que, dos fluxos financeiros que se estabelecem, começam a ganhar importância as transferências do sector público, em especial através das A.S.R., para o sector privado convencionado. De facto, a partir de 1980, ano em que, como já foi referido, foram assinadas as primeiras convenções entre os então S.M.S. e a Ordem dos Médicos, as transferências para aquele sector têm crescido aceleradamente (ver Gráfico 5).

GRÁFICO 5

Índice de crescimento de algumas transferências financeiras do S. N. S.



Fonte: D. G. F. S. S., Orçamento e Contas do S. N. S., Julho 1985

As transferências para o sector privado convencionado dizem respeito, em especial, a gastos em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (M.C.D.T.). Esta situação torna-se mais gravosa para determinado tipo de actos, como sejam os de medicina física e de reabilitação (M.F.R.) e as sessões de hemodiálise, exigindo a reflexão e a tomada de medidas racionalizadoras destes consumos. Neste sentido, o actual Governo, relativamente aos tratamentos de medicina física e de reabilitação, criou uma série de barreiras burocráticas no acesso a estes actos médicos. Não sendo propriamente uma medida racionalizadora, subscreveu um sistema de eficácia assente na dificuldade de utilização.

5. A IMPORTÂNCIA DO SECTOR PRIVADO: UM APONTAMENTO SOBRE OS M.C.D.T.

No que concerne a equipamentos, Portugal não está demasiado carenciado. O que acontece, é que, a maioria está subutilizado ou nem sequer utilizado, por falta de pessoal. A consequência deste estado de coisas, tem sido um aumento da procura no sector privado. Assim, entre 1980 e 1984, os gastos do S.N.S. relativos ao pagamento de exames complementares de diagnóstico e terapêutica duplicaram o peso relativo nos gastos totais. Representavam em 1980 5,3% deste e em 1984 atingiram já 10%¹⁰.

Considerando alguns exames de maior peso financeiro e observando o quadro seguinte é fácil avaliar a importância que o sector privado vem assumindo nesta área.

QUADRO 3

Actos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no sector privado (% do total)

ANOS TIPO DE ACTOS	1980	1982	1985
Análises	65,0	66,2	68,3
Exames Radiológicos	50,4	56,5	56,1
Tratamentos M. F. Reabilit.	78,4	84,1	88,1
Sessões Hemodiálise	a)	72,9	82,0

a) Não existem dados.

Fonte: Campos, A. Correia, *et al*, vide nota⁽¹⁰⁾.

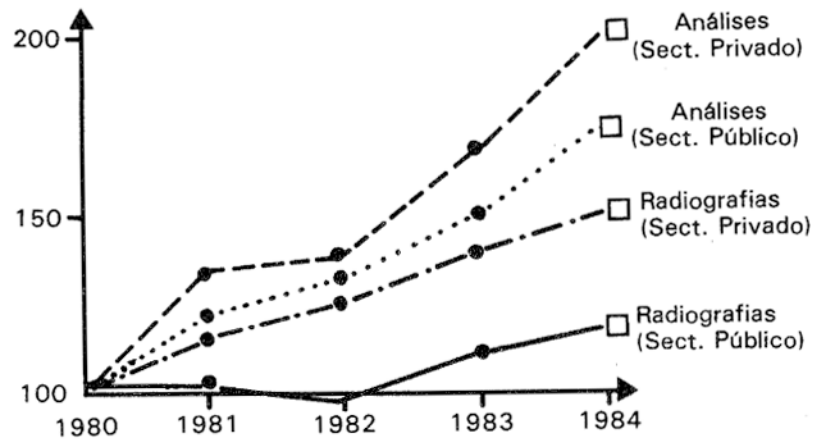
Em qualquer dos tipos dos exames referidos, a combinação sector público/sector privado tem sofrido um desequilíbrio a favor deste último, como incidência nos tratamentos do M.F.R. e nas sessões de hemodiálise (S.H.).

A observação dos gráficos 6 e 7, permite verificar que os índices de crescimento dos quatro tipos de actos complementares de diagnóstico e terapêutica apresentados, são sempre mais elevados no sector privado que no público e tendem a afastar-se.

É no domínio das sessões de hemodiálise que o conhecimento do sector privado se torna mais preocupante. Desde o início da década de 80 tem surgido em Portugal um número elevado de centros de tratamento pertencentes a multinacionais, com os quais o sector público dificilmente competirá¹¹, a não ser que se reconverta e/ou aumente a sua produtivida-

GRÁFICO 6

Índice de crescimento do número de análises e exames radiológicos (1980 = 100)



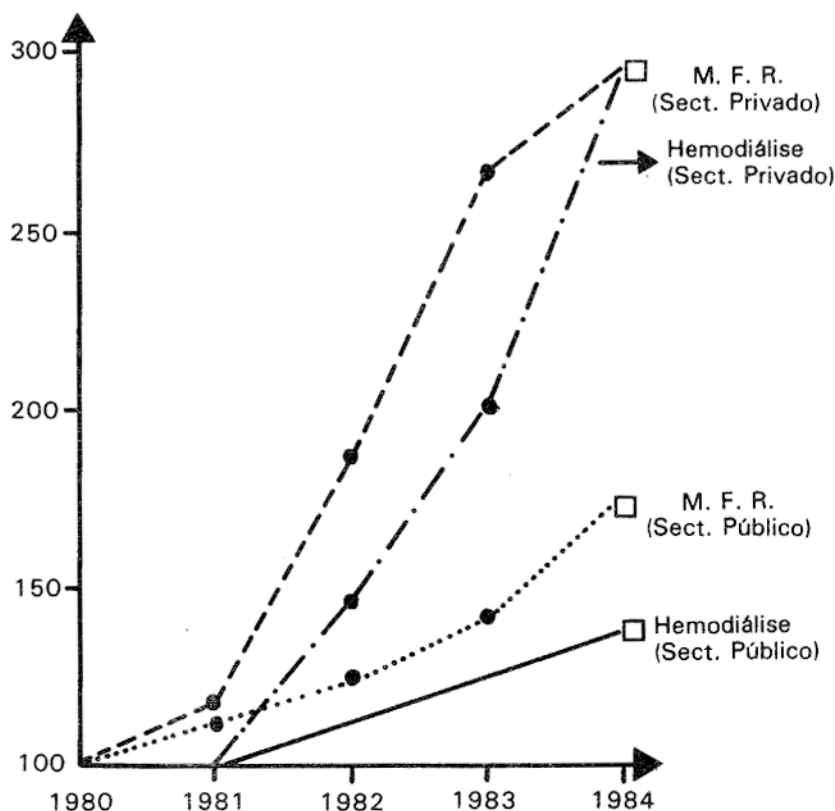
Fonte: Campos, A. Correia *et al.* vide nota (10)

de. Aliás, uma vez que os subsistemas e o Estado, através do S.N.S., garantem o pagamento integral de cada sessão; uma vez que existe marasmo quase total no sector público, onde o investimento em novo equipamento não é elevado e uma vez que o número de insuficientes renais, tem vindo a aumentar, progressivamente, o sector torna-se aliciante para o investimento privado, tanto mais que o risco é reduzido¹².

O aumento da procura junto do sector privado é, em primeiro lugar, o reflexo da incapacidade do sector estatal para responder às solicitações da população. Estas solicitações têm exercido uma pressão crescente sobre os serviços de saúde públicos, o que parece estar associado a factores como: a acessibilidade gratuita; maior consciencialização do direito à saúde; transferência para o sector público, da procura anteriormente dirigida ao sector privado por alguns grupos sociais afectados pela crise económica. Como resultado tem ocorrido uma autêntica «sangria» financeira, do sector público para o privado, à qual os governos apenas conseguiram responder, criando barreiras/preço junto dos utentes.

GRÁFICO 7

Índice de crescimento do número de tratamentos de M. F. R. e sessões de hemodiálise (1980 = 100)



Fonte: Campos, A. Correia, *et al*, vide nota (10)

6. EFEITO DAS TAXAS MODERADORAS

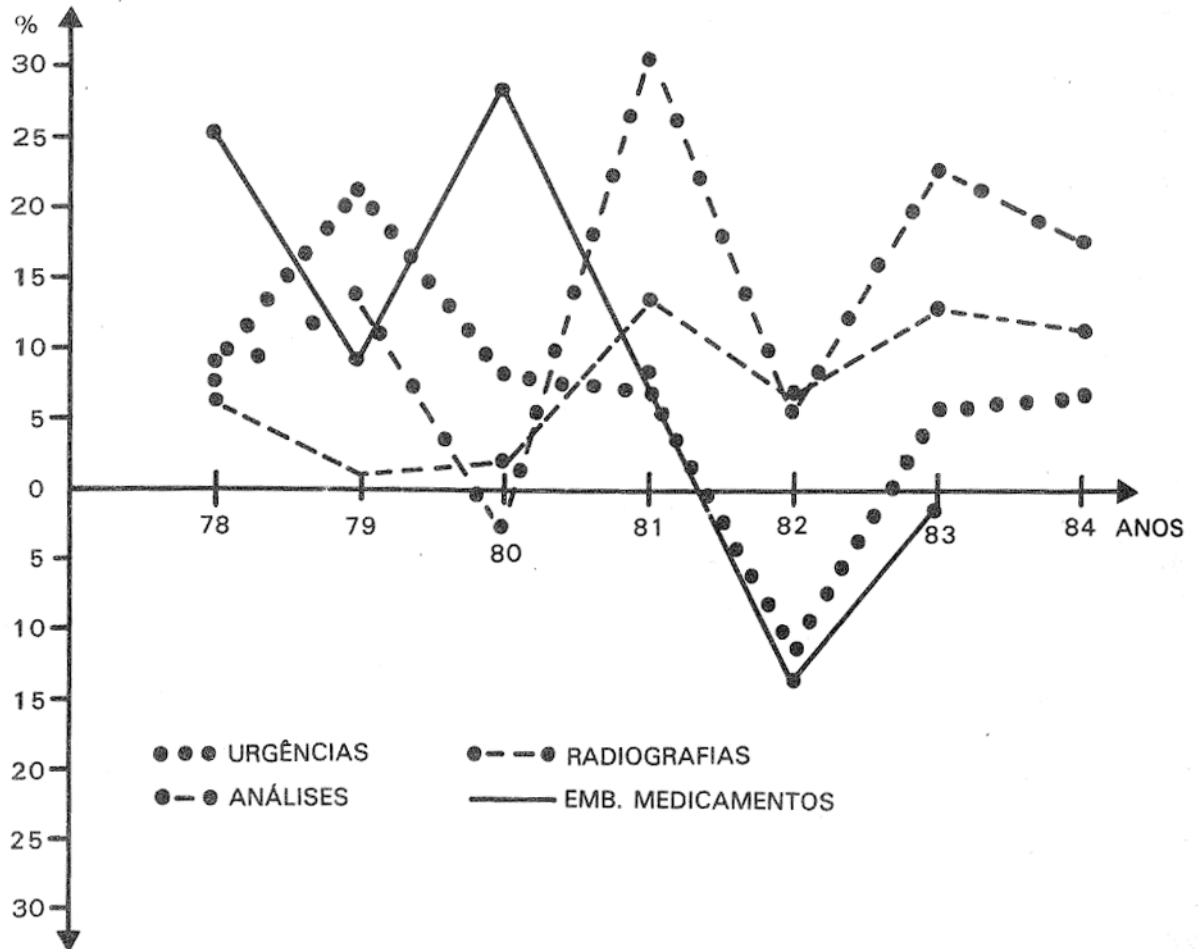
A aplicação das taxas moderadoras, como mecanismo racionalizador da procura, teve consequências bem diferentes nas várias áreas de prestação de cuidados de saúde. Tal facto, é evidenciado no Gráfico 8.

Em 1982, as urgências sofrem uma redução de 10,9% relativamente ao ano anterior, para, em 1983, retomarem a tendência crescente anteriormente verificada. Aquela redução parece estar associada à aplicação das taxas moderadoras, pois tendo em conta que só 6 a 8% das urgências dão origem a internamento, presume-se que muitas das falsas urgências terão sido contidas pela aplicação daquelas taxas.

A evolução do número de consultas é bastante irregular. Contudo, os decréscimos mais acentuados verificam-se em 1982, restando dúvidas, no

GRÁFICO 8

Varição anual das urgências das análises e exames radiológicos (sector público) e das embalagens de medicamentos vendidos



Fonte dos dados: Patrão, Luciano, A procura utilização de cuidados de saúde, aspectos da evolução recente, III Jornadas de Saúde, Aveiro, Setembro 1984.

entanto, sobre se são verdadeiramente sintomáticos da aplicação daquelas taxas.

Relativamente ao consumo de medicamentos, parece ter diminuído bastante em 1982, se se tomar como referência o número de embalagens de medicamentos vendidos naquele ano.

A situação é diferente no que se refere aos actos complementares de diagnóstico e terapêutica. Estes continuaram a crescer, ainda que de forma menos acentuada que nos anos anteriores. Considerando o número de análises e exames radiológicos prescritos por consulta, nos S.M.S., os aumen-

tos de 1981 para 1982, foram de 10% a 25% respectivamente¹³. Tendo em conta que o número de consultas diminuiu efectivamente, pode inferir-se que a densidade de exames complementares prescritos por consulta foi superior à do ano anterior (1981).

Isto sucedeu apesar das condições políticas serem favoráveis à execução de medidas restritivas do consumo daqueles meios, os agentes sociais com mais poder no sector da saúde conseguem inverter o sentido racionalizador das mesmas. Segundo alguns autores, tal facto terá resultado, em parte, do aumento do número de médicos jovens nos últimos anos, que pela sua menor experiência, tenderão a prescrever mais exames complementares de diagnóstico. Por outro lado, o próprio avanço da tecnologia médica exige exames cada vez mais sofisticados, mas aqui é evidente o efeito indutor da oferta sobre a procura.

7. OS RECURSOS NO SECTOR DA SAÚDE

7.1 O parque hospitalar

Os estabelecimentos públicos de saúde constituem um sistema organicamente integrado, tendo na base da cadeia hierárquica os centros de saúde e outras unidades prestadoras de cuidados de saúde primários (SLAT, etc.). Em 1985, este conjunto era constituído por 2479 estabelecimentos¹⁴. Ao nível das unidades diferenciadas existiam alguns hospitais concelhios cujas camas representavam cerca de 13% do total dos recursos nesta área¹⁵. Destinavam-se a cuidados intermédios entre os primários e os diferenciados. Na escala hierárquica, imediatamente acima, situam-se os hospitais distritais que representavam, 29% da oferta total de camas. Finalmente, no topo da hierarquia apresentada, colocam-se os hospitais centrais, gerais e especializados, aos quais cabe 41% das camas disponíveis naquele ano. As restantes pertencem a entidades privadas.

De notar que em 1985 dos 217 hospitais 82 eram privados absorvendo 17% das camas existentes. A posição favorável dos hospitais centrais na oferta de camas é de certo modo aparente, pois, uma boa parte delas não consegue corresponder à satisfação das necessidades de tratamento e conforto dos doentes, com todas as consequências objectivas e subjectivas daí decorrentes.

A análise global no parque hospitalar português mostra que este é relativamente diminuto em relação aos padrões europeus. No período em estudo, sofreu até algumas reduções. O número de camas era de 6/1000 Hab. em 1970¹⁶, desceu para 4,64/1000 Hab. em 1981 e em 1984 era de 3,1/1000 Hab.¹⁷. Nos países da CEE, os valores situam-se entre um mínimo de 5,2/1000 Hab. na Bélgica e um máximo de 9,9/1000 Hab. na R.F.A.¹⁸.

A partir de 1981 houve uma redução global de 612 camas, mas só nos hospitais centrais situados em Lisboa a redução foi de um milhar. No entanto, também neste período foram tratados 80 000 doentes, o que foi con-

seguido através de um tratamento mais intensivo e de um maior controlo da demora média de internamento. Tal facto evitou globalmente investimentos indispensáveis¹⁹. Entretanto existem camas de melhor qualidade nos hospitais distritais recentemente abertos. Contudo, aqueles ainda não estão totalmente disponíveis à população, pois alguns serviços destes hospitais continuam encerrados, pela falta de recursos humanos, nomeadamente de anestesistas e de profissionais de enfermagem.

7.2 Profissionais de saúde

Em matéria de recursos humanos não existem, globalmente, grandes carências. Quanto aos profissionais de medicina, houve ao longo deste período um aumento substancial. Em 1984, o número de habitantes por médico era de 405, metade do que se verificava em 1975 (845 Hab./Med.)²⁰. Aquele *ratio* não deixa de se enquadrar nos padrões europeus embora a distribuição regional e por especialidade seja bastante distorcida.

A percentagem de médicos especialistas tem vindo a diminuir: em 1975, 44,7% dos médicos tinham uma especialidade, em 1980 essa percentagem reduziu-se para 31,9%²¹ e em 1985 mantém-se nos 31,4%²². Existem carências acentuadas em certas especialidades, tais como: estomatologia, oftalmologia, radiologia e anatomopatologia. A título de exemplo, enquanto em 1984 existiam 9518 Hab./Dent., nos países europeus mais desfavorecidos, aquele indicador rondava os 4000 Hab./Dent.²³.

A diminuição dos especialistas repercute-se no funcionamento dos serviços de saúde. Houve uma redução acentuada nas consultas de especialidade nos Centros de Saúde: em 1976 representavam 32,6% do total das consultas realizadas e em 1984 só 13,3%. Esta situação associa-se a uma política de transferência daquele tipo de consultas para os hospitais distritais e centrais, o que tem originado, nos últimos anos, maior afluxo de indivíduos às consultas externas dos hospitais. Dado que estas não têm capacidade de resposta, a consequência tem sido o congestionamento dos serviços de urgência, em especial nos hospitais centrais.

Além das carências em valores absolutos, é de salientar a elevada concentração dos médicos especialistas: em 1985, 82% residiam nos três distritos mais desenvolvidos do país, Lisboa, Porto e Coimbra, cuja população representava 44% do total do continente.

Relativamente ao pessoal de enfermagem, no final da década de 70 e início de 80 assiste-se a uma melhoria da cobertura da população por estes profissionais. O índice Hab./Enf. era de 490, em 1981, enquanto que em 1970 era de 945 Hab./Enf. Actualmente o *ratio* Hab./Enf. situa-se ao nível aconselhável pela OMS, mas apenas cerca de 1/3 trabalha nos serviços prestadores de cuidados primários. Tal situação é paradoxal, se se considerar que é nestes serviços que se pode desenvolver uma real intervenção de saúde pública.

Apesar de uma situação aceitável a nível nacional, assiste-se também a uma elevada concentração nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra. Mas, contrariamente ao que se vem passando com o pessoal médico, aquela tem vindo a acentuar-se: passa de 76,9% em 1970, para 59% em 1984, embora estes dados respeitem apenas aos profissionais que trabalham em estabelecimentos de saúde.

8. ASSIMETRIAS REGIONAIS

8.1 Oferta de recursos

As assimetrias regionais na oferta de recursos humanos, mesmo quando as barreiras-preço não existem, denunciam a persistência do problema da acessibilidade dos indivíduos aos serviços de saúde, apesar das vontades políticas expressas de desconcentração dos recursos. As medidas tomadas no sector da saúde pelos sucessivos governos, não conseguiram eliminar as fortes assimetrias de ordem regional, para já não falar nas de ordem social. A observação do Gráfico 9, permite concluir que elas são acentuadas no campo da oferta de recursos.

De facto, a amplitude do intervalo de variação do *ratio* Hab./Med. é extremamente elevada. De um valor mínimo de 166 Hab./Med. em Coimbra, passa-se a um valor máximo de 1486 Hab./Med. no distrito de Vila Real. Aliás, só os distritos de Lisboa, Porto e Coimbra não ultrapassam a média do continente (405 Hab./Med.). Basta pensar que estes distritos se situam na faixa litoral norte/centro do país, a mais industrializada, a mais urbanizada, com maior cobertura de meios de comunicação, com mais escolas, mais universidades, com maior volume de equipamentos culturais e com mais infraestruturas de apoio às camadas mais desfavorecidas, para encontrar alguma explicação para este fenómeno. Se se quiser utilizar o I.P.C.R. (Índice de Poder de Compra Regional), como o indicador mais sensível das diferenças regionais, verifica-se que são ainda aqueles três distritos que absorvem 58,5% do poder de compra gerado no país²⁴.

Esta posição privilegiada realça-se, considerando outros indicadores como: Hab./Dent., Hab./Enf. e Hab./Tec. C.D.T.. Relativamente ao primeiro, apenas Lisboa e Coimbra apresentavam um *ratio* aceitável em termos internacionais (3000 Hab./Dent.). No que respeita ao segundo, estes três distritos apresentam os melhores valores: 215 Hab./Enf. 245 Hab./Enf. e 386 Hab./Enf. Finalmente, o terceiro indicador também apresenta os valores mais favoráveis, trabalhando nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra 67% dos técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica²⁵. A tendência macrocefalista destes distritos reforça-se ainda, ao nível da concentração de recursos humanos, pelo facto de todos os hospitais centrais que exigem mais pessoal, se localizarem nos mesmos distritos.

Já quanto ao número de Hab./Cama, as assimetrias regionais tomam um perfil diferente (Gráfico 10). Os distritos em pior situação, são aqueles

GRÁFICO 9

Indicadores regionais de oferta de recursos (1984)

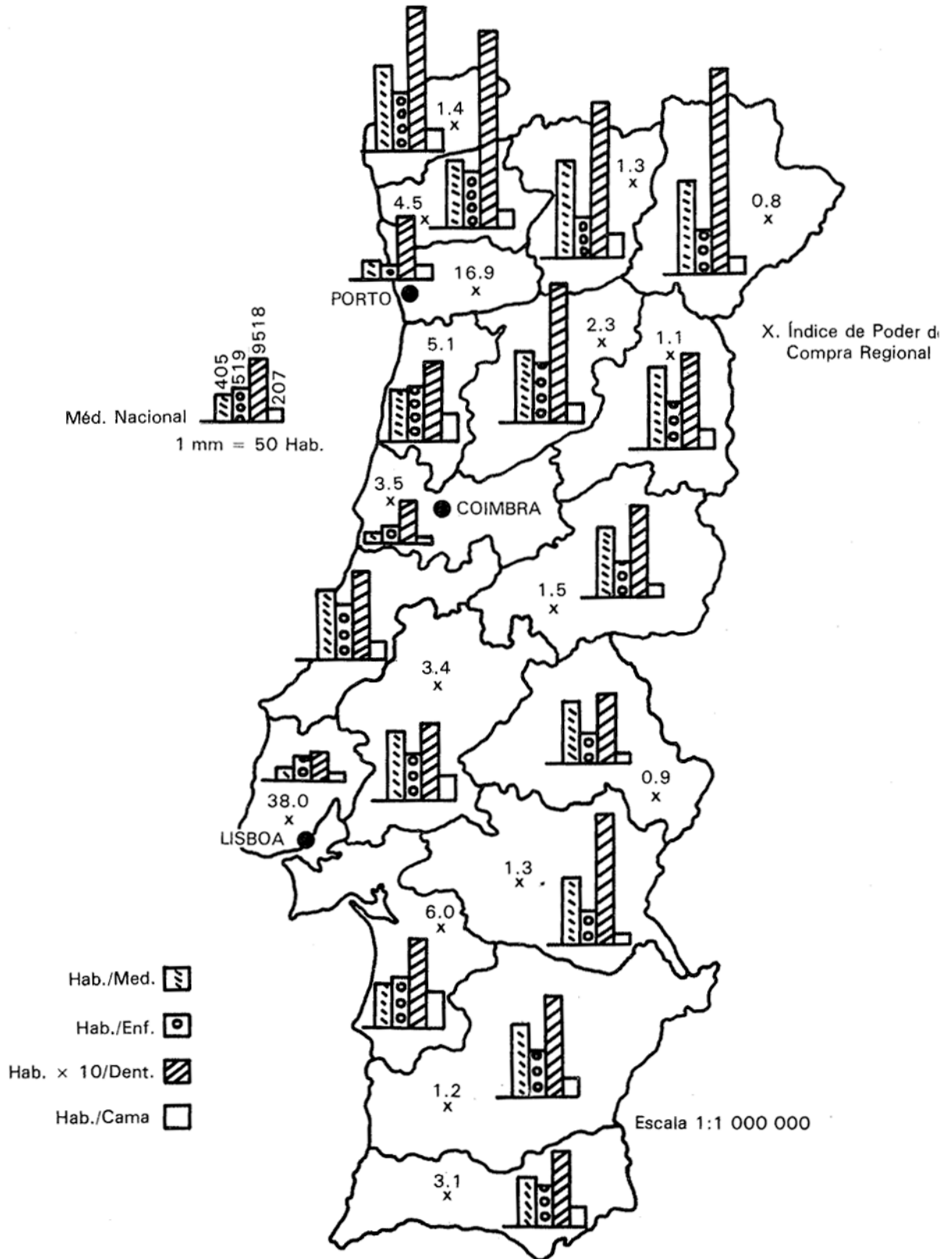
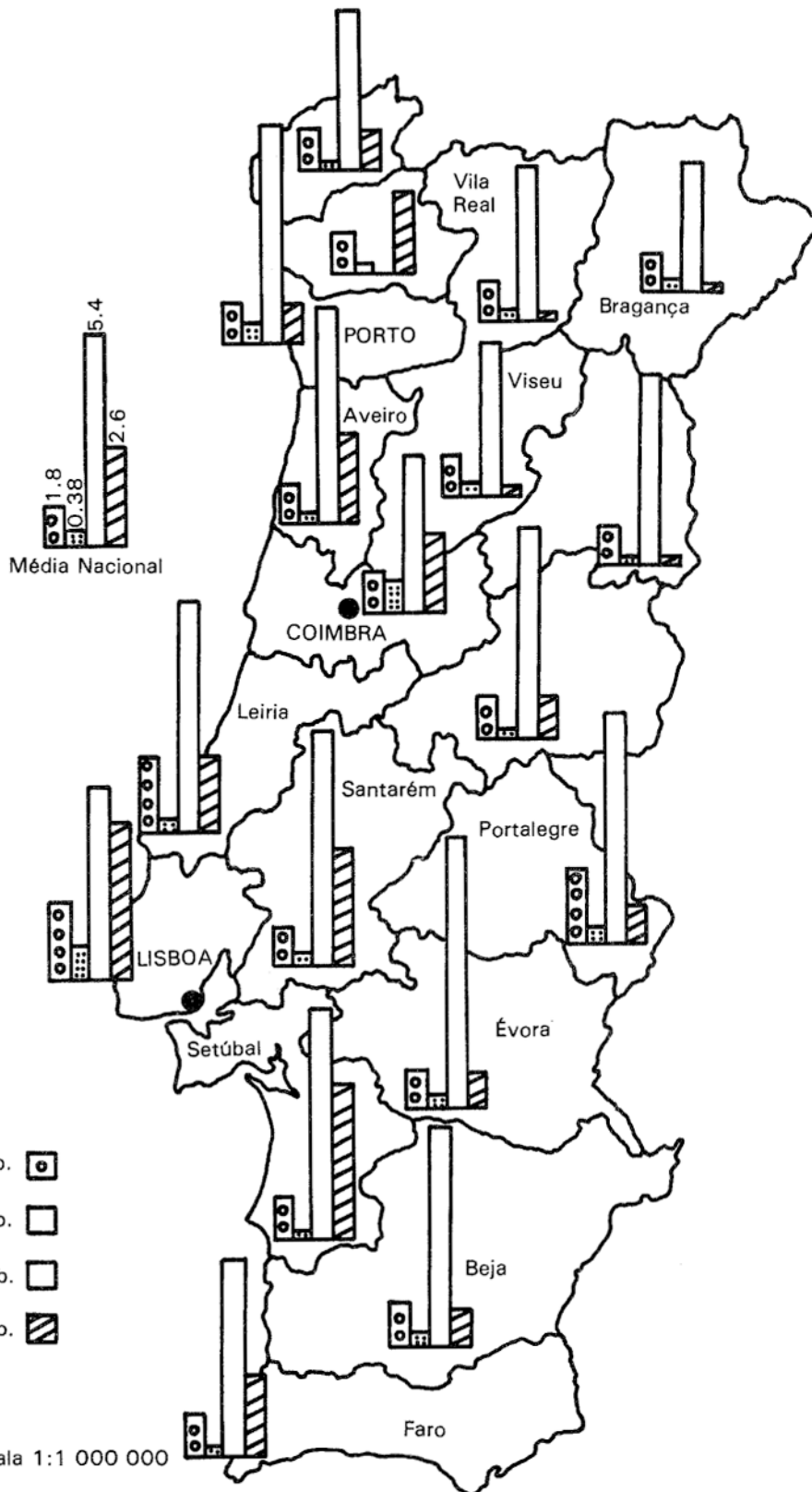


GRÁFICO 10

Indicadores regionais de procura/utilização



que tendo grande densidade populacional, funcionam como satélites das grandes metrópoles (por exemplo Setúbal e Aveiro). Coimbra detém uma posição privilegiada com apenas 81 Hab./Cama, devido à recente abertura de mais 1200 camas no novo Hospital Central.

Só algumas deficiências de planeamento ou concepções altamente centralizadoras podem explicar este reforço de recursos numa zona à partida não carenciada. Em 1981, já havia apenas 83 Hab./Cama, se bem que muitas sem condições de conforto para o doente. Por outro lado, se é certo que, em termos estritamente quantitativos, a população do distrito está bastante favorecida, a verdade é que, esta situação de privilégio é um pouco aparente. Comparando a frequência hospitalar desta zona (114,35) e a frequência hospitalar corrigida (59,42)²⁶, verifica-se uma diferença muito elevada, o que mostra que a probabilidade de um residente conseguir um internamento acaba por não ser muito superior à daqueles que residem em zonas menos bem apetrechadas neste campo. Tal facto, poderá explicar-se ou pela falta de camas nos hospitais distritais das regiões circunvizinhas, ou pela falta de confiança dos utentes na qualidade técnica dos cuidados prestados.

No domínio da oferta de recursos a situação não é de extrema penúria. Apesar da crise económica nacional e internacional ainda foi possível dar concretização aos projectos de construção de novos centros de saúde e de novos hospitais distritais, bastante bem equipados, só que não se tomaram medidas consistentes capazes de fixar os profissionais de saúde nas zonas mais afastadas dos pólos de desenvolvimento do país. Por outro lado, a base das decisões na distribuição dos recursos humanos, sustenta-se numa visão normativista dos comportamentos sociais. É disso imagem a criação do serviço médico à periferia, julgando-se que bastava por si só, para alterar os comportamentos dos agentes que integram no sector da saúde. A distribuição daqueles recursos continuou a processar-se dentro da lógica privada individual, mantendo-se, paradoxalmente, a sua predominância nas zonas mais ricas do país, mesmo tendo sido criado um S.N.S.

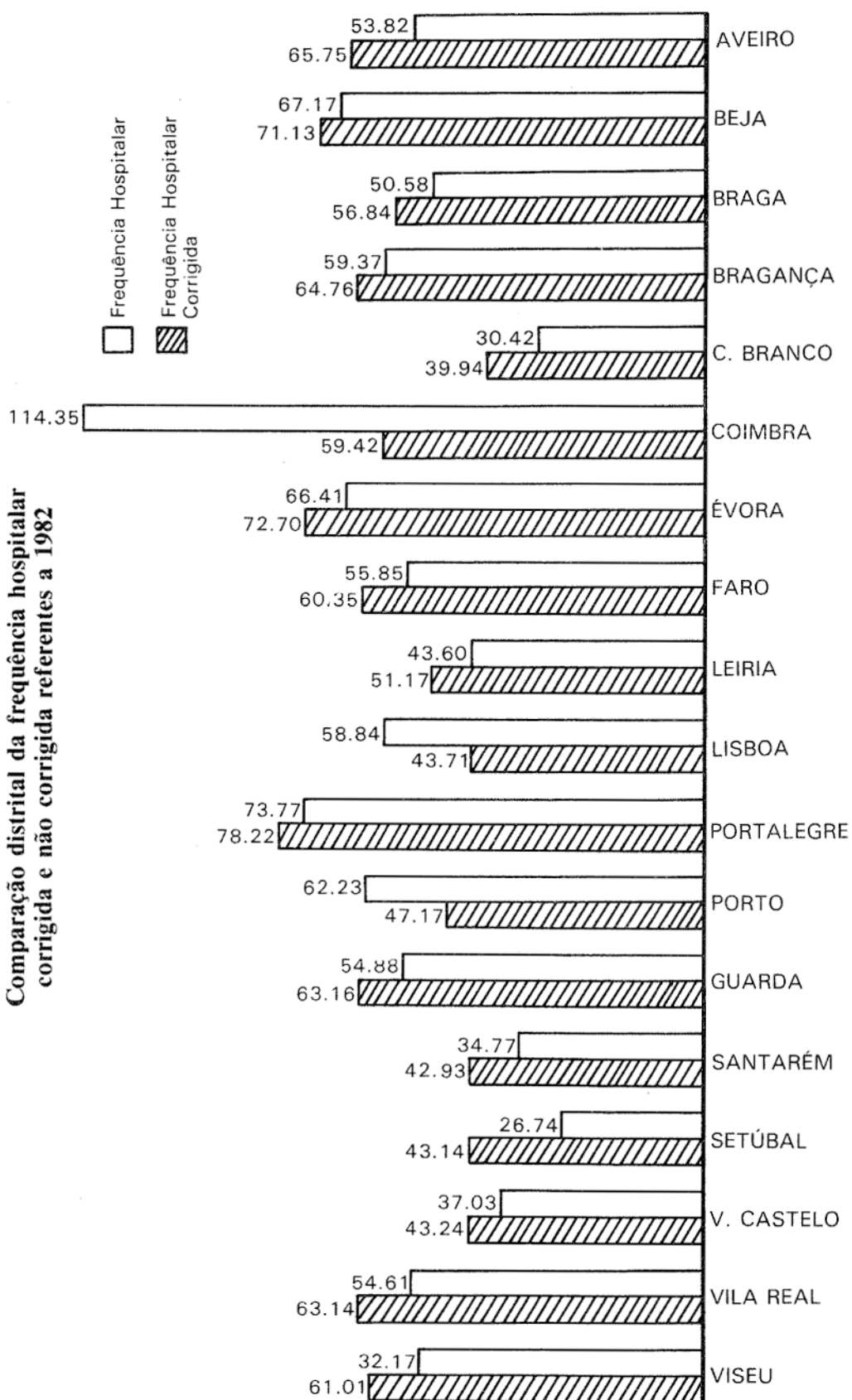
8.2 Procura/utilização

A verdadeira explosão que ocorreu a partir de 1974 na procura-utilização dos serviços de saúde, deu-se essencialmente nas zonas onde as condições económicas e culturais permitiram uma maior consciencialização do direito à saúde.

Regista-se novamente uma maior incidência na faixa litoral norte-centro, exceptuando o consumo *per capita* de medicamentos, onde esta tendência não é tão marcada. De facto, pela observação do Gráfico 10, constata-se que, por um lado, o padrão de consumo de medicamentos é bastante elevado e, por outro, não existem diferenças regionais tão acentuadas como as que se verificam noutras áreas de consumo.

GRÁFICO 11

Comparação distrital da frequência hospitalar corrigida e não corrigida referentes a 1982



Fonte: Pereira João, Campos, A. Correia *et al.*, ver nota (26)

A utilização dos M.D.C.T. apresentam uma distribuição geográfica bastante irregular. Os valores mais baixos verificam-se nas zonas interior norte-centro, sendo a média nacional 4,5 vezes superior ao valor do distrito de Vila Real. Por sua vez, os consumos mais elevados observam-se nos distritos de Lisboa e Setúbal, o que está associado a uma maior capacidade de oferta.

Esta situação não reflecte necessariamente consumos regionais muito desiguais dos M.C.D.T.. Tem sobretudo a ver com níveis assimétricos de oferta, o que obriga as populações do interior a deslocarem-se aos centros urbanos mais desenvolvidos, para realizarem actos complementares de diagnóstico e terapêutica. Vale a pena lembrar que a utilização dos M.C.D.T. e o consumo de medicamentos, são induzidos pela actuação dos médicos, enquanto orientadores dos consumos em saúde.

A tendência já esboçada de concentração da procura/utilização na faixa litoral norte-centro, mantém-se relativamente ao número de consultas por habitante, quer nos cuidados primários, quer nos cuidados de saúde diferenciados. No entanto, em todos os distritos, o número de consultas de C.S.P./Habitante é sempre superior ao número de consultas de C.S.D./Habitante.

Um indicador importante da utilização dos serviços de saúde é a frequência hospitalar corrigida. Apresenta os valores mais elevados nos distritos do Sul, Beja, Évora e Portalegre, ultrapassando os 70%. Este facto prende-se com o padrão de morbilidade, a estrutura etária da população e a carência de infraestruturas de apoio aos idosos.

O perfil da distribuição da frequência hospitalar corrigida é antagónica à que se tem vindo a esboçar noutras áreas de procura-utilização. Já não são os distritos da faixa litoral norte-centro que apresentam maiores valores, dado que muitos internamentos realizados nos hospitais desta zona são de pessoas não residentes na mesma (Gráfico 11).

9. NÍVEIS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Apesar da ausência de uma política de fundo que altere *de facto* e não só *de jure* a estrutura do sistema de serviços prestadores de cuidados de saúde, ocorreram alterações significativas em alguns indicadores de resultado (*Outcome*). Avaliar o nível de saúde das populações através de taxas de mortalidade tem bastantes limitações. No entanto, a falta de indicadores de morbilidade restringe a análise àqueles. O maior inconveniente reside na falta de correspondência entre mortalidade e morbilidade.

Observando o Quadro 4, verifica-se uma evolução extremamente positiva de todos os indicadores.

QUADRO 4

Taxas de mortalidade

ANOS INDICADORES	1970	1975	1979	1980	1982	1984	1985
Taxa de mortalidade %	10.3	10.4	—	9.7	9.3	9.6	—
Taxa de mortalidade %	58.0	38.9	26.0	24.3	19.8	16.7	17.61
Taxa de mortalidade %	38.9	31.9	25.5	23.9	22.9	19.2	19.3
Taxa de mortalidade %	25.4	22.0	15.7	15.5	13.8	11.3	11.9
Taxa de mortalidade %	0.73	0.43	0.31	0.2	0.22	0.15	

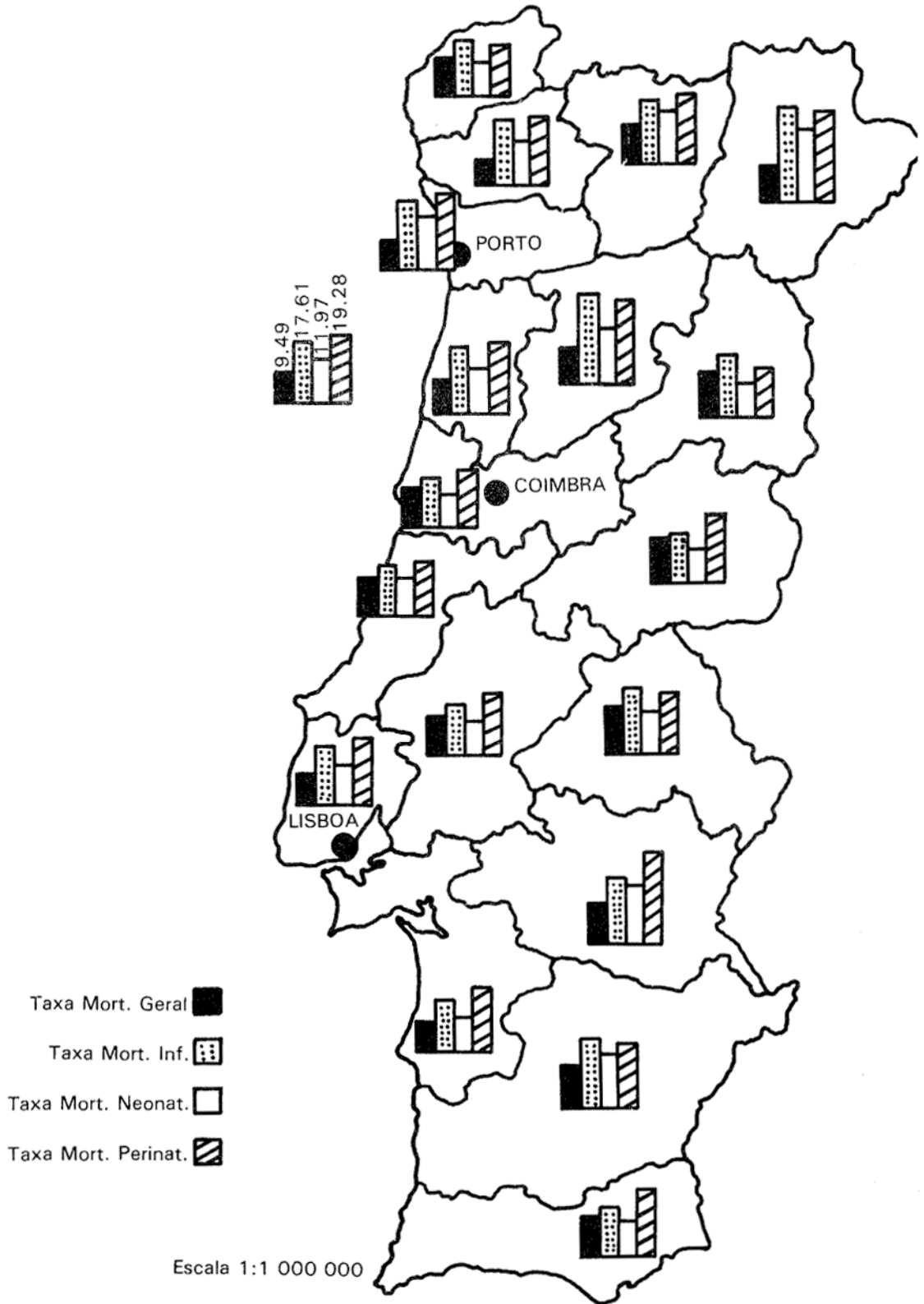
Fonte: I.N.E., Estatísticas da Saúde, 1970 a 1985
in D.E.P.S., vide nota ¹⁷
Inst. Damião de Gois, vide nota ²⁰.

Em catorze anos as taxas de mortalidade infantil neo-natal e perinatal decresceram acentuadamente. A descida da mortalidade infantil está associada à melhoria das condições de vida de alguns estratos sociais, portanto a factores externos ao sistema de saúde. A mortalidade perinatal é a que melhor pode traduzir os resultados da acção dos serviços de saúde: melhor assistência na gravidez e no parto e melhoria da qualidade dos cuidados dispensados nos primeiros dias de vida. De facto, a percentagem de crianças com menos de 1 ano de vida, assistidas nas valências de saúde infantil, aumentou de 32,6% em 1975 para 43,9% em 1978 e já atingia 45,9% em 1979²⁷. A taxa de mortalidade materna teve também uma redução muito elevada. A percentagem de partos em estabelecimentos de saúde com internamento mais que duplicou entre 1970 e 1981. Passou de 37,4% para 75,2% naquele período²⁸. Por sua vez, a esperança de vida à nascença que tem a ver com os ganhos conseguidos no primeiro ano de vida aumentou de 5 anos entre 1970 e 1982.

Em relação à taxa de mortalidade geral o decréscimo foi pouco acentuado. Parece que a mudança nos «estilos de vida» dos portugueses foi acompanhada de um aumento dos riscos para a saúde. Em 1984, 44,2% dos óbitos foram ocasionados por doenças do aparelho circulatório. Por

GRÁFICO 12

Indicadores regionais de saúde



outro lado, no escalão etário 15-34 anos, 49% dos óbitos devem-se a acidentes de trânsito com veículo a motor²⁹. Qualquer destes valores é muito significativo. O primeiro traduz a aproximação dos padrões de vida em Portugal ao dos países mais desenvolvidos, com o conseqüente aumento das doenças crónicas. O segundo especifica o desajustamento das infraestruturas rodoviárias relativamente à intensidade da sua utilização por parte da população mais jovem, exactamente a que adopta e reproduz os modernos estilos de vida.

Como seria de esperar, atendendo ao quadro de assimetrias regionais que já foi apresentado, os ganhos em termos de resultados (*Outcome*) não são uniformes.

A taxa de mortalidade geral, em 1984, atinge os valores mais altos em dois distritos do Alentejo, Portalegre e Beja, pelas causas já referidas anteriormente na utilização dos serviços de saúde. A taxa de mortalidade perinatal, espelho mais fiel do funcionamento dos serviços de saúde assume os valores mais elevados, 20.77, 25.46 e 24.24 %, em dois distritos do nordeste, Vila Real e Bragança e ainda nos distritos de Évora e Viseu. Apesar do interior do país apresentar taxas de mortalidade mais elevadas, não se pode afirmar, deterministicamente, que, as populações dessa região apresentam menor nível de saúde. Esta é afectada por uma multiplicidade de factores internos e externos ao sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Em 10 anos, os vários indicadores de saúde tiveram uma assinalável melhoria, aproximando o país dos padrões europeus. Foi conseguida a cobertura total da população pelo S. N. S. e pelos vários sub-sistemas, tendo sido praticamente abolidas as «barreiras-preço» no acesso aos serviços públicos de saúde.

Se bem que saúde e economia não sejam parceiros estranhos, o sistema de saúde português tem vindo a enfrentar uma situação de crise que ultrapassa as dificuldades financeiras na gestão dos serviços de saúde. Deriva da convergência da desagregação do sistema de segurança social, do carácter meramente formal dos mecanismos de regulação do Estado e da crescente importância do sector privado.

O não exercício efectivo da função reguladora do estado em relação ao reordenamento da oferta do sector privado, tem acarretado custos elevados em termos de equidade regional e social. A função supletiva que este sector deverá ter num país onde se diz existir um S. N. S., está longe de ser conseguida. Enquanto não se nivelarem as condições de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde valerá a pena uma política de orientação dos investimentos privados neste sector.

Se até 1985 o sistema de saúde português foi atravessado pelas indefinições, incertezas e equívocos de medidas políticas tomadas na descontinuidade governativa e na ausência de uma estratégia compreensiva e articulada ao objectivo global da melhoria do nível de saúde dos portugueses, a partir de 1986, com a realização de novas eleições legislativas e a mudança da composição político-partidária do bloco no poder, ganham-se certezas: o S. N. S. é uma mera figura jurídica; desfazem-se algumas indefinições, fica bem claro o que distingue cuidados primários dos cuidados diferenciados de saúde e mantém-se um equívoco fundamental — qual o sistema de saúde que queremos.

O novo Governo orienta a sua acção política na construção de uma imagem de eficiência governativa e de estabilidade social, susceptível de colher um potencial alargamento da base social de apoio, na conquista de uma posição futura mais confortável, no sistema de poder. Para isso apresenta-se introdutor de um novo modelo de acção, tecnocrático e gestionário, apostado na melhoria a curto prazo dos indicadores macroeconómicos, nomeadamente a diminuição do défice da balança de pagamentos e contenção do processo inflacionário. Este modelo de acção não deixa de se repercutir no sector da saúde, através do exercício de medidas políticas de moralização da acção dos profissionais de saúde, de rendibilização dos recursos já existentes, de racionalização da procura/utilização dos serviços de saúde e de planificação de grandes zonas de oferta. Também aqui o discurso dominante explicita critérios de ordem técnico-científica com efeitos de demonstração política imediata.

Mantém-se o dualismo no sistema de saúde português. O S. N. S. é a nota democrática necessária ao sistema, permanendo como alibi político a orientações governativas pontuais e não consequentes para a transformação das estruturas de saúde. Recuperaram-se as estruturas anteriores e regulamentaram-se de acordo com objectivos explícitos de eficiência. Entretanto reforça-se o papel substitutivo do sector privado, numa linha política tendencialmente orientada para a reprivatização do sistema de saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

- A.D.S.E. — Assistência na Doença aos Servidores do Estado
- A.R.S. — Administração Regional de Saúde
- C.S.D. — Cuidados de Saúde Diferenciados
- C.S.P. — Cuidados de Saúde Primários
- M.C.D.T. — Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- M.F.R. — Medicina Física e de Reabilitação
- S.H. — Sessões de Hemodiálise
- S.M.S. — Serviços Médico-Sociais
- S.N.S. — Serviço Nacional de Saúde

NOTAS

- 1 Manuel Villaverde Cabral, «A economia subterrânea vem ao de cima: estratégias da população rural perante a industrialização e urbanização», *Análise Social*, n.º 76, 1983.
 - 2 Boaventura Sousa Santos, «O Estado em Portugal 1974-1984», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 14, Nov, 1984.
 - 3 Boaventura Sousa Santos, «Estado e Sociedade na semiperiferia do sistema mundial: o caso português», *Análise Social*, n.º 87-88-89, 1985.
 - 4 Jean-Pierre Fragnière *L'Etat protecteur en crise*, Paris, OCDE, 1981.
 - 5 José Manuel Fernandes, «Política de Saúde: Governo sob fogo cruzado da oposição e da Ordem dos Médicos», *Expresso*, 6 Fev. 1982.
 - 6 Boaventura Sousa Santos, *Op. cit.* nota 3.
 - 7 A. Correia Campos, «Eficiências e ineficiências, privilégios e estigmas, nas combinações público/privadas de saúde», VI Jornadas de Economia de la Salud, Valência, Maio, 1986.
 - 8 Juan-Carlos-Veronelli, «Ministérios y sistemas de servicios de la salud en America Latina», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 100, n.º 1, Janeiro 1986, p. 3.
 - 9 Emília Neves Silva, *et al*, «Assimetrias regionais nos gastos do S.N.S.», V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio, 1985.
 - 10 A. Correia Campos, Luciano Patrão, Rogério Carvalho, «A privatização de um sistema público: o caso das tecnologias de diagnóstico e terapêutica em Portugal», VI Jornadas de Economia de la Salud, Valência, Maio, 1986.
 - 11 *Ibidem*, p. 6.
 - 12 *Ibidem*, p. 6.
 - 13 Luciano Patrão, «A procura-utilização de cuidados de saúde — aspectos da evolução recente», III Jornadas de Saúde, Aveiro, Setembro 1984.
 - 14 I.N.E., Estatísticas de Saúde, 1985.
 - 15 I.N.E., *Ibidem*, p. 15.
 - 16 A. Correia Campos, *Os hospitais no sistema de saúde português*, 1984.
 - 17 D.E.P.S., «Dados Estatísticos da Saúde», 1985.
 - 18 I.N.A. «Portugal Contemporâneo, problemas e perspectivas», Anexo Estatístico, 1986.
 - 19 A. Correia Campos, «As cinco falácias do sistema de saúde», *Expresso*, 17 de Maio de 1986.
 - 20 Instituto de Pesquisa Social Damião de Góis, «A situação da saúde em Portugal», Lisboa, 1984.
 - 21 I.P.S.D.G., *Ibidem*, p. 192.
 - 22 I.N.E., *Op. cit.* nota 14.
 - 23 D.E.P.S., *Op. cit.* nota 17.
 - 24 SELGEC, «Índice de Poder de Compra Regional — 1984/86», Lisboa 1986.
 - 25 D.E.P.S., *Op. cit.* nota 17.
 - 26 João Pereira, A. Correia Campos, *et al*, «Equidade geográfica no sistema de saúde português», V Jornadas de Economia de Saúde, Lisboa, 1985.
- A frequência hospitalar corrigida não considera os internamentos dos não residentes no distrito a que se reporta.
- 27 I.P.S.D.G., *Op. cit.*, nota 20.
 - 28 A. Correia Campos, «Um S.N.S. em Portugal: aparências e realidade», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.os 18-19-20, Fev. 1986.
 - 29 D.E.P.S., *Op. cit.* nota 17.