

Mário Jorge Neves

A Saúde,
As Políticas,
e o Neo
liberalismo

A Saúde, as Políticas e o Neoliberalismo

INTRODUÇÃO

Os problemas em torno da prestação dos cuidados de saúde têm vindo a suscitar uma crescente preocupação nos mais amplos sectores sociais do nosso país. E mesmo nos países mais desenvolvidos esta questão tem assumido uma relevância notória nos grandes debates políticos e dado origem a múltiplos estudos que questionam as opções dominantes das práticas governativas, apresentando soluções alternativas.

Há algumas décadas atrás, o contínuo desenvolvimento das políticas sociais e dos direitos de cidadania foi considerado por muitos como um facto irreversível decorrente do processo civilizacional. Mas nos últimos anos, a realidade que foi gradualmente imposta veio desmentir, de forma clara, essas perspectivas optimistas e inseridas em conceitos de um determinismo histórico sem fundamentos sólidos.

Assistimos a uma marcada regressão civilizacional em matérias políticas e sociais, ao rápido aumento da exclusão social e humana, e ao recurso indiscriminado a uma barbárie belicista. A vida humana deixou de estar no centro das preocupações das políticas governativas da generalidade dos países e passou a ser considerada como mais um produto mercantilizável. E um sector onde esta situação tem assumido proporções dramáticas é, precisamente, o sector da saúde.

Basta recordar a grande campanha lançada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) no final da década de 1970, em que o objectivo estabelecido foi o da “Saúde para Todos no ano 2000”, e verificar como a situação hoje existente está ainda mais distante dessa justa e indispensável aspiração humana.

No nosso país, temos assistido nos últimos 4 anos a uma contínua e violenta acção governativa contra os serviços públicos de saúde, visando a destruição integral do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a sua apropriação por diversos grupos económicos privados. Neste período, também se tem verificado um razoável aumento de artigos sobre os problemas deste sector, publicados em diversos órgãos de comunicação e até de livros com uma abordagem mais abrangente.

Independentemente de o conteúdo dessas publicações poder suscitar, no todo ou em parte, a legítima discordância de qualquer leitor, importa sublinhar que um aspecto caracterizador de grande parte delas é o recurso a uma terminologia essencialmente técnica, recheadas de chavões ligados à gestão, cujo objectivo fundamental é tentar esconder a essência neoliberal e privatizadora das suas propostas. Ao mesmo tempo, verificamos que os defensores e assalariados da propaganda neoliberal no nosso país omitem a ampla e esclarecedora experiência do seu modelo a nível de outros países, apresentando como solução uma “receita” falida que tem contribuído para uma notória regressão civilizacional neste delicado sector e determinado lucros fabulosos a poderosas corporações multinacionais à custa da parasitação extrema dos dinheiros públicos.

O grande esforço político e ideológico deste tipo de abordagens é tentar desacreditar os serviços públicos de saúde, persuadir os leitores da sua inviabilidade e “demonstrar” que tudo acaba na gestão privada, tornando infrutíferas quaisquer medidas alternativas.

Este esforço constitui uma das aplicações práticas de concepção neoliberal e totalitária do

pensamento único, bem como da invenção do chamado “fim da história”. Já cinco séculos antes de Cristo, Heraclito chamou a atenção para o facto de que na natureza “tudo flui”, e o nosso poeta mais consagrado, Luís Camões, também alertou que “todo o mundo é composto de mudança”. Assim, a referida invenção não tem qualquer correspondência com a experiência histórica da humanidade, tratando-se de um mero mecanismo propagandístico destinado a confundir as consciências e a desmobilizá-las na procura de um Mundo melhor e mais justo.

Deste modo, torna-se imperioso, em minha opinião, desenvolver um estruturado pensamento crítico que se caracterize por ser propositivo, democrático e aberto ao debate, sem procurar deter a razão absoluta.

As verdades ou razões absolutas sempre se traduziram, ao longo da história, em instrumentos inimigos do livre desenvolvimento da inteligência humana. E o obscurantismo tem constituído uma arma de destruição massiva da consciência emancipadora das sociedades.

Tendo em conta este contexto, e considerando que é indispensável contrariar esta dominante propaganda ideológica, decidi elaborar este trabalho, visando transmitir os aspectos fundamentais decorrentes das políticas neoliberais na saúde, nomeadamente nos países onde tiveram origem, e as tentativas da sua aplicação em Portugal.

Partindo do princípio de que o particular não existe sem a sua relação com o geral, procedi à abordagem dos traços essenciais da evolução histórica do nosso sistema da saúde, bem como da própria caracterização geral da globalização donde emanam as políticas neoliberais.

Relativamente aos últimos anos das políticas governativas no nosso país a nível da área da saúde, apresento uma compilação de notícias publicadas na comunicação social, cujas referencias permitem uma melhor e mais objectiva compreensão e caracterização das medidas políticas adoptadas, bem como lembrar elucidativas afirmações proferidas por diversos intervenientes neste sector.

Esta compilação só foi possível devido ao contributo do meu colega e amigo Fernando Gomes, neurocirurgião em Coimbra, que há vários anos efectua uma pesquisa diária na Internet de todas as notícias relativas à saúde publicadas em órgãos de comunicação nacionais e procede ao seu envio a um grupo alargado de colegas amigos.

A abordagem das políticas governativas foi também facilitada pelo meu conhecimento detalhado das suas medidas, tendo em conta a minha activa participação sindical, desde 1982, nas discussões e negociações com os sucessivos ministros da saúde.

No que se refere à experiência neoliberal na saúde em desenvolvimento noutros países, tive a preocupação de proceder a uma ampla fundamentação bibliográfica, de modo a que as minhas apreciações não surgissem como simples exercícios especulativos.

Este trabalho pretende, assim, apresentar uma visão alternativa em defesa do SNS e do direito constitucional à saúde, assumir uma atitude de clara insubmissão aos poderosos interesses de corporações em torno das políticas privatizadoras dos serviços públicos e desmistificar alguns aspectos essenciais dos modelos que as suportam, sempre rotulados de “inovadores”.

Na minha perspectiva, uma visão alternativa da política de saúde deve assentar na sabedoria da experiência, na força das convicções solidárias e na beleza dos ideais

humanistas. E na situação actual, tão degradada de princípios e valores, volta a assumir uma marcante actualidade a trilogia emancipadora da Liberdade, Igualdade e Fraternidade.

Na base destes aspectos, acredito que um Mundo melhor é possível, sendo certo que não se pode esperar pelo aparecimento de um “fruto maduro”, segundo as “leis naturais” da economia ou da história, mas de actuar antes que seja tarde.

Mário Jorge Neves

Março 2005

I

Alguns aspectos históricos da saúde em Portugal

Em Lisboa, as primeiras estruturas de cariz claramente hospitalar surgem no século XV, durante o reinado de D. João II, embora muito antes já existissem numerosas albergarias e hospícios em todo o território.

Estes numerosos estabelecimentos, bem como as gafarias, constituíram aquilo a que se pode considerar como os primeiros hospitais para peregrinos, sendo o mais importante o que foi construído, no ano de 1120, no local hoje conhecido como Albergaria-a-Velha.

Nos primeiros reinados da primeira dinastia, várias rainhas, bem como várias irmandades e confrarias das várias classes de oficiais e artífices, desenvolveram importantes esforços no desenvolvimento desta rede de albergarias em todo o território.

Em 1330, foi criado, em Lisboa, o Hospital dos Palmeiros destinado a peregrinos pobres, a quem se dava acolhimento por 3 dias.

D. Afonso IV determinou em testamento a criação das mercearias, definidas como estabelecimentos de assistência, mantidas e sustentadas por sua mulher, D. Brites.

Esta rainha decidiu fundar, cerca de 1345, um pequeno hospital na freguesia da Sé, em Lisboa, destinado ao tratamento de homens e mulheres pobres.

A cidade de Lisboa possuía, no princípio do reinado de D. João II, 43 capelas, hospitais e albergarias.

Mais tarde, nos princípios do século XVI, foi criada uma entidade oficial, designada “Provedor dos órgãos, hospitais, confrarias, capelas e albergarias”, com o objectivo de proceder à fiscalização destes numerosos estabelecimentos de caridade.

Este rei, ainda antes de subir ao trono, obteve uma bula papal em 1479, concedida por Sisto IV, para “construir um amplo e solene hospital para os pobres e peregrinos e outras pessoas miseráveis”.

Com esta bula, ficou autorizado a anexar a este hospital todos os bens dos pequenos hospitais dispersos pela zona de Lisboa.

No ano de 1485, D. João II também conseguiu do Papa Inocêncio VIII a autorização de reunir os hospitais pequenos de cada lugar e cidade aos hospitais maiores existentes.

Deste modo, desenvolveu uma ampla reforma visando uniformizar e centralizar toda a assistência hospitalar da cidade de Lisboa, de modo a evitar os abusos e as deficiências que resultavam da variedade e dispersão das instituições de assistência.

Em 15 de Maio de 1492, foi lançada a primeira pedra para a construção do grande hospital, situado nos terrenos onde hoje é a Praça da Figueira (Lisboa), com o nome de Hospital Real de Todos os Santos.

Por carta régia de 28 de Junho de 1564 foi entregue a sua administração à Misericórdia, a quem cabia a nomeação de 128 irmãos, escolhidos entre nobres e oficiais, para os variados cargos do hospital (ex.: enfermeiro-mor, tesoureiro da fazenda, escrivão, mordomos). Para

as enfermarias, 2 físicos, 3 cirurgiões, 23 enfermeiros, diverso pessoal e numerosos religiosos, entre estes 2 frades que viviam permanentemente no hospital e que tinham como missão principal apoiar e acompanhar os enfermos na morte.

A afluência de doentes era elevada e, em 1620, a lotação, que era de 331 camas, atingiu as 600, com camas espalhadas pelos corredores. No ano de 1616 foram admitidos no hospital 3026 doentes.

A decisão de internar os doentes cabia a uma junta diária de que faziam parte os físicos, cirurgiões, o provedor e religiosos. Caso ficassem internados, tudo era registado em livros existentes nas enfermarias.

No início do funcionamento do hospital existiam as seguintes 3 enfermarias:

S. Cosme, com 18 camas (feridos); S. Vicente, com 22 camas (febres); e S. Clara, com 20 camas (mulheres).

Mais tarde, o número de enfermarias passou para 10.

Tendo D. João II falecido antes da conclusão desta obra, deixou no seu testamento recomendações expressas para que ela fosse assegurada e que o seu funcionamento obedecesse aos melhores regulamentos hospitalares italianos, referindo os hospitais de Florença e Siena.

O seu sucessor, D. Manuel I, respeitou estes desejos e em 1501 foi concluída a construção deste hospital, bem como instituído, em 19 de Janeiro de 1504, um regimento com importantes princípios de administração hospitalar que subsistiram até ao século passado (XX). Também por determinação deste rei, foi criado neste hospital o primeiro instituto de ensino oficial de cirurgia.

O monumental edifício deste hospital tinha a configuração de uma cruz com 4 braços iguais, com grandes colunas de cantaria formando espaçosos claustros. Um dos braços da cruz era ocupado por uma grande igreja, de três naves e doze capelas, e a entrada principal era servida por uma monumental escadaria de mármore.

O hospital possuía uma área anexa com amplas hortas e vários poços que forneciam abundante água.

O edifício sofreu 2 devastadores incêndios, em 1601 e 1750, que o deixaram bastante danificado, mas foi em 1755, com o grande terramoto, que ficou integralmente destruído.

Os doentes salvos foram transferidos para dependências de alguns palácios e foram reconstruídas algumas enfermarias do próprio hospital, que devido às suas péssimas condições determinaram a escolha de um grande edifício onde tinha funcionado o Convento de Santo Antão-o-Novo, devoluto com a expulsão dos jesuítas, para instalar o novo hospital com o título de Hospital Real de S. José, em homenagem ao monarca que tomou esta decisão.

Ainda hoje, o Hospital de S. José se encontra nestas instalações.

No ano de 1845, foi tomada a decisão, através de uma portaria, de separar a Misericórdia do Hospital.

Em 1848, o Convento da Ordem dos Monges de S. Bernardo foi cedido para aí ser instalado o Hospital do Desterro, destinado a doentes com febre amarela, e em 1877 foi inaugurado o Hospital de D. Estefânia.

No início de século passado foram criados outros hospitais em Lisboa, caso do actual Hospital Curry Cabral, em 1906, destinado às doenças infectocontagiosas e do Hospital de

Santa Marta, instalado no Convento da Irmandade dos Clérigos Pobres, destinado às doenças sífilíticas e venéreas.

Por decreto real de 1910, foi criada neste último hospital a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

Em 1913, foi nomeada uma comissão médica para gerir o conjunto dos hospitais existentes em Lisboa, agregando também os Hospitais D. Estefânia, Arroios, S. Lázaro, Desterro e “Manicómio Miguel Bombarda”, que passou a designar-se por Hospitais Civis de Lisboa.

Em 1928, foram efectuadas obras de transformação do Convento de Santo António dos Capuchos, que desempenhava as funções de asilo de mendicidade, para a instalação de uma nova unidade hospitalar ⁽¹⁾.

É no final da década de 1950 que se processa a primeira grande convulsão no sector da saúde, com importantes repercussões na sua evolução posterior.

Portugal vivia mergulhado numa ditadura fortemente repressiva, com uma população maioritariamente analfabeta e com acentuados níveis de pobreza.

As estruturas hospitalares encontravam-se restringidas aos grandes centros urbanos de Lisboa, Porto e Coimbra, e no restante território mantinham-se em funcionamento pequenas unidades hospitalares, numa perspectiva puramente caritativa, propriedade das múltiplas Misericórdias existentes, e assentes sobretudo num importante apoio social prestado por várias ordens religiosas de freiras.

Do ponto de vista médico, a capacidade de acção destas unidades das Misericórdias era muito limitada, dada a escassez de profissionais de saúde e a sua concentração preferencial nos grandes hospitais públicos.

Muitos dos avanços, para a época, conseguidos na segunda metade do século XIX e primeiras duas décadas do século XX, conheceram graves retrocessos com o regime fascista instaurado em 1926.

A saúde era encarada como uma questão dependente das possibilidades económicas de cada cidadão, o que determinava o pagamento integral dos cuidados de saúde prestados nos hospitais públicos, excepto se fosse apresentado um atestado de pobreza ou indigência passado pela respectiva junta de freguesia.

A nível dos cuidados de saúde ambulatoriais, a sua prestação dependia exclusivamente dos consultórios médicos privados.

A importância que o sector da saúde suscitava para o regime ditatorial estava bem expressa no facto de depender de uma subsecretaria de estado do Ministério do Interior.

A profunda degradação dos serviços de saúde, a sua enorme incapacidade de resposta para as necessidades mais elementares dos cidadãos e a ausência de quaisquer direitos laborais e salariais dos médicos, determinaram o aparecimento de uma ampla movimentação destes profissionais em 1957/58.

Logo que se começaram a evidenciar múltiplos aspectos de tensão e conflitualidade a nível dos médicos, a ditadura procurou antecipar-se tomando a decisão de nomear, pela primeira vez, um ministro da saúde (Dr. Martins de Carvalho).

O desencadeamento desta movimentação teve origem numa acção organizada pelos jovens médicos de então, e a primeira reunião do seu núcleo dinamizador, onde foram tomadas as primeiras decisões reivindicativas, foi realizada em casa do Dr. Orlando Leitão.

Algum tempo depois, realizou-se a sessão solene da Sociedade de Ciências Médicas dos Hospitais Cívicos de Lisboa, no Hospital dos Capuchos, que contou com a presença do Ministro da Saúde, o advogado Dr. Martins de Carvalho.

Nesta sessão, o referido ministro fez uma intervenção de grande auto-elogio à sua acção governativa e no final perguntou se algum dos presentes queria colocar alguma questão.

Perante a estupefacção geral, um dos elementos do grupo de jovens médicos que se encontrava ao fundo da sala, o Dr. Manuel Machado Sá Marques, pediu a palavra e afirmou corajosamente que a obra do ministro até aquele momento era igual a zero.

Com uma assinalável presença de espírito, o ministro respondeu que restava saber se o zero se encontrava à direita ou à esquerda.

Tinha acontecido o primeiro afrontamento público e directo dos jovens médicos à política de saúde da ditadura.

Este movimento rapidamente se ampliou e conseguiu o apoio e envolvimento da grande maioria dos médicos portugueses.

Dois dos mais destacados elementos dos jovens médicos, Dr. Albino Aroso (Norte) e Dr. António Galhordas (Sul), viriam a ser designados mais tarde para integrar a estrutura executiva e redaccional do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” (2).

A partir da única organização médica autorizada, a Ordem dos Médicos, realizaram-se múltiplas assembleias em vários locais do país que agregaram a quase totalidade dos médicos, incluindo vários que desempenhavam as funções de deputados à Assembleia Nacional, por indicação do partido único da ditadura.

Como era expressamente proibida qualquer discussão sobre questões políticas, foi adoptada a atitude hábil e inteligente, por parte do grupo que liderava este movimento, de dissimular o seu verdadeiro alcance com uma aparente restrição do debate à questão da exigência de criação das carreiras médicas.

Fruto do amplo e participado debate realizado, foi divulgado, em 1961, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas”.

Era, na altura, bastonário da Ordem dos Médicos o Prof. Dr. Jorge Horta, e o grupo executivo de redacção deste relatório era presidido pelo Prof. Dr. Miller Guerra e constituído também pelos Drs. Albino Aroso, Mário Mendes e António Galhordas, em representação de cada uma das secções regionais.

Este relatório ainda constitui o único documento de caracterização exhaustiva do quadro da saúde num determinado período de tempo e a sua leitura revela bem que o objectivo central era a reformulação integral do sistema de saúde, baseada no modelo do então Serviço Nacional de Saúde inglês.

Ao longo do texto são relatadas experiências diversas da actividade profissional dos médicos reveladoras do atraso em se encontrava o nosso país, que não dispunha de uma elementar rede de vias de comunicação e com grande parte dos aglomerados populacionais das zonas interiores numa situação de completo isolamento.

Num dos casos relatados, um médico demorou 5 horas a chegar a uma aldeia para observar uma doente, dado que grande parte do percurso teve de ser feito a pé e a cavalo, em virtude dos acessos não permitirem outra forma de deslocação.

Para se poder verificar até que ponto muitas das questões aí abordadas possuem uma

impressionante actualidade, importa citar as seguintes passagens do texto:

- A medicina exercita-se num determinado meio sócio-cultural, em todos os períodos da evolução das sociedades, está inserida no mundo, não jaz à margem do viver dos homens – faz parte da corrente da história.
É elemento de primeira importância no desenvolvimento e estruturação do bem estar da comunidade, porque cuida de promover a saúde física e mental, base indispensável da harmonia das relações humanas e do aperfeiçoamento do homem.
- A medicina, como outros ramos das ciências humanas, tem de adaptar-se ao ritmo do mundo moderno, porque constitui um dos seus factores de progresso. A adaptação pode obrigar a introduzir modificações no exercício profissional e exigir até o sacrifício de hábitos, de costumes e de prerrogativas, mas não exige a abdicação das normas basilares da ética profissional. E no caso de a exigir, o dever do médico é opôr-se-lhe, se por outro meio não as puder fazer respeitar.
- O sacrifício está inscrito no código moral dos médicos, mas não o sacrifício inútil e perdido. E tem-se sacrificado inutilmente a classe.
A incompreensão dos seus problemas, a insensibilidade pelas suas angústias, a suspicácia pelas suas legítimas reclamações, a indiferença pelos seus alvites e razões, criaram ao longo dos anos um estado de desânimo, enraizando-se um penoso sentimento de impotência.
- Enquanto se não prestar a devida atenção aos problemas da profissão médica, que ela, aliás, foi a primeira a trazer a lume, as reformas, remodelações, programas sanitários, estão votados ao malogro.
- Não vale a pena erigir hospitais, dispensários, postos, centros de consulta e de assistência clínica; adquirir dispendiosos instrumentos e aparelhos; distribuir donativos e subsídios, gastar dinheiro, em suma, se não houver médicos em número suficiente e, mais ainda, se eles não tiverem preparação adequada para o desempenho das tarefas que lhes forem confiadas.
- Está dito e redito, mas parece que só agora começa a entender-se que a execução de qualquer plano de saúde, tem de contar, como dado primordial, com o concurso dos médicos e que hoje, mais do que nunca, o seu trabalho vale pela qualidade científica e técnica e depende da organização que o estrutura e integra.
- As carreiras não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial, tanto mais que todo ele tem por ponto de apoio a clínica.
- As restrições, sem base técnica, à liberdade do receituário são incompatíveis com o exercício da medicina. O médico deve ter independência para prescrever a terapêutica necessária.

- A Previdência, em parte, é um instituto destinado a corrigir os vícios do liberalismo económico, do qual resultou, em grande parte, a insegurança dos indivíduos.
- Não há meio de completar os serviços prestados aos doentes, a não ser que se torne efectivo o acesso aos hospitais. Estes, constantemente superlotados, não podem ir além das suas possibilidades.
Fazem o que podem, à espera do dia em que possam fazer o que devem.
- No nosso país, os seguros sociais obrigatórios foram instituídos em 1919. Portugal foi dos países mais avançados neste capítulo. Infelizmente a iniciativa, talvez por ser prematura, não vingou. Só em 1935 se instituíram de novo, sob a designação de Previdência Social.
A Previdência abrangia de começo, e ainda abrange, um sector limitado da população trabalhadora da indústria e do comércio, deixando de fora mais de 80 por cento dos habitantes.
- A urgência é incompatível com adiamentos, fundados ou pretextados pela deficiência de recursos, já não falando no pseudo-argumento que sustenta não valer a pena salvar vidas humanas, quando vão ser ceifadas a seguir pela miséria e pela fome.
Esta espécie de malthusianismo “deguisé” subjaz na consciência de muitos egoístas e duros de coração.
- A verdade, porém, é que com os seus dez ou mais hospitais – alguns tão exíguos que mal merecem aquele nome – o Algarve ainda está longe de poder realizar medicina, no amplo sentido do conceito, em condições aceitáveis. Que saibamos, nenhum dos seus hospitais tem médicos.
- A presença do médico junto do doente é imprescindível, mas não basta para o tratar, nem sequer muitas vezes para fazer o diagnóstico.
Se não dispõe de outros instrumentos além dos cinco sentidos, do seu saber e dos aparelhos de uso pessoal (termómetro e estetoscópio), que socorro efectivo pode trazer-lhe?
De que vale hoje o médico desacompanhado de meios auxiliares, de pessoal de enfermagem, dos medicamentos actuais tão poderosos, do hospital, do concurso dos especialistas?
- Estas evidências clamam reforma e, como esta tarda em chegar, os resultados estão patentes: consultas externas congestionadas, com duzentos e mais doentes para atender numa manhã por 2 ou 3 médicos; um interno responsável por 50, 100 ou mais doentes nas enfermarias... Em que termos se podem observar e tratar esses enfermos?
- Economiza-se onde devia gastar-se, gasta-se onde se devia economizar. Resultado: a assistência é inferior e caríssima.

Dito noutros termos: a pequena produtividade dos serviços é um índice do seu fraco desenvolvimento técnico e administrativo.

- Os hospitais centrais são uma peça principal, mas apenas uma peça de uma delicada e complexa máquina. Se as outras não funcionarem, o maquinismo emperra e acaba por inutilizar a máquina toda.
- O que seria estranho era que os edifícios e equipamentos tivessem por si sós feito o milagre de admitir os doentes, de os diagnosticar, classificar e orientar no labirinto dos hospitais.
- Os internos constituem um elemento imprescindível da orgânica hospitalar, de tal modo que os serviços onde eles rareiam, funcionam dificilmente...
- Nenhuma remodelação, programa ou reforma vingará se não se acode em primeiro lugar ao decréscimo rápido dos quadros médicos dos hospitais centrais, sobretudo em Lisboa, onde o fenómeno está a atingir proporções catastróficas.
- Os médicos continuam a tratar os doentes gratuitamente ou por mesquinhas “gratificações”. O Estado já não faz caridade, mas obriga os médicos a fazê-la. É isto que se chama fazer o Bem à custa alheia.
- As imperfeições vinham de trás, mas acentuaram-se extraordinariamente na época do liberalismo. Como outras actividades humanas, a medicina sofreu o efeito da livre procura e da livre concorrência, leis do liberalismo, que atingiu o apogeu no século XIX. O doente chamava o médico que preferia (liberdade de escolha), remunerava-o de acordo com as suas posses, com a importância dos serviços prestados e com outros factores que intervinham na fixação dos honorários.
A consequência deste princípio, além de outras, foi a concentração dos médicos nos meios abastados, onde encontraram remuneração condigna para o trabalho... Nas grandes cidades, onde a plétora era evidente, onde centenas de médicos não tinham que fazer, onde residiam as sumidades da profissão, morriam obscuramente numerosos doentes sem assistência.
O que acabámos de dizer é a verificação de um facto, não envolve nenhum juízo moral, nem deslustra o procedimento dos médicos que apenas reflectia a ideologia político-social da época: procediam como toda a gente.
Não era excepção, faziam parte de uma sociedade regida pelo preceito do “laissez-faire, laissez-passer”. Não lhes cabiam responsabilidades maiores do que aos poderes públicos, quando o conhecido preceito tinha por consequência “laissez mourrir”.
- A maioria dos médicos já não vive da clínica livre, vive do somatório de pequenos vencimentos, com dificuldade.
- Até há pouco tempo ouvia-se dizer que havia excesso de médicos; a famosa plétora

médica levantou discussões e chegou-se ao ponto de sugerir a limitação das matrículas nas Faculdades de Medicina. Falou-se em “*numerus clausus*” e noutros remédios, para uma doença inexistente.

Já nessa altura não havia, como não há, nem chegará a haver nos tempos mais próximos, excesso de médicos.

O que havia e há, é excesso de doentes sem médicos para cuidar deles.

- É na formação de “equipes” que se espera ver realizada a unificação do saber e da prática médica.
- Uma vez conhecidos os defeitos e as necessidades, torna-se mais fácil imaginar as soluções. No decurso dos nossos trabalhos tivemos sempre esta ideia em vista: aproveitar o que existe (onde há muito de bom e útil, mas mal aproveitado), introduzir as alterações que o bom-senso e a experiência preceituam, orientar a acção para pontos concretos, definir um programa ordenado que seja exequível com os recursos nacionais. Não destruir nada, antes de se ter a certeza de que pode substituir-se com vantagens.
- ...tudo deverá convergir para a realização desta finalidade suprema: o Serviço de Saúde deve garantir a qualquer indivíduo, no momento necessário, os cuidados médicos de que precisa, isto é, todos os portugueses, qualquer que seja o seu nível económico ou social, têm o direito ao mesmo nível de tratamento, à fruição das mais modernas e eficientes técnicas, aos mais complexos e dispendiosos métodos de diagnóstico e de terapêutica.
- O médico deve submeter a máquina à sua vontade e aos fins da sua profissão. Deixar-se subjugar por ela, é cair numa deformação do comportamento que consiste em crer mais na técnica do que na sua própria inteligência para a dirigir. É este o vício do tecnicismo.
- As carreiras constituem uma estrutura fundamental do serviço de saúde: sem elas não haverá assistência de boa qualidade; só com elas, a situação presente não melhorará.
- Sem reabrir o debate, ponderam-se dois factos: o primeiro é que, bom ou mau, é por via do concurso que se tem seleccionado os médicos dos hospitais e se tem mantido o nível profissional à altura dos cargos e funções; o segundo é que o concurso constitui uma linha de defesa contra a intromissão de estranhos na escolha das competências.

A escolha destas citações mostra também a coragem das críticas contidas no relatório, num período em que as mais elementares liberdades eram inexistentes e a repressão política atingia níveis de extrema violência, bem como a estreita ligação desenvolvida entre os aspectos relativos ao exercício da profissão médica e à reforma do sistema de saúde.

Apesar do já referido contexto político, a ditadura viu-se obrigada a criar o ministério da saúde, a encetar contactos negociais com os principais líderes deste movimento médico, e a desenvolver e ampliar os Serviços Médico-Sociais nos principais centros urbanos.

Estes serviços possuíam médicos de diversas especialidades e constituíram um primeiro

esboço de uma rede de cuidados ambulatoriais.

Entretanto, importa sublinhar que os médicos que trabalhavam nos Hospitais Cívicos de Lisboa, que foram durante várias dezenas de anos o mais importante pólo hospitalar e a escola de formação médica do país, não auferiam qualquer salário, mas apenas uma “gratificação” simbólica.

Durante largo tempo, as entidades governamentais justificaram a ausência de pagamento aos médicos hospitalares com o facto deles beneficiarem de permanente formação técnica e científica para a sua actividade privada.

De facto, nessa altura, ser conhecido como médico dos Hospitais Cívicos de Lisboa era um importante factor de prestígio profissional e de procura pelos cidadãos. Ainda hoje é possível ver em prédios da cidade de Lisboa antigas “placas” de consultórios em que por baixo do nome do médico existe “interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa” ou “médico dos Hospitais Cívicos de Lisboa”.

Nesse sentido, os lugares dos quadros desta instituição hospitalar eram diminutos e sempre que eram abertos concursos para 1 ou 2 vagas surgiam largas dezenas de candidatos, que eram submetidos a difíceis e esgotantes provas de selecção.

A referida tensão conflitual existente no seio dos médicos e as tentativas de adopção de medidas reivindicativas, caso de uma greve em 1963, determinaram que o regime ditatorial tenha tomado a decisão de instaurar o regime de instalação nos Hospitais Cívicos de Lisboa e colocado como seu executor político um militar, médico, o Brigadeiro Ricardo Horta.

Apesar desta medida intimidatória, que se prolongou por cerca de 8 anos, a ditadura não mais conseguiu dominar os acontecimentos ou subjugar as crescentes movimentações reivindicativas dos médicos.

Simultaneamente, verificou-se um aprofundamento das contradições sociais e políticas em toda a sociedade, com a guerra colonial a desempenhar um importante papel na sua maior agudização.

Em 27 de Abril de 1968, foi publicado o D.L. n.º 48 357 que estabeleceu o “Estatuto Hospitalar”.

Curiosamente, o preâmbulo deste diploma fazia um conjunto de considerações muito evoluídas sobre as várias vertentes do desenvolvimento hospitalar, estabelecia a necessidade da sua estreita articulação com os serviços ambulatoriais e definia conceitos de hierarquização e regionalização dos próprios hospitais.

Este preâmbulo estabeleceu também, pela primeira vez, a imperiosa necessidade de proceder à criação de carreiras para vários sectores profissionais (administradores, médicos e farmacêuticos) e fazia referências expressas ao “Relatório sobre as Carreiras Médicas”.

No seu amplo articulado importa referir, como facto curioso, que o artigo 35.º estabelecia que “Em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à colectividade o mínimo custo económico no seu funcionamento”.

Em 1970 foi nomeado Ministro da Saúde o Dr. Baltazar Rebelo de Sousa e Secretário de Estado da Saúde o Prof. Dr. Gonçalves Ferreira.

Foi com esta equipa ministerial, sobretudo pela acção realista e de grande conhecimento do sector da saúde do Prof. Dr. Gonçalves Ferreira, que se produziu uma viragem no nosso sistema de saúde. De referir também o importante papel do então director-geral da saúde, Dr. Arnaldo Sampaio, cujo empenhamento no desenvolvimento dos serviços de saúde foi muito importante na concretização desta viragem.

Neste período, foram construídos e implementados vários centros de saúde, foram definidos os princípios de uma rede hospitalar pública e publicado o primeiro diploma das carreiras dos profissionais da saúde (Decreto 414/71).

É justo salientar, que esta reforma empreendida pela acção do Prof. Dr. Gonçalves Ferreira lançou as primeiras bases daquilo que viria a ser, uns anos mais tarde, o Serviço Nacional de Saúde.

Entretanto, em Dezembro de 1970, nas eleições para a direcção da Ordem dos Médicos, uma lista constituída por médicos democratas e que se tinham destacado no movimento dos mais jovens ganhou a Secção Regional Sul, havendo a registar o facto do seu programa eleitoral propôr a transformação da Ordem em Sindicato.

Sob pretextos ridículos estas eleições foram anuladas, e repetidas no ano seguinte (Novembro de 1971) por enorme pressão dos médicos, tendo a referida lista ganho novamente com uma votação ainda maior (70% dos votos expressos).

Em Novembro de 1972, a pretexto de uma tomada de posição de um grupo de dirigentes desta secção regional contra o assassinato do estudante universitário Ribeiro Santos, filho de um médico, pela P.I.D.E., esta polícia política tomou de assalto as instalações da sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, e procedeu ao seu encerramento, prendendo vários médicos.

O governo nomeou um médico, Dr. Alves Dias, que trabalhava nos Serviços Médico-Sociais (Lisboa), para as funções de chamado “curador”, abolindo todos os mecanismos de participação e vivência democráticas desta instituição e procurando privar os movimentos reivindicativos dos médicos da sua única infraestrutura organizativa.

Esta decisão de nomear um “curador”, pode considerar-se a percusora do princípio do comissariado político mais tarde implementado a nível dos serviços públicos de saúde.

Até Abril de 1974, e acompanhando a agudização política, social e laboral verificada na sociedade portuguesa, as acções reivindicativas dos médicos a nível das grandes unidades hospitalares continuaram a desenvolver-se, obtendo alguns significativos resultados como a criação e implementação do internato policlínico remunerado após a licenciatura.

II

A Saúde em democracia:

Breve caracterização das políticas governamentais.

A 25 de Abril de 1974 foi derrubado o regime fascista pela acção militar e patriótica de um movimento dos jovens capitães e restaurado o regime democrático.

Logo no dia 26/4/74, um numeroso grupo de médicos, entre os quais estavam dirigentes demitidos pela ditadura, ocupou as instalações da sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, expulsou o curador e convocou uma assembleia regional para 29/4/74.

Esta assembleia, que foi a mais concorrida e participada até essa data, aprovou por esmagadora maioria uma moção que determinou a transformação da Ordem em sindicato. Como resultado natural e compreensível de 48 anos de ditadura, assistiu-se a um período de grande “explosão” reivindicativa que atingiu todos os aspectos e sectores da vida nacional.

As profundas transformações políticas, económicas e sociais que se seguiram, atingiram inevitavelmente o sector da saúde, com a grande maioria dos seus profissionais a desempenharem um papel decisivo nas medidas implementadas.

Em 1975, foi criado o “Serviço Médico à Periferia”, integrado por jovens médicos policlínicos que durante 1 ano eram colocados em zonas rurais e interiores do país, com o objectivo de promover o acesso aos cuidados de saúde das populações mais carenciadas.

É importante sublinhar que esta medida foi amplamente apoiada pelos sucessivos cursos de médicos policlínicos e por eles considerada como uma etapa decisiva na sua formação profissional e humana.

Este serviço esteve em vigor até 1983 e permitiu colocar em funcionamento hospitais concelhios, centros de saúde e centenas de “posto médicos”, possibilitando a muitos milhares de habitantes o seu primeiro contacto com um médico.

A aprovação, em 1976, da Constituição da República Portuguesa veio consagrar a existência, no seu artigo 64º, de um Serviço Nacional de Saúde, geral, universal e gratuito.

Entretanto, desenvolveram-se múltiplas iniciativas visando estruturar os serviços de saúde e dotá-los de uma adequada capacidade de resposta às enormes necessidades das populações, nomeadamente a criação das C.I.S.S.L. (Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde Locais) e, mais, tarde, das A.D.S.S. (Administrações Distritais dos Serviços de Saúde).

Entre as diversas medidas políticas de fundo adoptadas antes da aprovação da “Lei do Serviço Nacional de Saúde”, importa chamar a atenção para a introdução do planeamento familiar e a estruturação de uma adequada política de saúde materno-infantil da autoria do Dr. Albino Aroso, no desempenho das suas funções de secretário de estado da saúde.

Estas medidas resultaram do enorme empenhamento pessoal e político deste médico e da sua visão estratégica da saúde, tendo determinado que, em cerca de 25 anos, o nosso país passasse do último lugar europeu no indicador da mortalidade infantil para um dos primeiros lugares a nível internacional.

Em 1976, uma assembleia de médicos efectuada em Lisboa decidiu maioritariamente anular a decisão de transformar a Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos em sindicato e convocou um referendo em que foi confirmada esta decisão e aprovada a proposta da acumulação de funções sindicais por esta organização.

Um grupo de médicos constituído, entre outros, pelos Dr.s Álvaro Luz e Silva, António Galhordas, César Abel, Castel-Branco Mota, Falcato Simões, Fernando Santos Silva, Manuel Sá Marques, Manuel Souto Teixeira, Moradas Ferreira, Orlando Leitão e Taurina Zuzarte, considerou que esta decisão de acumulação de funções sindicais pela Ordem era a manutenção do regime corporativo que tinha caracterizado a ditadura derrubada em Abril de 1974 e decidiu apresentar, algum tempo depois, com a activa e decisiva colaboração jurídica do Dr. João Correia, uma petição à então Comissão Constitucional.

Na sequência desta petição, a Comissão Constitucional nomeou relator do respectivo parecer o Prof. Dr. Jorge Miranda, que integrava este órgão, tendo aprovado, a 5/1/78, a resolução que impede a Ordem de exercer quaisquer funções sindicais.

Em 1979, e face a esta clarificação legal e constitucional, são criados os Sindicatos dos Médicos da Zona Centro e da Zona Sul, tendo 3 anos depois sido constituído o Sindicato dos Médicos do Norte que posteriormente, em 1988, constituíram a Federação Nacional dos Médicos.

Em Setembro de 1979 foi publicada a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 6 de Setembro), depois da sua aprovação na Assembleia da República com os votos maioritários do P.S. e do P.C.P.

Esta lei foi o resultado directo do empenhamento determinado e incansável do anterior ministro dos assuntos sociais, Dr. António Arnaut, em clara consonância com as suas concepções humanistas e de solidariedade social.

O reconhecimento público desta acção acabou por consagrar a designação frequente desta legislação como a “Lei Arnaut” e de referir o Dr. António Arnaut como o “pai do S.N.S.”.

Mas este ano de 1979 ficou marcado por 2 outros acontecimentos: a constituição de um governo da iniciativa do então Presidente da República, General Ramalho Eanes, e a vitória eleitoral da coligação constituída pelo P.P.D., C.D.S. e P.P.M., com a designação de “Aliança Democrática” (A.D.).

Durante a curta vigência do governo de iniciativa presidencial, cerca de 3 meses, presidido pela Eng.^a Maria de Lurdes Pintassilgo, a direcção da Ordem dos Médicos, então presidida pelo Dr. António Gentil Martins, decidiu efectuar uma greve de médicos a pretexto de atrasos na publicação do diploma do “Estatuto do Médico”. Neste governo, o secretário de estado da saúde era o Dr. Correia de Campos.

Apesar da invocação deste motivo para convocar a greve, o seu verdadeiro objectivo político foi, de acordo com múltiplas opiniões, desencadear a primeira grande contestação ao Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.). Desde o processo de discussão parlamentar da Lei do S.N.S. que a então direcção da Ordem dos Médicos e o seu presidente se tinham destacado na aberta e frontal contestação a este diploma, apresentando como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” e numa suposta “liberdade de escolha do médico pelo doente”. Esta greve, ilegalmente convocada por uma estrutura que já estava impedida de exercer funções sindicais, mereceu a activa oposição de alguns milhares de médicos, nomeadamente dos sectores mais jovens.

Com a tomada de posse do Governo da A.D. iniciou-se uma clara ofensiva contra a Lei de Bases do S.N.S., a começar pela não constituição dos seus órgãos de direcção e gestão: a Administração Central da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

Numa lógica de aprofundamento desta ofensiva contra o S.N.S., o Governo A.D., tendo como primeiro-ministro o Dr. Francisco Pinto Balsemão, desencadeou a primeira tentativa de destruição do S.N.S., em 1982, através do decreto-lei n.º 254/82, em que, a pretexto de

transformar as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde em Administrações Regionais de Saúde (A.R.S.s), revogou 46 artigos da Lei de Bases do S.N.S..

Em 1984, o Tribunal Constitucional, através do Acórdão n.º 39/84, declarou inconstitucional o decreto-lei n.º 254/82.

Já em Janeiro de 1982, este Governo tinha decidido afrontar o direito constitucional à saúde instituindo as chamadas “taxas moderadoras” com o argumento de se tratar de um mecanismo regulador do acesso indiscriminado aos cuidados de saúde.

À semelhança do que já se tinha verificado em vários países, esta medida só poderia ter como resultado, como rapidamente se confirmou, a discriminação dos sectores populacionais mais desfavorecidos da nossa sociedade.

Em 1985, o Tribunal Constitucional, através do Acórdão n.º 92/85, declarou inconstitucionais as taxas moderadoras.

No entanto, as contradições existentes no seio desta coligação governamental entre a “linha política dominante” e aqueles que, de forma realista, consideravam o S.N.S. como o instrumento mais adequado para resolver os graves problemas de saúde num país, como o nosso, com décadas de atraso no seu desenvolvimento, tornaram-se bem evidentes quando o então ministro dos assuntos sociais, Dr. Luís Barbosa, e o secretário de estado da saúde, Dr. Paulo Mendo, decidiram desencadear, no princípio de 1982, o processo negocial com vista à criação do primeiro diploma legal das carreiras médicas.

O Dr. Paulo Mendo, profundo conhecedor dos novos desafios que se colocavam à organização do trabalho médico e da realidade dos serviços de saúde, conduziu um processo negocial com os sindicatos médicos que hoje constituem a FNAM e enfrentou mais uma activa contestação da direcção da Ordem dos Médicos, que continuava a defender a existência de um sistema de medicina convencional contra aquilo a que chamava “a funcionalização dos médicos”.

Em Agosto de 1982 foi publicado o diploma das carreiras médicas, decreto-lei n.º 310/82, que criou 3 carreiras: hospitalar, clínica geral e saúde pública. Como grande factor inovador, mesmo no plano internacional, há a registar a criação da carreira de clínica geral com a introdução dos médicos de família, o que possibilitou garantir, de forma permanente, a prestação de cuidados de saúde em todos os concelhos do país. No âmbito desta importante medida, os primeiros concursos de colocação dos jovens médicos privilegiaram os concelhos das zonas interiores.

Como será facilmente perceptível pela evolução verificada nos anos seguintes, a criação e a implementação das carreiras médicas constituiu um factor decisivo na salvaguarda e consolidação do S.N.S.. Simultaneamente, há a registar que as carreiras médicas constituíram um exemplo mobilizador de outros sectores de profissionais de saúde para exigirem a criação das suas respectivas carreiras.

Mas, no final de 1982, a ruptura da coligação governamental levou à demissão do Governo e à conseqüente convocação de novas eleições legislativas, que determinaram a formação de um novo governo de coligação entre o P.S. e o P.S.D., presidido pelo Dr. Mário Soares, que ficou conhecido pelo “Bloco Central”.

Pela primeira vez, no regime democrático, é criado o Ministério da Saúde, tendo como titular o Eng.º António Maldonado Gonelha, então dirigente do P.S..

Cedo se manifestaram claras contradições na intervenção política do Ministério da Saúde entre um ministro defensor do S.N.S. e os compromissos programáticos com o parceiro de coligação, cujos objectivos dominantes continuavam apostados na desarticulação dos serviços públicos de saúde.

Durante a primeira metade do seu mandato, o ministro Maldonado Gonelha delegou no seu chefe de gabinete, Dr. Miguel Andrade, as negociações com os sindicatos, o que se traduziu num factor de conflitualidade permanente. Como corolário desta situação, foi

apresentada uma proposta de mapa de vagas de acesso às especialidades médicas que excluía mais de metade dos cerca de 3.000 jovens médicos policlínicos. Deste modo, foram desencadeadas, por estes médicos, manifestações junto ao Ministério da Saúde e aos Governos Cívicos de Coimbra e do Porto e efectuadas 2 greves.

A substituição do chefe de gabinete pela nomeação da Dr.^a Maria Belém Roseira para este cargo e a intervenção directa do ministro Maldonado Gonelha permitiram solucionar este conflito, com a apresentação de um mapa de vagas adequado ao número de candidatos.

Durante o seu mandato, o ministro Maldonado Gonelha desencadeou e concretizou a colocação de vários milhares de jovens médicos em todo o país, privilegiando a carreira de clínica geral e as zonas interiores mais carenciadas, procedeu à reestruturação de vários serviços ministeriais centrais, iniciou a instalação de serviços de hemodiálise nos hospitais públicos e estabeleceu a estruturação dos internatos das especialidades nas carreiras médicas de clínica geral e saúde pública, de modo a garantir uma formação de qualidade a estes médicos. Manifestou também uma grande preocupação com o rápido crescimento das despesas em medicamentos, tendo apresentado a proposta de introdução da chamada “unidade”, de modo a combater o desperdício existente com o sobredimensionamento da generalidade das embalagens.

Um importante aspecto que impõe uma referência particular foi a criação da Direcção-Geral dos Cuidados Primários de Saúde, que constituiu uma medida pioneira a nível internacional na sequência da Conferência de Alma-Ata realizada pela OMS. Outra importante medida também adoptada foi a criação simultânea da Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos.

No último trimestre de 1985, a mudança de liderança do PSD, como resultado do seu congresso, levou à dissolução da coligação governamental e à convocação de novas eleições que determinaram a vitória deste partido e a formação de um governo minoritário, presidido pelo Prof. Cavaco Silva.

Foi empossada como ministra da saúde a Dr.^a Leonor Beleza, que desencadeou, de imediato, uma intensa campanha mediática contra os supostos privilégios dos médicos e sobre um alegado número excedentário destes profissionais no nosso país.

Em conformidade com esta campanha e retomando as anteriores perspectivas sobre a saúde que emanavam da linha política dominante no seu partido, a então ministra, Dr.^a Leonor Beleza, publicou um diploma sobre a eliminação do vínculo à Função Pública dos jovens médicos que concluíam com aproveitamento os respectivos internatos das especialidades, e outro que liquidava a gestão democrática dos hospitais e determinava a nomeação política directa das administrações destas unidades de saúde.

Com o primeiro diploma estava subjacente a criação de um número crescente de médicos especialistas excluídos dos serviços públicos de saúde que estivessem disponíveis para aceitar contratos com entidades privadas, viabilizando a sua rápida implementação e expansão. O segundo diploma visava a criação de um quadro legal de total subordinação política das administrações hospitalares ao Governo e a transformação destas unidades de saúde em “agências de emprego” para as clientelas partidárias.

Por iniciativa dos grupos parlamentares do P.S., do PCP e do P.R.D., estes diplomas foram chamados à ratificação pela Assembleia da República e chumbados pela votação maioritária dos deputados destes partidos, com a abstenção do C.D.S.. A discussão e votação destes pedidos de ratificação foram acompanhadas por largas centenas de jovens médicos que, de bata branca, encheram as galerias da Assembleia da República.

No final de 1986, fruto do enorme descontentamento da grande maioria dos médicos, as eleições para os corpos dirigentes da Ordem dos Médicos traduziram-se na clara derrota do então bastonário Dr. Gentil Martins e na eleição do Prof. Dr. Machado Macedo.

Em 1987, na sequência da aprovação pela Assembleia da República de uma moção de

censura apresentada pelo P.R.D. (Partido Renovador Democrático), o governo minoritário do P.S.D. foi demitido e convocadas novas eleições que se traduziram em nova vitória, agora com maioria absoluta, deste partido.

A Dr.^a Leonor Beleza foi reconduzida como ministra da saúde e foi nomeado como um dos seus secretários de estado o Eng.^o Costa Freire, vindo directamente da empresa P.A., pertencente à holding Lisnave, que tinha assegurado a administração e fornecimento de equipamentos ao novo Hospital S. Francisco de Xavier.

Desde logo, os anteriores diplomas chumbados na Assembleia da República foram retomados e rapidamente publicados. Com a publicação da nova lei de gestão hospitalar foram eliminadas todas as formas de consulta democrática, e até os cargos técnicos passaram a depender da nomeação ministerial.

Na primeira vaga das novas nomeações, assistiu-se a situações inacreditáveis, como comerciantes de facas, militares na reserva, professores primários reformados e a recém-licenciados de várias áreas a serem colocados em várias administrações hospitalares.

Estava instaurado, em pleno regime democrático, um sistema acabado de comissariado político, com as nomeações a obedecerem a exclusivos critérios de clientelismo partidário.

Mesmo a nível das questões puramente técnicas e científicas assistiu-se à implementação de escandalosos mecanismos de manipulação político-partidária, em que os directores-clínicos nomeados passaram a presidir aos júris de concursos públicos de provimento nas várias especialidades médicas hospitalares. Assim, um pediatra ou ortopedista presidia a júris para avaliar candidatos a concursos de cardiologia ou neurologia e, num caso extremo, um júri de um concurso para chefe de serviço (último grau da carreira) de cirurgia geral foi presidido por um médico assistente (primeiro grau).

No contexto desta ofensiva governamental, esta equipa ministerial publicou vários mapas anuais de vagas de acesso aos internatos das especialidades que excluíram mais de metade dos jovens médicos candidatos, com o claro objectivo de criar também um número crescente de médicos indiferenciados, como mão-de-obra barata, facilmente contratáveis em condições precárias por serviços públicos e privados.

Simultaneamente, divulgou em sua determinação e proceder à alteração integral do diploma das carreiras médicas (D.L. n.º 310/82) e iniciou o processo de encerramento de unidades de internamento existentes em vários centros de saúde.

Com o claro objectivo de proceder à destruição da carreira de clínica geral / medicina familiar e à abertura de um futuro processo privatizador dos centros de saúde, o então secretário de estado, Eng.^o Costa Freire, apresentou um projecto de contratos de convenções com grupos de médicos desta carreira.

A visão mercantilista da saúde atingiu um ponto alto, quando a ministra da saúde anunciou publicamente, em Janeiro de 1988, a destruição do Hospital Júlio de Matos. Algumas semanas depois, um jornal semanário (Expresso) publicou um extenso artigo sobre a alienação integral dos amplos terrenos em que se encontra esta unidade hospitalar, acompanhado de uma fotografia do projecto imobiliário que já se encontra definido para esse local, da autoria de um conhecido arquitecto.

De meados de 1988 a meados de 1989 assistiu-se a um clima de crescente agudização conflitual e à mais expressiva mobilização reivindicativa dos médicos, com a realização de várias greves, caracterizadas por uma adesão esmagadora, e de várias assembleias, em que a reunião médica nacional efectuada na Feira Internacional de Lisboa, a 20/05/88, que teve uma participação superior a 3.000 médicos, constituiu uma inquestionável demonstração do profundo descontentamento existente.

Na base desta ampla movimentação médica esteve a convergência e a capacidade de entendimento entre as organizações sindicais e a Ordem dos Médicos, tornadas possíveis com a eleição do Prof. Dr. Machado Macedo para bastonário e com o empenhamento

pessoal do Dr. Santana Maia e do Dr. Fernando Costa e Sousa, respectivamente presidentes da secção regional centro e secção regional sul da Ordem.

Em Julho de 1988, foi realizado o congresso constitutivo da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), englobando o Sindicato dos Médicos do Norte, Sindicato dos Médicos da Zona Centro e o Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

Em meados de 1989, foi efectuada uma profunda remodelação na equipa ministerial, com a substituição dos 2 secretários de estado e do chefe de gabinete da ministra. A nomeação do Dr. Albino Aroso para secretário de estado, conhecido pela sua forma de estar no desempenho de funções públicas, bem como a nomeação de um novo chefe de gabinete, Dr. Manuel Lemos, conduziram a uma substancial alteração no comportamento e perspectivas do Ministério da Saúde.

Nos últimos 4 meses de 1989, foi desenvolvido um intenso processo negocial com as 2 organizações sindicais médicas (FNAM e SIM), em torno da revisão do diploma das carreiras médicas e da definição do “Novo Sistema Retributivo” para este sector profissional, no âmbito da reforma salarial e das carreiras da Administração Pública.

Apesar das anteriores posições governamentais, o resultado final das negociações foi a criação de um novo diploma das carreiras médicas mais avançado e estruturado que o anterior, acompanhando as novas realidades e exigências do trabalho médico.

A negociação simultânea da revisão do sistema retributivo, conduzida pela então secretária de estado da modernização administrativa, Dr.^a Isabel Corte-Real, permitiu encontrar soluções globalmente positivas e revelou por parte deste membro do Governo uma atitude pessoal e política de assinalável transparência e capacidade de diálogo.

Entretanto, o Governo apresentou um projecto de “Lei de Bases da Saúde” visando a revogação da Lei do S.N.S. e a criação de alguns pressupostos legais tendentes a uma progressiva ascensão dominante do sector privado. Este projecto governamental foi justificado com a revisão constitucional efectuada nesse ano (1989), na sequência de um acordo entre o P.S.D. e o P.S., em que um dos artigos alterados foi o que se refere à saúde, deixando o S.N.S. de ser “geral, universal e gratuito” para passar a ser definido como “geral, universal e tendencialmente gratuito”. O desenvolvimento posterior da política de saúde rapidamente demonstrou que a introdução da expressão “tendencialmente gratuito” visava consagrar o princípio do “tendencialmente pago”.

Nos últimos dias do mês de Dezembro de 1989, o então primeiro-ministro Cavaco Silva procedeu a uma inesperada e surpreendente remodelação governamental que envolveu a demissão, entre outros, do vice primeiro-ministro, Eng.^o Eurico de Melo, e da ministra da saúde, Dr.^a Leonor Beleza.

Como novo ministro da saúde foi empossado Arlindo de Carvalho, que não possuía qualquer conhecimento do sector e cuja acção cedo se revelou em clara contradição com a sua antecessora e mais virada para uma perspectiva privatizadora. Esta perspectiva de aversão ao S.N.S. ficou bem expressa numa entrevista publicada pelo jornal “Público” (6/4/91), em que afirmou triunfante que “muito pouco vai restar do Serviço Nacional de Saúde”. Nesta entrevista, afirmou também que “a iniciativa privada avançará, de raiz, para a construção de unidades hospitalares, de unidades de saúde e de outras unidades, como unidades auxiliares de diagnóstico, etc.. Isto é o avanço do sector privado no domínio da saúde. A privada tem agora campo livre para poder vir a actuar, o que não acontecia antes”. A uma pergunta dos jornalistas sobre a privatização dos hospitais públicos, respondeu que “... não está prevista na Lei de Bases a privatização dos hospitais ou dos centros de saúde. O que está previsto é a gestão privada dos hospitais ou dos centros de saúde, o que é diferente...”. O conteúdo desta entrevista já era a expressão da aprovação, no ano anterior, pela Assembleia da República, onde o P.S.D. tinha a maioria absoluta, da “Lei de Bases da Saúde” (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Arlindo de Carvalho, logo nos primeiros meses da sua actividade, procurou apresentar-se como um interlocutor dialogante, nomeadamente junto da Ordem dos Médicos, mas os problemas começaram a acumular-se e as acções ministeriais primavam pela incapacidade de resposta.

Ao contrário do que era defendido pela sua antecessora, adoptou uma atitude de oposição ao regime de trabalho de dedicação exclusiva a nível dos profissionais de saúde e tomou a iniciativa de proceder à alteração do enquadramento legal dos internatos complementares, eliminando esse regime de trabalho nesta fase de formação intensiva dos jovens médicos para obterem as respectivas especialidades.

Aliás, é muito significativo que tenha atrasado mais de 2 meses a publicação do novo diploma das carreiras médicas (D.L. n.º 73/90), negociado e acordado a 23/12/89 com as 2 organizações sindicais médicas, certamente na expectativa de que algum “facto político” viesse a justificar a sua anulação. Mas, a firme exigência destas 2 organizações em ser integralmente respeitado o acordo negocial assinado com o Governo, acabou por impor a sua publicação em Diário da República.

A construção de novo Hospital de Almada desencadeou algumas movimentações de sectores económicos interessados na privatização da sua gestão, que contavam, à partida, com a concordância e o apoio do ministro. No entanto, a rápida e ampla contestação que se gerou a uma medida deste tipo a nível das populações e das Câmaras Municipais da área geográfica desta nova unidade hospitalar, acabou por impedir a sua concretização.

A nível da própria equipa ministerial era conhecida a opinião contrária do secretário de estado, Dr. Albino Aroso, que tinha sido reconduzido nestas funções pela remodelação governamental, mas que após cerca de um ano e meio apresentou a sua demissão.

Em Julho de 1992, foi divulgada pelo jornal “Público” (3/7/92) a medida em preparação pelo Ministério da Saúde para eliminar dos hospitais públicos as especialidades médicas de Imunohemoterapia, Neurorradiologia, Infecciologia e Cirurgia Maxilo-facial. Esta medida surgia inserida na perspectiva política geral de proceder a um gradual esvaziamento dos hospitais públicos e possibilitar o tal “campo livre” à privada.

Em Dezembro de 1992 realizaram-se as eleições para os corpos dirigentes da Ordem dos Médicos, tendo sido eleito bastonário, com uma ampla votação maioritária, o Dr. Santana Maia, bem como as listas regionais que o apoiavam. Estes resultados foram a expressão do profundo descontentamento existente a nível dos médicos pela política governamental em desenvolvimento no sector da saúde e da apatia reivindicativa que caracterizou a anterior direcção desta estrutura.

A 15/11/93, foi publicado o D.L. n.º 11/93 que definiu o “Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”. Tratou-se de um diploma decorrente da regulamentação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) e incluído da mesma lógica política, estando já prevista no seu articulado a entrega de serviços do SNS a entidades privadas (art.os 28.º e 29.º).

Em Abril desse ano, surgiu o caso dramático da hemodiálise do Hospital Distrital de Évora, responsável pela morte, em poucas semanas, de mais de 20 pessoas. A forma desastrosa como a equipa ministerial conduziu este processo e os argumentos a que recorreu para escamotear quaisquer eventuais responsabilidades políticas da sua tutela institucional, constituíram aspectos que determinaram, a prazo, o futuro da sua carreira político-partidária.

Sem quaisquer soluções credíveis para apresentar à opinião pública e profundamente desgastado na sua acção política, o ministro Arlindo de Carvalho cedeu à tentação da demagogia política e desencadeou, em Outubro de 1993, uma operação mediática em torno do destacamento compulsivo dos médicos especialistas mais jovens que ainda não tinham assegurado a sua colocação nos quadros hospitalares.

A extrema demagogia desta medida chegou ao ponto de enviar médicos para hospitais

distritais que não possuíam as respectivas especialidades. E a confirmar a ausência de qualquer objectivo de resolução dos problemas das populações o ministro Arlindo Carvalho apresentou, algum tempo depois, o mapa de vagas para a formação nas especialidades médicas (internatos complementares) em que mais de 70% dessas vagas eram nos hospitais centrais e cerca de metade dos candidatos não dispôs de vaga para a sua colocação.

Apesar de terem sido realizadas anteriormente 2 greves dos médicos em torno de diversos problemas sócio-profissionais, a agudização contínua da situação determinou a convocação conjunta, pelas 2 organizações sindicais médicas, de uma greve deste sector profissional para 2 e 3/12/93.

Logo no primeiro dia da greve, o primeiro-ministro demitiu o ministro Dr. Arlindo de Carvalho e nomeou como novo titular ministerial o Dr. Paulo Mendo.

Desde logo, o novo ministro da saúde assumiu publicamente diferentes perspectivas políticas sobre diversos problemas, nomeadamente a crítica frontal ao processo de destacamentos compulsivos dos médicos, considerando que era no âmbito do regime legal das carreiras médicas que teriam de se encontrar as soluções para o preenchimento das vagas hospitalares.

O facto do Dr. Paulo Mendo ter sido empossado como ministro já no final de um “ciclo político” dominado por uma maioria absoluta do Governo P.S.D., e desta maioria, bem como a sua política, se encontrarem em fase de profundo desgaste político e social, tornaram o seu mandato muito condicionado.

Em meados de 1994, publicou o diploma legal da “titulação única” que permitiu acabar com a existência de 2 títulos distintos de especialistas, um pelas carreiras médicas e outro pela Ordem dos Médicos, através de um título reconhecido por ambas entidades.

Este ministro apresentou um projecto relativo a “convenções com grupos de médicos” da carreira de clínica geral e um projecto de “alteração do estatuto jurídico dos hospitais” na perspectiva da chamada empresarialização. No entanto, a reduzida convicção com que procedeu à apresentação e defesa destes projectos demonstrou que os respectivos conteúdos não se enquadravam globalmente nas suas perspectivas de política de saúde, antes surgindo como resultado das posições dominantes no aparelho governamental de cedência aos lóbis privados que há vários anos vinham desenvolvendo intensas movimentações junto do Poder político.

Nos últimos meses do seu exercício ministerial, o Dr. Paulo Mendo publicou um decreto-lei relativo ao “Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera” (P.E.R.L.E.), constituindo o primeiro diploma legal que no nosso país abordava esta delicada questão.

Este programa, ao contrário das abordagens iniciais do ministro da saúde no sentido de esgotar prioritariamente a capacidade instalada nos hospitais públicos, privilegiava a entrega das listas de espera a entidades privadas.

Com uma reduzida antecedência relativamente às eleições legislativas de Outubro de 1995, foi desenvolvido o processo de entrega da gestão do novo Hospital Amadora/Sintra a um consórcio privado, apressadamente concluído já em pleno período eleitoral, tendo este processo sido conduzido directamente pelo então secretário de estado da saúde, Dr. José Lopes Martins.

Em Outubro de 1995, e tal como muitos analistas políticos tinham vaticinado, as eleições legislativas proporcionaram uma clara vitória do Partido Socialista. Com a constituição subsequente do novo Governo, tendo como primeiro-ministro o Eng.º António Guterres, foi empossada como ministra da saúde a Dr.^a Maria de Belém Roseira.

Apesar deste Governo não dispor de maioria absoluta, durante os 4 anos da legislatura foi elaborado um amplo e articulado conjunto de diplomas legais cujo objectivo fundamental visava a reestruturação do S.N.S.. Desde a criação do S.N.S., este foi o esforço mais notável

para preservar o direito constitucional à saúde e para dotar os serviços públicos de saúde de fórmulas organizativas mais dinâmicas, bem como de técnicas de gestão mais modernas.

Uma das primeiras propostas negociais apresentadas pela nova ministra da saúde foi a criação de uma consulta democrática para a nomeação posterior dos cargos de director clínico e enfermeiro director a nível dos hospitais públicos. Tratava-se de uma medida essencial que vinha ao encontro das continuadas exigências sindicais de salvaguardar a independência de cargos eminentemente técnicos e que evitaria a manipulação político-partidária das respectivas carreiras profissionais, como se vinha assistindo nos últimos 8 anos. Após diversas reuniões negociais entre a Ministra da Saúde e as organizações destes 2 sectores profissionais, foi publicado, a 13 de Agosto de 1996, o D.L. n.º 135/96. Este diploma estabeleceu a realização de eleições, a nível dos médicos de cada hospital, para o cargo de director clínico, o mesmo acontecendo a nível dos enfermeiros para o cargo de enfermeiro director. Cada candidato tinha de apresentar um programa de acção para um mandato de 3 anos e a sua equipa de adjuntos. Em função dos resultados verificados, o(a) ministro(a) da saúde podia nomear um dos dois candidatos mais votados. Enquanto este diploma esteve em vigor foi sempre nomeado o candidato mais votado.

O diploma dos “Centros de Saúde de 3.ª Geração” (D.L. n.º 157/99) visou conferir autonomia administrativa e financeira a estas unidades, aumentando o seu grau de responsabilidade e criando novos mecanismos organizativos internos, de modo a possibilitar uma resposta acrescida às solicitações dos cidadãos.

A criação do “regime remuneratório experimental para a carreira de clínica geral” (D.L. n.º 117/98) teve como objectivo central desenvolver uma nova abordagem de valorização salarial, em que, através de parâmetros objectivos e de uma nova modalidade de organização do trabalho médico em equipa, se procurou compensar os acréscimos qualitativos e quantitativos da produtividade laboral, sempre no respeito pelo enquadramento legal das carreiras médicas.

A nível dos hospitais, foi publicado o diploma dos “centros de responsabilidade integrados” (D.L. n.º 374/99) com o objectivo de proceder a uma adequada departamentação de serviços afins e de conferir também uma maior autonomia administrativa e financeira a estes centros. Para os vários sectores profissionais envolvidos em cada centro, estavam previstos acréscimos salariais em função de parâmetros de produtividade e de maior capacidade de resposta às necessidades assistenciais.

O diploma dos “Sistemas Locais de Saúde” (D.L. n.º 156/99) pretendia promover a articulação e a complementaridade dos serviços públicos e privados em áreas geográficas definidas, envolvendo directamente as autarquias nos seus órgãos de gestão. Deste modo, poder-se-ia rentabilizar melhor os recursos existentes e aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos cidadãos, nomeadamente nas áreas geográficas mais carenciadas.

A nível do exercício da medicina convencionada foram estabelecidas várias incompatibilidades com a acumulação do emprego nos serviços públicos de saúde (D.L. n.º 97/98), designadamente no que se referia à propriedade e funções de direcção das entidades convencionadas, de modo a evitar situações menos transparentes e de conflitos de interesses com os profissionais neste regime de acumulação.

O Despacho Normativo n.º 46/97 estabeleceu a criação das “Agências Regionais de Contratualização” na dependência das Administrações Regionais de Saúde (A.R.S.s), traduzindo-se numa nova dinâmica do funcionamento das principais unidades hospitalares, particularmente a nível da A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo, que foi a entidade onde esta estrutura teve maior desenvolvimento. No entanto, este diploma definia que um dos seus objectivos era proceder à “delimitação das funções prestadora e financiadora”.

Ora, este foi o princípio que determinou toda a política de integral privatização do sistema de saúde dos E.U.A. e foi, naturalmente, o que norteou a política privatizadora de M. Thatcher na Grã-Bretanha, que tem sido aprofundada pelo actual primeiro-ministro deste país, Tony Blair. Segundo este princípio, o Estado continua a pagar, mas entrega a prestação de cuidados de saúde a entidades privadas.

Apesar disso, o facto da contratualização constituir uma técnica de gestão e destas agências possuírem comissões de acompanhamento integradas, nomeadamente, por representantes autárquicos, de estruturas de utentes e de serviços de saúde, permitiu que o desenvolvimento desta medida se tivesse traduzido, ainda que temporariamente, numa gestão mais criteriosa dos recursos financeiros, assente em prioridades e nos chamados ganhos em saúde.

Quanto às listas de espera, e na sequência da sua colocação na “agenda política” por parte do anterior ministro, foi desenvolvido um trabalho profundo e intenso na definição das patologias abrangidas, por serviço e hospital, e das respectivas tabelas de preços, privilegiando a capacidade instalada dos hospitais públicos.

A rápida implementação da recuperação das listas de espera, designada “Programa Acesso” (D.L. n.º 285/99) possibilitou um substancial acréscimo das intervenções cirúrgicas. Importa referir, que esta recuperação também abrangia algumas técnicas complementares de diagnóstico onde se verificavam tempos de espera clinicamente inaceitáveis. Na grande maioria dos hospitais públicos verificou-se uma ampla adesão dos serviços cirúrgicos a este programa, com a consequente rentabilização alargada dos blocos operatórios.

Com o objectivo de proceder à sistematização dos principais problemas existentes no sector da saúde e de apresentar as correspondentes propostas de solução, foi nomeada, em Janeiro de 1996, uma comissão constituída por vários profissionais de saúde e presidida pelo Prof. Dr. Daniel Serrão. Esta comissão, com a designação de “Conselho de Reflexão sobre a Saúde”, concluiu o seu trabalho no início de 1999 e procedeu à divulgação do documento correspondente: “Recomendações para uma Reforma Estrutural”.

À semelhança do que já se tinha verificado durante a vigência de outros ministérios da saúde, os lóbis neoliberais procuraram desenvolver influências junto de várias instâncias ministeriais, sempre com o pretexto da “famosa” ineficácia da gestão pública.

É na sequência destas acções que, em minha opinião, é constituído, em Maio de 1996, um “Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital” por despacho ministerial (despacho n.º 169/96, de 28/5). Embora com uma composição heterogénea, onde as perspectivas dos seus elementos não coincidiam quanto às soluções a adoptar e quanto ao posicionamento face ao SNS, foi presidido pelo Prof. Dr. Vasco Reis, docente da Escola Nacional de Saúde Pública, claro defensor das teses neoliberais. Fruto da actividade deste grupo de trabalho, o Ministério da Saúde apresentou, em meados de 1997, um anteprojecto de decreto-lei sobre esta matéria.

Todo o seu conteúdo estava desenvolvido em torno da chamada “empresarialização” e da transformação dos hospitais em empresas públicas de direito privado, com a destruição das carreiras profissionais e o estabelecimento de contratos individuais de trabalho como norma de contratação laboral. Previamente a este anteprojecto ministerial, a referida comissão tinha apresentado um relatório onde, entre outras considerações polémicas, considerava os recursos humanos e as carreiras profissionais como os responsáveis pelo estado de funcionamento das unidades hospitalares.

Os grandes argumentos justificativos para a alteração do estatuto jurídico dos hospitais centravam-se no facto do estatuto em vigor durar desde 1968, na necessidade de desburocratizar o funcionamento destas unidades, de “agilizar a sua gestão” e de tornar mais célere a aquisição de materiais sem os entraves de múltiplos despachos e do visto

prévio do Tribunal de Contas.

A contestação desencadeada pelo anteprojecto a nível dos vários sectores de profissionais de saúde e a intensa discussão negocial estabelecida com a equipa ministerial determinou que fosse efectuada uma “experiência piloto” a nível de um hospital recém-construído: Hospital da Feira.

Esta experiência deveria ser objecto de acompanhamento e avaliação regular, com a participação de vários parceiros, como as organizações sindicais, comissões de utentes e autarquias, de modo a determinar com rigor se o modelo possibilitava atingir os objectivos que lhe eram atribuídos, antes de qualquer replicação. Nesse sentido, foi publicado o D.L. 151/98, em 5/6/98, que estabeleceu este modelo, com a consagração das comissões de acompanhamento e de avaliação, bem como a obrigatoriedade de, no prazo de 3 meses, desencadear os mecanismos legais da contratação colectiva dos respectivos profissionais de saúde. Importa referir, desde já, que estes requisitos nunca foram aplicados e que a administração desta unidade hospitalar nunca foi responsabilizada pela clara violação do diploma legal.

Em Setembro de 1998, foi desencadeada, pelo Sindicato Independente dos Médicos, uma denominada “greve self-service” cuja característica inédita consistiu na emissão de um pré-aviso de greve sem termo, possibilitando que os médicos interessados em aderir o fizessem nos dias que entendessem, sem nunca se saber qual o universo real dos potenciais aderentes e a duração da correspondente paralisação.

O Presidente da República, na base deste processo, fez algumas declarações públicas intrinsecamente críticas para a ministra da saúde onde apelou à solução do conflito. Logo no princípio de Janeiro de 1999 esta forma de luta foi desconvocada a pretexto de um novo apelo do Presidente da República. A Procuradoria-Geral da República emitiu, entretanto, um parecer que declarou ilegal esta forma de luta.

Em Outubro de 1998, a ministra da saúde realizou uma sessão pública em Lisboa para apresentar um programa global de dinamização e revitalização do S.N.S., com a designação “SNS – 21”. Este programa tinha como objectivo harmonizar e contextualizar os vários diplomas legais já publicados, com o estabelecimento de metas e objectivos bem hierarquizados.

Apesar das anteriores contradições entre as perspectivas de desenvolvimento do S.N.S. e as lógicas privatizadoras neoliberais, este programa “S.N.S. – 21” veio demonstrar que as primeiras tinham claramente prevalecido no seio da equipa ministerial.

No entanto, a nível do Governo e do próprio Partido Socialista esta contradição não foi resolvida, continuando a imperar, em certos sectores, uma opção óbvia pela política neoliberal a nível do sector da saúde, como se poderá verificar mais adiante.

Em meados de 1999, o Ministério da Saúde chegou a um acordo com a Ordem dos Médicos em torno de um diploma que definia o “acto médico”. Este diploma foi aprovado em Conselho de Ministros e enviado ao Presidente da República para promulgação. De imediato, foram desencadeadas diversas acções de contestação por parte de diversas estruturas que consideravam a definição do acto médico muito abrangente e invasiva das competências de outros profissionais de saúde. Estas pressões políticas, com apelos directos ao Presidente da República, culminaram na decisão presidencial de não promulgar este diploma governamental com o argumento de que o seu conteúdo não era consensual.

A escassas semanas do final da legislatura, o Governo aprovou o novo regime jurídico do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) que procedeu à sua transformação em empresa pública e instituiu o contrato individual de trabalho para o seu pessoal. Este regime foi consagrado posteriormente pelo D.L. n.º 495/99, de 18/11.

Em Outubro de 1999, realizaram-se novas eleições legislativas e o Partido Socialista

reforçou a sua votação e a sua representação parlamentar, ainda que sem atingir a maioria absoluta. Na constituição do novo governo, em que o então primeiro-ministro, Eng.º António Guterres, proclamou que a saúde seria a grande prioridade governativa, surgiu como ministra da saúde a Prof.ª Dr.ª Manuela Arcanjo, que já tinha desempenhado, durante 2 anos e meio, no anterior governo, as funções de secretária de estado do orçamento.

A equipa ministerial empossada possuía 2 secretários de estado: o secretário de estado dos recursos humanos, Arnaldo Silva, a quem caberiam as negociações com os parceiros sociais e que possuía um elevado conhecimento da Administração Pública, tendo desempenhado as funções de chefe de gabinete do anterior secretário de estado desta tutela; e o secretário de estado da saúde, José Miguel Boquinhas, médico nefrologista, ex-dirigente da Ordem dos Médicos e com um detalhado conhecimento da realidade dos serviços de saúde e dos problemas do sector.

Logo na apresentação do programa do Governo na Assembleia da República, as declarações da nova ministra tiveram algumas críticas implícitas à sua antecessora, deixando antever alterações substanciais na política ministerial a desenvolver.

Nas primeiras reuniões realizadas com algumas organizações sindicais de profissionais de saúde, a Prof.ª Manuela Arcanjo referiu expressamente a sua total discordância com alguns dos diplomas constantes do programa “S.N.S. - 21” e, por consequência, com o próprio programa do Governo que incorporava esse conjunto de medidas.

A 31/1/2000, o jornal “Diário Económico” publicou uma entrevista à ministra da saúde onde se tornou possível conhecer melhor o seu pensamento político para este sector.

No que se referia ao estatuto jurídico do Hospital da Feira afirmou que “...daquilo que me chega, ainda não é o estatuto jurídico desejado... tenho o hospital do Barlavento, o hospital da Cova da Beira que ainda não têm novos estatutos jurídicos. Mas não quero reproduzir o da Feira”.

À pergunta do jornalista “que pensa da privatização dos centros de saúde?”, a ministra afirmou que “em princípio não estou contra”. E a outra pergunta se “vai construir novos hospitais segundo o modelo de project finance?” respondeu que “há vários modelos dentro do project finance. Neste momento estou a pôr de parte a concessão da gestão. O que me interessa é um modelo mais amplo. Prefiro tentar fazer parcerias em project finance na sua globalidade, ou mais adaptado àquilo que forem as minhas preocupações...”.

Entretanto, a ministra da saúde manifestou, em diversas declarações públicas, que a sua preocupação central era a contenção do défice orçamental no sector da saúde, afirmando, inclusivamente, que se demitiria se não atingisse este objectivo. Durante uma reunião com a Comissão Parlamentar de Economia, a ministra frisou que se os compromissos do Orçamento de Estado para 2000 não fossem cumpridos “os deputados terão toda a legitimidade para exigir ao primeiro-ministro a sua substituição” (Diário de Notícias, 11/2/2000).

No início de 2000, o secretário de estado dos recursos humanos da saúde, Arnaldo Silva, desencadeou reuniões negociais com as organizações sindicais tendo em vista proceder à regulamentação prática do D.L. n.º 53-A/96, relativo ao subsídio de risco, penosidade e insalubridade na Administração Pública. Embora esta matéria já tivesse sido objecto de 2 reuniões com a anterior equipa ministerial, o secretário de estado colocava particular importância na respectiva regularização legal a nível dos profissionais de saúde, tendo apresentado um anteprojecto de decreto-lei. Este anteprojecto, que ainda foi objecto de várias reuniões, deixou de estar presente na agenda política e negocial do Ministério da Saúde com a posterior demissão deste secretário de estado.

O jornal “Euronotícias”, na sua edição de 14/7/2000, publicou um artigo intitulado

“Revolução em curso” que se baseava num projecto ministerial de alteração do estatuto jurídico dos hospitais que tinha chegado ao seu conhecimento. De acordo com esta notícia, a ministra da saúde iria apresentar este diploma em Conselho de Ministros no início do mês seguinte. Os seus objectivos fundamentais seriam, segundo este artigo, a reforma total da estrutura de organização interna dos hospitais, agilização da política de contratação e gestão dos recursos humanos na base do contrato individual de trabalho, flexibilização dos critérios para aquisição de bens e serviços, e remuneração dos profissionais em função da produtividade. No essencial, tratava-se de retomar anteriores projectos de transformar os hospitais públicos em “empresas de direito privado”.

Nesse mês de Julho, o Ministério da Saúde apresentou um projecto de decreto-lei sobre o estatuto jurídico do Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão) que constituía uma cópia integral do estatuto jurídico do Hospital da Feira.

No dia 4/9/2000, o secretário de estado Arnaldo Silva realizou, durante todo o dia, reuniões sucessivas com as várias organizações sindicais dos profissionais de saúde para iniciar o correspondente processo negocial.

Tendo em conta que o preambulo deste projecto afirmava que “a atribuição do novo estatuto a este hospital foi proposta pela comissão instaladora e antecedida de cuidadoso estudo prévio de avaliação, que concluiu pela utilização dos novos meios de gestão, a fim de propiciar aumento de eficiência com redução de custos unitários das prestações de cuidados de saúde”, várias organizações sindicais (FNAM, Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses) solicitaram a entrega do tal estudo, de modo a possibilitar uma negociação mais célere e transparente.

Em qualquer das reuniões em que este estudo foi solicitado, o secretário de estado Arnaldo Silva foi directo e frontal ao afirmar que não conhecia tal estudo e que não sabia sequer da sua existência. Simultaneamente, considerou esta questão pouco relevante, tendo em conta que o projecto tinha sido enviado às organizações sindicais ao abrigo do artigo 6º da Lei nº 23/98, o que impunha um processo negocial formal no decurso do qual todas as questões polémicas seriam analisadas adequadamente.

No final desse mês de Setembro, este secretário de estado foi demitido e substituído pelo Eng.º Nelson Baltazar, deputado e ex-presidente da Associação dos Engenheiros Técnicos Hospitalares.

Em Novembro de 2000, a ministra da saúde apresentou novamente o mesmo projecto, mas agora ao abrigo do artigo 10º da Lei nº 23/98, o que determinava a mera audição das organizações sindicais. Embora o conteúdo do projecto estivesse claramente abrangido pelo já citado artigo 6.º, dado que estabelecia alterações profundas nos regimes de trabalho, relação de emprego, regime de recrutamento e selecção, carreiras profissionais e respectivas escalas salariais, verificou-se uma clara determinação política da ministra em impor este estatuto, mesmo violando a referida lei e estando em total contradição com as suas anteriores declarações ao “Diário Económico”. Em 27/2/2001, foi publicado o D.L. n.º 76/2001 que estabeleceu o novo regime jurídico deste hospital.

A política do medicamento, com incentivos ao desenvolvimento dos genéricos, foi apresentada, em Abril de 2000, por esta ministra, com uma das suas prioridades. Em 1 de Setembro, foram publicados o D.L. nº 206/2000 sobre a dispensa de medicamentos pelas farmácias hospitalares e o D.L. nº 205/2000 sobre a alteração da comparticipação do Estado no custo dos medicamentos nos escalões B, C e D. Posteriormente, foi publicado o D.L. nº 240/2000 visando privilegiar a dispensa de medicamentos genéricos em detrimento das “cópias”.

Nesse mesmo mês de Abril, a ministra da saúde divulgou publicamente a apresentação de um projecto de decreto-lei visando criar incentivos para a fixação de médicos nas zonas

interiores do país. Apesar de se verificarem múltiplas insuficiências no seu conteúdo, este projecto poderia constituir um factor positivo na concretização deste objectivo. Só que, nunca foi objecto de negociação formal e não passou de um mero projecto.

No final do ano 2000, agudizou-se a polémica em torno do programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas e do aumento do défice orçamental na saúde, com a existência de diversos episódios de grande tensão e crispação no relacionamento entre a ministra da saúde e parte dos deputados da Comissão Parlamentar da Saúde.

No início de Fevereiro de 2001, a ministra da saúde apresentou um projecto de decreto-lei com o objectivo de dividir o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde em 2 novos organismos: o Instituto de Gestão Financeira da Saúde (I.G.F.S.) e o Instituto para as Redes de Informação da Saúde (I.R.I.S.).

De acordo com este projecto, os 2 institutos passavam para o regime jurídico das "entidades públicas empresariais", podiam associar-se com outras entidades do sector público, privado e cooperativo mediante a constituição de associações ou outro tipo de pessoa colectiva, e o respectivo pessoal estaria submetido aos contratos individuais de trabalho.

Apesar das críticas e denúncias de várias organizações sindicais sobre as graves implicações deste projecto, nomeadamente a inclusão de entidades privadas na gestão de um instituto (I.G.F.S.) cuja missão era o financiamento e avaliação da gestão económico-financeira de todos os serviços integrados no S.N.S., e de, por via do contrato individual de trabalho, proceder à destruição das carreiras profissionais, a ministra da saúde procedeu à sua publicação, em 26/6/2001, através do D.L. nº 194/2001.

Também no relacionamento da ministra da saúde com grande parte das organizações sindicais dos profissionais de saúde aumentaram rapidamente as situações de conflito, que determinaram a realização, a 22/2/2001, de uma conferência de imprensa conjunta da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), da Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública, do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde e do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), em que foram denunciadas várias medidas em desenvolvimento.

Na semana anterior à realização desta conferência de imprensa, tinha surgido uma polémica de amplas repercussões na comunicação social entre a ministra da saúde e o director clínico do Hospital de Santarém, Dr. Filipe Rosas.

Na sequência do facto desta unidade hospitalar ter sido a que melhores resultados obteve na concretização do programa de recuperação das listas de espera, a ministra da saúde realizou nas suas instalações uma conferência de imprensa, tendo o referido director clínico, eleito pelos médicos, recusado estar presente por "não querer pactuar em acções de propaganda". Reagindo a esta atitude, a ministra da saúde afirmou que este médico se deveria demitir imediatamente do cargo, o que suscitou uma enérgica acção de solidariedade de várias organizações sindicais do sector da saúde para com o Dr. Filipe Rosas, que recusou ceder às pretensões ministeriais. A única excepção a esta acção de solidariedade foi o bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Germano de Sousa, que afirmou: "Pessoalmente, devo dizer que se tivesse feito aquelas críticas e se não concordasse com a política do Ministério, ter-me-ia demitido. Um director clínico de um hospital é um alto funcionário do Ministério da Saúde" (Público 23/02/2001). A 24/02/2001, o Diário de Notícias publicou uma notícia com o título "Arcanjo mantém director clínico", em que um elemento do gabinete de assessoria da ministra afirmou que a polémica "está sanada", tendo em conta que todos os membros do conselho de administração do Hospital de Santarém tinham respondido individualmente a uma carta enviada pela ministra em que se comprometeram a cumprir o programa do Governo.

Esta nova ofensiva do Poder político contra a prévia consulta democrática relativa aos

directores clínicos, que já se encontrava presente no anunciado projecto de alteração do estatuto jurídico dos hospitais, conheceu uma inequívoca declaração formal numa entrevista da ministra da saúde ao jornal "Diário de Notícias", na sua edição de 18/04/2001. A uma pergunta da jornalista se "os directores clínicos e os enfermeiros directores deveriam ser nomeados", a ministra respondeu que "podem ser eleitos, não podem é fazer parte do conselho de administração. A maior parte destes directores transporta para os conselhos dos grandes hospitais os seus interesses sindicais e partidários. Esses senhores não administram em função da saúde dos portugueses, mas por razões políticas e sindicais. A saúde é o sector mais politizado e partidarizado da sociedade portuguesa. Tudo serve para exercer o poder sindical, mesmo à custa de paralisar as instituições".

Entretanto, a O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) divulgou, no início do ano de 2001, o seu relatório mundial relativo aos sistemas de saúde, em que Portugal surgiu em 12º lugar quanto aos índices de desempenho neste sector.

Com o recrudescimento da polémica em torno da recuperação das listas de espera a nível da Comissão Parlamentar da Saúde, devido a contradições detectadas nos diversos números fornecidos pela ministra da saúde, o Grupo Parlamentar do PCP realizou uma conferência de imprensa, a 02/04/2001, em que anunciou que iria contactar directamente os hospitais públicos envolvidos no "Programa de Promoção do Acesso", afim de conhecer com rigor o seu desenvolvimento.

Nesse mesmo dia, o PSD realizou, na Universidade Católica, em Lisboa, uma conferência designada "Novos Caminhos para a Saúde em Portugal", em que o seu presidente, Dr. Durão Barroso, afirmou que "o que se passou recentemente com a Sra. Ministra da Saúde, que apresentou publicamente resultados que se verificou serem falsos no que diz respeito ao desempenho relativamente ao chamado Programa de Promoção de Acesso, relativo às listas de espera, é inaceitável. Em qualquer país civilizado, com cultura democrática consolidada esta Ministra já não seria Ministra" (Tempo de Medicina, 09/04/2001).

A 21/04/2001, o Conselho Nacional da FNAME tomou a decisão de convocar uma greve nacional dos médicos para os dias 11, 12 e 13 de Junho, como consequência da grave deterioração da situação existente e em torno de um conjunto de reivindicações.

A 18/05/2001, a Ministra da Saúde apresentou publicamente um "projecto de Lei de Bases de Saúde" que veio agudizar ainda mais a conflitualidade com os vários sectores de profissionais da saúde. Neste projecto, que segundo rumores então existentes teria sido, em grande medida, elaborado por um conhecido constitucionalista, era estabelecida a total separação entre a função prestadora e a função financiadora, todos os profissionais de saúde ficavam abrangidos pelos contratos individuais de trabalho, era-lhes imposta a exclusividade de funções sem a correspondente remuneração, e consagrava o princípio de criar um novo estatuto jurídico para todas as unidades de saúde do S.N.S. (hospitais e centros de saúde). Uma questão muito elucidativa contida neste projecto era a possibilidade de "encerramento e liquidação" dos serviços que não dessem lucro.

A nível das várias organizações dos profissionais de saúde, somente o bastonário da Ordem dos Médicos veio publicamente transmitir o seu apoio a este projecto afirmando que se tratava de um documento positivo que proporcionava "saltos qualitativos importantes", destacando "a separação entre prestador e financiador de cuidados de saúde, a adopção de uma gestão mais eficaz nas unidades de saúde ... e o reforço da actividade privada" (Cidade Médica Virtual, 18/05/2001).

Entretanto, aumentaram progressivamente os indícios da inevitabilidade da apresentação de um orçamento rectificativo para a saúde, tendo em conta, sobretudo, o crescimento das despesas com os medicamentos.

A greve dos médicos, a 11, 12 e 13 de Junho, convocada pela FNAME, teve um considerável

impacto pelos níveis de adesão verificados, havendo a registar o facto de no segundo dia de greve ter sido publicado um artigo de opinião do Presidente da República onde eram expressas múltiplas preocupações de carácter geral sobre o sistema de saúde do nosso país (Diário de Notícias, 12/06/2001).

A 21/06/2001, o Conselho de Ministros decidiu apresentar uma proposta de "orçamento rectificativo". Neste mesmo dia, vários órgãos de comunicação social referiram o eventual pedido de demissão apresentado pela ministra da saúde ao primeiro-ministro, tendo o assessor de imprensa deste ministério desmentido tal facto.

No final do mês, enquanto a ministra da saúde estava no plenário da Assembleia da República a discutir o "orçamento rectificativo", foi anunciada publicamente uma remodelação governamental que incluiu a nomeação de um novo ministro da saúde, Prof. Dr. Correia de Campos. Após a realização deste debate, a já ex-ministra da saúde declarou aos jornalistas que há algum tempo tinha apresentado a sua demissão e que somente tinha continuado no cargo por pedido expresso do primeiro-ministro.

Importa referir, que a nível da acção do secretário de estado da saúde, Dr. José Miguel Boquinhas, para além de uma importante intervenção na área dos medicamentos, foram desenvolvidas a "via verde coronária" e a "via verde dos a.v.c.", e apresentado um projecto de rede nacional de urgências em estreita articulação com o INEM, bem como iniciativas para a implementação de várias "redes de referenciação hospitalar".

Quanto ao secretário de estado dos recursos humanos, Eng.º Nelson Baltazar, foi visível o seu empenhamento num clima de negociação transparente que permitiu solucionar, a nível dos médicos, algumas questões importantes como a regulamentação do pagamento do trabalho extraordinário dos médicos prestado no serviço de urgência (D.L. n.º 92/2001) e o pagamento faseado da dívida do subsídio de fixação aos médicos de família (Portaria n.º 646-A/2001).

A nomeação do Prof. Dr. Correia de Campos constituiu a confirmação prática de que se iria entrar numa nova fase da política de saúde. Ainda antes de tomar posse, escreveu um artigo de opinião no jornal "Público" (01/07/2001) com o título surpreendente de "carta a um amigo que foi para o Governo", e que assinava como "Presidente do INA, proposto para ministro da saúde". Este seria o primeiro de múltiplos artigos de opinião publicados em alguns jornais durante o seu curto mandato ministerial.

A 8/07/2001, o jornal "Diário de Notícias" publicou os resultados de uma sondagem efectuada em parceria com a empresa Marktest sobre a gestão dos hospitais. De acordo com os resultados obtidos, 57,4% dos inquiridos disseram sim à gestão pública, enquanto 24,7% optavam pela gestão privada (15,5% não manifestaram opinião e 2,4% não responderam).

O semanário "Independente", na sua edição de 13/07/2001, publicou uma notícia com o título "Novo ministro encosta médicos à parede" onde eram reproduzidas afirmações do ministro relativamente à futura implementação dos chamados "orçamentos clínicos" a nível das unidades de saúde.

Uma semana depois, o "Diário de Notícias" (20/07/2001) divulgou a decisão do ministro da saúde em anular o decreto-lei que dividia o Instituto de Gestão Informática e Financeira em dois organismos (D.L. n.º 194/2001), aprovado pela sua antecessora.

O jornal "Público", no dia seguinte (21/07/2001), transmitiu algumas afirmações proferidas pelo ministro da saúde num debate realizado no Museu República e Resistência, em Lisboa. Tendo começado por elogiar o SNS como "grande igualizador social", considerou depois que, para evitar os sucessivos défices do SNS, "... se dê um safanão a isto, que se rompa este igualitarismo forçado que é um colete de forças". Outro aspecto referido na notícia foi a questão da gestão privada, em que o ministro afirmou "quero tentar a quadratura do círculo... quero experiências inovadoras de gestão. Quero

abrir a gestão ao sector privado – o que é diferente de privatizar... quero tornar os hospitais geríveis, temos de lhes dar flexibilidade, ter contratos individuais de trabalho para pagar mais a quem mais faz”, mas sublinhando sempre que “o S.N.S. não vai ser privatizado”.

Sobre este debate, a revista “Visão” (26/7/2001) referia outras afirmações ministeriais como “para quê estar a inventar partis-pris ideológicos contra a gestão privada?” e que o Hospital Amadora-Sintra, em relação ao Hospital Garcia de Orta, tratara os mesmos doentes com menos 30% de custos.

A 26/7/2001, o jornal “Público” divulgou uma extensa entrevista efectuada a este ministro, onde foram abordadas múltiplas questões decorrentes do funcionamento dos serviços de saúde e das novas perspectivas ministeriais para a sua solução. No entanto, algumas afirmações merecem referência, tendo em conta a posterior evolução da política de saúde. A uma pergunta dos jornalistas se ia precisar de novas leis, respondeu que “preciso de decretos-lei novos para empresarializar cada um dos hospitais, para fazer as parcerias público/privado, preciso de uma portaria nova para a concessão de mais administrações ao sector privado”. Quando lhe foi perguntado como iria mudar alguma cultura existente nos hospitais, respondeu que “com o sistema da empresarialização dos hospitais esse problema deixa de ser o coração do problema. O coração do problema passa a ser a eficiência, deixa de ser o estatuto. Andamos aqui à volta do estatuto, à volta do médico, do enfermeiro, das carreiras, etc., e eu quero é andar à volta do doente...”.

No desenvolvimento da entrevista abordou, de novo, a questão dos “orçamentos clínicos”, dando um bom contributo para alguns leitores perceberem melhor aquilo que estava em causa com este chavão. À pergunta sobre o seu funcionamento respondeu que “é dar conhecimento a cada clínico, em função da sua especialidade, da carteira de doentes, do seu local de prática, uma noção do montante que ele não deve ultrapassar na prescrição de medicamentos e periodicamente informá-lo do seu desempenho financeiro”. E, perguntaram os jornalistas, “se ele ultrapassar o limite, o que acontecerá?": “Em primeiro lugar tentaremos todos os mecanismos de informação, a tempo de prevenir a derrapagem. Se porventura o médico, sem razão, faz ouvidos de mercador a todas as recomendações, e sem qualquer razão se desviou dos valores tendenciais naquelas variáveis, então estamos perante uma pessoa que não merece crédito de poder prescrever medicamentos pagos pelos cidadãos portugueses”.

“Qual a consequência disso?”, insistiram:

“Pode ter todas as consequências, nomeadamente a suspensão do direito de prescrição”.

Numa actividade frenética a nível da comunicação social, como nunca tinha acontecido com os anteriores ministros de saúde, volta a dar uma extensa entrevista ao “Diário de Notícias”, a 16/8/2001, onde afirmou, nomeadamente, que: “mudo a lei da gestão hospitalar”; “vou empresarializar ao máximo os hospitais”; “...o sistema de hoje está capturado profissionalmente. As profissões todas não deixaram aumentar a produtividade.”; “... 70 por cento da população dizem-se insatisfeitos, com os serviços de saúde. É a percentagem mais elevada da União Europeia”; “se empresializarmos os hospitais, eles passam a ser mais responsáveis”; “a competição gerida permite a um gestor de cuidados primários comprar os serviços hospitalares onde lhe seja mais conveniente”. Mas importa destacar, nesta entrevista, pelo seu elucidativo conteúdo, a sua resposta à pergunta da jornalista se “não receia que as cooperativas (médicas) acabem como nos EUA, vendidas a laboratórios ou seguradoras?": “Não acho que isso traga mal algum ao mundo”.

Esta entrevista tinha como título “Não sei o que se passa nos hospitais” e à pergunta da jornalista se “conhece a fundo os hospitais e centros de saúde?” deu a surpreendente

resposta: “Não. Se conhecesse, não era ministro da Saúde. O ministro não tem tempo para isso...”.

Em Setembro de 2001, a pretexto da realização de 2 congressos médicos em Santiago do Chile e na Índia, respectivamente no final de Outubro e no princípio de Novembro, o ministro da saúde desencadeou uma activa produção de declarações públicas em que considerou serem iniciativas com “elevado interesse turístico” e sem nenhum interesse para os serviços, tendo determinado a proibição da presença de médicos no âmbito da comissão gratuita de serviço, sob pena de aplicação de processos disciplinares.

Numa reunião com a Comissão Parlamentar da Saúde e Toxicodependência, a 11/9/2001, este membro do Governo considerou que a atitude destes profissionais era “uma vergonha nacional” e “desprestigia Portugal” (Correio da Manhã, 27/9/2001).

Apesar da legislação estabelecer a existência de 15 dias por ano para a participação dos médicos em iniciativas científicas integradas na formação médica contínua, verificava-se grande arbitrariedade na sua concessão por parte dos órgãos de gestão dos hospitais e A.R.S.s. No entanto, nada justificava tão grande aparato verbal do ministro, a não ser a criação de um pretexto político para desencadear uma campanha de descredibilização dos médicos junto da opinião pública, de modo a introduzir factores de fragilidade reivindicativa face a medidas gravosas, em preparação, há muito inseridas na sua “agenda” e pensamento políticos. Bastava um simples despacho ministerial às suas administrações dos serviços de saúde, responsabilizando-as pela aplicação de critérios transparentes e fundamentados nas suas decisões sobre esta matéria, para esta questão ter sido solucionada.

Aliás, a importância efectiva deste assunto para o ministro ficou bem patente no facto de somente em 14 de Janeiro de 2002 ter sido publicado o respectivo despacho (despacho n.º 867/2002). No essencial, a única alteração relativamente aos anteriores despachos era a centralização dos pedidos de participação em congressos ou outras iniciativas científicas a nível da Direcção-Geral da Saúde.

Outra questão tornada polémica pela actuação do ministro da saúde foi a aplicação do D.L. n.º 92/2001, relativo ao pagamento do trabalho extraordinário prestado em serviço de urgência, negociado e publicado pela sua antecessora. Mais uma vez, recorre a um artigo de opinião no semanário “Expresso” (1/9/2001) para contestar aspectos deste diploma com o argumento da defesa do “interesse público”. E sobre esta matéria torna a utilizar outro artigo de opinião no mesmo semanário “Expresso”, (27/10/2001) para justificar a decisão de alterar a aplicação prática do referido diploma.

Em 28/11/2001, foi publicado um despacho (n.º 24236/2001) que estabeleceu um novo e muito amplo conjunto de critérios para a aplicação do decreto-lei que, na prática, o inviabilizava. Inclusivamente, tratou-se de um procedimento ilegal, dado que um despacho não se pode sobrepôr a um decreto-lei que já era, ele próprio, regulamentador deste tipo de pagamento, previamente consagrado no D.L. n.º 419/99.

No princípio de Outubro de 2001, começou a materializar-se a ofensiva política do ministro da saúde com a apresentação de um projecto relativo ao estatuto jurídico do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa e de um projecto de eliminação da eleição dos directores clínicos e enfermeiros directores.

Relativamente ao projecto do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa tratou-se de aplicar uma nova modalidade jurídica designada de “E.P.E.” (entidade pública empresarial), cujo objectivo fundamental se centrou na empresarialização desta unidade hospitalar, com a liquidação da eleição dos cargos técnicos e das carreiras profissionais, a aplicação dos contratos individuais de trabalho, a possibilidade de contrair empréstimos e a concessão de serviços a empresas privadas. Embora o conteúdo deste projecto se inserisse claramente nas disposições da Lei n.º 23/98 que obrigam à negociação, o Ministro da Saúde limitou-se

a enviá-lo aos parceiros sociais.

Quanto ao projecto de eliminação da eleição dos directores clínicos e enfermeiros directores, importa referir que a sua apresentação foi precedida de diversas afirmações públicas do ministro da saúde em que considerou que estas eleições “geram mecanismos de caciquismo”.

A extrema gravidade destas afirmações mostra bem um conceito que, inevitavelmente, é susceptível de se estender a todos os cidadãos que estão no desempenho de funções institucionais na sequência do voto democrático. E seguindo esta linha de raciocínio, os próprios órgãos de soberania e órgãos autárquicos estariam inseridos nestes “mecanismos de caciquismo”. Para melhor avaliar a coerência política desta medida, importa referir que o Prof. Dr. Correia de Campos, alguns meses antes das eleições legislativas de 1995 e quando o Partido Socialista ainda estava na oposição, foi um fervoroso defensor da eleição dos directores clínicos. A apresentação deste projecto significou o retorno escandaloso ao comissariado político, com a manipulação político-partidária dos cargos técnicos.

Durante esse mês de Setembro, surgiram declarações públicas da “porta-voz da saúde” do P.S.D., Dr.^a Clara Carneiro, em que considerava que a política do Prof. Dr. Correia de Campos era a do P.S.D.. Aliás, esta questão foi colocada pelos jornalistas numa entrevista deste ministro ao jornal “Expresso”, publicada a 5/10/2001, com o título de “Às vezes é preciso partir cadeiras”.

Em 15/10/2001, o jornal “Público” divulgou uma extensa entrevista da ex-ministra da saúde, Prof.^a Dr.^a Manuela Arcanjo, com o título “Eu disse não demasiadas vezes”, onde considerou que “há vários PS” e que “na área da saúde há os que, como eu, defendem o programa socialista da saúde e os que apoiam e acham muito bem a privatização da saúde”.

Na sequência das declarações do ministro da saúde, anteriormente referidas, de que iria empresarializar ao máximo os hospitais, o secretário de estado do orçamento, Dr. Rui Coimbra, afirmou ao jornal “Expresso” (20/10/2001) que a empresarialização “será uma reforma estruturante da saúde, onde o que está em causa não é a privatização”.

Na semana seguinte, um colaborador deste jornal, Francisco Ferreira da Silva, assinou um artigo com o título “Desorçamentar na Saúde” onde afirmou que “o que está em causa é, apenas, uma manobra de criatividade contabilística para conseguir retirar o défice da saúde das contas públicas”.

No I Fórum da Indústria Farmacêutica, realizado a 15 e 16 de Novembro, no Centro de Congressos de Lisboa, o Prof. Dr. Manuel Villaverde Cabral apresentou um estudo intitulado “O S.N.S. do ponto de vista dos doentes”. Este estudo, que tinha sido concluído recentemente e coordenado por este docente, envolveu 2500 inquiridos, correspondendo ao perfil da população adulta portuguesa, tendo sido publicado alguns meses depois.

Nesse mês de Novembro, surgiu a divulgação pública de um relatório interno do Conselho de Administração da A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo sobre a aplicação do contrato de concessão da gestão do Hospital Amadora-Sintra ao consórcio privado liderado pelo Grupo Mello. De acordo com este relatório, teriam existido pagamentos indevidos do Estado a este consórcio no montante de 75,6 milhões de euros.

Na sequência desta divulgação pública, o ministro da saúde, em declarações à comunicação social, procurou desvalorizar este relatório, tendo considerado que não se justificava o recurso ao Ministério Público. Na semana seguinte, face ao impacto político e informativo desta situação, o ministro convocou uma conferência de imprensa para divulgar vários documentos e informar que tinha solicitado a intervenção de várias entidades oficiais no apuramento dos factos. O conselho de administração da A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo apresentou a sua demissão.

A 16/11/2003, foi publicada, em Diário da República, a resolução do Conselho de

Ministros nº 162/2001, que criou a estrutura de missão “Parcerias Saúde”, na dependência directa do ministro da saúde, com o objectivo de conceber, formular e implementar a abordagem das parcerias público-privadas no contexto do sector da saúde.

Em Dezembro, realizaram-se as eleições autárquicas cujos resultados foram claramente desfavoráveis ao P.S. e determinaram a decisão pessoal e política do primeiro-ministro em apresentar a demissão do Governo. Esta demissão determinou a convocação de novas eleições legislativas para o mês de Março do ano seguinte (2002), mantendo-se o Governo em funções de gestão.

Ora, foi neste período de meras funções de gestão que o ministro da saúde publicou o D.L. nº 39/2002 (26/2) que determinou a eliminação das eleições para os cargos de director clínico e enfermeiro director, o Despacho Normativo nº 11/2002 (6/3) que estabeleceu uma reorganização do serviço de urgência, e um diploma, adoptado como Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002 (7/3), definindo a criação do modelo “Entidade Pública Empresarial” (E.P.E.) para as várias unidades de saúde.

Tendo em conta as profundas limitações legais das funções de gestão, o jornal “Público”, de 8/11/2002, referiu, numa notícia com o título “Reformas da Saúde estão em risco”, que “as decisões mais polémicas do ministro da saúde, Correia de Campos, correm o risco de nunca ver a luz do dia... Cabe agora ao Presidente da República avaliar que diplomas podem ser aprovados por um governo de gestão corrente”.

Nesta notícia também foi referida uma importante questão, cerca de 2 anos e meio mais tarde envolvida em grande polémica: “Outras controversas intenções de Correia de Campos - como a diferenciação das comparticipações de medicamentos e do pagamento da taxa moderadora do SNS de acordo com o escalão do IRS, ainda em estudo - não deverão também chegar à forma de diploma”.

No site deste jornal, a 15/01/2002, foram reproduzidas declarações do constitucionalista Prof. Dr. Jorge Miranda, com o título “Constitucionalista contra alteração de nomeação de directores clínicos”, onde referia que “ «um Governo de gestão, como o nome indica, é um Governo para despachar assuntos correntes. É um Governo que não deve tomar medidas ou adoptar providências que representem uma inovação, ou uma inovação fundamental relativamente àquilo que é a prática ou àquilo que é a norma legislativa» ... Jorge Miranda postula assim que «o Governo não tem poder para alterar o sistema de designação dos directores clínicos dos hospitais»”.

Ao tomar conhecimento pela comunicação social de que vários diplomas teriam sido enviados ao Presidente da República para promulgação, a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) endereçou, a 9/1/2002, uma carta a este órgão de soberania onde denunciava ter sido, mais uma vez, violada a Lei nº 23/98 e apelava à sua não promulgação.

Em Março de 2002, realizaram-se eleições legislativas antecipadas que foram ganhas, por maioria relativa, pelo P.S.D., que estabeleceu posteriormente um acordo com o C.D.S./P.P., de modo a constituir um governo de coligação com maioria absoluta a nível da Assembleia da República.

A 28/03/2002, já depois da realização das eleições legislativas, o jornal “Independente” publicou uma entrevista com o director-geral da saúde, Prof. Dr. Pereira Miguel, com o título “Correia de Campos devia continuar”. À pergunta do jornalista se pensava “que Correia de Campos devia continuar como ministro”, a resposta foi a seguinte: “Penso, e não tenho problemas em admiti-lo. Neste momento, considero que o maior interesse para o País seria que o Prof. Correia de Campos continuasse à frente do Ministério da Saúde. Seria algo de revolucionário, mas, sem prejuízo de haver muitas outras pessoas válidas, era do que o País precisava”.

A divulgação da composição do Governo permitiu verificar que o futuro ministro da

saúde era um cidadão que transitava directamente de uma empresa do Grupo Mello.

O Dr. Luís Filipe Pereira já tinha desempenhado as funções de secretário de estado da segurança social num dos governos presididos pelo Prof. Dr. Cavaco Silva e tinha integrado, durante o governo anterior, uma comissão nomeada pelo então ministro do trabalho e solidariedade, Dr. Ferro Rodrigues, para elaborar o chamado “Livro Branco da Segurança Social”.

Esta comissão acabou por se dividir em 2 grupos distintos, devido a perspectivas antagónicas quanto ao futuro da Segurança Social no nosso país. Um grupo, que incluía, entre outros, o Prof. Dr. Correia de Campos, o Dr. Luís Filipe Pereira e o Dr. Bagão Félix, defendia uma clara perspectiva de privatização progressiva deste sector, e outro grupo, onde se destacavam o Eng.º Maldonado Gonelha, o Prof. Dr. Boaventura Sousa Santos e a Dr.ª Maria Bentes, defendia a adopção de medidas de revitalização e de dinamização da segurança social pública. Esta cisão, teve como resultado a apresentação de 2 relatórios distintos por parte de cada um dos citados grupos.

A revista “Visão”, na sua edição de 18/4/2002, publicou um artigo com o título de “O discreto Dr. Pereira” onde traçava um perfil do novo ministro da saúde. Neste artigo, eram referidas a sua enorme proximidade político-partidária ao Eng.º Mira Amaral, um conflito com o ex-ministro Silva Peneda que o demitiu de secretário de estado e que, segundo rumores, o acusava de usar todos os meios para se promover, e ainda algumas das suas actividades profissionais e académicas. Mas não era feita qualquer referência ao facto de transitar directamente de um grupo económico para o cargo ministerial, nem de ter sido, até meados da década de 80, um ortodoxo militante do P.C.P..

Como foi, na altura, sublinhado por várias organizações sindicais, a sua “transferência” directa do Grupo Mello para ministro suscitava legítimas preocupações, dado que este grupo económico possui um importante volume de negócios com o Ministério da Saúde. Em vários países, esta situação não possibilitaria a assumpção do referido cargo governamental, em virtude da obrigação de apresentação da chamada “declaração de interesses”. Estas referências às ligações empresariais suscitaram a “solidariedade” do ex-ministro Prof. Dr. Correia de Campos ao seu sucessor num artigo de opinião publicado no jornal “Público” a 17/4/2002, onde afirmou que: “Quanto aos conflitos de interesse dos novos governantes que saem de empresas ligadas a grandes grupos, a postura de alguma oposição e comentadores denota enviesamento opinativo: se o novo ministro da saúde fosse médico ou farmacêutico, ninguém o consideraria influenciável por esses gigantes grupos de pressão. Como vem do sector privado, crescentemente interessado em construir e gerir hospitais, aqui del-rei”.

Esta curiosa e esclarecedora defesa daria início a posteriores trocas de elogios entre o actual e o ex-ministro.

No dia 29/4/2002, o ministro da saúde realizou a sua primeira conferência de imprensa em que divulgou a criação do novo “Programa de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas” (PECLEC), tendo assumido o compromisso expresso de eliminar estas listas nos 2 anos seguintes, através do recurso a entidades públicas, privadas e sociais. Este novo programa, ao contrário do anterior, não abrangia as consultas externas, exames complementares de diagnóstico e, inacreditavelmente, as cirurgias oncológicas.

Em meados de Maio de 2002, o Ministro da Saúde demitiu os presidentes das 5 A.R.S.s.

Numa reunião do ministro da saúde com a Comissão Parlamentar do Trabalho e Assuntos Sociais, a 21/5/2002, este membro do Governo iniciou a sua campanha política de descredibilização do S.N.S. com afirmações muito elucidativas: “as pessoas não são bem tratadas no Serviço Nacional de Saúde”; “o nosso programa não é de ataque ao S.N.S., não o queremos eliminar nem substituir, queremos pô-lo a trabalhar, pois a prática corrente é as pessoas continuarem a ser atendidas em péssimas condições”; “acabar com o sistema

público monopolista”; “vamos incrementar uma verdadeira rede de empresarialização” (Diário Notícias, 22/5/2002).

Este tipo de afirmações, escamoteando os dados do Relatório Mundial da O.M.S. sobre os sistemas de saúde e o estudo coordenado pelo Prof. Dr. Manuel Villaverde Cabral, tinham como objectivo claro criar uma imagem catastrofista do S.N.S. junto da opinião pública para tentar justificar uma política privatizadora, apresentada como única solução para os problemas existentes na acessibilidade aos cuidados de saúde.

Numa entrevista ao jornal “Público” no final do mês de Maio, o ministro da saúde afirmou que iria aplicar um novo estatuto jurídico a cerca de 35 hospitais, que passariam a dispor de “capital social próprio” e “flexibilidade na contratação de pessoas e na aquisição de bens e serviços”.

A 3/6/2003, o “Diário Económico” publicou uma entrevista ao presidente do conselho de administração do Hospital Amadora-Sintra, Eng.º Dias Alves, em que este considerou que a empresarialização dos hospitais, à semelhança do que aconteceu com muitas das empresas públicas, será apenas um passo intermédio que levará à gestão privada e que podia ser vantajoso fazer já parcerias público-privadas na gestão dessas unidades.

A revista “Visão”, na sua edição de 6/06/2002, publicou um artigo de opinião do Prof. Dr. Alexandre Castro Caldas, com o título “Hospitais SA”.

Deste artigo, transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Propõe o Ministério da Saúde uma reestruturação orgânica dos hospitais públicos. Aplaudo tal intenção. Não há dúvida de que assim não podemos continuar. A proposta implica uma organização de tipo empresarial. Existe, de imediato, um grupo de almas que rejubila, pensando que a partir de agora toda a gente tem carro de serviço, senhas de gasolina, cartão de crédito da empresa e outras modalidades, que constituem o campo semântico que a designação «empresarial» tem vindo a implicar na nossa sociedade. Porém, outras almas de formação mais sindical, e solidárias com o mundo do trabalho, arrepiam-se e preconizam já fortes confrontos com a entidade patronal”.
- “Na realidade, os hospitais não podem ser empresas no sentido mais comum da palavra. Pode começar por perguntar-se: quem é o patrão?
O patrão somos todos nós que por via eleitoral mandatamos alguns cidadãos para nos representar, esperando que eles façam o melhor possível enquanto estiverem creditados para isso. A sociedade criou mecanismos que permitem substituir estes mandatários periodicamente, e tem que ter a consciência disso. Os próprios mandatários devem também ter a consciência da natureza efémera da sua intervenção, o que sabemos que nem sempre é verdade, e devem ter também a consciência que a sua função é servir a vontade maioritária que neles confiou, o que também nem sempre acontece. Uma coisa é certa, eles não são patrões de coisa nenhuma”.
- “Pergunta-se depois: onde está o lucro? Qualquer empresa mede os resultados em função do lucro. O lucro aqui é o somatório do benefício em cada cidadão – mas como se mede isso? A reintegração no mundo do trabalho? O resultado da aplicação de uma escala de incapacidades? Ou o resultado da aplicação de uma escala de qualidade de vida?”
- “... Não há dúvida que este domínio de actividade pode ser muito apetitoso e lucrativo, mas quer-me parecer que se no caso de haver lucro de gestão esse lucro for reinvestido na própria estrutura do hospital podemos melhorar o funcionamento e aumentar os recursos. Isto é melhor do que distribuir o dinheiro por accionistas, que é o mecanismo normal nas empresas de capital privado...”.

A 27/6/2002, a reunião do Conselho de Ministros aprovou uma nova lei de gestão dos

hospitais com o objectivo de consagrar alterações do estatuto jurídico destas unidades, designadamente a criação de sociedade anónimas com capitais públicos. Esta decisão foi acompanhada de um pedido, à Assembleia da República, de alteração legislativa à Lei de Bases da Saúde.

De acordo com o jornal “Tempo Medicina” (1/7/2002) “...a Ordem dos Médicos, na pessoa do seu bastonário, já elogiou o novo diploma”. Mais tarde, o presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares em entrevista à revista “Hipócrates” (Outubro 2002) afirmou que “os princípios que enformam a lei estão bem, o problema está nos instrumentos que lhes estão associados...por exemplo, achamos que o reforço dos directores de serviço não tem muito sentido”.

No dia 28/6/2002, o ministro da saúde participou nas “8.^{as} Jornadas Hospitais CUF”, hospitais pertencentes ao Grupo José de Mello - Saúde, tendo afirmado que a nova lei de gestão dos hospitais “permitirá um quadro que atenda à discussão económica da sua actividade e flexibiliza alguns dos seus processos mais críticos como são o recrutamento de pessoal e a contratação de bens e serviços no mercado” e “pôr em prática uma gestão empresarial norteada pela eficiência económica, qualidade, mérito do desempenho e estímulo à produtividade...” (Tempo de Medicina, 8/7/2002).

A 3/7/2002, a Ordem dos Farmacêuticos divulgou um estudo cuja conclusão global foi a apreciação positiva dos portugueses quanto à saúde, havendo 36% que considerava os hospitais públicos como “bons”, 14,5% como “muito bons”, 31% “mais ou menos” e 12,8% como “maus”. A nível dos centros de saúde os resultados foram semelhantes e quanto às farmácias e consultórios privados mais de metade dos inquiridos considerou os serviços aí prestados como globalmente “bom” e 30% como “muito bom” (Diário Digital, 3/7/2002).

Nesse dia, o jornal “Público” divulgou a notícia de que a Inspeção-Geral das Finanças tinha entregue um relatório ao ministro da saúde sobre as contas do Hospital Amadora-Sintra que referia uma dívida do grupo privado ao Estado no valor de 75 milhões de euros (15 milhões de contos). Esta notícia referia também que o grupo privado reivindicava o pagamento ao Estado de uma dívida de 55 milhões de euros (11 milhões de contos) e que iria recorrer a um “tribunal arbitral”.

A 4/7/2002, a reunião do Conselho de Ministros aprovou um decreto-lei que possibilita que os hospitais e centros de saúde possam ser construídos e geridos fora do sector público. O ministro da saúde, em conferência de imprensa após esta reunião, considerou esta medida “muito positiva” e referiu que ela determina que “há uma transferência de riscos para a iniciativa privada e social”.

A 19/7/2002, realizou-se uma greve nacional de todos os sectores de profissionais de saúde, convocada pela FNAM, Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Esta greve, que pela primeira vez juntou todos os sectores de profissionais de saúde, teve como objectivo contestar as medidas governamentais de alteração ao quadro jurídico dos serviços públicos e as consequentes disposições de destruição das carreiras profissionais, tendo obtido uma elevada percentagem de adesão.

O ministro da saúde afirmou publicamente que a greve era “desproporcionada”, um acto de “resistência à mudança” e que a nova lei “não pretende retirar direitos a nenhum dos sectores profissionais da saúde” (Diário de Notícias, 18/7/2002). Alguns dias depois da realização desta greve, o ministro da saúde divulgou que estava em elaboração um projecto de “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários”.

O jornal “Diário de Notícias”, a 27/7/2002, divulgou a notícia de uma ampla auditoria aos “Serviços de Utilização Comum dos Hospitais” (SUCH) na sequência de uma denúncia sobre a existência de diversas irregularidades. Esta estrutura, que já dispunha há vários anos de um estatuto jurídico de entidade empresarial, foi objecto de uma intervenção

conjunta da Inspeção-Geral da Saúde e da Inspeção-Geral do Trabalho. Com o decurso desta auditoria, o presidente do conselho de administração dos S.U.C.H. apresentou a demissão, tendo este acontecimento constituído uma eloquente desmistificação de todos os argumentos ministeriais sobre as vantagens do modelo empresarial.

A 20/8/2002, foi publicado o D.L. 185/2002 que “define os princípios e instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados”. Alguns aspectos do conteúdo deste decreto-lei merecem uma referência particular:

- o contrato de gestão não pode exceder o prazo de 30 anos, podendo ser prorrogado (art.º 11.º).
- as entidades gestoras privadas têm a utilização do domínio público a título gratuito e podem realizar expropriações por utilidade pública (art.º 17º).
- “são de utilidade pública com carácter de urgência todas as expropriações necessárias à execução, directa ou indirecta, do contrato de gestão, competindo à entidade gestora a prática dos actos que individualizam os bens a expropriar” (Art.º 23º).

Como se pode verificar, passam a ser feitas “expropriações de utilidade pública” para serem entregues à exploração de consórcios privados e são os mesmos consórcios que, de acordo com os seus interesses, definem o que é expropriado para melhor concretizarem os seus negócios. Um verdadeiro escândalo praticado por 2 forças partidárias que após o 25 de Abril de 1974 esgrimiram com tanta efusividade a defesa da “sagrada propriedade privada”, ameaçada por aquilo que definiam por “colectivização”.

Relativamente à nova lei de gestão hospitalar aprovada pelo Governo, foi a Comissão Parlamentar do Trabalho e Assuntos Sociais que procedeu à auscultação dos vários parceiros sociais, quando as vastas implicações legais deste diploma impunham um processo formal de negociação, de acordo com a Lei n.º 23/98. Esta auscultação não teve quaisquer implicações sensíveis no conteúdo deste diploma e traduziu-se no cumprimento de uma mera formalidade administrativa. A 26 de Setembro de 2002, este diploma foi aprovado pela Assembleia da República e publicado, a 8/11/2002, como a Lei n.º 27/2002. O jornal “Independente”, a 30/08/2002, publicou um artigo sobre as listas de espera, em que afirmou que o ministro da saúde não iria conseguir cumprir a promessa de, em 2 anos, resolver este problema, apresentando diversos dados que fundamentavam esta afirmação. O jornal “Expresso”, a 7/09/2002, publicou um artigo com o título “Ministro da Saúde copia diploma da Arcanjo” em que referiu que “Luís Filipe Pereira apresentou ao Infarmed uma novidade que já fora concretizada por Manuela Arcanjo”.

O jornal “Correio da Manhã, a 8/09/2002, informou que o ministro da saúde tinha admitido que seria muito difícil cumprir o anunciado objectivo de chegar ao final do ano com um défice zero no sector. E a 10/9/2002, o jornal “Público” referiu que o ministro da saúde, numa visita aos hospitais de Coimbra, afirmou que “não temos intenção de privatizar o que quer que seja”.

Numa extensa entrevista ao jornal “Notícias Médicas”, na sua edição de 9/10/2002, o ministro da saúde afirmou que “não vamos privatizar nada no sector da saúde” e que iriam ser implementadas “práticas modernas de gestão, incluindo as sempre enunciadas, mas nunca aplicadas, regras de gestão empresarial, suportadas na celebração de contratos-programa por objectivos, na atribuição de incentivos financeiros ligados a ganhos de produtividade, na flexibilização da criação de equipas de trabalho e na mobilidade funcional e geográfica”. Quanto à questão da chamada empresarialização referiu que “empresarializar e gerir os hospitais como empresas não quer dizer que queiramos privatizá-los ou integrá-los no sector privado, quer antes dizer que é preciso adoptar as melhores práticas por forma a que os cidadãos possam obter mais cirurgias, mais

consultas, mais actos médicos”.

No dia 11/10/2002, a reunião do Conselho de Ministros aprovou os diplomas legais para a transformação de 34 hospitais públicos em 31 sociedades anónimas (S.A.).

A 14/10/2002, o suplemento de negócios do jornal “Diário de Notícias”, num artigo denominado “Governo desorçamenta nas facturas com hospitais”, referia que: “O Governo prepara-se para injectar nos hospitais mais de 1.400 milhões de euros. Este dinheiro entra na contabilidade de 34 instituições hospitalares como capital social, embora não se destine a realizar investimentos”; “Tudo às escondidas da Comissão Europeia, já que, em rigor, esta despesa deveria pesar nos défices de 2002 e 2003,; ...E é para tentar tapar os «buracos» que entram as famosas dotações para «capital social» dos hospitais, operação baptizada com o nome de «empresarialização»”; “significa um montante acima dos 0,4% do PIB, que «corre por fora» do défice orçamental. O pior é que a Comissão Europeia poderá vir a obrigar o Governo a clarificar estas dotações de capitais como «operações financeiras»”; e que “o próprio relatório Constâncio, que validou o défice de 4,2% em 2001, defende que este tipo de transferências, não geradoras de lucros futuros, devem ser inscritas como despesa orçamental, contagiando o défice”.

Durante uma reunião da “Comissão Eventual para a Reforma do Sistema Político”, na A.R., a 15/10/2002, o eurodeputado Dr. Mário Soares, ex-Presidente da República, afirmou que “vejo com horror a privatização das águas, das auto-estradas e da saúde. Caso se entre numa política cega de privatizações, qualquer dia não há capital português, e os grupos económicos estrangeiros tomam conta dos nossos sectores estratégicos” e ainda que “muitos dos empresários que andam a reclamar uma menor presença do Estado na economia são os primeiros a estender a mão ao Estado para pedirem dinheiro”.

A 19/10/2002, o ministro da saúde anunciou publicamente que o Estado iria lançar a partir do primeiro trimestre de 2003 até 2004, dez novos hospitais num esquema de parceria público-privado, que “serão construídos e financiados por privados” (Correio da Manhã, 19/10/2002).

A 23/10/2002, o jornal “Diário Económico” divulgou as declarações do conselheiro do Tribunal de Contas para a actividade empresarial do Estado, Carlos Moreno, numa reunião com a Comissão Parlamentar de Transportes e Obras Públicas, nomeadamente que “talvez em Portugal se tenha recorrido às parcerias mais com a preocupação de aliviar o esforço orçamental do que propriamente fazer um melhor negócio para o sector público”, bem como as conclusões deste tribunal de que “o Estado não dispõe nem de recursos humanos qualificados em número suficiente, nem de estruturas de acompanhamento e fiscalização dos contratos, que lhe permitiam negociar em pé de igualdade com os privados”, e “quem tem saído a ganhar com os negócios com o Estado são claramente os privados”.

O jornal “Expresso”, em 26/10/2002, publicou um artigo com o título “Privatização da Saúde em xeque” em que eram divulgadas declarações do Dr. António Arnaut considerando que “com a experiência catastrófica do Amadora-Sintra, se o Executivo estivesse preocupado em servir o interesse público não preparava estas reformas” e ainda que “fica claro que o ministro da saúde quer dismantelar o S.N.S. em benefício do sector privado e que este Estado está ao serviço de multinacionais”.

No final desse mês de Outubro, foi divulgado o projecto ministerial da “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários”, que suscitou uma imediata e firme contestação das várias organizações sindicais e associativas do sector da saúde, particularmente a nível dos médicos. Este projecto estabelecia as seguintes questões fundamentais:

- Criação de uma “categoria” de médico, “médico-assistente”, sem quaisquer requisitos de diferenciação técnico-científica.

- Os centros de saúde poderem abranger um âmbito geográfico superior a um concelho.
- Estabelecimento de contratos individuais de trabalho, com a conseqüente destruição das carreiras profissionais.
- Possibilidade de os directores dos centros de saúde não serem médicos, assumindo, no entanto, funções de “emissão de orientações técnicas” e de “promover processos de garantia e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde”.
- Estabelecimento de “orçamentos clínicos” para cada doente.
- Consagração plena da abertura da privatização dos centros de saúde (art.º 22.º e 23.º).

A 28/11/2002, o Grupo José de Mello-Saúde realizou uma conferência de imprensa em que “reclamou a criação de uma nova entidade que assegure a fiscalização e o acompanhamento dos dez hospitais públicos de gestão privada que serão construídos...” (Público, 29/11/2002). E a 17/12/2002, o ministro da saúde produziu declarações públicas em que “assegurou que seria criada uma autoridade reguladora, independente do governo, para os 34 hospitais transformados em sociedades anónimas (Lusa, 18/12/2002). A 29/11/2002, foi publicado o D.L. n.º 269-A/2002 que criou o “Instituto da Droga e Toxicodpendência (IDT)”. Este decreto-lei nem sequer foi enviado aos parceiros sociais para prévia discussão, embora, mais uma vez, estivesse claramente abrangido pelas disposições da Lei n.º 23/98.

A FNAM enviou uma carta ao Presidente da República logo que foi conhecida a aprovação deste diploma em reunião do Conselho de Ministros, denunciando a ilegalidade praticada, embora o resultado prático tenha sido a sua promulgação presidencial.

A 12/12/2002, o jornal “Diário Económico” publicou uma entrevista ao ministro da saúde em que importa destacar as seguintes questões:

- À pergunta se se demitiria caso não eliminasse as listas de espera, respondeu “em 2004 veremos. Não lhe vou responder nem que sim nem que não”.
- Afirmou que “um hospital, tal como qualquer organização empresarial, vai ter de viver com as receitas da sua produção e terá de fazer uma pressão enorme para que os custos venham por aí abaixo”.
- Sobre a possibilidade de um orçamento rectificativo no ano seguinte afirmou que “não há mais possibilidades de haver transferências do I.G.I.F. para esses hospitais (S.A.). Quando muito pode aumentar o capital social, através de assembleias gerais”.

No dia seguinte (13/12/2002), o jornal “Diário Económico” divulgou uma notícia com o título “Ministro contradiz-se no caso Amadora-Sintra”, em que relata a discussão, efectuada na véspera, na Comissão Parlamentar do Trabalho e Assuntos Sociais. De acordo com os factos referidos, 2 meses antes o ministro tinha afirmado na Assembleia da República (3/10/2002) que a empresa de consultoria “Delloite & Touche” iria proceder ao fecho de contas de 2000 e 2001 do Hospital Amadora-Sintra, e que tinha sido contratada por concurso público. Durante a referida discussão o deputado do P.S., Dr. João Rui Almeida, declarou que “o primeiro facto estranho é que, havendo um conflito muito grave com a privada que gere o Amadora-Sintra, o ministro tenha contratado uma empresa privada para fechar as contas, desacreditando assim todas as instituições governamentais, como a Inspeção-Geral de Finanças e o próprio Tribunal de Contas. O facto ainda mais grave é que a empresa contratada, a Delloite, tem como cliente o próprio Grupo Mello”.

Confrontado com estas questões, o ministro acabou por afirmar que a empresa contratada, após uma “consulta alargada”, tinha sido a PriceWaterhouse.

Também a 13/12/2002, o Jornal “Público” divulgou a notícia de que “Ministério da Saúde põe ex-gestores públicos à frente dos hospitais-empresa”, onde são referidos diversos nomes e as empresas em que trabalharam.

Este jornal, no dia seguinte (14/12/2002), divulgou uma notícia com o título “Redução das listas de espera em 2002 foi inferior a 2001”, em que eram referidos diversos números de intervenções cirúrgicas, nomeadamente que no mês anterior tinham sido operadas apenas 2000 pessoas e que no âmbito do “Programa de Promoção do Acesso” do anterior governo tinham sido feitas 23.700 intervenções em 2001 e 17.000 em 2000.

A 17/12/2002, o ministro da saúde participou num debate promovido pela Ordem dos Médicos, em Lisboa, onde abordou a questão da criação de uma entidade para regular os hospitais transformados em sociedades anónimas. No final do debate, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Dr. Miguel Leão, afirmou que “com esta reforma, os hospitais ficam entregues a meros comissários políticos dependentes do ministro da saúde e toda a assistência passará a estar condicionada a critérios meramente economicistas... esta reforma não tem ponta por onde se lhe pegue, não tem qualquer medida recuperável” (RTP, 18/12/2002).

Também a 17/12/2002, vários jornais publicam notícias sobre a decisão do Ministério da Saúde em conceder formação aos administradores dos hospitais S.A., através de um curso intensivo a decorrer em vários dias do mês de Janeiro de 2003 no Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial (INDEG / ISCTE).

O “Jornal de Notícias” referiu que na tomada de posse destes administradores, realizada na véspera, a ministra das finanças, Dr.^a Manuela Ferreira Leite, tinha afirmado que “nunca como nos últimos anos o sector da saúde teve tantos recursos e nunca como nos últimos anos o utente foi tão mal servido”. Como se pode verificar, esta ministra, com estas declarações, juntava-se ao “coro” de difamação do S.N.S..

O jornal “Diário de Notícias”, a 21/12/2002, publicou uma notícia com o título “Comissário europeu defende privatização dos serviços públicos” onde refere que Pascoal Lamy, comissário do mercado externo, afirmou que “o que estamos a tentar fazer na Europa é conciliar as vantagens de uma liberalização que beneficie os consumidores, mantendo a noção de serviço público”.

Nos últimos 3 meses deste ano intensificou-se a campanha política e publicitária do Ministério da Saúde e do próprio Governo em torno dos medicamentos genéricos e durante o mês de Dezembro foram publicados os decretos-lei relativos aos vários hospitais S.A..

Mas este mês de Dezembro ficou ainda assinalado pela divulgação de um livro do ex-ministro Prof. Correia de Campos com o título “Confissões políticas da saúde / Auto de breve governação”.

A leitura deste livro constitui um precioso meio auxiliar na adequada caracterização do comportamento político do seu autor. De facto, diversas situações aí abordadas permitem verificar as reais motivações políticas das suas decisões como, por exemplo, no que se refere à eliminação da eleição democrática dos directores clínicos. Na página 139, afirma que “ao fim de uma dúzia de visitas estranhei a elevada densidade de directores clínicos filiados ou próximos da frente sindical médica afecta à C.G.T.P.-IN. Entendi então a estratégia de conquista de poder de uma organização que supria a sua reduzida representatividade, com boa capacidade organizativa. Revelou-se suficientemente preparada para ganhar eleições de directores clínicos, pois que nenhuma outra força sindical as dispunha de forma organizada”.

Quando existem mais de 100 hospitais públicos no nosso país, bastou ao autor deste livro

fazer uma dúzia de visitas para chegar a tão brilhantes conclusões, sendo ainda mais esclarecedora a sua nova “teoria” de que estruturas com “reduzida representatividade” ganham eleições.

Igualmente elucidativo é o recurso à mentira política para tentar encontrar argumentos adicionais, como é o caso de afirmar a existência de supostas ligações à C.G.T.P.-IN quando sabia perfeitamente que nenhuma das 2 organizações sindicais médicas está filiada em qualquer das centrais sindicais. Ou ainda afirmar, nas páginas 201 e 202, que “nunca revoguei nenhum despacho de antecessor, nem critiquei orientações passadas no exercício das minhas funções”, quando basta recordar a anulação do decreto que criava o I.G.F. e o IRIS, a publicação do D.L. n.º 39/2002 (26/2) que revogou o artigo n.º 24 do D.L. n.º 157/99, a anulação do D.L. n.º 135/96 e o Despacho n.º 867/2002 (14/1) que revogou os despachos n.ºs 23/87 e 34/89.

O jornal “Expresso”, na sua edição de 4/1/2003, divulgou a notícia de que a empresa José de Mello-Saúde iria celebrar uma parceria com a “KPMG Corporate Finance” com vista aos concursos das parcerias público-privadas.

Logo no início desse mês de Janeiro, as 2 organizações sindicais médicas, FNAM e SIM, tomaram a decisão de convocar uma greve dos médicos dos Centros de Saúde, a nível das carreiras de clínica geral e saúde pública, para os dias 29, 30 e 31 do mesmo mês, tendo em conta que a reunião do Conselho de Ministros realizada a 20/12/2002 tinha aprovado o diploma da “Rede de Prestação dos Cuidados de Saúde Primários”. Mais uma vez, os parceiros sociais não foram ouvidos e a Lei n.º 23/98 foi ostensivamente violada. Como consequência desta clara violação, a FNAM denunciou a situação junto do Provedor de Justiça e do Presidente da República, apelando a este último para não promulgar o referido diploma.

O jornal “Público”, a 13/01/2003, publicou uma entrevista ao ministro da saúde em que este afirmou, nomeadamente, que “um dos nossos objectivos é dar um médico de família a cada português”.

No dia 14/01/2003, o jornal “Diário de Notícias” abordou a questão da greve dos médicos e divulgou declarações do “porta-voz” do ministro, António Mocho, nomeadamente que “decretam uma greve de três dias, com base num conhecimento que desconhecem”, acrescentando que “o diploma ainda não foi distribuído por só agora estar concluída a sua redacção”.

Estas afirmações suscitaram imediatamente duas questões: o reconhecimento total de que o diploma não era do conhecimento das organizações sindicais e que, pelos vistos, o Conselho de Ministros tinha aprovado este diploma 3 semanas antes, sem sua redacção estar concluída.

No jornal “Público” de 17/01/2003, o Prof. Dr. Correia de Campos num dos seus habituais artigos de opinião, este intitulado “Administradores SA”, afirmou, entre outras coisas, que: “...embora o capital só possa ser detido no sector público, com uma pequena alteração à lei ele poderá ser aberto a privados”; “dentro de um ano, um terço destes dirigentes terão sido substituídos e mais ainda se o ministro se cansar da pasta e partir, o que pode acontecer com alta probabilidade e pena minha”; “não senhor, o modelo não é obsoleto, está a ser desperdiçado com nomeações pressionadas pelo fisiologismo partidário”.

O jornal “Público”, a 18/01/2003, publicou uma “carta aberta” do Prof. Dr. Carmona da Mota, prestigiado professor de pediatria da Faculdade de Medicina de Coimbra, com o título “O tremendo SNS, o melhor serviço público português”.

Neste curto e incisivo texto, o Prof. Dr. Carmona da Mota referiu as seguintes questões fundamentais:

- No livro de Villaverde Cabral, "Saúde e Doença em Portugal", 85% da população considera satisfatória a cobertura e a prestação dos cuidados nos serviços públicos.
- A mortalidade dos recém-nascidos passou de 12,1 por mil, em 1985, para 2,9, em 2001.
- A mortalidade perinatal foi de 6,1 por mil em 2000, um terço do valor de 1983 (a média europeia é 6,3).
- A taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos foi de 6 por mil, igual à de países como a França, Espanha, Bélgica, Holanda e inferior à do Reino Unido.
- O desempenho do sistema de saúde português foi classificado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) no 12.º lugar mundial... qual o serviço público português que consegue um resultado semelhante ao do SNS? A justiça, a administração pública, o sistema fiscal, as polícias, as forças armadas, o ensino?
- Segundo o "World Competitiveness 2002", que compara 49 economias mundiais, Portugal está abaixo do 35.º lugar e a produtividade portuguesa é 48% da média da União Europeia.
- O "Relatório do Desenvolvimento Humano 2002" coloca Portugal no 28.º lugar mundial e os adultos portugueses são os menos qualificados da OCDE.
- Portugal está em último lugar numa tabela elaborada pela UNICEF acerca da eficácia dos sistemas educativos em 24 países industrializados.
- O SNS não precisa de uma alternativa, mas de reorganização.
- Malfadado SNS de que muitos irão ter saudades e alguns remorsos quando já não houver remédio. Saudades, os que mais precisarem; remorsos, os que mais criticaram.

Na véspera da greve de 3 dias nos Centros de Saúde o ministro da saúde prestou declarações à "Agência Lusa" em que se mostrou surpreendido com o apoio da Ordem dos Médicos a esta forma de luta, afirmando que "tive várias reuniões com o bastonário da Ordem dos Médicos, o qual contribuiu com vários pontos para o documento final e que me pareceu suficientemente satisfeito com o resultado da discussão, pelo que não compreendo esta oposição" (SIC, 28/01/2003).

No 2.º dia de greve, (30/01/2003), o jornal "Primeiro de Janeiro" publicou um artigo do Dr. Paulo Mendo com o título "Saúde e Mudança", que constituiu uma resposta a um artigo do ministro da saúde no jornal "Expresso", importando destacar as seguintes afirmações:

- "Mas vejo com preocupação o que se está a passar na Saúde. Aí não há reforma, há mudança. Mudança passou a ser palavra de ordem. Tudo está mal, nada se fez, ninguém pensou nos genéricos, ninguém pensou nas listas de espera, ninguém pensou na gestão hospitalar, ou, pior ainda, se pensaram nada fizeram ou apenas esboçaram umas tímidas experiências, mas agora sim, vamos salvar o mundo, tem sido este o discurso ministerial".
- "Orgulho-me de ter contribuído com muitos profissionais e políticos dedicados e competentes de todos os partidos, para, com eles, no Governo e na Oposição, ter ajudado a construir o melhor serviço público português, que em trinta anos mudou radicalmente o panorama sanitário de Portugal. Sempre subfinanciado, sempre atacado por alguma comunicação social que vive de casos, de árvores, recusando-

se a ver a floresta, o Serviço Nacional de Saúde, precisa de quem o ame e dele faça o pilar do sistema nacional de saúde e não de mudanças feitas sem critério sanitário, apenas porque mudar é preciso e quem discorda é reaccionário”.

- “Chegando agora mesmo ao complicado universo da Saúde, sabe tudo”.
- “Termino dizendo que esta posição nada tem a ver com a greve dos médicos. Quem me conhece sabe que nunca aceitei greves médicas...”

Esta greve dos médicos constituiu uma demonstração inequívoca de repúdio pela legislação aprovada, com uma adesão superior a 90%, tendo-se juntado a ela, no último dia, os profissionais administrativos dos centros de saúde, na sequência da emissão do correspondente pré-aviso de greve pela Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública.

No número de Janeiro de 2003 do jornal “Médico de Família”, surgiu uma extensa entrevista ao ministro da saúde centrada no diploma da “Rede dos Cuidados de Saúde Primários”. Para além da repetição exaustiva de afirmações anteriores, importa destacar as seguintes:

- “...ouvimos cerca de duas dezenas de instituições e eu próprio reuni com muita gente, incluindo os sindicatos.”
- “Os médicos não conhecem a última versão porque não querem. Eu pus as várias versões que foram sendo feitas, à disposição dos sindicatos, das associações...”
- “... Ouça, isto é um processo legislativo da competência do Governo que normalmente – como acontece com qualquer legislação em qualquer sector do Estado – quando vai a Conselho de Ministros é confidencial”.

Estas afirmações impõem que se esclareça que é rotundamente mentira que o ministro da saúde tenha reunido com sindicatos. No caso da FNAM nunca reuniu uma única vez para discutir qualquer assunto, o mesmo tendo-se passado com outras organizações de profissionais de saúde. A única versão do diploma enviada aos parceiros sociais foi a terceira. As outras versões, que chegaram a 12, circularam por alguns militantes do P.S.D. da área da saúde e por alguns elementos das chefias intermédias das estruturas ministeriais.

Aliás, nesta entrevista, é o próprio ministro que acaba por demonstrar a falsidade das suas afirmações quando refere que os processos legislativos são, para o seu Governo, confidenciais. E já anteriormente o seu “porta-voz” também tinha afirmado que o diploma era desconhecido, porque não tinha sido distribuído em virtude da sua redacção não ter sido concluída. Mas estas afirmações também revelam uma concepção totalitária do exercício do poder quando é referido o carácter confidencial da legislação a submeter a decisão do Governo num país que tem um regime democrático e constitucional, em que está em vigor legislação que garante a participação das organizações sindicais nos processos de discussão e elaboração de diplomas relativos a matérias das suas respectivas áreas profissionais.

Em 5/02/2003, foi publicada, em Diário da República, a resolução do Conselho de Ministros que criou a “unidade de missão Hospitais S.A.”, sendo esta objecto de acompanhamento regular da sua actividade por uma “comissão de acompanhamento”, composta por representantes dos ministros das Finanças e da Saúde, pelos presidentes das A.R.S.s, pelo presidente do IGIF e pelo encarregado da unidade de missão (Diário Económico, 6/2/2003).

O jornal “Expresso”, a 8/02/2003, publicou uma notícia com o título “Gestores garantem emprego”, em que revela terem sido requisitados para os hospitais S.A. 2 gestores vindos

da Petrogal, 1 da Portucel, 1 da Galp, 1 da EDP e 1 de uma empresa do extinto I.P.E.. Estes gestores, sendo requisitados, tiveram a possibilidade de optar pelo melhor ordenado, neste caso o das empresas, que oscilam entre, pelo menos, 1500 e 1700 contos “limpos”. Ainda segundo esta notícia, “em cerca de meia dúzia dos hospitais, de pequena e média dimensão agora transformados em sociedades anónimas, foi necessário alargar para cinco o número de elementos da administração – por a lei determinar que este órgão não pode ter um número par de elementos... No entanto, algumas destas nomeações já estão a levantar dúvidas: para um dos hospitais da zona Centro está a ser ponderado para administrador não-executivo o presidente da adega cooperativa local, para dois hospitais da zona da Grande Lisboa os administradores não executivos são o líder de uma concelhia do P.S.D. e o marido de uma presidente de câmara”.

A 13/02/2003, o jornal “Correio da Manhã” divulgou as principais conclusões de um estudo do Tribunal de Contas em que foi alertado o facto de “o D.L. n.º 185/2002 sobre parcerias em Saúde que permite entrega dos 10 novos hospitais a grupos privados não estabelecer o controlo necessário para verificar se a qualidade dos cuidados prestados e as contas públicas são prejudicadas”. De acordo com esta notícia, o estudo referiu que: “apesar de membros do Governo expressarem publicamente a intenção de aplicação do novo regime apenas a futuros hospitais, tal não resulta da letra da lei”; “a concepção e a construção dos hospitais não constituem actividades a envolver obrigatoriamente no contrato de parceria. Este apenas tem de abranger a gestão e financiamento”; “...o decreto-lei tem outra novidade: os ajustes directos que excepcionalmente podem ser feitos, deixam de se sujeitar a aprovação do Conselho de Ministros. Como refere o T.C., nestes ajustes a grupos económicos a escolha do parceiro privado será decidida por despacho do ministro da saúde”.

No dia 24/02/2003, o jornal “A Capital” divulgou declarações do Dr. António Arnaut, “pai” do S.N.S., em que este afirmou que: “o S.N.S. foi a principal reforma social do século XX em Portugal”; “o que o ministro quer é destruir o S.N.S., de uma maneira encapotada está a privatizá-lo e isso é contra a Constituição e contra a população”; “o SNS não está feito para dar lucro mas para servir o utente”; “este ministro é um gestor dos Mellos emprestado ao Governo”.

A 28/02/2003, o jornal “Público” publicou novo artigo de opinião do Prof. Dr. Correia de Campos com o título de “Claro e Escuro na Saúde”, onde afirmou que “a lição que se vai tirar deste episódio é que o Ministério da Saúde agiu bem na legislação hospitalar, condicionando os parceiros mais vocais. Ao agir mal nos cuidados primários, devolve-lhes um imenso capital de queixa”. Esta afirmação é surpreendente vinda de uma pessoa que foi funcionário de uma instância internacional com a mais larga experiência na privatização dos serviços públicos, o Banco Mundial, dado que é muito fácil verificar que a tal legislação hospitalar e a sua correspondente nos cuidados primários encaixam perfeitamente no objectivo final de destruição do S.N.S.

O jornal “Diário Económico”, de 6/03/2003, divulgou uma notícia com o título “Luís Filipe Pereira esconde contas de 2002” em que lembrou que o ministro tinha anunciado em Maio do ano passado, na A.R., que iria obter um défice acumulado nulo no final de 2002 e que desde 20/02/2003 não respondia às várias solicitações para fornecer os dados. Segundo esta notícia, “...mais uma vez faltou à palavra, contrariando assim toda a política de transparência que vem apregoando desde que assumiu funções no Ministério da João Crisóstomo”.

No final desse mês de Fevereiro, o Presidente da República promulgou o diploma da “Rede de Prestação dos Cuidados de Saúde Primários”, “impondo como condição para que a lei entre em vigor: a criação de uma entidade reguladora da gestão dos centros de saúde por parte de privados ou de parceiros do sector social”. “O ministro da Saúde

manifestou-se em sintonia com o Presidente da República, pois a tutela iniciou já a criação de uma entidade reguladora para toda a saúde” (jornal “Público”, 1/03/2003).

A 6/03/2003, realizou-se um debate sobre “Que futuro para os Cuidados de Saúde Primários”, no auditório da Fundação Calouste Gulbenkian (Lisboa), em que participaram os ex-ministros da saúde, Luís Barbosa, Maldonado Gonelha, Manuela Arcanjo, Maria de Belém e Paulo Mendo. Apesar das naturais diferenças de opinião e de posicionamento político, todos eles desenvolveram amplos e fundamentados argumentos contra o respectivo diploma governamental.

O jornal “Correio da Manhã”, a 9/03/2003, publicou uma extensa entrevista ao ministro da saúde em que este se disse intransigente na defesa dos utentes e anunciou que os doentes iriam pagar os cuidados de saúde em função dos rendimentos. Sobre uma pergunta relativa à eventual imposição da entidade reguladora por Jorge Sampaio, respondeu que: “já estava no Programa do Governo. Há 2 meses que já tinha falado com Vital Moreira para essa entidade”.

Em meados do mês de Março, realizou-se o 20º Encontro Nacional de Medicina Familiar, em Vilamoura, com a participação do ministro da saúde na sessão de abertura. Com a ampla sala completamente cheia de médicos especialistas desta carreira, o discurso ministerial foi ouvido de pé, em sinal de protesto.

Curiosamente, no dia 1/04/2003, dia que é conhecido como o “dia das mentiras”, foi publicado o decreto-lei da “Rede da Prestação dos Cuidados de Saúde Primários” com o n.º 60/2003.

No princípio desse mês de Abril, o jornal “Médico de Família” divulgou uma entrevista com a Dr.ª Maria de Belém Roseira em que esta ex-ministra considerou que “Luís Filipe está apostado em fazer desaparecer o Serviço Nacional de Saúde” e que “o actual elenco ministerial é um misto de ignorância e autismo político, que pode ter graves consequências para os cidadãos”.

A 7/04/2003, o jornal “As Beiras”, a propósito do “Dia Mundial da Saúde”, publicou vários depoimentos de dirigentes de estruturas associativas de profissionais de saúde, nomeadamente do presidente da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos, Dr. Fernando Ramos, que afirmou: “reconhecíamos a necessidade de melhorar alguns aspectos do sistema de saúde, mas a forma como isso tem sido feito parece ter apenas o objectivo de acabar com o Serviço Nacional de Saúde... haverá hipoteticamente um objectivo, mas não consigo entender que caminho se quer seguir, sobretudo tendo em conta os enormes ganhos de saúde conseguidos nos últimos 20 anos, justamente à custa do S.N.S.”.

O jornal “Diário Económico”, a 30/04/2003, publicou uma notícia com o título “Governo PS perdoou 20 milhões a SAMS e seguradoras” onde referiu que Francisco Ramos, secretário de estado da saúde, que tinha o pelouro financeiro na equipa do anterior ministro da saúde, António Correia de Campos, assinou um despacho, já depois da demissão do governo de António Guterres, a perdoar uma dívida de 20 milhões de euros. O Tribunal de Contas considerou que se tratava de um procedimento ilegal, mas o ex-secretário de estado afirmou que “não se trata de um perdão de dívida, mas de um acordo para regularizar um problema de cobrança de créditos que chegava a arrastar-se por sete ou oito anos em tribunal”.

A 26/05/2003, o Presidente da República em visita ao distrito de Coimbra afirmou que “a transição de alguns hospitais para novos modelos de gestão requer muito cuidado para evitar comprometer os direitos inerentes ao Serviço Nacional de Saúde” (jornal “Público”).

O jornal “Diário Económico”, a 30/05/2003, divulgou declarações do ministro da saúde em que anunciou o aumento das taxas moderadoras a partir do mês de Setembro. Várias organizações reagiram a esta medida, considerando-a injusta e penalizadora para muitos

cidadãos desfavorecidos, havendo a destacar as declarações do presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, Dr. Manuel Delgado, ao considerar que “é preciso ter em conta um eventual afastamento indesejado de utentes dos serviços de saúde a contas com um imposto complementar de saúde” (T.S.F., 3/6/2003).

O jornal “Primeiro de Janeiro”, a 31/05/2003, divulgou novas declarações do ministro da saúde em que este anunciou a provável eliminação, em 2005, das listas de espera relativas ao período anterior a 30/06/2002 e que “das 123 mil pessoas que estavam em lista de espera para cirurgias, foram já intervencionadas cerca de 51 mil em seis meses”.

No princípio do mês de Junho, o jornal “Médico de Família” publicou uma esclarecedora entrevista ao Dr. António Arnaut, da qual importa destacar as seguintes respostas às perguntas do jornalista:

- “Está-se a tentar fazer uma inversão, transferindo-se o máximo de competências para o sector privado, deixando o público reduzido a um papel insignificante. Um esvaziamento do sector público - devo dizê-lo em abono da verdade - iniciado pelo Governo socialista, quando Correia de Campos foi ministro da saúde”.
- “...Este Ministro é um empresário dos Mellos emprestado à Saúde. Pode ser um bom empresário, um bom gestor, mas não tem sensibilidade para os problemas da saúde, que têm que ver com direitos humanos. Sobretudo no que toca às classes mais desfavorecidas”.
- À pergunta se o actual ministro está a tentar destruir o S.N.S., respondeu “É verdade. O Luís Filipe Pereira, que eu não conheço pessoalmente mas que me merece consideração, é mais sensível à Organização Mundial do Comércio, que considera tudo uma mercadoria, do que aos princípios correctos da Organização Mundial de Saúde. O que este ministro quer fazer é empresarializar os centros de saúde e os hospitais e construir novos hospitais em parceria com a iniciativa privada”.
- Não concorda com essa intenção? “Claro que não. O Governo, através da empresarialização e da construção de novas unidades de saúde em parceria com os privados, quer alienar prestações que o Estado tem o dever de assegurar”.
- Eticamente, como classifica o avanço no sentido da privatização? “Estamos perante um neoliberalismo selvagem. A Saúde é um sector especial porque cobre direitos fundamentais. Portanto, o Estado, enquanto existirem esta Constituição e os pactos internacionais sobre direitos fundamentais, não pode privatizar...”
- Considera que as parcerias público-privadas são um tiro no escuro? “Não, porque o Governo apontou para um alvo. E esse é fazer uma privatização indirecta. Eles vão criar sociedades anónimas de capitais públicos. Essas sociedades anónimas gerem-se pela lei das sociedades comerciais. E é da essência das sociedades comerciais que um accionista pode vender as suas acções...”.

A 05/06/2003, o "Jornal de Notícias" reproduziu declarações do ministro em que este anunciou que "os hospitais S.A. pouparam cerca de 88 milhões de euros no primeiro trimestre deste ano", durante uma reunião com a Comissão Parlamentar do Trabalho e Assuntos Sociais. Durante esta reunião, o "ministro reconheceu a existência de uma nova lista de espera para cirurgias com 55 mil doentes, registada entre Julho de 2002 e Abril de 2003".

Também a 05/06/2003, o Jornal "Público" divulgou uma notícia com o título "Ministério da Saúde tem dados contraditórios sobre listas" em que referiu que "há duas versões diferentes para o número de doentes que aguardavam por uma operação nos hospitais públicos em Junho do ano passado. Uma da Direcção-Geral da Saúde (DGS), que aponta

para 156 mil doentes, e outra das Administrações Regionais de Saúde (ARS), que fala em 123.166. A tutela optou pelos números mais baixos, «por serem mais fidedignos».

No dia seguinte (06/06/2003), o mesmo jornal publicou uma notícia, "Doentes que entrarem em lista de espera são mais do que os anunciados", em que referiu que "o número de doentes que entraram na lista de espera desde Julho passado é muito superior ao anunciado pelo ministro da saúde na reunião de anteontem com os deputados. Até 30 de Abril terão sido contabilizados para cirurgia pelo menos 77 mil doentes e não os 56 mil apresentados. A explicação da tutela é que mais de 20 mil foram entretanto operados e, portanto, expurgados da lista. Segundo documentos de trabalho do Ministério da Saúde a que o "Público" teve acesso, os doentes que entraram para a lista de espera de cirurgia entre Julho do ano passado, e Abril deste ano, serão pelo menos 77.266. E mesmo esse número está incompleto, já que, segundo o mesmo documento, foram omitidos dados de 18 hospitais do país, a maioria dos quais na região de Lisboa e Vale do Tejo".

Esta atitude sistemática do ministro da saúde de nunca ter apresentado, ao contrário dos ministérios da Dra. Maria Belém Roseira e da Prof. Dra. Manuela Arcanjo, quaisquer números por hospital e por patologia, apresentando somente números globais, bem como a gravidade da situação relatada na notícia acabada de citar, exigiam que o presidente do PSD, então primeiro-ministro, mostrasse o mínimo de coerência e de seriedade política demitindo este ministro da saúde. E isto, porque na oposição, o Dr. Durão Barroso, como foi referido anteriormente, fez um discurso numa conferência do PSD em que considerou que "em qualquer país civilizado, com cultura democrática consolidada" a Prof. Dra. Manuela Arcanjo "já não seria ministra" por ter apresentado resultados inexactos a nível de listas de espera.

A 05/06/2003, realizou-se, em Lisboa, uma conferência promovida pelo "Diário Económico" sobre "As Reformas da Saúde" em que uma das pessoas convidadas, Eng.^a Isabel Vaz, administradora da "Espírito Santo Saúde", afirmou que "além das despesas com a saúde terem vindo a crescer cerca de 15% ao ano, do ponto de vista dos medicamentos a percentagem da despesa total para privados já atinge os 50%" e "que apenas 56% do financiamento da saúde é feito pelo SNS (Tempo de Medicina, 16/06/2003). Esta declaração veio demonstrar como, afinal, eram absolutamente falsas as inúmeras afirmações, ao longo dos anos, de múltiplos sectores privados sobre a suposta estatização do SNS, tendo estas constituído um instrumento central no ataque político a este serviço público.

No dia 06/06/2003, a Fundação Oriente realizou um seminário sobre o tema "A mistura público, privado, social e a governação da Saúde", em que um dos participantes, Prof. Dr. Constantino Sakellarides, considerou que à luz dos conhecimentos actuais, o modelo de parcerias público-privado, em vias de ser adoptado pelo Estado português para a construção de 10 novos hospitais, "não tem bases de sustentação que o justifique e parece-me muito arriscado", enquanto o presidente desta instituição, Dr. Carlos Monjardino, denunciou a "febre privatizadora" e referiu que "o direito à saúde não pode ser tratado como um negócio" (Tempo de Medicina, 16/06/2003).

No dia 8/6/2003, o ministro da saúde participou na sessão de encerramento da licenciatura de gestão em saúde da Universidade Atlântica, onde afirmou que "amanhã poderá haver centros de saúde geridos por parceiros privados, por exemplo uma universidade" e que "estamos a salvar o Serviço Nacional de Saúde". Destas declarações é possível verificar que, afinal, os centros de saúde passavam a ser privatizáveis, ao contrário de insistentes afirmações ministeriais em contrário nos primeiros meses desse ano, enquanto a afirmação de "salvação" do S.N.S. assumia níveis sem precedentes do mais escandaloso cinismo político.

O Jornal "Público", a 14/06/2003, publicou uma notícia em que eram referidas declarações

da ex-ministra Prof.^a Dr.^a Manuela Arcanjo ácerca de não aceitar que "o ministro da saúde minta" ao dizer que o alargamento e o aumento das taxas moderadoras nada têm a ver com ponderações de ordem financeira e de o sistema fiscal ser injusto.

A 16/06/2003, o jornal "Diário de Notícias" divulgou a notícia de que "mais de mil doentes portugueses vão ser operados em duas clínicas privadas na Extremadura espanhola até ao final do ano", tendo referido que "segundo explicou ao DN uma fonte do Ministério da Saúde, numa primeira fase serão intervencionadas 1223 pessoas, que estejam em lista de espera nas unidades de Lisboa e Vale do Tejo. Mas, numa fase posterior, o número de operações poderá atingir perto de três mil utentes". Esta notícia reproduziu ainda declarações de um delegado de uma das clínicas espanholas (Grupo Ibérica de Diagnóstico e Cirurgia) que "explicou ao DN que o grupo decidiu responder ao concurso das intervenções cirúrgicas, na sequência do convite que foi feito pelas autoridades portuguesas...".

Este jornal, no dia seguinte, voltou a abordar este tema com o título "Clínica espanhola espera pacientes portugueses" referindo que "Alfredo Nieto, responsável pela gestão da unidade (Hospital de Santa Justa), ... confirma assim o acordo com o Serviço Nacional de Saúde que o gabinete do ministro diz não existir. «Nenhuma empresa espanhola concorreu a nenhum concurso para operações. Os espanhóis quereriam que isso fosse verdade, mas, na realidade, nada existe», referiu ao DN fonte ministerial". Esta notícia acrescentou ainda que o gerente do hospital espanhol "confrontado com o desmentido do Ministério da Saúde, assegurou ter sido «o acordo assinado na passada semana»".

A 17/06/2003, o jornal "Diário Económico" divulgou a notícia que o "Programa Operacional de Saúde XXI" teve uma execução de 12%, tendo o Tribunal de Contas alertado para o nível de execução financeira "manifestamente baixo" deste programa. "Contactado pelo DE, o gabinete do ministro da saúde alegou não conhecer o relatório. No entanto, a assessora de imprensa de Luís Filipe Pereira reconheceu que o nível de execução do Saúde XXI «é uma preocupação nossa, que tem sido discutida»."

O jornal "Expresso", a 21/06/2003, publicou a notícia "Regulação na Saúde", afirmando que "O Governo vai criar uma entidade reguladora da saúde, uma estrutura com superpoderes ...um verdadeiro ministério paralelo é o que poderá vir a ser a futura entidade reguladora da saúde, cujo projecto irá em breve a Conselho de Ministros".

O jornal "Diário Económico", a 30/06/2003, publicou a notícia "Hospitais S.A. penalizados caso não cumpram objectivos" onde referiu que "o contrato-programa que o ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, entregou aos 31 hospitais - empresa, na semana passada, prevê que o não cumprimento dos objectivos contratualizados seja fortemente penalizado, diminuindo para menos de metade, em relação ao valor fixado, o montante das verbas a pagar por cada acto contratado.... Se ficar aquém do contratado penaliza os hospitais, ultrapassar o número de actos médicos contratualizados também vai dar direito a penalizações financeiras: se o hospital produzir mais de 5% acima do que está no contrato, começa a receber menos por cada acto. Se a produção hospitalar ficar 7,5% acima ou abaixo do que está estipulado, há lugar a uma comunicação formal aos accionistas e a administração do hospital terá de apresentar um relatório, num prazo de 30 dias, onde se justifique a quebra do contrato e quais as medidas que estão a ser tomadas para corrigir a situação".

O Presidente da República durante a sua presença na sessão comemorativa do centenário do Hospital Curry Cabral (Lisboa) realizada a 24/06/2003, declarou que "um novo processo de financiamento não poderá prejudicar o interesse efectivo pelo tratamento dos doentes, que é a finalidade dos profissionais de saúde e dos hospitais, ... o risco de selecção de patologias financeiramente mais interessantes, altas precoces, baixa qualidade,

baixa resolutividade, deve ser claramente prevenido". Considerou ainda, que deveria realizar-se um debate público sobre este assunto ("Primeiro de Janeiro", 25/06/2003).

A edição de 30/06/2003 do "Jornal de Notícias", publicou um artigo do ministro da saúde com o título "As listas de espera", em que este membro do Governo tentava explicar as suas medidas nesta matéria e apresentava diversos "números". Repetindo aquilo que tinha sido uma "medida inovadora" do seu antecessor, Prof. Dr. Correia de Campos, ou seja, escrever artigos de opinião em jornais para propagandear a sua política, o Dr. Luís Filipe Pereira já nos anteriores meses tinha recorrido a semelhante "expediente" político, nomeadamente a publicação de um artigo no jornal "Diário de Notícias" (25/02/2003) com o título sugestivo de "Na saúde, o cidadão está primeiro".

O jornal "Expresso", a 05/07/2003, divulgou a notícia "Hospitais limitados" onde denunciou que: "os contratos que o Governo quer fazer com os hospitais-empresa podem obrigar a recusar doentes do SNS"...; "Em hospitais como o de Santa Cruz, em Lisboa, o contrato que está a ser proposto pelo IGIF prevê que o Ministério da Saúde pague atendimentos a 3500 doentes do SNS – quando, o ano passado, o hospital atendeu cerca de 4000. Além disso, na proposta do contrato ficam completamente de fora atendimentos na urgência e no hospital de dia – ou seja, o Estado não está interessado em pagar ao hospital por esses actos, o que significa que os utentes do SNS não podem recorrer ao Santa Cruz para esse fim, a não ser que paguem do seu bolso ou estejam cobertos por subsistemas ou seguros de saúde privados"...; "Quando a Administração apresentou esta proposta de contrato aos directores dos serviços hospitalares do Santa Cruz, admitiu que o orçamento proposto pelo IGIF era «muito baixo» e chegou mesmo a pôr a possibilidade de, em contrapartida, tentar que fosse aumentada a fatia dos utentes privados ou dos subsistemas".

Em meados desse mês de Julho, o Ministério da Saúde enviou aos parceiros sociais um "projecto" de diploma sobre a chamada "Entidade Reguladora da Saúde" que suscitou uma imediata surpresa. O projecto não tinha os artigos numerados, antes de cada um deles existiam múltiplos comentários justificativos da formulação adoptada nos respectivos conteúdos e eram estabelecidos 15 dias para a emissão dos pareceres, quando a legislação define como prazo mínimo 20 dias. Nunca nenhuma anterior equipa ministerial tinha apresentado um projecto de diploma nestas bem elucidativas condições.

A 29/07/2003, o jornal "Diário Económico" publicou uma entrevista ao presidente da "Estrutura de Missão para os Hospitais SA", José António Mendes Ribeiro, cujo título, "Hospitais sem penalizações por degradação da qualidade", é esclarecedor. Desta entrevista, torna-se indispensável referir as seguintes perguntas e respostas:

R. - "...Temos de puxar os hospitais para o mesmo nível de desempenho".

P. - Em quanto tempo?

R. - "O objectivo é, em 3 anos, ajustar a estrutura de custos à produção realizada".

P. - O ministro, numa entrevista ao Diário Económico, disse que o prazo era de cinco anos.

R. - "Não, em três anos queremos ter essa convergência, para o top ten, feita.

P. - Nos 2 primeiros (indicadores) o que acontece se não forem cumpridos?

R. - "Não acontece nada".

P. - Nada? Então para que serve?

R. - "Para dar uma orientação".

P. - Se um hospital atingiu a produção máxima contratada para o SNS, não há um efeito perverso de não querer atender mais doentes do SNS?

R. - "Penso que isso não se vai verificar porque, à evolução histórica da procura nesse hospital, foi ajustada uma folga para aquilo que um hospital consegue fazer".

A 03/08/2003, vários órgãos de comunicação social divulgaram a notícia de que um "tribunal arbitral" tinha dado razão à entidade privada que gere o Hospital Amadora-Sintra, implicando o pagamento do Estado a esta entidade de uma verba superior a 31 milhões de euros.

A notícia publicada no jornal "Público" com o título "Grupo Mello satisfeito com decisão sobre o Hospital Amadora-Sintra" referiu que "«fez-se justiça ao nosso trabalho», frisou Salvador de Mello, que considerou ainda que a decisão do tribunal arbitral «cala aqueles que têm contestado ideologicamente» a gestão do hospital por ser privada e «deixa a porta aberta para a continuação do trabalho» da actual equipa do Amadora-Sintra. «O nosso ânimo para avançarmos com a candidatura a todos os 10 novos hospitais públicos que vão ter gestão privada sai reforçada». Esta notícia referiu ainda que "... os 3 membros do tribunal arbitral – liderado pelo jurista Calvão da Silva – decidiram por unanimidade a favor do Grupo Mello em todas as questões".

Foram ainda divulgadas as reacções dos 2 anteriores ministros a esta decisão, tendo o Prof. Dr. Correia de Campos considerado que "a decisão é justa" e "há uma perseguição ideológica de alguns sectores de opinião pública contra o envolvimento do sector privado na gestão de um hospital público", enquanto a Prof.^a Dra. Manuela Arcanjo referiu que "era quase impossível, numa altura em que se vai assumir em força mais parcerias (com o sector privado), que houvesse uma decisão noutra sentido" e que "entretanto, houve um documento da ARS, houve um relatório da Inspeção-Geral das Finanças – e todos sabem da qualidade técnica desta inspeção – e houve uma posição do Tribunal de Contas. Ou todas estas entidades estão equivocadas ou a decisão do tribunal foi política. Eu não tenho dúvidas que os relatórios estão correctos".

Já na véspera, o site do jornal "Público" tinha divulgado declarações do Prof. Dr. Correia de Campos em que afirmou que "fico contente com a justiça privada do tribunal arbitral, a justiça pública não funcionou".

É curioso verificar a coincidência de argumentos do Prof. Dr. Correia de Campos e do Dr. Salvador de Mello no que se refere a "contestações" e "perseguições ideológicas", como se as suas posições e apreciações contra os serviços públicos não fossem ditadas exclusivamente por determinações ideológicas do pensamento único neoliberal.

Tendo o Ministério da Saúde nomeado, como lhe competia, o representante do Estado neste tribunal, é escandaloso que o ministro tenha declarado publicamente que o "Estado foi condenado por ter argumentado de forma frágil, o que é lamentável. E agora vamos enfrentar custos graves" (Público, 03/08/2003).

A 20/08/2003, foi publicado o D.L. n.º 188/2003, que estabeleceu novas regras de gestão para 47 hospitais públicos do chamado "sector público administrativo" (SPA), ou seja, para aqueles que não foram transformados em SA's. Este diploma visou estender o modelo de "gestão empresarial" a estes hospitais.

No dia 3/09/2003, o ministro da saúde fez uma intervenção em sessão plenária da Assembleia da República, tendo afirmado que a onda de calor verificada no mês anterior tinha causado somente 4 mortes, contrariando as 1.316 mortes indicadas pelo Instituto Ricardo Jorge. Esta afirmação surpreendente suscitou uma enorme polémica entre os deputados e, posteriormente, a nível da comunicação social.

Em França, país colocado em 1.º lugar na classificação mundial dos sistemas de saúde da OMS, já tinham sido registadas mais de 12.000 mortes e elaborados extensos relatórios de avaliação da situação.

O jornal "Público", a 6/09/2003, divulgou a notícia de que "Operações no privado só arrancaram em Lisboa e no Algarve", referindo que "são já 155 mil os doentes em listas de

espera”, tendo o ministro afirmado que “os dois anos acabam no final de Novembro de 2004 e achamos que, até ao final do primeiro trimestre de 2004, acabaremos com esta lista”. A 7/09/2003, foi publicado neste jornal um artigo de opinião do Prof. Dr. Cipriano Justo com o título “SNS ou SMS?”.

Deste texto, transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Se se quisesse seleccionar uma bandeira para a actuação do actual titular das pasta da saúde iríamos buscá-la à obstinação com que continua a prometer aos portugueses eliminar as listas de espera cirúrgicas”.
- “Quanto à redução de gastos, é indisfarçável a tentação em se querer reforçar a ideia de que os cidadãos só têm a ganhar com a empresarialização do Serviço Nacional de Saúde. Mas nada se adianta sobre as necessidades em saúde que ficaram por satisfazer com essa poupança. Esquece o titular da pasta que aquela poupança terá resultado dos cortes indiscriminados de 15% mandados fazer nas despesas dos hospitais e de muita criatividade contabilística, não podendo ser considerados, por isso, supostos efeitos atribuíveis à melhor organização e gestão dos 31 hospitais SA”.
- “Um conhecido especialista em Administração e Políticas Públicas, Juan Mozzicafredo, em recente entrevista (Visão, 31/07/03) vem-nos dizer, primeiro, «que a administração pública não é uma empresa, é a administração de um modelo de Estado, de uma organização colectiva»; segundo, que «não existe Estado mínimo. Pode haver melhor Estado, mas nunca menos (...) porque as suas funções aumentam segundo a complexidade das sociedades»; terceiro, que «uma das formas de aumentar a produtividade é diferenciar os salários, segundo o nível de produtividade, de qualificação e de mérito». Sem querermos exorbitar o pensamento deste professor do ISCTE, podemos concluir que uma reforma da administração pública com incidência no Sector da Saúde, nomeadamente, pode ser feita respeitando o estatuto das organizações do sector público administrativo. Basta que para o efeito se tenha outra visão do que constitui o interesse público. De outro modo, estaremos perante um processo planeado de decomposição do SNS e de uma irreversível mudança de modelo de prestação de cuidados de saúde”.
- “Espera-se por isso que a esquerda, e o Partido Socialista em particular, comece a responder ao que neste momento está verdadeiramente em causa: a escolha entre o SNS e o SMS, entre o Serviço Nacional de Saúde e o Serviço Mello Saúde”.

Também este jornal, na sua edição de 8/09/2003, referiu declarações do Presidente da República na sessão de abertura do 12.º Congresso Europeu de Neurocirurgia, realizado em Lisboa, onde afirmou: “Tenho especial preocupação com a universalidade do sistema e concretamente com o efectivo acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde de que necessitam”. Esta notícia acrescentou que “antes do início da sessão, o ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, reafirmou a intenção do governo acabar com as listas de espera para cirurgias nos hospitais até ao final da legislatura”. Desde já importa referir que o final da legislatura se verificaria em 2006.

Este jornal, a 10/9/2003, divulgou os dados do relatório da Comissão Europeia sobre “A situação social na União Europeia” que tinham sido apresentados na véspera em Bruxelas.

Os dados divulgados nesta notícia foram, entre outros, os seguintes:

- Em Portugal, a esperança de vida aumentou, desde 1960, 13 anos nas mulheres, situando-se nos 79,7 anos em 2000, e mais 11 anos nos homens (72,7 anos), números que se aproximam da média comunitária (75 anos para o sexo masculino e 81 para o feminino).
- O nosso país registou a mais elevada taxa de incidência de Sida por milhão de habitantes em 2001 (105,8 casos, quando a média europeia se situava nos 21,8) e de tuberculose (42,5 contra os 12,2 da média europeia).
- Portugal é dos países com mais baixa despesa pública em saúde e em protecção social por pessoa na década de 1990.
- Portugal e Grécia são os países com o mais reduzido número de enfermeiros.
- 21% da população portuguesa tem um rendimento inferior ao necessário.
- É no nosso país que existe a maior disparidade entre ricos e pobres, com os primeiros a auferirem 6,4 vezes mais do que os segundos.

Nesse dia (10/09/2003), em conferência de imprensa do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos, o seu presidente, Dr. Miguel Leão, classificou a estratégia do ministro da saúde para combater as listas de espera como “um monumental fracasso político”, tendo considerado que “o Sr. Ministro andou e anda a enganar os portugueses, ao afirmar que resolveria o problema em 2 anos” e que “o Sr. Ministro é uma evidência de fracasso político. Na verdade, graças às suas medidas no âmbito da gestão hospitalar, cada mês que passa há mais 2.400 doentes à espera. Até quando?” (Tempo Medicina, 15/09/2003).

A 21/9/2003, o jornal “Público” divulgou declarações da ministra das finanças num debate realizado na véspera em Setúbal, sobre “competitividade e desemprego”, em que defendeu a privatização dos serviços públicos afirmando que “há muitos serviços que não faz sentido serem prestados pelo Estado”.

Um relatório da O.M.S. sobre a vaga de calor foi divulgado por vários órgãos de comunicação social a 3/10/2003, em que eram referidas 1.316 mortes ocorridas no nosso país, bem como a existência de 17.000 mortes em toda a Europa na primeira quinzena do mês de Agosto, o que significou um aumento de 14% em relação ao ano anterior (2002).

O jornal “Diário Económico”, a 3/10/2003, divulgou uma notícia de que os “Hospitais - empresa pouparam 88 milhões”, segundo um documento da respectiva “Unidade de Missão” do Ministério da Saúde.

A 7/10/2003, vários órgãos de comunicação social referiram que “o esforço orçamental no investimento público consagrado no Orçamento de Estado para 2004 deverá sofrer uma quebra de 9,7%... Por outro lado, os sectores da Saúde e Educação serão os mais penalizados, com um corte de 23,5% em cada sector” (Jornal de Negócios, 7/10/2003).

O jornal “Diário Económico”, na sua edição de 10/10/2003, publicou um artigo do Prof. Dr. Correia de Campos com o título “Seria uma pena o ministro não concluir as reformas”. Este artigo, que tinha como sub-título “Vários pontos positivos marcam os dezoito meses de Luís Filipe Pereira (LFP) no XV Governo”, enumera os tais pontos positivos, dá “conselhos” ao titular da pasta e termina com a esclarecedora afirmação: “seria pena que LFP não tivesse tempo para consolidar as reformas que iniciou. Se sair prematuramente, correm-se riscos de tudo voltar à estaca zero”.

A 21/10/2003, foi divulgado um relatório sobre a mortalidade materna elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos fundos da ONU para a população (FNUAP) e para a infância (UNICEF), que coloca Portugal como “um dos países da União Europeia onde menos mulheres morrem durante o parto, estando mesmo melhor classificado do que a Alemanha, a França ou a Holanda”. “Dos mais de 180 países analisados pelas Nações Unidas, à frente de Portugal estão apenas a Islândia, a

Eslováquia, a Áustria, Martinica, Espanha e Suécia” (Jornal de Notícias, 21/10/2003). Como podemos verificar, trata-se de mais um importante e elucidativo exemplo daquilo que tem significado para os portugueses a existência do tal “tremendo SNS”.

O Presidente da República numa entrevista à RTP considerou que a saúde, educação e recuperação da auto-estima eram as suas prioridades (“Diário Digital”, 28/10/2003).

Em notícia publicada pelo jornal “Independente”, a 31/10/2003, ficámos a saber que o Ministério da Saúde tinha gasto mais de 1 milhão de euros com empresas de consultoria. Segundo os dados referidos nesta notícia, a Unidade de Missão Hospitais SA gastou mais de 650 mil euros com consultoras como a McKinsey, Antares Consulting e o INDEG/ISCTE, e a Unidade de Missão Parcerias de Saúde já tinha gasto cerca de 350 mil euros com o BPI.

O jornal “Diário Económico”, também nesse dia, publicou uma notícia com o título “Ministério da Saúde tenta enganar Eurostat”, em que referiu existir um défice, em 2003, de 1.038 milhões de euros contra os 524 orçamentos, de acordo com os números que o ministro apresentou aos deputados. Esta notícia referiu ainda que “o Ministério da Saúde está a tentar contornar as regras do Eurostat, aumentando o capital social dos hospitais SA mais endividados aos fornecedores, para saldar parte das dívidas – que já ascendem a 600 milhões de euros, no total – sem aumentar o défice”, e que uma fonte do gabinete do ministro tinha dito a este jornal que “o ministro não pode assumir que é para esse fim (pagar dívidas e fornecedores de medicamentos), sob pena de o Eurostat nos cair em cima”. E o jornal “Primeiro de Janeiro” relatou que o ministro da saúde tinha afirmado na Assembleia da República, aos deputados da Comissão de Execução Orçamental, que iria existir uma poupança de 400 milhões de euros em relação ao que estava orçamentado, classificando de “inédito na saúde”. “O ministro foi, no entanto, confrontado com as dívidas do sector, as quais, só no que se refere à indústria farmacêutica se situam nos 600 milhões”.

O jornal “Diário Económico”, a 7/11/2003, publicou declarações do presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, Dr. Manuel Delgado, nomeadamente que “o ministro da saúde deve ter ido a Fátima para conseguir uma descida de 30% nos custos e um aumento de outros 30% na produção” dos hospitais-empresa.

No dia seguinte (8/11/2003), o jornal “Diário de Notícias” divulgou uma notícia de uma utente que recebeu uma carta para ser operada no Hospital Garcia de Orta, ao abrigo da recuperação das listas de espera, quando já tinha sido submetida à intervenção cirúrgica, nesta mesma unidade hospitalar, há 7 anos. Passados 6 meses, voltou a ser contactada para a mesma operação, mas desta vez no Hospital da Ordem Terceira (privado). A própria utente ironizou que “agora só me falta que Santa Maria também me chame”.

A 13/11/2003, o jornal “Diário Económico” divulgou a informação que o “Governo quer controlar custos com associações dos hospitais SA”. Enquanto o ministro da saúde declarou a este jornal que “não existe ainda uma ideia concreta, pelo que é prematuro falar sobre isso”, o secretário de estado do orçamento considerou que “o objectivo é criar uma associação complementar de empresas ou qualquer coisa do género”. Ainda de acordo com esta notícia, “o secretário de estado do orçamento disse aos jornalistas, no final da reunião parlamentar, que «para o próximo ano, as despesas com os hospitais-empresa não descem», salientando logo de seguida que «também não aumentam». O secretário de estado contrariava assim a promessa do ministro da saúde, que garantia que as despesas com os hospitais SA iriam diminuir logo a partir do primeiro ano de criação. Afinal, a dotação inscrita para 2004 (de 1.200,3 milhões de euros) é exactamente igual à que foi feita no Orçamento do Estado para este ano”.

O jornal “Público”, também nesse dia, abordou a reunião do ministro da saúde e do

secretário do orçamento (Norberto Rosa) na Assembleia da República, realizada na véspera, em que "... Luís Filipe Pereira, não esclareceu ontem na Assembleia da República as causas e os efeitos orçamentais de uma portaria conjunta... publicada na passada segunda-feira, que autoriza o pagamento, em 2004, de encargos adicionais relativos a 2003, no valor de 250 milhões de euros, para os 31 hospitais-empresa existentes em Portugal. A mesma portaria autoriza ainda ao pagamento de mais 43,3 milhões de euros já este ano. O secretário de estado do orçamento admite um aumento do défice da saúde... e, finalmente, defendeu que o aumento de gastos de 250 milhões de euros já está inscrito nos quadros distribuídos aos deputados que registam uma redução de gastos de 7,4 mil milhões de euros para 7,036 mil milhões, embora não tivesse esclarecido em que rubrica".

O Dr. Manuel Delgado, presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, publicou um artigo de opinião na edição de 16/11/2003 do jornal "Público" com o título "Hospitais SA (Sem Apelo)?".

Ao longo do artigo são referidos diversos aspectos relativos a este modelo, sendo de destacar as seguintes afirmações:

- "Um ano transcorrido sobre a fundação das SA, nenhuma destas questões foi devidamente equacionada, continuando tudo, no essencial, na mesma".
- "Os orçamentos são globalmente considerados insuficientes, regista-se uma vontade política em travar a actividade dos hospitais para os doentes do SNS e incentiva-se a discriminação positiva dos doentes suportados por terceiros pagadores (subsistemas e seguradoras), como forma de auto-financiamento."
- "... a insuficiência de recursos financeiros provocará o endividamento das SA e a sua insolvência a médio prazo, ou então, a diminuição de doentes tratados, o abandono de técnicas mais dispendiosas e o empobrecimento da qualidade dos serviços. Em qualquer circunstância em desfavor dos doentes!".
- "Dos cimentos, das areias, de cortiça, da pasta do papel, dos petróleos, da energia eléctrica, da agricultura, da vitivinicultura, da Direcção-Geral de Viação, dos CTT, do Ministério das Finanças, das alfândegas, etc., tudo vale como campo de recrutamento. Na maior parte das vezes, pessoas sem experiência de gestão nem capacidade de liderança, nalguns casos até, jovens recém-diplomados à procura do primeiro emprego. Mas todos têm algo em comum: ou pertencem ao «Inner circle» do ministro e dos seus assessores, ou são cunhas incontornáveis de personalidades políticas a quem não convém dizer não".

No dia 17/11/2003, o jornal "Público", através da notícia "Doentes gastam cada vez mais em medicamentos", informou que "pela primeira vez desde o início do ano, o consumo de medicamentos cresceu em Setembro cerca de 10 por cento, comparativamente a 2002. E os gastos dos doentes não param de subir devido ao novo sistema de comparticipação: mais 1,8 milhões de euros do que com o anterior modelo de financiamento. O Estado, esse, tem vindo sempre a poupar, mas os valores parecem estar a estabilizar. As conclusões são do observatório da Associação Nacional das Farmácias (ANF), que mensalmente acompanha os efeitos no mercado de medicamentos da nova política para o sector".

Nesse dia, o jornal "Diário Económico" também publicou uma notícia, "Crescimento das despesas com medicamentos contraria previsão do ministro da saúde", onde foi afirmado que "a evolução das despesas com medicamentos de Janeiro a Setembro de 2003 revela um crescimento médio de 4,19%, bastante acima das previsões que o ministro da saúde revelou no Parlamento, na semana passada. Na reunião com os deputados das Comissões de Economia e Finanças e Trabalho e Assuntos Sociais, Luís Filipe Pereira disse que «2,5% é o máximo previsto de aumento dos custos com medicamentos este ano»".

Também a 17/11/2003, o jornal “Tempo Medicina” publicou uma importante entrevista ao Dr. Paulo Mendo, com o título “Não é por via administrativa que se faz política de saúde”. Desta entrevista, importa destacar as seguintes afirmações:

- “Começo por afirmar que o sector da Saúde é uma das grandes vitórias da nossa democracia. De uma situação sanitária miserável em comparação com a Europa de então, com altíssima mortalidade infantil, com a maior parte dos partos e gravidezes não assistidas, com uma mortalidade geral em que predominavam as mortes por doenças infecciosas e de carência, com hospitais caritativos, subequipados e com deploráveis condições hoteleiras, com uma Medicina ambulatória feita à pressa pelas caixas de previdência e apenas para os seus beneficiários, com apenas cerca de 10 mil médicos e 12 mil enfermeiros, sem carreiras profissionais, passámos, menos de 30 anos depois, a dispor de serviços de saúde de eficiência comparável à da média europeia”.
- “ E é a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) que coloca o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 12.º lugar no ranking mundial, levando em conta a relação custo/benefício”.
- “Considero que pode ser útil a existência de uma espécie de Provedor da Saúde, escolhido pelo Parlamento e a ele prestando contas, com funções específicas de defesa dos direitos dos cidadãos face aos prestadores de cuidados. Tudo o resto deve ser da responsabilidade dos órgãos normais, centrais e locais do Ministério da tutela”.
- “A política, aqui, mais ainda que noutras áreas, tem que ser centrada na saúde e no cidadão, e não na administração e na contabilidade”.
- “... é imperativo formarmos mais médicos, facto para o qual desde os anos 80 tenho alertado”.
- “A ser algo mudado na nossa Constituição, apenas poderá ser uma melhor explicitação da definição do SNS como «universal, geral e tendencialmente gratuito», assumindo claramente que a gratuidade não pode ser geral e que cada cidadão deve participar de acordo com as suas possibilidades. Clarificado este aspecto, não encontro nenhuma razão para mudar o texto constitucional”.
- “A chamada do sector privado à colaboração com o sector público na área dos prestadores é uma das ideias defendidas, há muito, pelo PSD e CDS que tem vindo, felizmente, a conquistar a aceitação no PS, graças a políticos deste partido, como o Prof. Correia de Campos”.

O jornal “Expresso”, a 22/11/2003, publicou uma entrevista ao ministro da saúde onde nas considerações introdutórias era referido que “com um discurso cauteloso, quase sempre politicamente correcto e recheado das palavras caras que só os «habitues» da Gestão cultivam, o ministro da Saúde é, afinal, um homem de certezas”.

A 26/11/2003, o jornal “Público” divulgou a notícia “Católica e Grupo Mello juntos em projecto para medicina”, em que informava que “a Universidade Católica Portuguesa (UCP) e o Grupo Mello Saúde assinam hoje um protocolo que visa a elaboração de um projecto conjunto para a construção de uma faculdade de ciências da saúde e um hospital universitário na área ocidental metropolitana de Lisboa”. Segundo Manuel Braga da Cruz, reitor da UCP “a Católica convidou a José Mello Saúde para um projecto deste tipo e assinámos um protocolo para a criação de um hospital com faculdade de ciências da saúde na zona ocidental de Lisboa”.

A 27/11/2003, vários órgãos de comunicação social divulgaram a notícia de que o Presidente da República tinha promulgado o diploma governamental relativo à “Entidade Reguladora da Saúde”.

O jornal “Expresso”, a 29/11/2003, publicou a notícia “Privados atrasam listas de espera” onde referiu que “a execução do programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas (PECLEC) nas clínicas privadas está muito abaixo do previsto, não tendo sequer chegado aos 30% do total das operações que, até agora, já deveriam estar feitas”. Ainda de acordo com esta notícia “as Administrações Regionais de Saúde (A.R.S.) reuniram-se na semana passada com os operadores privados para fazer um ponto da situação e ouviram muitas queixas. Segundo soube o Expresso, a maior parte dos privados queixou-se de que cerca de 40% das listas de espera que lhes foram atribuídas diziam respeito a doentes que já tinham sido operados, havendo ainda uma percentagem mínima de 3 a 4% de doentes que disseram que não queriam ser operados”.

A 30/11/2003, o jornal “Primeiro de Janeiro” publicou uma notícia sobre declarações do ministro da saúde em que “rejeitou suspeitas de favorecimento do consórcio Grupo Mello/Universidade Católica no concurso do novo hospital universitário em Sintra, frisando que o processo será transparente para todos”. Nesta notícia, foi também referido que “o Grupo Espírito Santo e a Caixa Geral de Depósitos admitem não concorrer, por considerarem que o concurso está feito à medida do Grupo Mello / Universidade Católica”.

Este jornal, a 2/12/2003, divulgou declarações do presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, em que este “considerou que «faz pouco sentido» que o ministério pergunte mediante uma carta enviada aos presidentes dos conselhos de administração, se conhecem alguns casos de transferência de doentes dispendiosos de hospitais - empresa para outras unidades. Para o responsável da AAH, a situação criada por Luís Filipe Pereira constitui «um ambiente perfeitamente tenebroso, de pressão e chantagem sobre os conselhos de administração», porque «mesmo que saibam de alguma coisa, nenhum responsável vai dizer que conhece situações irregulares”.

O “Jornal de Notícias”, a 4/12/2003, publicou uma notícia com o título “Ministro quer «salvar» o SNS”, em que reproduziu algumas declarações efectuadas, na véspera, pelo ministro da saúde, em Lisboa. Segundo esta notícia, o ministro afirmou que: “não queremos destruir o Serviço Nacional de Saúde. Queremos melhorá-lo, salvá-lo”; “passamos de um Serviço Nacional de Saúde para um Sistema Nacional de Saúde”; “podemos ter hospitais privados, mas que se comportarão como os públicos”; “é inaceitável que neste sector se ponham critérios financeiros à frente dos cuidados de saúde”; “não vamos privatizar nada, mudamos é o funcionamento para uma gestão empresarial”; e que as funções da Entidade Reguladora da Saúde se destinam a “garantir que não haja discriminação, que sejam observados direitos e que haja padrões de qualidade”.

Estas afirmações, embora algumas delas já tivessem sido anteriormente proferidas, constituem mais um elucidativo exemplo do comportamento político deste ministro. Começando por dizer que quer salvar o SNS, afirma depois que ele deixa de existir para passar a Sistema Nacional de Saúde. E como é possível afirmar que os hospitais privados se comportarão como os públicos? Quanto à garantia de padrões de qualidade, importa lembrar a entrevista do presidente da “Estrutura de Missão para os Hospitais SA” ao jornal “Diário Económico”, de 29/07/2003, para termos uma noção clara do significado real das declarações do ministro da saúde.

O Jornal “Diário de Notícias”, a 6/12/2003, informou que “a maioria rejeita inquérito ao Amadora/Sintra” na sequência da proposta do PCP para a criação de uma comissão

parlamentar de inquérito à gestão (privada) do hospital Amadora/Sintra por suspeitas de irregularidades e atropelos ao interesse público”.

O jornal “Correio da Manhã”, a 11/12/2003, numa notícia com o título de “Estado paga operações”, divulgou declarações do ministro da saúde durante a interpelação ao Governo na Assembleia da República, requerida pelo PCP. De acordo com essas declarações “a partir de Março do próximo ano, todos os doentes que vejam ultrapassado o tempo de espera clinicamente aceitável para uma cirurgia poderão recorrer a qualquer hospital que tenha resposta para o seu problema. Independentemente de se tratar de uma instituição pública, privada ou social, as despesas são assumidas pelo Estado”. A notícia referiu ainda que “Luís Filipe Pereira garantiu que dos 123 mil doentes que se encontravam em lista de espera, 80 mil já tiveram o seu problema resolvido e, até Março de 2004, estarão realizadas todas as restantes cirurgias”.

A 16/12/2003, o jornal “Diário Económico” divulgou a notícia de que o grupo parlamentar do PS iria requerer ao Tribunal de Contas a realização de uma auditoria financeira a todos os hospitais transformados em sociedade anónimas.

A 17/12/2003, vários jornais referiram aspectos da discussão efectuada nas “Jornadas Parlamentares do PS” em torno da saúde. O Dr. Almeida Santos, presidente do PS, afirmou que “de recuo em recuo, a filosofia social - melhor dizendo socialista -, que presidiu ao desenho constitucional do SNS, vem sendo progressivamente neoliberalizada... não tarda e, quando dermos por isso, do originário SNS, só restará a tabuleta” (“Jornal de Coimbra”).

Também nesse dia, outro assunto abordado em vários jornais foi um estudo da revista “Dinheiro & Direitos” sobre os seguros de saúde. Segundo o estudo: “as seguradoras continuam a oferecer produtos que não correspondem a exigências básicas de saúde dos consumidores, não constituindo alternativa válida ao Serviço Nacional de Saúde”; “a maioria das exclusões são inaceitáveis, pois não dependem da vontade do consumidor - é o caso das despesas psiquiátricas ou epidémicas de declaração obrigatória, acidentes ou doenças motivadas por calamidades naturais”; “a renovação anual do contrato... permite à seguradora pôr-lhe fim quando o doente começa a dar muita despesa...”; “outro ponto desvantajoso diz respeito ao limite de idade, pois ninguém com mais de 60 anos consegue fazer um seguro de saúde (a Axa limita mesmo esse prazo a 50 anos); “entre os 65 e os 70 anos, fase da vida em que eles são mais necessários, as coberturas da maioria dos seguros extinguem-se automaticamente”; “... o problema é o preço: um casal com dois filhos tem de desembolsar anualmente 10.500 euros” (“Público”).

O jornal “Expresso”, 20/12/2003, publicou a notícia “Hospitais SA preferem clientes dos seguros”, onde divulgou declarações de vários gestores destas unidades hospitalares. Para o presidente do Grupo Hospitalar do Alto Minho, Fernando Marques, “temos de criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras”, “... o objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento”. Quanto ao administrador do Hospital de Santa Maria da Feira, Hugo Meirelles, “os médicos nem sequer precisam de saber se o doente que estão a atender vai pagar como Medis ou como SNS” e o administrador do Hospital de Santa Cruz, João Costa Vieira, afirmou que “uma vez que o SNS não assegura a contratação de toda a nossa capacidade, coloca-se, como a qualquer empresa, a preocupação de arranjar outros clientes, como os subsistemas ou os seguros”. Mas esta notícia divulgou ainda declarações do ex-ministro Prof. Correia de Campos, em que considerou tratar-se de uma solução que configura “uma clara violação da Constituição, no seu princípio da universalidade do sistema” e que “é impossível pôr isto em prática sem criar quotas na marcação das

consultas e cirurgias...”

O jornal “Primeiro de Janeiro”, também nesse dia, publicou a notícia de que “a gestão do serviço de imagiologia do Centro Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo) vai ser entregue a privados”.

No dia 22/12/2003, o jornal “Público” divulgou uma notícia com o título “Consultas de planeamento familiar quase duplicaram numa década”, onde eram abordados diversos aspectos relacionados com esta matéria a propósito da polémica em torno da interrupção voluntária da gravidez.

A 23/12/2003, o jornal “Diário Económico” divulgou uma notícia com o título “O Governo recua na divulgação das vantagens das PPP na Saúde”.

O jornal “Primeiro de Janeiro”, a 5/01/2004, publicou a notícia “Hospital «privatiza» cirurgia vascular”, em que referiu o estabelecimento de um protocolo entre o Centro Hospitalar do Alto Minho e um hospital privado de Vigo (Espanha).

O “Jornal de Notícias” e o “Primeiro de Janeiro”, a 8/01/2004, divulgaram a informação de que este centro hospitalar fechou as contas de 2003 com um prejuízo de 2,5 milhões de euros.

Nesse dia, outro jornal, o “Público”, divulgou declarações do ministro da saúde em que este “não vê qualquer inconveniente no estabelecimento de acordos com as seguradoras por parte dos hospitais sociedades anónimas (SA) ... aliás, este é um cenário que está nos horizontes do Ministério da Saúde e que o governante vê como um caminho que vai trazer benefícios”. Estas referências, inseridas numa notícia com o título “Ministro diz que contratualização com privados é um caminho a seguir”, eram completadas com a afirmação de que “se tivermos capacidade, para além disso, de dar qualidade a outros segmentos, sem discriminar os utentes, não vejo qualquer problema”.

O jornal “Expresso”, a 27/11/2003 publicou a notícia com o título “PR defende intervenção na saúde” onde referiu declarações proferidas no Congresso dos Farmacêuticos.

Na intervenção de abertura do Congresso dos Farmacêuticos, o Presidente da República, Jorge Sampaio, começou por realçar a importância das “prestações (de cuidados de saúde) feitas por entidades privadas” e afirmou que “agora que se deseja a consagração destas prestações, e portanto o paralelismo do Estado prestador e as prestações do privado, cooperativo e social, a situação muda” e surge “sublinhada a necessidade de termos alguém que assegure a regulação deste sistema”.

Joaquim Pina Moura, um dos oradores da sessão de abertura do congresso, afirmou que a decisão da criação de Entidade Reguladora da Saúde “marca uma viragem no panorama político da saúde em Portugal”, pois “trata-se de promover uma nova arquitectura institucional da regulação global do Serviço Nacional de Saúde” e que “a reforma do Serviço Nacional de Saúde, agora em desenvolvimento, seria uma reforma inacabada, desequilibrada e coxa sem a existência desta entidade”.

O jornal “Primeiro de Janeiro”, a 29/11/2003, publicou a notícia com o título “Sampaio contra privatizações”.

Esta notícia referiu que no prefácio de um livro que reúne os discursos do Presidente da República, Jorge Sampaio afirmou que “a pretexto do mau funcionamento de alguns serviços e de reconhecidas ineficiências de certos sectores da máquina do Estado têm-se multiplicado acusações à função pública, bem como apelos ostensivos a uma privatização generalizada de departamentos da administração”. Elogiou ainda a atenção que o Estado tem dado nos últimos anos às políticas sociais, acrescentando que elas devem continuar a ser prioridade governativa.

O jornal “Expresso”, a 13/12/2003, publicou a notícia com o título “À procura de milagres nas listas de espera”, onde era referido que “cerca de 60% dos 105 mil doentes que entraram na «nova» lista de espera para cirurgia no Serviço Nacional de Saúde (SNS) já teriam

direito a optar por serem operados numa clínica privada e custariam ao Estado mais de cem milhões de euros. Isto se a promessa feita esta semana pelo ministro da saúde no Parlamento entrasse já em vigor”.

Uma fonte do gabinete deste ministro afirmou que “quando um doente, na consulta, for indicado para cirurgia, o seu médico fará o respectivo registo, que entra para um sistema geral de controlo das listas de espera... Nesse momento, o doente receberá um talão com a data e o tempo máximo que a sua cirurgia pode demorar. Se esse prazo passar, o doente deverá dirigir-se ao hospital e entregar o tal talão, para receber um outro, que equivale a um ‘voucher’ e que serve para que ele não pague nada caso escolha ser operado noutra lado”.

A jornalista que elaborou a notícia concluiu que “apesar de ter sido apresentado como uma novidade, esta possibilidade está prevista na lei desde que Leonor Beza foi ministra da saúde. Trata-se de uma portaria que define um prazo máximo de seis meses de espera para uma cirurgia no SNS e ao abrigo da qual muitos doentes chegaram a ir ao estrangeiro para serem operados”.

O jornal “Diário Económico”, a 22/12/2003, publicou a notícia com o título “Comparticipação dos utentes é maior que o custo do Estado” onde referiu as declarações do secretário-geral da Federação Nacional dos Prestadores de Saúde, Bruno Henriques, nomeadamente que “a actualização em Setembro das taxas moderadoras para o acesso aos cuidados de saúde fez com que o Estado comesse literalmente a lucrar com as sessões de tratamento de fisioterapia e de medicina de reabilitação”. E exemplificou que “por uma sessão de facilitação neuromuscular para um doente que entre num hospital recorrendo ao SNS, o Estado paga aos convencionados 2,52 euros, mas se o doente utilizar este serviço através de um dos subsistemas de saúde existentes, o Estado cobra a esse subsistema 12 euros”.

Concluiu que este tipo de situações só acontecem “porque o Ministério da Saúde é actualmente uma secretaria de estado das finanças, que se preocupa mais com os custos do que com a qualidade dos serviços de saúde”.

A 8/01/2004, o “Jornal de Notícias” referiu que o Hospital de Viana do Castelo / Centro Hospitalar do Alto Minho tinha fechado as contas de 2003 com um prejuízo de 2,5 milhões de euros e que o respectivo serviço de imagiologia iria ser entregue a entidades privadas.

A 10/01/2004, o jornal “Público” divulgou um artigo de opinião de Amílcar Correia com o título “A vocação dos Hospitais”, cujo texto foi iniciado desta forma: “A vocação dos hospitais transformados em sociedades anónimas (SA) «não é tratar doentes mas sim arranjar dinheiro». A confissão é de Fernando Marques, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, e é devidamente esclarecedora de uma certa forma de encarar o Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

A 14/01/2004, a agência “Lusa” divulgou as declarações proferidas pelo Dr. Albino Aroso, presidente da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neo-natal, no fórum “Mais e Melhor Saúde”, sobre o facto da mortalidade infantil ter aumentado, entre 2001 e 2002, em Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Açores.

O jornal “Primeiro de Janeiro”, a 22/01/2004, divulgou a notícia “Salários aumentaram nos Hospitais SA”. Naturalmente, que se tratavam dos salários dos administradores e a notícia referia que os aumentos tinham sido entre 655 a 1.480 euros, consoante o tipo de hospitais. No caso dos hospitais de maior dimensão os salários passaram a ser de 4.752,55 euros mais 1.663,39 euros de despesas.

No dia seguinte, 23/01/2004, o jornal “Público” divulgou a notícia com o título “Oposição critica aumento dos salários dos gestores dos hospitais SA”, dando conta das reacções dos grupos parlamentares da oposição a esta medida.

Nesse dia, este jornal publicou também a notícia “Ministro da Saúde diz que 20 mil doentes recusaram cirurgias no sector privado”. Segundo declarações do ministro, mais de metade dos doentes em lista de espera que foram encaminhados para a cirurgia nos sectores privado e social recusou a operação ou então não compareceu no hospital.

Disse também, que da lista inicial de 123 mil doentes mais de 91 mil já teriam sido operados e que “até Março deverão estar operados todos os doentes”.

O jornal “Expresso”, a 24/01/2004 divulgou a notícia com o título “Ministro endivida-se para pagar a Ferreira Leite”, onde refere o recurso a um empréstimo à banca de 300 milhões de euros para pagar dívidas, nomeadamente às farmácias.

O jornal “Público”, também nesse dia, divulgou a notícia com o título “Dívidas dos hospitais à indústria cresceram 87 por cento em 2003” segundo o qual “as dívidas dos hospitais aos laboratórios farmacêuticos voltaram a disparar em 2003. Em Dezembro do ano passado, a dívida global atingia já os 647 milhões, mais 87 por cento do que o valor registado em Janeiro”.

O “Diário Económico”, de 26/01/2004, divulgou a notícia com o título “Sonae investe 55 milhões no negócio da saúde” com vista a abrir um hospital privado e uma clínica, admitindo entrar nas parcerias público-privadas.

No dia seguinte, este jornal divulgou a notícia com o título “Governo esconde custos de produção dos Hospitais SA”, referindo que “os custos da realização das cirurgias para reduzir as listas de espera, contratadas com os hospitais-empresa, não foram tidos em conta na apresentação dos resultados destes hospitais SA que o Ministério da Saúde tem vindo a publicitar nos jornais desde Dezembro”.

No último ano da presença de Luís Filipe Pereira como ministro da saúde, aumentou consideravelmente o volume de notícias sobre este sector na comunicação social e verificou-se um maior desenvolvimento dos seus conteúdos no que se refere aos dados relativos aos resultados da sua política.

Nesse sentido, far-se-á uma referência mais detalhada a essas notícias, transcrevendo extractos dos respectivos conteúdos, com o objectivo de facilitar a posterior abordagem da política neoliberal da saúde no nosso país.

- **“Portugal Diário”, 28/01/2004**

Titulo da noticia: “ «Favorecimento» do sector privado, acusa médico”.

“O director do serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Manuel Antunes, alertou hoje para o risco de «favorecimento» do sector privado nas parcerias para a gestão de unidades de saúde. Este médico, que falava no primeiro debate do ciclo Fórum Gulbenkian de Saúde, sustentou que «o sector privado pode e deve constituir um padrão de comparação com o sector público, mas não pode ser favorecido». Algo que o responsável acredita poder ocorrer nas parcerias público / privado, para a gestão das unidades de saúde, depois de o Estado ter «reconhecido a incapacidade em organizar a sua gestão», lamentou”.

- **“Jornal de Notícias”, 29/1/2004**

Titulo da noticia: “Só doentes serão «públicos» no novo modelo da saúde”.

Esta notícia abordava também o debate referido na anterior notícia e acrescentava que o Prof. Dr. Manuel Antunes tinha afirmado que “no novo modelo, de público só ficam os doentes, o resto é privado” e que “no Reino Unido não houve a tentação de ir tão longe e tão depressa”.

A Dr.^a Maria de Belém Roseira, que moderou o debate, lembraria depois desta intervenção que “o Reino Unido não só não atingiu melhorias da qualidade, como aumentou as taxas de mortalidade”.

- **“Diário de Notícias” (DN Negócios), 31/1/2004**
Titulo da noticia: “Saúde com contas descontroladas”.
 “A despesa na Saúde está descontrolada. Nos cuidados primários – a rede de centros de saúde – e nos hospitais, as contas até Novembro são demolidoras. A dívida total passou de 836 milhões de euros em 2002 para 1,2 mil milhões de euros em 2003. Um crescimento brutal de 30%, cerca de 375 milhões de euros, sem contabilizar os chamados hospitais SA. Os resultados finais do ano, poderão ultrapassar um défice de 1,5 mil milhões de euros”.
- **“Jornal de Notícias”, 31/1/2004**
 Entrevista do Ministro da Saúde.
 Desta entrevista, importa transcrever as seguintes perguntas e respostas:
P.: Quando tomou posse, prometeu que acabaria com as listas de espera cirúrgicas em dois anos. Mantém a promessa?
R.: Tínhamos prometido acabar em dois anos com a lista que havia em 30 de Junho de 2002, no âmbito do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC). Vamos acabá-lo até Março, sete meses mais cedo do que o prometido.
P.: E não haverá risco de se fazer as cirurgias do PECLEC, pagas por fora, dentro do horário normal e assim gerar mais listas novas?
R.: Não, Não. Mas há obviamente operações do PECLEC feitas em horário normal – e isto é assumido -, porque o que interessa é que o bloco operatório faça o número de cirurgias consentâneas com a sua capacidade. Se as mais urgentes são as que esperam há mais tempo, com certeza. Se uma pessoa está à espera há seis anos, porquê cruzar os braços e esperar para operá-la fora das horas normais? O que é importante é que a produtividade de cada hospital não baixe. E se compararmos a produtividade dos hospitais em 2002 e 2003, com os mesmos profissionais, as cirurgias aumentaram em média 20%.
- **“Expresso”, 31/1/2004**
Titulo da noticia: “Dívida dos hospitais segue para tribunal”.
 Esta notícia divulgou a decisão de um grupo de empresas farmacêuticas em avançar para um processo contencioso com 5 hospitais públicos, exigindo o pagamento imediato das dívidas acumuladas.
- **“Jornal de Notícias”, 31/1/2004**
Titulo da noticia: “Contas do ministro da saúde levantam muitas dúvidas”.
 Na abordagem desta questão, foram divulgadas declarações do Prof. Dr. Manuel Antunes, nomeadamente “antes de este ministro chegar, as listas eram de 80 mil, passou-as a 120 mil, já operou 90 mil? Conheço a capacidade instalada, não acredito. Se pudesse operar tanta gente em tão pouco tempo, não existiriam listas de espera! Mas já tem outros cem mil? E agora que expurgar estes? Que números são estes?”.
 A notícia referiu ainda que “segundo dados de Dezembro, foram operados 91.154 doentes (10.002 no privado), que o ministro arredondou ontem para cem mil”.
- **“Primeiro de Janeiro”, 1/2/2004**
Titulo da noticia: “Descontrolo grave e perigoso – Pedida a demissão do Ministro da Saúde durante o 10º Congresso da C.G.T.P.”.
 “A C.G.T.P. defendeu a demissão do ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, pelo facto de a dívida total do sector ter aumentado 30 por cento entre 2002 e 2003. A dirigente da

C.G.T.P.-IN, Maria do Carmo Tavares, na sua intervenção, definiu como grande objectivo «travar as privatizações dos hospitais e centros de saúde».

- **“Primeiro de Janeiro”, 5/2/2004**

Artigo de opinião do Dr. Paulo Mendo com o título: “As listas de espera”.

Neste artigo, o Dr. Paulo Mendo analisou as posições do Ministério da Saúde sobre esta matéria, considerando que “o pior que se pode fazer é tentar mascarar um insucesso numa falsa vitória em que ninguém acredita e que impede a necessária correcção”.

Lembrou ainda que “fui responsável em 1994 pelo primeiro programa de resolução das listas de espera exagerada para as cirurgias nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Foi o chamado PERLE, baseado no apoio que a clínica privada podia dar na resolução das esperas existentes em meia dúzia de patologias de massa (varizes, cataratas, hérnias, artroses da anca, patologia ginecológica sangrante) que são as grandes responsáveis pelas enormes esperas e que nunca poderão ser resolvidas a tempo pela rotina cirúrgica da rede dos hospitais públicos existentes”.

- **“Jornal de Notícias”, 11/2/2004**

Titulo da noticia: “Ministro é «um perigo para a saúde pública»”.

Em conferência de imprensa, o Dr. Miguel Leão, presidente do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos, abordou os dados sobre as listas de espera referidos pelo ministro, os que estão na página do Ministério e os que foram divulgados em publicidade paga, chegando à conclusão que se verificava um aumento destas listas entre 8% e 33%.

“Se foram operados até Dezembro 91.154 dos 123.166 doentes inscritos no Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), sobram 32.012. E se, desde o início desse programa, estão a entrar em lista de espera 6600 doentes por mês, segundo diz o ministro, significa que há 112.200 novos inscritos, a que a O.M. soma os 32.012 que faltava operar. Perfaz 144.216”.

“A acreditar nos números que o Ministério da Saúde apresenta... Portugal está perante uma situação epidémica de listas de espera”. “E esperando que tudo não passe de enganar nas contas, disponibiliza-se (Miguel Leão) para oferecer ao ministro uma máquina de calcular”.

- **“Diário Económico”, 12/2/2004**

Titulo da noticia: “Saúde desvaloriza inspecção do Tribunal Contas às listas de espera”.

Esta notícia abordou “a inédita acção de uma auditoria ao PECLEC”, decidida pelo Tribunal de Contas e numa das partes do seu texto referiu que “contas feitas, até o Banco de Portugal já manifestou, de forma clara e intencional, em jeito de alerta, dúvidas relativamente aos resultados do Serviço Nacional de Saúde, particularmente no que diz respeito ao aumento de produtividade dos hospitais SA”.

- **“Expresso”, 14/2/2004**

Titulo da noticia: “Operação «desaparecidos»”.

“Grande parte dos doentes «desaparecidos» das listas de espera entregues às clínicas privadas – que, há duas semanas, o ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, anunciou existirem – foram chamados antecipadamente pelos hospitais onde estavam inscritos, já tinham sido operados por iniciativa particular ou já não podiam ser sujeitos a uma intervenção cirúrgica devido ao seu estado de saúde”.

“Há até casos de doentes chamados para serem operados a uma patologia, quando estavam em listas de espera por uma causa diferente”.

- **“Público”, 15/2/2004**

Titulo da noticia: “Coelho acusa Governo de estar a destruir o Serviço Nacional de Saúde”.

A notícia referiu-se à intervenção do deputado do Partido Socialista, Dr. Jorge Coelho, num debate efectuado em Espinho, onde uma das suas afirmações foi: “Assiste-se a uma destruição do que foi uma das maiores conquistas dos portugueses no 25 de Abril, ou seja, um Serviço Nacional de Saúde universal e gratuito”.

- **“Diário de Notícias”, 17/2/2004**

Titulo da noticia: “Hospitais-empresas são o novo descabro do sector público”.

A notícia abordou as conclusões de um relatório do Tribunal de Contas, importando referir as seguintes:

“As críticas aos hospitais-empresas são apenas a mais recente identificação do descabro das contas do SEE (Sector Empresarial do Estado). Segundo o Tribunal, esta nova realidade serve apenas uma estratégia de desorçamentação e de diminuição formal do défice das finanças públicas, não sendo certo que o endividamento não venha a agravar-se. Entre as muitas críticas que faz, o Tribunal refere o insuficiente acompanhamento e controlo por parte do Estado no exercício da sua função accionista, de que se destacam a não avaliação sistemática da situação financeira das empresas e a análise da consequente capacidade de endividamento das mesmas”.

- **“Público”, 20/2/2004**

Titulo da noticia: “Maior parte das cirurgias da lista de espera é feita no horário normal dos hospitais”.

Segundo esclarecimentos do porta-voz do Ministério da Saúde, António Mocho, “a maior parte das cirurgias do programa governamental de combate às listas de espera está a ser efectuada no horário normal de trabalho dos hospitais. No ano passado, só cerca de 35 mil operações foram realizadas em horário extraordinário e pagas pelo orçamento deste programa”.

A notícia referiu que “das mais de 90 mil intervenções cirúrgicas anunciadas como tendo sido concretizadas ao abrigo do PECLEC em 2003, cerca de 60 por cento foram feitas no horário normal de trabalho e não mereceram qualquer pagamento adicional. O dinheiro que sobrou vai ser aplicado na nova lista que se formou entretanto e que em Janeiro ascendia já a 100 mil doentes”.

“Mas a hipótese de a actividade cirúrgica programada estar a ser afectada pelo PECLEC é categoricamente rejeitada por António Mocho, que garante até ter havido um aumento de 14 por cento no total de cirurgias em horário normal em 2003, comparativamente com o ano anterior”

A notícia reproduziu declarações de dirigentes sindicais, de ex-responsáveis ministeriais e de outras pessoas ligadas ao sector.

Destas declarações, importa destacar as seguintes:

- “Isto assim não se pode chamar recuperação das listas de espera. Só deveriam ser contabilizadas as intervenções realizadas fora do horário normal, o resto é actividade cirúrgica programada” (Merlinde Madureira, Sindicato dos Médicos do Norte / FNAM).
- “Se estão a operar doentes do PECLEC dentro do horário de trabalho, isso significa que os doentes programados não estão a ter resposta. Essa deve ser a razão por que

a nova lista está deste tamanho” (Guadalupe Simões, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses).

- “É preciso haver regras. Não conheço nenhuma parte do mundo onde exista uma lista de espera nova e uma lista velha” (Constantino Sakellarides, ex-director-geral da saúde).
- Mas uma declaração que merece particular destaque foi produzida pelo Dr. Rui Nunes, do conselho estratégico da saúde da distrital do Porto do PSD. Segundo a notícia “pouco surpreendido com estes dados está Rui Nunes..., que considera que isto demonstra «que o sistema está a funcionar» e «não podia ser de outra maneira, porque desde logo seria uma falha ética grave passar à frente de doentes há oito anos à espera»”.

- **“Diário Económico”, 19/2/2004**

Titulo da noticia: “Revisores de Contas questionam Hospitais SA”.

“Os revisores de contas dos Hospitais SA de Santarém, Beja, e dos Institutos Oncológicos de Coimbra e do Porto, transformados em hospitais-empresa, não certificaram as contas de 2002, ou fizeram-no sob reserva”.

- **“Diário de Notícias”, 20/2/2004**

Titulo da noticia: “Pagamento de férias polémico nos Hospitais SA”.

“Os subsídios de férias de 2003 dos Hospitais SA foram pagos com verbas incluídas em provisões formadas em anos anteriores, reconheceu, no Parlamento, o ministro da saúde Luís Filipe Pereira, que participou, quarta-feira, num debate sobre questões de saúde, considerou mesmo tratar-se de «uma boa prática contabilística»”.

A notícia referiu aspectos relativos a um requerimento do Bloco de Esquerda sobre a situação e afirmou que “Alfredo José de Sousa, o presidente do Tribunal de Contas, referiu já esta semana, no Parlamento, que este ano irá ser dada especial atenção à análise do sector. O Tribunal confirmou a existência de deficiências de informação das instituições do Serviço Nacional de Saúde, «designadamente quanto à fiabilidade e integralidade da informação», o que prejudicou «um acompanhamento útil da execução orçamental global em 2002 e 2003»”.

- **“Expresso”, 21/2/2004**

Titulo da noticia: “Hospitais poupam à custa dos partos”.

“Os Hospitais SA vão ter de reduzir o número de partos por cesariana e o tempo de internamento das mulheres que derem à luz, com o objectivo de «poupar recursos» e «reduzir os riscos para a saúde» das mães e das crianças. A ideia é da Unidade de Missão para os SA, a estrutura do Ministério da Saúde que acompanha os hospitais empresarializados”.

Esta notícia fez referência a um parecer do director-geral da Saúde, Prof. Dr. Pereira Miguel, que numa das suas passagens afirmou que o projecto “não deve ser implementado apenas naquelas instituições da rede pública, sob pena de não se respeitar o direito que todas as grávidas têm de acesso a cuidados de qualidade”. Este parecer afirma ainda estar-se, assim, perante a possibilidade de “o objectivo da norma ser interpretado como mera medida de contenção de custos”

- **“Público”, 25/2/2004**

Titulo da noticia: “Despesas com medicamentos aumentaram para os utentes em 2003”.

Foi abordado um estudo realizado pela Associação Nacional de Farmácias, que

destacou o facto de “a introdução do financiamento de medicamentos através do sistema de preços de referência se traduziu em poupança para o Serviço Nacional de Saúde, especificamente numa diminuição de 36,1 milhões de euros, uma diminuição de 3,6 milhões de euros para os sub-sistemas de saúde e um aumento de 85 mil euros para os utentes na despesa com os medicamentos abrangidos”.

- **“Diário de Notícias”, 28/2/2004**

Titulo da noticia: “Hospitais vão gerir centros de saúde”.

“Os cinco centros de saúde nas áreas de influência dos hospitais de Vila Real e de Torres Vedras vão passar a ser geridos por estas unidades hospitalares, no âmbito de reorganização da rede de cuidados primários”.

- **“Diário de Coimbra”, 28/1/2001**

Titulo da noticia: “Médicos contra atendimentos VIP nos Hospitais de sociedade anónima”.

Sete organizações médicas manifestaram a sua “oposição à discriminação no atendimento dos doentes nos Hospitais SA em função da capacidade económica de cada cidadão”

“O presidente da Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar, Dr. Armando Gonsalves, “confirmou a ocorrência de actos discriminatórios, no contexto de «grande pressão económica dos Hospitais SA» e chamou a atenção para o facto de estar em causa a «violação de direitos constitucionais de saúde dos portugueses». Apelou, por isso, aos clínicos com conhecimento de situações do género que as denunciem”.

- **“Jornal de Notícias”, 29/4/2004**

Titulo da noticia: “Hospitais despedem médicos e entregam urgências a privados”.

“Vários hospitais e centros de saúde estão a celebrar acordos com empresas de prestação de serviços médicos para substituir os chamados clínicos tarefeiros nas urgências”.

“Na quinta-feira à noite, 63 «tarefeiros» do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, foram informados de que os seus serviços estavam dispensados. A partir de amanhã, as urgências são asseguradas por médicos espanhóis mandados por uma empresa de prestação de serviços”.

“Merlinde Madureira (FNAM) coloca precisamente a questão do título profissional referindo que “pelos contactos que já estabelecemos, essas empresas trabalham com médicos indiferenciados, usam as vinhetas uns dos outros e nem sempre aparecem no plano de trabalho”.

- **“Médico de Família”, n.º 58, Fevereiro de 2004**

Titulo da noticia: “Estudo internacional revela: Portugal é o sexto melhor país para as crianças”.

“Portugal é, actualmente, o sexto melhor país para as crianças viverem, de entre um total de 80 países analisados pela Population Connection, uma organização norte-americana sediada em Washington, que promove campanhas para estabilizar o crescimento populacional numa tentativa de melhorar a qualidade de vida a nível global”.

- **“Público”, 2/3/2004**

Titulo da noticia: “Dúvidas sobre o enquadramento legal para a privatização de

serviços no Hospital de Viana”.

“Os procedimentos do concurso público internacional do Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM) para a prestação dos serviços de imagiologia das suas duas unidades estão a ser postos em causa pelas empresas que viram as suas propostas preteridas. Alegando irregularidades como a ausência de um representante de cada uma das candidatas no acto de abertura das propostas e a ausência de uma negociação clara, a Hipócrates – Imagem e Medicina tomou a dianteira e já tornou pública a sua intenção de recorrer da decisão do conselho de administração do CHAM”.

“A proposta que acabou por ser considerada vencedora apresenta números superiores a 8 milhões de euros para os três anos de exploração do serviço”.

- **“Diário de Notícias”, 3/3/2004**

Titulo da noticia: “Sindicato acusa tutela de leiloar a saúde”.

“A Federação Nacional dos Médicos (FNAM) acusa o Ministério da Saúde de funcionar como «uma comissão liquidatária do direito à saúde» e de estar empenhado em transformar o sector «num offshore, com o leilão de serviços públicos a preço de saldo para os grupos financeiros»”.

- **“Dário Económico”, 8/3/2004**

Titulo da noticia: “Comissão de Utentes critica acordo entre Governo e gestores”.

“A comissão de utentes do Hospital Amadora-Sintra enviou no final da semana passada um comunicado às redacções onde critica o acordo recentemente alcançado com o Governo a propósito da renogociação do contrato de gestão com a José de Mello Saúde”.

“...os utentes não compreendem «que o Governo não tenha posto fim a este contrato milionário para o Grupo Mello e comprovadamente lesivo dos direitos dos utentes»”.

- **“Jornal de Notícias”, 9/3/2004**

Titulo da noticia: “Mais três especialidades poderão ser privatizadas”.

“Depois das doenças cardiovasculares e da Imagiologia, as especialidades de Ortopedia, Oftalmologia e Urologia do Centro Hospitalar do Alto Minho, em Viana do Castelo, «serão privatizadas quando o Ministério da Saúde der indicações nesse sentido», revela o presidente do conselho de administração, Fernando Marques”.

- **“Jornal de Notícias”, 9/3/2004**

Titulo da noticia: “Portugal tem a menor taxa de médicos da E.U.”.

“Portugal tem a menor taxa de médicos, enfermeiros e parteiras por cem mil habitantes da União Europeia (E.U.), mas é o quinto país com mais farmacêuticos. A conclusão consta de um relatório sobre saúde do Eurostat, organismo estatístico da E.U....”.

- **“Jornal de Notícias”, 12/3/2004**

Titulo da noticia: “Maioria chumbou Conselho de Saúde”.

“A maioria PSD/PP rejeitou, ontem, na Assembleia da República, uma proposta do PS de criação do Conselho Nacional de Saúde previsto, desde há 14 anos, na Lei de Bases da Saúde”.

- **“Diário Económico”, 22/3/2004**

Titulo da noticia: “Regulador preocupado com as reformas da saúde”.

“O presidente da Entidade Reguladora da Saúde (Dr. Rui Nunes) considera que o principal trabalho da unidade que vai dirigir é «analisar de que modo as reformas

podem pôr em causa os direitos fundamentais» e «prevenir e antecipar problemas»".
"Por outro lado, sobre os utentes, deixa a pergunta: «Que utentes! É que o utente estatístico não é o utente dos grupos de interesses que supostamente defendem os utentes». E, a concluir, garante: «o presidente da ERS é que é o verdadeiro provedor de todos os utentes»".

- **"Diário Económico", 23/3/2004**

Titulo da noticia: "Ministério da Saúde desiste de lançar hospital universitário para Sintra".

"O Ministério da Saúde já decidiu: o hospital de Sintra, a construir em regime de parceria público-privada (PPP), não será um hospital universitário...".

"Segundo soube o DE, foi a própria iniciativa da Universidade Católica e do Grupo Mello de anunciarem a intenção de apresentar uma proposta de um hospital universitário que fez com que o Governo tivesse considerado que «não é possível fazer um concurso público para um hospital universitário em Sintra que não esteja viciado à partida», dada a reconhecida superioridade da Universidade Católica nesta área, e a indisponibilidade dos outros concorrentes em apresentarem propostas que consideravam estar derrotadas à partida. Ainda assim, o Governo chegou a estudar o modelo proposto".

"Só levar a concurso um hospital universitário para Sintra implicava uma alteração no modelo das parcerias, e os outros grupos privados, nomeadamente a Espírito Santo Saúde e a Caixa Geral de Depósitos, opuseram-se fortemente a essa alteração, alegando que o concurso ficaria viciado à partida, porque seria impossível concorrer com a Católica e, assim, o Estado arriscava-se a fazer um concurso para um só concorrente".

- **"Diário Económico", 24/3/2004**

Titulo da noticia: "Católica contraria Saúde e garante um hospital universitário em Sintra".

"O reitor da Universidade Católica Portuguesa, Manuel Braga da Cruz, garantiu ontem ao Diário Económico que o Governo vai lançar um hospital universitário em Sintra, contrariamente ao que o Ministério da Saúde anunciou ontem".

- **"Público", 25/3/2004**

Titulo da noticia: "Utentes insatisfeitos com os serviços prestados pelos Centros de Saúde".

"Os Centros de Saúde não satisfazem os utilizadores que se mostram bastantes descontentes com a qualidade dos serviços prestados. Esta é a principal conclusão de um inquérito nacional realizado pela revista de consumidores «Teste Saúde» nos meses de Junho e Julho do ano passado".

"Quase um terço dos utentes espera um mês ou mais para ser visto pelo médico de família. Nas consultas de especialidade esta percentagem sobe para os 60 por cento".

"A prestação do médico de família é o ponto avaliado de forma mais positiva, embora o nível de satisfação não passe do mínimo aceitável (7 numa escala de 10)".

- **Revista "Visão", 25/3/2004**

Entrevista ao dirigente do PS, Luís Nazaré.

Numa extensa entrevista sobre questões de política geral e, sobretudo, da vida interna do PS na sequência do seu pedido de demissão do respectivo secretariado nacional, importa transcrever a sua resposta onde se refere à saúde.

P: A receita é privatizar?

R: As privatizações não me chocam. Mas a questão não é privatizar. Por exemplo, a saúde. O estado tem de assegurar os serviços de saúde, como um bem público. A questão é saber como o deve fazer. Não deve haver preconceitos. Não me choca a fórmula do hospital-empresa, nem a concessão de um hospital privado, nem o estabelecimento de uma parceria associativa com uma Misericórdia local. Estando em causa a prestação de um serviço de saúde, o melhor pode ser a criação de um modelo do tipo Hospital Amadora / Sintra ou do Hospital de Santa Maria da Feira. Não tem que haver complexos. Uma coisa é a privatização da exploração, outra coisa é a privatização do objecto. As fórmulas têm de ser o mais possível abertas, na certeza que não pode haver uma matriz igualitária. A arte está na capacidade de adoptar a melhor fórmula de gestão à realidade social e ao tecido económico de cada região.

- **“Correio da manhã”, 25/3/2004**

Titulo da noticia: “S. João gastou 25 mil euros em anúncios”.

“O Hospital de São João, no Porto, gastou cerca de 25 mil euros em anúncios na imprensa para divulgar a actividade do ano passado, uma medida que o ministro da saúde não teve conhecimento, segundo fonte do seu gabinete”.

“O conselho de administração do hospital justifica, no anúncio, que esta divulgação pretende «homenagear a dedicação e o esforço dos profissionais de saúde deste hospital, responsáveis últimos pelo êxito que estes resultados demonstram»”.

- **“Público”, 31/3/2004**

Titulo da noticia: “Custos dos Hospitais SA aumentaram 3,9 por cento”.

“Os 31 hospitais-empresa realizaram mais 16,3 por cento de cirurgias, mais 9,3 por cento de consultas externas e os seus custos aumentaram, em termos contabilísticos, apenas 3,9 por cento, no ano passado comparativamente com 2002. A produtividade cresceu 5,1 por cento, de 17,1 para 18 doentes tratados por colaborador. Em síntese, são estes os principais resultados da actividade dos hospitais SA em 2003, um extenso relatório que hoje vai ser dissecado pelos ministros da Saúde e das Finanças, no Centro Cultural de Belém, em Lisboa”.

“...o presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Manuel Delgado, defende que o relatório «está todo aldrabado» e que até há contas mal feitas. Recordando que os hospitais-empresa têm um lastro de actividade que não é fácil inflectir em apenas um ano, Delgado contesta o aumento de 4,2 por cento nas altas de internamento, contrapondo que, pelas suas contas, esse acréscimo foi de apenas 1,2 por cento. O relatório «surpreende-me pela negativa, estava à espera de uma coisa melhor», comenta”.

- **“Público”, 1/4/2004**

Artigo de opinião do Prof. Dr. Correia de Campos com o título “Contas SA”.

Este artigo aborda o documento do Ministério da Saúde, apresentado na véspera, sobre a actividade dos hospitais SA em 2003.

Do seu texto, há que destacar o último parágrafo pelo seu elucidativo conteúdo: “Sinceramente, 3,9 por cento de crescimento de gastos, correspondendo à realidade, seria um excelente desempenho. Maquilhar este resultado com fantasias comparativas é prejudicar a ideia dos hospitais SA. E esta é suficientemente boa para não ser tão mal tratada”.

- **“Público”, 2/4/2004**

Titulo da noticia: “Hospitais públicos também produziram mais e gastaram menos”.

“Os hospitais do sector público administrativo (SPA) produziram mais e gastaram menos no ano passado, comparativamente com 2003, à semelhança do que aconteceu com os hospitais transformados em sociedades anónimas (SA). Só que a melhoria nos indicadores de produtividade dos hospitais empresarializados é bem mais expressiva, sobretudo a nível das cirurgias, consultas externas e de altas de internamento. No entanto, os SPA fizeram mais 115 mil urgências em 2003 e mais sessões de hospital de dia, indicam os dados nacionais do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde a que o Público teve acesso”.

- **“Público”, 4/4/2004**

Titulo da noticia: “Sampaio preocupado com a «equidade» do acesso ao Sistema Nacional de Saúde”.

“O Presidente da República, Jorge Sampaio, encara com satisfação a divulgação dos números e resultados referentes aos 31 hospitais públicos transformados em Sociedades Anónimas, mas face às reformas em curso no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o chefe de Estado entende que »para além das contas«, o «tema central» do debate político é a questão da «equidade no acesso aos cuidados de saúde»”.

“Depois de saudar o indigitado para a presidência da ERS, Rui Nunes, Sampaio considerou que será «um sinal de maturidade e discernimento estarmos atentos para aquilo que podem ser riscos, de modo a que possamos assegurar uma vez mais o princípio constitucional de equidade do sistema». E insistiu no tema com um apelo: «A regulação vai ter que prestar atenção especial aos riscos de selecção adversa ou desnatação que são inevitavelmente decorrentes da empresarialização dos hospitais portugueses»”.

Estas afirmações foram proferidas na abertura das comemorações dos 20 anos do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, que decorreram em Guimarães.

- **“Diário de Notícias”, 5/4/2004**

Titulo da noticia: “Governo «apaga» custos a hospitais SA”.

“No último dia de 2003, Adão e Silva, o secretário de Estado da Saúde, através de um despacho, permitiu a retirada de custos das contas dos hospitais SA, «aligeirando as despesas». Por exemplo, as facturas com os medicamentos foram anuladas. O resultado foi a descida dos custos, permitindo ao ministro Luís Filipe Pereira apresentar, no início da semana, «boas» contas, «auditadas» por Manuela Ferreira Leite, a ministra das Finanças”.

“A história conta-se em poucas linhas. Um mês depois do despacho do secretário de estado adjunto do ministro Luís Filipe Pereira, 30 de Janeiro deste ano, uma circular da «Unidade de Missão» dos SA – o organismo que coordena estes hospitais – e com o carimbo «muito urgente» ordenou aos SA a anulação de custos com medicamentos prescritos nas urgências e consultas externas. Assim, num piscar de olhos, dezenas de milhões de euros escaparam ao mapa de custos dos hospitais, melhorando as contas finais... Já agora, quem «segurou» as facturas dos medicamentos foram as Administrações Regionais de Saúde”.

“O ministro da Saúde apresentou, na semana passada, contas dos hospitais SA. Nestas, os custos operacionais cresceram «apenas» 5,6%, originando um acréscimo de 3,9% nos custos totais. Mas se se contabilizar os medicamentos, então os custos operacionais sobem para 6,2%, bem acima dos apresentados pelos hospitais públicos. Sem provisão e amortizações – em 2002, estas foram dotadas com subsídios de férias -, então os custos totais crescem 7,8%. O dobro do número anunciado pelo ministério, que até ao fecho da edição, não teve ninguém disponível para comentar a sua versão das contas”.

“Mas o quando negro da performance dos SA não fica por aqui. As despesas com o pessoal cresceram 8,9% em 2003, segundo número do ministro da Saúde. Também nesta matéria, os hospitais públicos fizeram melhor: os salários, congelados pelas Finanças, cresceram apenas 3,5%”.

- **“Diário de Notícias”, 05/04/2004**

Título da notícia: “Dívida dos hospitais públicos sobre 77%”.

“É o descontrolo nas contas da Saúde. O buraco financeiro acumulado nos últimos anos pelos hospitais públicos e pela rede de cuidados primários, os centros de saúde, ascendeu, no final de 2003, a 2,3 mil milhões de euros, 1,75% do PIB. Só no ano passado, a dívida acumulada aumentou mais de mil milhões de euros, um pulo de 77%”.

“As contas são fáceis de explicar e envolvem dívidas aos laboratórios, farmácias e restante fornecedores. Nos hospitais públicos, o défice do exercício cifrou-se em 600,7 milhões de euros, um agravamento de 300%. Nos cuidados primários, a conta fechou no vermelho, atingindo os 520 milhões de euros”.

- **“Diário de Notícias”, 08/04/2004**

Título da notícia: “Deficientes afastados dos hospitais SA”.

“A Confederação Nacional dos Organismos de Deficientes manifestou-se ontem desiludida com o actual programa de saúde e acusou os hospitais com gestão empresarial de rejeitar o atendimento a pessoas com deficiência e de desumanizar os serviços”.

- **“O Jornal de Notícias”, 08/04/2004**

Título da notícia: “Mais gastos em hospitais que em cuidados primários”.

“Os custos dos cuidados primários de saúde representaram, em 2003, cerca de 43% da despesa total da saúde. Números a que o JN teve acesso indicam que as administrações regionais de saúde (ARS) gastaram mais 4,1% do que em 2002, mas, mesmo assim, menos 4,9% do que o orçamentado. O que não impediu um défice de 220,6 milhões de euros que, segundo o Ministério da Saúde faz questão de realçar, foi 34% mais baixo do que em 2002”.

- **“Expresso”, 09/04/2004**

Artigo de opinião do Dr. Francisco Ramos com o título: “As contas dos hospitais SA”.

Deste artigo transcrevem-se o primeiro e último parágrafo:

- “O processo de transformação dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde em sociedades anónimas de capitais públicos tem sido objecto de forte polémica. A empresarialização da gestão hospitalar é reclamada e legislada desde 1977, mas a inércia, corporativismo e incapacidade de afirmação do interesse público são factores que, ao longo dos últimos 25 anos, têm impedido a sua concretização”.
- “Estes três exemplos da análise do Relatório de Actividade do ano 2003 dos hospitais SA mostram uma tão evidente falta de rigor, que mancham definitivamente as possíveis conclusões a retirar deste processo de mudança. Recuso-me a acreditar nas teses conspiratórias de que todo este processo se insere numa lógica de privatização do serviço público. Isso seria crer na desonestidade dos actuais responsáveis políticos. Nada me permite essa conclusão. Mas, os factos mostram que, além da inércia e do corporativismo, também a incompetência é uma fortíssima inimiga do interesse público”.

- **“Expresso”, 09/04/2004**
Artigo de opinião do Dr. José Miguel Boquinhas com o título: “(Des)governação na saúde”.
 Transcrevem-se os seguintes extractos deste artigo:
 - “No que à empresarialização SA dos hospitais diz respeito – bandeira muito apregoada como solução milagrosa para a medíocre gestão dos hospitais públicos -, o modelo imaginado pelo Governo para resolver o problema do Ministério das Finanças e não o da Saúde, o já célebre défice público, tem-se revelado muito mais como uma porta de entrada de novos problemas do que a saída para velhas questões”.
 - “Nos cuidados primários de saúde a situação é considerada de extrema gravidade. A nova legislação sobre cuidados primários – Decreto-Lei n.º 60/2003 – além de ser um retrocesso no conceito da medicina familiar e de ter gerado um consenso quase absoluto na sua condenação, inclusivamente por parte de importantes figuras do próprio partido do Governo, irá permitir o que há muito estava anunciado: a entrega dos centros de saúde aos hospitais SA com vista à privatização total. Deste modo o Governo mata dois coelhos de uma cajadada: prepara o terreno para privatizações mais apelativas e menoriza o estatuto da medicina familiar ao colocá-la sob a alçada dos hospitais – intenção, aliás, já anteriormente demonstrada ao querer substituir os médicos de família por outros sem formação adequada.
- **“Expresso”, 09/04/2004**
Título da notícia: “Saúde apaga dívidas das ARS”.
 “O secretário de Estado da Saúde, Adão Silva, não deu ordens apenas para «anular» as dívidas em medicamentos que os hospitais tinham para com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), como noticiou o «Diário de Notícias» no princípio da semana. Também determinou, soube o Expresso, o mesmo procedimento das dívidas das ARS aos hospitais”.
- **“Público”, 09/04/2004**
Artigo de opinião do Prof. Dr. Correia de Campos com o título: “Palavras”.
 Do seu conteúdo, transcreve-se o seguinte extracto:
 “... Aplaudido pelo respeito: Euro 2004, redes de emergência e segurança, Coimbra capital da cultura, genérico nas farmácias, empresarialização de hospitais, reorientação da Segurança Social, comboio de alta velocidade (apesar das soluções iniciais), novas comissões de coordenação regional, mecenato científico e sistemas multimunicipais de águas e saneamento”.
- **“Público”, 11/04/2004**
Artigo de opinião do Prof. Dr. Cipriano Justo com o título: “Dois anos de ajuste de contas com o SNS”.
 Do seu conteúdo, transcreve-se o seguinte extracto:
 “Quem tiver lido e analisado o Relatório da Comissão Europeia sobre a Situação Social na União Europeia (2003) e tiver comparado a situação de Portugal com os restantes países da região, chega ao seguinte retrato: somos um país pobre, pouco instruído, com grandes dificuldades sociais e com estilos de vida pouco saudáveis. Qualquer mudança no sector da saúde não pode deixar de ter presente esta realidade porque deve ser ela que deve guiar toda a acção transformadora neste domínio. É por isso que operações como a que o Ministério da Saúde está a levar a cabo, de demonstração de resultados para aliciamento de grupos económicos que lhes fiquem com parte ou totalidade destes

hospitais SA e ainda levem como bónus uns centros de saúde, só pode merecer a reprovação dos portugueses e dos profissionais que neles trabalham. Porque, tudo visto, é para aí que converge toda a acção política deste ministro”.

- **“Diário de Notícias”, 13/04/2004**

Título da notícia: “Medicina Legal dá perícias a sector privado”.

“Tornar a «investigação criminal mais rápida e eficaz» é o objectivo do diploma sobre perícias médico-legais, que aguarda aprovação em Conselho de Ministros. O projecto-lei prevê que os exames possam ser feitos por entidades privadas, desde que credenciadas pelo Instituto de Medicina Legal, e estabelece um regime de objectivos e regras para a contratação de médicos, a regulamentar posteriormente”.

- **“Diário Digital”, 16/04/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA agravam prejuízos”.

“Os hospitais SA nacionais têm vindo a aumentar de forma progressiva os seus prejuízos. Segundo avança o Diário Económico, as perdas podem ser já de 400 milhões de euros, acima dos valores de 2001”.

“... há a derrapagem nos prejuízos esperados para o exercício de 2003, que aumentam face aos valores de 2001, de acordo com as contas dos hospitais SA que circulam entre os ministérios da Saúde e das Finanças”.

- **“Diário Económico”, 19/04/2004**

Entrevista com o Prof. Dr. Correia de Campos, tendo por título: “Hospitais SA acabam se actual ministro sair do Governo”.

“O antigo ministro da saúde, António Correia de Campos considera que o projecto dos hospitais SA estará em perigo, se o actual titular da pasta, Luís Filipe Pereira, sair do Executivo. Em entrevista ao DE, Correia de Campos é peremptório: «Se o Governo quiser manter a reforma dos SA tem de manter esta equipa»”.

“No entanto, sublinha que o actual Governo de coligação descredibilizou o projecto com as contas dos hospitais SA que apresentou recentemente para o ano de 2003, uma vez que estão «maquilhadas»”. “ «Eu sou partidário da empresarialização, não sou é partidário da maquilhagem dos dados para ampliar resultados que não precisam de o ser», afirmou”.

- **“Diário de Notícias”, 20/04/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA podem marginalizar utentes”.

“A empresarialização dos hospitais pode colocar «em causa o princípio da universalidade e da igualdade de acesso» à saúde. Uma hipótese levantada pelo próprio ministro da Saúde, ontem, em cerimónia de tomada de posse do conselho directivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

“Luís Filipe Pereira justificou esta hipótese com o que designou por «riscos de decantação» e de «selecção adversa de utentes», o que pode levar «os operadores a terem a tentação de preferirem o tratamento de casos menos problemáticos e menos onerosos, reencaminhando os casos mais difíceis e mais onerosos para outros operadores do sector»”.

“A Entidade Reguladora de Saúde, presidida por Rui Nunes, professor da Faculdade de Medicina do Porto e especialista em bioética, vai ter sede no Porto, embora ainda não possua instalações. Os estatutos começarão agora a ser elaborados”.

- **“Jornal de Notícias”, 20/04/2004**

Título da notícia: “Instituto de Saúde contra taxação de estágios”.

“O presidente do Instituto Superior de Saúde do Alto Ave (ISAVE), José Henriques, denunciou, ontem, durante a sessão solene evocativa do dia do Instituto, o facto de os hospitais SA e de o sector privado estarem a generalizar a prática de taxação de estágios aos estudos das áreas de enfermagem e da tecnologias da saúde, servindo aqueles como mão-de-obra qualificada «imperdível» e sem remuneração”.

- **“Público”, 21/04/2004**

Entrevista ao Ministro da Saúde com o título: “Reforma da Administração começou nos Hospitais SA”.

Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P. - Uma cultura de empresa privada?

R. - Não estamos a privatizar nada, tudo isto se passa no sector público. Mas estes são já os primeiros resultados dessa nova cultura.

P. - Os números são fiáveis, não mascaram uma realidade diferente?

R. - Os números são claros, são os que aí estão. É claro que ainda não temos o trabalho terminado, muito longe disso, mas estamos a fazer uma reforma que eu estou perfeitamente convencido que é boa para a população: estamos a dar mais e melhores cuidados de saúde à população. E é preciso dizer que estes resultados estão validados pelos revisores oficiais de contas. Mas o principal é que estamos a mudar a cultura: podemos bem dizer que a reforma da administração pública começou na saúde com os hospitais”.

- **“Diário Económico”, 22/04/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA com prejuízo de 125 milhões em 2003”.

“Os 31 hospitais transformados em sociedades anónimas tiveram um prejuízo de exploração durante o ano de 2003 de 125,9 milhões de euros, de acordo com os dados fornecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde”.

“O documento elaborado pelo Ministério de Luís Filipe Pereira assegura que «a comparação com os níveis de resultados históricos dos hospitais enquadrados na actual rede SA revela também que o resultado líquido de 2003 é mais favorável do que os resultados dos anos de 2002 e de 2001», em que os resultados apresentam um défice de 199 e 175 milhões, respectivamente”.

- **“Diário de Notícias”, 22/04/2004**

Título da notícia: “Laboratórios têm dívida recorde de 720 milhões”.

“As dívidas dos hospitais à indústria farmacêutica não param de crescer e atingiram, no final de Março, o valor recorde de 720 milhões de euros. Em Janeiro de 2003, este valor rondava os 404 milhões, o que significa uma taxa de crescimento de quase 80 por cento. Os números divulgados ontem pela Apifarma revelam que, actualmente, não há nenhum hospital a pagar os medicamentos no prazo de 90 dias, demorando em média 362 dias para saldar as suas facturas”.

- **“O Primeiro de Janeiro”, 23/04/2004**

Título da notícia: “Estado não está a desinvestir na Saúde”.

“ «O Estado não está a desinvestir na Saúde nem a desresponsabilizar-se das suas funções», sublinhou Durão Barroso, no final de uma visita ao Hospital Curry Cabral, em Lisboa, onde inaugurou um novo bloco operatório. Segundo o chefe do Governo é necessário «salvar o Sistema Nacional de Saúde (SNS)», nomeadamente através de novas formas de gestão e mediante a participação de entidades privadas ou

misericórdias. «O objectivo é salvar o SNS, racionalizá-lo e dar-lhe mais eficiência»...”.

- **“Público”, 24/04/2004**

Título da notícia: “Enfermeiros contra a cobrança de estágios nos Hospitais SA”.

“A Ordem dos Enfermeiros (OE) manifestou ontem, numa reunião com o ministro da Saúde, a sua preocupação em relação à cobrança de taxas de estágio aos estudantes de enfermagem do ensino superior privado pelos hospitais SA”.

- **“Expresso”, 24/04/2004**

Artigo de opinião de José Mendes Ribeiro, presidente da Unidade de Missão Hospitais, SA, com o título: “Hospitais – empresa em análise”.

Deste artigo transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Os dados dos hospitais são credíveis. Os resultados são bons. Se tivessem sido maus ou sofríveis teríamos o habitual coro de protesto dizendo que o modelo foi uma precipitação. Não puderam dizer. Não o podem dizer! Resta pôr em causa os números, criar a dúvida, afirmar que estão errados ou manipulados”.
- “Como pode haver desorçamento se o Estado continua a suportar a despesa da saúde ao prover os cuidados de saúde na base de um Contrato Programa com cada um dos hospitais?”.

- **“Diário de Notícias”, 28/04/2004**

Título da notícia: “Orçamento só paga metade da nova lista de espera”.

“A verba prevista no Orçamento de Estado para combater as listas de espera fora do horário normal só consegue resolver menos de metade dos casos inscritos na nova lista que se formou desde Junho de 2002 e que integra já 150 mil pessoas...”.

“Mesmo assim, Luís Filipe Pereira garantiu ontem que, «até ao final da legislatura – em 2006 – qualquer cidadão, em qualquer região do País, aguardará em média apenas 6 meses por uma cirurgia»”.

- **“Diário de Notícias”, 27/04/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA prejudicam os doentes, acusa PS”.

“No final da visita (ao Hospital de S. Bernardo/Setúbal), Seguro afirmou-se preocupado com o facto de «os portugueses esperarem cada vez mais pelos cuidados de saúde desde há dois anos para cá», com as alterações introduzidas por este Executivo. E apontou em concreto «um retrocesso no acesso aos cuidados e na transferência de custos do Estado para os utentes», que derivam da mudança das participações dos medicamentos”.

- **Jornal “Médico de Família”, número de Abril de 2004**

Entrevista ao Prof. Dr. Nobre Leitão, presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, com o título: “A Saúde está entregue a negociantes”.

Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P. – O que receia mais da lógica economicista que parece presidir a toda a política do Ministério da Saúde?

R. – Temo a continuação da degradação da prestação de cuidados de saúde. Que tem sido muito mais rápida do que as pessoas pensam. E temo ainda a degradação da qualificação dos profissionais, que também se processa muito mais rapidamente do que os responsáveis julgam.

Destruir é muito fácil. Todos nós vivemos, num passado não muito longínquo, aspectos destrutivos da sociedade portuguesa que demoraram anos e anos a

reconstruir. As atitudes que têm vindo a ser tomadas e que descuram a formação, a qualificação e a responsabilização permanente em relação à classe médica, conduzem, não só a uma acentuada desmotivação como a uma menor qualificação. E isto, mais tarde ou mais cedo, paga-se.

P. – As tensões entre os profissionais de saúde e os gestores hospitalares, sobretudo nos SA, começam a fazer-se sentir com mais intensidade. Ou são apenas invenções de uma certa imprensa perversa?

R. – Com certeza que não. A certa altura, cria-se um ambiente negativo entre os chamados “responsáveis” e os profissionais de saúde. Ora, com um ambiente tão negativo, nenhuma “empresa” pode ser saudável.

Gostam muito de chamar “empresas” aos hospitais quando é óbvio que não o são, como qualquer pessoa minimamente inteligente percebe facilmente. Mas, enfim... utilizando essa palavra tão cara aos gestores... Não há empresa que valha quando o antagonismo é absoluto entre as pessoas que lá trabalham. Não conheço nenhuma empresa que sobreviva com um ambiente desses.

P. – E os números do Ministério da Saúde? E o relatório “maravilha” dos SA? Aquilo é que é “produzir”!

R. – Os números do Ministério não têm nenhuma credibilidade. A medicina só é “números” para os burocratas e os ignorantes. Para os outros, Medicina é sinónimo de qualidade médica, que só nós sabemos e podemos avaliar. Esse aspecto, que tem de ser verificado e monitorizado, é nosso! É da profissão! Não pode ser entregue a pessoas que não só não percebem nada disto, como não entendem o que nós lhes dizemos.

Atente-se na extensão do problema: o diálogo é praticamente impossível pois nós não conseguimos falar com pessoas que não percebem nada do que dizemos. E também não lhe podemos andar a ensinar tudo! Pois se são eles os responsáveis!!!

Por outro lado, como é que é possível que um responsável de uma empresa não saiba nem perceba nada do que lá se passa? Um hospital não é propriamente uma fábrica de enchidos. Essa visão de que lá se “produz” consultas e cirurgias é absolutamente ridícula... para não dizer outra coisa!

- **“Público”, 01/05/2004**

Título da notícia: “Responsável pela Unidade de Missão dos Hospitais SA demite-se”.

“O encarregado da unidade de missão para os hospitais SA, José Mendes Ribeiro, pediu ontem a demissão ao ministro da Saúde. Segundo soube o Público, as razões prendem-se com divergências quanto à chefia do novo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)”.

“Este sistema, apresentado publicamente na terça-feira por Luís Filipe Pereira, foi desenvolvido pela equipa de Mendes Ribeiro, que coordena e tutela toda a actividade relacionada com a gestão e funcionamento dos hospitais-empresa, uma das grandes bandeiras deste ministério”.

“O SIGIC, que sucede ao famoso Programa Especial de Combate às Listas de Espera, tem como objectivo diminuir os tempos de espera e permitirá ao utente escolher a unidade de saúde privada ou social a que quer recorrer”.

- **“Expresso”, 01/05/2004**

Título da notícia: “Poupar nas urgências”.

“Uma nova «Estrutura de Missão» do Ministério da Saúde, criada para acompanhar os hospitais públicos (que não pertencem ao grupo SA), propôs aos respectivos conselhos de administração uma nova forma de poupar nas despesas em horas extraordinárias

feitas nas urgências por médicos e enfermeiros. Entre outras ideias para gastar menos, a «Estrutura de Missão Hospitais SPA» (Serviço Público Administrativo) quer que as urgências sejam feitas por médicos com ordenados mais baixos e horários reduzidos, que os Cuidados Intensivos ligados às Urgências comecem a trabalhar o mais tarde possível e que as equipas de serviço tenham menos anestesistas que têm agora”.

“O plano da nova «estrutura de missão» - um grupo de trabalho que funciona em cada Administração Regional de Saúde (ARS), explicou o gabinete do ministro - determina que o início do «período de urgência na Unidade de Cuidados Intensivos» deve fazer-se «mais tarde» e que deve proceder-se à «redução de um elemento de anestesia nas urgências até às 16 horas». Os hospitais são aconselhados também a utilizar médicos com horário de 35 horas, em vez dos que têm 42 horas, «de modo a beneficiar da diferença de preços nas horas extraordinárias», prevendo-se ainda «a utilização de médicos internos em regime de voluntariado» (a quem não se paga nada) ou de «enfermeiros recém-licenciados ou reformados para determinadas tarefas»”.

- **“Expresso”, 01/05/2004**

Título da notícia: “Demitidos gestores de hospitais SA”.

“Quatro gestores de quatro hospitais SA da região de Lisboa - IPO, Garcia de Orta, Pulido Valente e distrital de Santarém - receberam, esta semana, ordem para abandonar os seus lugares. Oficialmente, os motivos para estas demissões são todos de «ordem pessoal»”.

- **“Diário de Notícias” 03/05/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA estão a usar capital social em despesa corrente”.

“Os hospitais SA estão a recorrer ao capital social para pagar despesas correntes o que poderá levar a Comissão Europeia a questionar o Governo português e a rectificar em alta o saldo orçamental do ano passado. É que, em 2002, Bruxelas deu autorização ao Executivo português para utilizar 500 milhões de euros na constituição dos SA, mas colocou uma condição: as verbas não poderiam ser utilizadas em despesa corrente. Caso contrário, o Governo teria de levar a défice orçamental o montante utilizado...”.

“...Mas Mendes Ribeiro, o líder da Unidade de Missão, uma espécie de holding dos hospitais SA, acabou por confirmar em comissão parlamentar o uso do «dinheiro proibido»”.

“A confissão governamental deu-se na semana passada e Mendes Ribeiro chegou mesmo a afirmar que, no primeiro trimestre deste ano, alguns hospitais por si tutelados recorreram aos depósitos do capital social”.

“As próprias contas dos hospitais SA não são pacíficas. Na comissão parlamentar, o socialista Afonso Candal acusou o Executivo de «mascarar» os resultados apresentados. Uma acusação suportada com prova documental e não rejeitada pelo chefe da unidade de missão, Mendes Ribeiro. Candal «acusa» os SA de inflacionarem as receitas e «esconderem» custos. Por exemplo, o Governo diz que «numa base comparável», os custos com pessoal subiram 1,6% em 2003. Mas o PS argumenta - e Mendes Ribeiro, o chefe da «holding» dos SA, não contestou - que boa parte dos subsídios de férias pagos em 2003 foram registados como custos em 2002, quando os hospitais eram ainda do Sector Público Administrativo”.

- **“Diário de Notícias” 05/05/2004**

Título da notícia: “Onde de calor de 2003 fez quase dois mil mortos no País”.

“Morreram 1953 pessoas devido à onde de calor que atingiu Portugal entre 30 de Julho e 14 de Agosto de 2003, são estes os números oficiais ontem apresentados pelo ministro

da Saúde, Luís Filipe Pereira. Contudo, segundo o relatório final, apenas 14 óbitos podem ser considerados resultado de golpes de calor”.

- **“Lusa”, 06/05/2004**

Título da notícia: “Socialista Sousa Franco elege sector da Saúde como o pior do Governo PSD – CDS/PP”.

“Em declarações ao Jornal de Negócios, Sousa Franco afirma que «o desmantelamento do sistema de Saúde é talvez o aspecto mais negativo destes dois anos», acusando os Ministério das Finanças e da Economia de estarem «em decomposição» e o Governo PSD de destruir a qualidade do serviço público”.

- **“Publico”, 11/05/2004**

Título da notícia: “Bastonária dos enfermeiros vê com «preocupação» transferência de responsabilidades para os privados”.

“ «A passagem da responsabilidade para o privado na resolução de problemas estruturais do sistema de saúde» - exemplificada pela transferência de pessoas em listas de espera cirúrgicas para o sector privado e social – pode conduzir a exigências de pagamentos «incontroláveis» por parte destes, considera a bastonária da Ordem dos Enfermeiros Maria Augusta Sousa, na véspera do Dia Internacional do Enfermeiro”.

“ Com esta cenário «podemos vir a assistir a uma situação tipo modelo americano, em que os seguros de saúde surgem como forma de suportar a parte que o Estado possa não vir a suportar». «Numa população com os níveis de carência que nós temos no país, num instantinho se chega à convulsão do sistema» ...”.

- **“Correio da Manhã”, 11/05/2004**

Título da notícia: “Centros não servem”.

“Cerca de um terço dos centros de saúde da região de Lisboa tem instalações degradadas e a maioria possui equipamento técnico inadequado e em mau estado de conservação, revela um estudo apresentado ontem. A presidente da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Ana Borja Santos, admitiu o encerramento de algumas extensões de centros de saúde”.

“... 60 por cento dos centros de saúde está instalada em edifícios construídos para habitação e 30 por cento deles possui barreiras arquitectónicas que dificultam ou impossibilitam o acesso a pessoas com dificuldades de mobilidade, como os mais idosos”.

“Em matéria de resposta às necessidades das populações, a situação não é melhor: 13 por cento dos inscritos não têm médico de família (108.109 pessoas), mas a maioria das listas dos médicos têm já mais de 1.500 inscritos (número previsto na lei), atingindo mesmo em alguns casos os 2.205 utentes”.

- **“Jornal de Notícias”, 13/05/2004**

Título da notícia: “Portugal sem enfermeiros para as necessidades”.

“Portugal ainda não tem enfermeiros suficientes para fazer face às suas necessidades. Segundo a bastonária, Maria Augusta Sousa, o rácio existente no país, de 4,2 por mil habitantes, está ainda longe da média europeia, que se cifra em 5,9”.

- **“Público”, 16/05/2004**

Título da notícia: “Professor da Universidade de Salamanca alerta para o perigo da privatização da Saúde”.

“António Carreras Pauchón, professor da Universidade de Salamanca, afirmou

anteontem na Guarda que é um dos opositores à privatização dos hospitais e do próprio sistema de saúde. Na sua opinião, está a verificar-se «uma regressão muito negativa em relação aos direitos que a população conquistou com sacrifícios».

“ «Embora não haja nenhum governo que assuma o risco de privatizar na totalidade», o que é certo é que, alertou, «progressivamente se vai poupando e cada vez mais se deixa o caminho livre às seguradoras e aos particulares». «É certo que o sistema público é muitas vezes insuficiente», admite o professor da Universidade de Salamanca, e por isso sustenta que «há que introduzir medidas correctoras do incumprimento de alguns funcionários para impedir que haja uma situação extrema de privatização como a do século XIX, que provocaria o agravamento das condições de vida da população»”.

- **“Diário Económico”, 17/05/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA acumulam dívidas a fornecedores”.

“Os hospitais SA são já responsáveis por 165 milhões de euros de dívida, num total que no mês passado ultrapassava os 720 milhões de euros”.

“Os dados são conclusivos: no primeiro ano de empresarialização, os casos de sucesso são a excepção. O Hospital de Santa Marta, por exemplo, e sempre tendo em conta o período entre Março de 2003 e de 2004, quase duplicou o montante em dívida. No Garcia de Orta, o descalabro é evidente, com a dívida total de 7,9 milhões para 23,5 milhões em apenas um ano”.

- **“Público”, 17/05/2004**

Título da notícia: “Movimento quer dinamizar utentes da saúde”.

“O Movimento de Utentes dos Serviços de Saúde (MUSS), ontem lançado no Porto, pretende «representar os interesses dos utentes e defender o Serviço Nacional de Saúde», disse à Agência Lusa, Jorge Machado, da Comissão Instaladora do MUSS”.

“O MUSS propõe-se também «denunciar e combater as políticas de saúde neoliberais preconizadas pelos grupos económicos, organizações internacionais e Governo»”.

- **“Público”, 17/05/2004**

Título da notícia: “O mistério dos dois mil doentes «desoperados»”.

“O presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos (OM), Miguel Leão, volta a pôr em causa os números avançados pelo Ministério da Saúde sobre o recém-extinto Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), à semelhança do que fez há 3 meses, em conferência de imprensa. Desta vez, Miguel Leão diz ter chegado à extraordinária conclusão de que 2017 doentes terão sido «desoperados», entre Janeiro e Abril deste ano”.

“Em Janeiro passado, Luís Filipe Pereira dizia, em entrevista à agência Lusa, que tinham sido operados no sector privado e social 16.231 doentes quando, no final de Abril, na cerimónia de apresentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC) – que substitui o PECLEC –, afirmava que o total de pacientes intervencionados fora do sector público era afinal 14.124. «Os restantes 2170 foram desoperados? Retiraram-lhes as próteses? Recolocaram-lhes as cataratas», pergunta Leão, cáustico”.

“O mais curioso é que, usando exclusivamente os dados adiantados pelo ministro, Miguel Leão chega a conclusões diametralmente opostas. De acordo com os números do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2003 fizeram-se mais cerca de 50 mil intervenções cirúrgicas. «Se os números do senhor ministro são verdadeiros, a produção normal de cirurgias em 2002 foi de 458.538. Em 2003, esse valor é de 508.538 e inclui o número de

cirurgias do PECLEC (93.225). Ou seja, a produção normal de Serviço Nacional de Saúde foi 415.313, portanto menos 43.225 cirurgias de que 2002», conclui”.

“Mas as «incongruências» que o responsável pela OM/Norte detectou nos dados oficiais não se ficam por aqui. «Como explicar que tivessem sido referenciados para o sector privado 40.901 doentes em Novembro de 2003 e, dois meses depois, em Janeiro de 2004, sejam 36.692? Como explicar o destino e a situação dos 20.416 doentes que terão recusado a realização de cirurgias no sector privado, conforme anunciou o senhor ministro da Saúde em Janeiro de 2004?»”.

“Outra dúvida levantada pelo responsável pela OM/Norte prende-se com o facto de o orçamento do SIGIC (110 milhões de euros) ser insuficiente para resolver o problema às 150 mil pessoas que, no final de Abril, se encontravam em lista de espera ... «Quem vai custear os 145 milhões de euros que não estão previstos no orçamento», pergunta”.

- **“Jornal de Notícias”, 18/05/2004**

Título da notícia: “Ganhos dos SA ainda por provar”.

“ «Os ganhos de eficiência não parecem ser significativos», defendeu ontem o economista e professor da Universidade Nova de Lisboa, Pedro Pita Barros, na sua intervenção em mais um seminário organizado pela Universidade Lusófona...”

- **“Público”, 18/05/2004**

Título da notícia: “Hospital de Leiria deixa 150 mil pessoas sem atendimento médico”.

“De acordo com António Pedro Soure, presidente do distrito médico do Oeste da OM (Ordem dos Médicos), «150 mil portuguesas perderam o acesso a algumas especialidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde», porque o Hospital de Leiria (SA) fez um regulamento interno excluindo da sua área de influência os doentes das Caldas da Rainha, Bombarral, Óbidos e Peniche. Desde então, os doentes que são enviados do Centro de Saúde das Caldas são mandados embora, acabando por ir bater às portas de hospitais em Lisboa, que mais uma vez não os recebem porque dizem não pertencer à área de residência destes doentes. O caso mais flagrante acontece nas consultas de urologia, mas estende-se às de neurocirurgia e cirurgia vascular”.

- **“Expresso”, 19/05/2004**

Título da notícia: “Doentes nos Hospitais SA/Médicos contra discriminação”.

“O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (OM) manifestou-se ontem contra alegadas «práticas assistenciais discriminatórias em doentes que necessitam de cuidados nos hospitais SA»”.

“De acordo com a Ordem, «há notória tentativa nestes hospitais de privilegiar tudo o que leve a uma diminuição de gastos, pondo muitas vezes em causa uma correcta e qualificada prestação de cuidados de saúde»”.

- **“Jornal de Notícias”, 23/05/2004**

Artigo de opinião do Prof. Dr. Nuno Grande com o título: “Comissões de utentes do serviço de saúde”.

Deste artigo transcrevem-se os seguintes extractos:

- “De facto, de forma programada e na lógica de menos Estado para todos e melhor Estado só para alguns, o Serviço Nacional de Saúde está a ser substituído por um sistema híbrido em que o conceito de público e privado está a sobrepor-se ao da eficácia das medidas propostas”.
- “O contrato individual de trabalho que substitui o da competência avaliada em provas públicas, a desorganização da cultura de equipa para dar lugar ao retrocesso

ao tempo do individualismo profissional, a estratégia de uma poupança de recursos testados em nome de um combate ao desperdício, são manifestações direccionadas para um objectivo de cumprir um orçamento ainda que à custa da eficiência, de pertinência e justiça das medidas de assistência na doença ou de promoção da saúde”.

- “É indispensável dar cobertura jurídica e legal a este movimento de comissões de utentes de forma a poderem participar activamente nos órgãos de apoio aos departamentos do Ministério da Saúde para permitir que este Serviço Nacional, ao serviço de todos os cidadãos, não seja substituído por um conjunto de serviços locais orientados para o lucro e ao serviço dos que têm recursos financeiros para pagar actos dispendiosos”.
- “Apesar da qualidade dos cuidados de saúde primários e de saúde pública que corrigiram indicadores como, por exemplo, a mortalidade materna e a infantil ou a excelente cobertura nacional de programas de vacinação, o Ministério da Saúde publicou um Decreto que desvirtua o funcionamento da rede de Cuidados Primários que contribuiu para Portugal ter sido considerado pela OMS, em 2001, o 12.º país do Mundo com mais alta qualidade de cuidados de saúde prestados para um dos mais baixos recursos financeiros disponíveis”.

- **“Pública”, 29/05/2004**

Título da notícia: “Menezes denuncia «Jobs for the boys»”.

“O autarca Luís Filipe Menezes afirmou anteontem que a substituição da administração do Hospital de S. João parece «inserida numa lógica de jobs for the boys». «Independentemente da qualidade de quem irá substituir a actual presidente, é um facto que Maria Isabel Ramos detém um enorme prestígio e uma imensa experiência profissional, além de ser responsável por um excelente trabalho», frisou o presidente da Câmara de Gaia, pediatra de formação”.

“Menezes afirmou não saber «se a substituição de Isabel Ramos se deve eventualmente a não adjudicar determinado tipo de obras a determinado consórcio, se por ser muito exigente e rigorosa em relação à gestão hospitalar», considerando «impróprio substituir pessoas que não têm cartão do partido e resistem a pressões político-partidárias»”.

- **“Jornal de Notícias”, 01/06/2004**

Título da notícia: “Polémica com Bragaparques desvalorizada pelo ministro”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, considerou que o novo Conselho de Administração (CA) do Hospital de S. João, que ontem empossou, «pode ajudar a pacificar o hospital», ao mesmo tempo que desvalorizou a polémica sobre o negócio do Hospital com a empresa Bragaparques (construtora do parque de estacionamento, galeria comercial e hotel, na cerca da unidade de saúde), afirmando «que só agora foi falada para dificultar a mudança no hospital»”.

“No final da tomada de posse do novo presidente do CA, António Fernandes Tato, ex-quadro do BCP (que foi substituir no cargo a professora universitária Isabel Ramos), o ministro afirmou desconhecer se o negócio com a Bragaparques tinha sido enviado para a Procuradoria-Geral da República (PGR), lembrando «que o CA da altura tinha total autonomia»”.

“Para o novo presidente do CA, António Fernandes Tato, a polémica em torno do acordo com a Bragaparques nada tem que ver com a substituição de pessoas. Falando enquanto gestor, afirmou estar «boquiaberto com tanta agitação com uma mudança que deveria ser pacífica». «As forças de bloqueio são de pequena expressão em termos

reais...»”.

“Tratava-se de um contrato de concessão, concepção, construção, conservação e exploração de um hotel com 100 quartos, um centro comercial com mais de cinco mil metros quadrados e um parque de estacionamento subterrâneo para 800 viaturas, em terrenos do hospital (traseiras do edifício principal). O contrato inicial previa o pagamento de uma renda irrisória ao S. João. Mas, em 2002, era então Jaime Duarte presidente do CA do Hospital, o contrato foi reajustado, obrigando a unidade a pagar uma determinada verba, superior à renda, por lugares de estacionamento”.

“De referir, ainda, que o financiamento da construção do empreendimento foi feito pelo Banco Comercial Português (BCP), a mesma entidade bancária de onde vem o agora presidente do CA, Fernando Tato, com garantias dadas pelo Hospital. Este acordo torna-se polémico quando a administração de Isabel Ramos questiona os seus princípios e, em carta enviada ao ministro da saúde, em Março de 2003, pede orientações sobre como agir. Além disso, o parque de estacionamento e as galerias estão a funcionar e o hotel continua a ser construído, apesar de ter sido embargado pela Câmara do Porto a 1 de Abril, por falta de licenças”.

- **“Jornal de Notícias”, 2/6/2004**

Título da notícia: “Ministro quer inspecção ao negócio do Hospital”.

“Vinte e quatro horas depois de ter desvalorizado o acordo feito entre o Hospital de S. João e a empresa Bragaparkes - construtora do parque de estacionamento, galerias comerciais e hotel, em terrenos do hospital -, o ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, decidiu enviar o processo para a Inspeção-Geral da Saúde, para que seja devidamente esclarecido”.

- **“Público”, 2/6/2004**

Título da notícia: “Defendidas quotas para travar entrada de mulheres nos cursos de medicina”.

“António Sousa Pereira, médico e presidente do conselho directivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, é taxativo: se o modelo de ingresso nos cursos de medicina não for alterado, «terão de ser criadas quotas para os homens nestas faculdades»”.

“ «É indiscutível que é necessário haver maior equilíbrio de sexos», defende também o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Germano de Sousa”.

“Em relação à criação de quotas para os estudantes de Medicina, «no abstracto», o bastonário mostra-se «contra, porque as quotas parece sempre que são para defender um ser inferior». Mas admite que, «oficiosamente, o assunto vai surgindo». Até porque, considera, para além de homens e mulheres terem formas diferentes de trabalhar, «a maternidade afasta as mulheres do serviço e tira-lhes alguma da capacidade de doação à profissão»”.

- **“Jornal de Notícias”, 3/6/2004**

Entrevista com a ex-presidente do Conselho Administração do Hospital de S. João, Prof.^a Dr.^a Isabel Ramos.

Desta entrevista, transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P.- Acha que foi afastada por não ser capaz profissionalmente, ou por outras razões?

R.- Na conversa que tive com o ministro, a 30 de Abril, a meu pedido - tinha-a pedido em Setembro de 2003, para dar conta do trabalho que estávamos a desenvolver - de-me, pela primeira vez, conta de que tencionava fazer a substituição do CA por razões políticas, uma vez que preferia ensaiar o mesmo modelo de gestão do Hospital de

Santa Maria. Mas, na verdade, não estava a pensar na substituição do CA, uma vez que só me substituiu a mim.

R.- A sua substituição está de alguma forma relacionada com a polémica em torno do contrato entre o Hospital e a Bragaparques?

R.- Não gosto de fazer juízos de valor. Não nego que existiu um problema e, ao contrário do que o ministro diz, era do seu conhecimento. Foi-lhe dado a conhecer em Março de 2003, reenviado em Maio e enviado um parecer jurídico em Junho. Nunca respondeu.

P.- Deu conta ao ministro que considerava o acordo lesivo para o Hospital?

R.- A minha leitura era essa. Mas, ao contrário do que o ministro disse, o CA não tinha capacidade para renegociar as verbas. Estamos a falar de verbas que ultrapassam as competências do CA.

- **“Diário Económico”, 3/6/2004**

Título da notícia: “Grupo Mello defende privatização de metade do Serviço Nacional de Saúde”.

“Em declarações ao Diário Económico, Salvador de Mello afirma que «deveria ser adoptada uma postura que permitisse imprimir mais competitividade no sistema, e isso consegue-se transformando os hospitais-empresa em unidades geridas pelo sector privado»”.

“Para o presidente do maior grupo privado a operar em Portugal na área da saúde, «tem de haver um afastamento progressivo do Estado da prestação dos cuidados de saúde», e isso consegue-se «aprofundando o programa das parcerias», que permitirá aos privados passar da actual quota de mercado «de 3% para 20%».

Mas isso, salienta Salvador de Mello, não é suficiente: «para além das PPP, os privados deveriam poder chegar aos 50%, para ajudarem o Estado a desatar o nó górdio do Serviço Nacional de Saúde»”.

- **“Lusa”, 3/6/2004**

Título da notícia: “Governo aprovou programa para operar 150 mil doentes em lista de espera”.

“O Conselho de Ministros aprovou na quinta-feira a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia (SIGIC), o programa governamental para acabar com as listas de espera em que estão inscritas 150 mil pessoas que esperam uma operação”.

“Uma das novidades do SIGIC é que permite ao utente, quando esgotado 75 por cento do tempo que o médico definiu como clinicamente aceitável de espera para uma cirurgia, optar por uma unidade de saúde privada ou social com capacidade de resposta para a operação”.

“O Ministério da Saúde garante esta «liberdade de escolha» através de um «vale cirurgia» que o utente apresentará na unidade de saúde onde quer ser operado, cabendo ao Serviço Nacional de Saúde o pagamento do acto médico”.

- **“Público”, 4/6/2004**

Título da notícia: “Ilda Figueiredo ao lado de Ferreira Leite contra a «mulher ao fogão»”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, conseguiu ontem o impossível ao colocar a cabeça de lista da CDU e a ministra das Finanças do PSD a dizer exactamente a mesma coisa em plena campanha eleitoral. «Afim o que é que ele quer? Mandar as mulheres tomar conta dos fogões?». Foi assim que a candidata comunista, Ilda Figueiredo reagiu

à forma como o ministro comentou o alegado excesso de mulheres nos cursos de medicina”.

“Uma expressão curiosa quando comparada com a forma como a própria Manuela Ferreira Leite, anteontem, reagiu às mesmas palavras. «Está a partir da hipótese de que a responsabilidade da casa e da família é só para elas, é a chamada mulher ao fogão», afirmou a ministra logo após o ministro ter proferido as palavras da discórdia: «Por vezes levanta-se a questão de a participação feminina poder estar de alguma maneira condicionada pelas suas responsabilidades em termos domésticos, em termos de vida familiar, porque tornaria essas mulheres menos disponíveis para uma profissão que requer 24 sobre 24 horas, no que diz respeito a cuidados que são inadiáveis»”.

- **“Diário Económico”, 4/6/2004**

Título da notícia: “Ministra recusa quotas para homens em medicina”.

“A ministra da Ciência e Ensino Superior, Graça Carvalho, considerou «completamente impensável» a ideia de criar quotas para homens no acesso aos cursos de Medicina”.

“A introdução deste sistema foi sugerida pelo ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, reagindo a uma proposta do presidente do conselho directivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto. Manuela Ferreira Leite, ministra das Finanças, presente nesta conferência de imprensa, reagiu indignada acusando o ministro de «excesso»”.

- **“Jornal de Notícias”, 6/6/2004**

Título da notícia: “Faculdade de Medicina não apoia nomeação no S. João”.

“Um membro do corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto foi contactado pelo Ministério da Saúde para assumir a função de director clínico do Hospital de S. João, no Porto, e recusou. O cargo está desocupado desde 1 Junho, aquando da tomada de posse de Fernandes Tato como presidente do Conselho de Administração do Hospital, após a destituição de Isabel Ramos. Tal situação levou a que José Eduardo Guimarães, até então director clínico, se tenha demitido. Até agora, nenhum médico de carreira no S. João, ou da carreira universitária, aceitou o cargo”.

“E, garante José Amarante, «com o apoio da Faculdade não aceitarão, porque foi substituído um Conselho de Administração sem que fossem apresentadas quaisquer justificações». O presidente do Conselho Directivo da Faculdade lembra que «está para sair a nova legislação sobre Hospitais Universitários. Não conheço o documento final, mas o projecto previa a participação da Faculdade na administração do Hospital». Sendo assim, acrescentou, «mais valia substituir o CA depois da saída da lei, porque o mais certo é substituir outra vez». O professor critica, ainda, a sugestão do ministro da saúde Luís Filipe Pereira, de criar quotas para homens para os cursos de Medicina. «Não faz sentido nenhum. Há 50 anos, as enfermeiras só podiam ser mulheres e não podiam casar. Voltamos ao mesmo. Parece que o ministro tem alguma coisa contra as mulheres. Primeiro, destitui uma professora do CA e coloca um gestor bancário, agora quer criar quotas para homens», ironiza”.

- **“Público”, 7/6/2004**

Título da notícia: “Aumento das despesas dos medicamentos pode bater recorde dos últimos seis anos”.

“Os encargos do Sistema Nacional de Saúde com medicamentos poderão atingir este ano a taxa de crescimento recorde de onze por cento, em contraste com os cerca de quatro por cento do ano passado. Inverte-se, assim, a tendência de diminuição da despesa dos últimos três anos e volta-se a valores de há 6 anos, revelam os dados do

Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento”.

- **“Jornal de Notícias”, 8/6/2004**

Título da notícia: “Médico de Família para todos”.

“O ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, garantiu ontem, em Cantanhede, que a limpeza dos ficheiros de todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde «não irá retirar ninguém da lista», mesmo que se trate de «utentes inactivos», que há mais de mil dias não tenham tido consulta nos centros e extensões do país”.

“Nas contas do Ministério da Saúde, estarão em situação de inscrição dupla ou incorrecta mais de um milhão e 200 mil pessoas. Com a «limpeza» dos ficheiros e novas distribuições pelos médicos existentes, o ministro acredita que será possível atribuir a cada utente o seu médico de família, contrariando uma «herança» de mais de 20 anos”.

“Luís Filipe Pereira admitiu que os ficheiros reformulados exijam algumas «reafecções» de médicos dentro do mesmo concelho e enquadrou a medida num plano para melhoria dos cuidados de saúde primários que pretende «explorar novos modelos de gestão» dos centros de saúde, a contratar com cooperativas de médicos, com faculdades, autarquias e operadores sociais ou privados. Com objectivos fixados para cada unidade, a verificação dos resultados e deverá estabelecer «incentivos e penalizações». «Não se trata de privatizar o que quer que seja, mas de contratualizar melhor qualidade do serviço», afirmou o governante”.

- **“Expresso”, 10/6/2004**

Título da notícia: “Mulheres criticam bastonário e ministro”.

“A presidente da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres acusa o bastonário da Ordem dos Médicos, numa carta que lhe dirigiu, de usar uma linguagem de «preconceito e estereotipada» em relação às mulheres e de «esquecer princípios constitucionais básicos»”

- **“Público”, 10/6/2004**

Título da notícia: “Trabalhadores do Hospital de S. João reclamam a «imediata demissão» da Administração”.

“Os trabalhadores participaram numa reunião geral onde censuraram a escolha do ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, acusando-o de ter nomeado para a administração do S. João um «gestor oriundo de uma instituição bancário (BCP), sem qualquer currículo compatível para lidar com as especificidades de um hospital central e universitário». «A sua nomeação não foi devidamente justificada», argumentam, o que «levanta a suspeição de se ter baseado em razões estritamente políticas e ligadas a interesses privados»”.

- **“Diário de Notícias”, 16/6/2004**

Título da notícia: “Saúde registou um défice de 1300 milhões de euros em 2003”.

“O sector da Saúde registou, em 2003, um défice de 1300 milhões de euros, revelou ontem o presidente do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, que foi ouvido na comissão parlamentar de Execução Orçamental. Tabora Farinha justificou o défice pelo facto de o sistema de Saúde, que na sua esmagadora maioria é financiado pelo Orçamento de Estado, não receber as verbas necessárias. Uma situação que se arrasta de ano para ano e que leva a atrasos de pagamentos, designadamente à Apifarma e aos outros fornecedores da área da Saúde”.

- **“Tempo de Medicina”, 16/6/2004**

Título da notícia: “Presença dos privados na saúde «é uma realidade»”.

Esta notícia abordou diversas intervenções proferidas na conferência “As reformas na Saúde”, realizada a 5.06.2004, em Lisboa, por iniciativa do Diário Económico.

Transcreve-se, em seguida, um extracto das declarações da administradora do Espírito Santo Saúde, Eng.^a Isabel Vaz:

“... a Eng.^a Isabel Vaz acredita que o sector privado da Saúde no nosso país «já pode ser encarado hoje como uma realidade», e pode ser «lucrativo». «Além de as despesas com a saúde terem vindo a crescer cerca de 15% ao ano, do ponto de vista dos medicamentos a percentagem da despesa total para privados já atinge os 50%», garantiu, acrescentando que apenas 56% do financiamento da Saúde é feito pelo SNS. Assim, «não se pode ignorar que, em Portugal, o sector da Saúde tem uma componente privada vastíssima. E vai continuar a ter», assegurou a oradora”.

“Os recursos de saúde continuam a crescer a uma média de 18% ao ano, disse a Eng.^a Isabel Vaz, continuando o BCP, através da Medis, a ser o líder de mercado, com cerca de 43%, a seguradora Tranquilidade, através de uma plataforma de parcerias, tem 37%. Isto é, há duas empresas de gestão e prestação de cuidados que controlam 80% do mercado privado, e que cerca de um milhão e meio de pessoas «procuraram as seguradoras para usar o direito universal de acesso aos cuidados de saúde», concluiu a oradora”.

- **“Correio da Manhã”, 16/6/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA não prestam”.

“Pouca sensibilidade para a especificidade da saúde, falta de acesso às bases de dados e de aprendizagem partilhada, além da partidarização empresarial dos hospitais, são as críticas que o Observatório Português dos Sistemas de Saúde faz aos Hospitais SA”.

“No «Relatório de Primavera», ontem apresentado com o título «Incertezas – Gestão da mudança na saúde», são ainda apontadas aos SA a falta de metas de execução, a autoavaliação propagandista e a grande pressão sobre os gastos sem compensação em mecanismos abertos de desenvolvimento de qualidade. O relatório denuncia o facto de não ser divulgada a situação financeira e o impacto no défice dos 31 hospitais SA, nem os gastos com os medicamentos. Além disso, diz que há omissões quanto às reclamações dos doentes, a avaliação dos gestores e a satisfação dos profissionais”.

“O ministro da Saúde, entretanto, já reagiu às críticas do relatório. Acusou o Observatório de «falta de isenção» e «parcialidade» no relatório que efectuou sobre a actuação do Ministério entre 2002 e 2004”.

- **“Público”, 17/6/2004**

Título da notícia: “Despesas com Saúde na Europa estão a aumentar”.

“Todos os países europeus estão a ver-se confrontados com o aumento das despesas com saúde. Alguns assistem mesmo à degradação dos seus sistemas de prestação de cuidados. Este facto é, em parte, devido ao envelhecimento da população, que necessita de crescentes cuidados de saúde, e ao ritmo rápido dos progressos científicos nesta área que obriga a investimentos constantes, tanto ao nível dos fármacos como dos meios de diagnóstico”.

“Para o conjunto dos países desenvolvidos que fazem parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as despesas com a saúde passaram de cinco a oito por cento do Produto Interno Bruto (PIB) de cada país entre 1970 e 2000”.

- **“Diário Económico”, 21/6/2004**
Título da notícia: “Saúde quer desconto nas dívidas de 2004”.
 “O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, propôs à direcção da indústria farmacêutica pagar em Julho através do consórcio bancário, a quase totalidade da dívida de 750 milhões de euros que o Estado mantém com os laboratórios, mas argumentou que só pagaria os meses de 2004 se a indústria «compartilhasse o esforço orçamental». Por outras palavras, a Apifarma teria de fazer um desconto no montante em dívida, apurou o Diário Económico. Em causa estão cerca de 110 milhões de euros que resultam da dívida acumulada durante os primeiros seis meses deste ano”.
 “A iniciativa de Luís Filipe Pereira esbarrou na resposta de José Gomes Esteves: a Apifarma considera que não há lugar à prática de qualquer desconto, uma vez que ele já existe, e é um perdão do pagamento dos 40 milhões de euros em juros de mora que o Estado devia em Abril”.
- **“Diário de Notícias”, 1/7/2004**
Entrevista ao novo presidente da Unidade de Missão dos Hospitais SA, Eng.º Pedroso de Lima, com o título: “Empresarialização de mais hospitais só daqui a dois anos”.
 Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:
 P.- Como vê o primeiro ano de empresarialização destes 31 hospitais?
 R.- Os resultados são extremamente favoráveis. Há uma envolvência dos administradores e dos profissionais que permitiu um aumento dos indicadores quantitativos e qualitativos dos serviços, o que se traduziu em resultados melhores do que no ano anterior.
 P.- Mendes Ribeiro afirmou que se fosse ministro da Saúde empresarializava todos os hospitais do país. Concorda?
 R.- Talvez tenha uma diferença em relação ao meu antecessor nos ritmos. O modelo não está sedimentado, precisa de continuar a ter um apoio enorme do Ministério da Saúde para que mostre todas as suas virtualidades e potencialidades. Não me parece que seja prudente fazer um alargamento sem aferir bem as condicionantes que comporta. Gosto muito de ter dinâmicas pró-activas, mas com os pés bem assentes na terra e com um bom diagnóstico de partida.
 P.- O diagnóstico não está feito, portanto?
 R.- A eficácia não se mede ao fim de um ano. Ninguém ignora que processos desta natureza sejam alvo de enormes dificuldades. Uma delas, a mobilização dos profissionais a quem tem de ser demonstrada a bondade da sua natureza. Parece-me preferível perder mais um ou dois anos a reflectir, depois fazer um novo diagnóstico da situação. E então ver se é de continuar o modelo, alargá-lo ou, pelo contrário, se este precisa de aperfeiçoamento.
 P.- Ainda há margem para diminuição de custos e aumentar a qualidade?
 R.- Ainda há uma margem significativa de crescimento. Mas deve ser aceitável num sistema público que, por vezes, haja gastos menos razoáveis que não impliquem ganhos de produtividade – quando implicam ganhos sociais.
- **“Expresso”, 3/7/2004**
Título da notícia: “Netsaúde entra na despesa”.
 “O projecto da Netsaúde (a empresa do ex-deputado do PSD Nuno Delerue), que o Governo garantira publicamente não implicar qualquer «despesa pública», afinal precisa mesmo de dinheiro do Ministério da Saúde. Isso mesmo está previsto num documento da Administração Regional de Saúde (A.R.S.) do Norte, a que o Expresso

teve acesso, em que esta «garante a contrapartida nacional» do financiamento pedido para avançar com o projecto – ou seja, 25% de um total de 4,5 milhões de euros que vão ser precisos para distribuir os telemóveis da empresa de Delerue pelos médicos da região Norte. Os restantes 75% que o projecto custará são cobertos pelos fundos comunitários”.

“O ministro Luís Filipe Pereira, quando foi confrontado com o projecto na Assembleia da República, garantiu aos deputados que não seriam gastos dinheiros públicos na sua implementação. E isto porque estava previsto que a parte nacional da despesa, os tais 25% do custo total do projecto, seriam cobertos pela própria Netsaúde, ficando o restante para ser pago através de fundos comunitários”.

“O projecto da Netsaúde para os médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – desenvolvido pela empresa de Nuno Delerue – nasceu de um protocolo estabelecido com Luís Filipe Pereira, há mais de um ano. Segundo esse protocolo, a Netsaúde propõe-se distribuir telemóveis pelos médicos do SNS, garantindo a sua disponibilidade permanente para atender os doentes. Quanto ao Ministério, comprometeu-se a garantir que as A.R.S. iriam adquirir este serviço à Netsaúde, desde que conseguissem fundos comunitários para o pagar”.

“Desde o início que este protocolo esteve envolto em polémica – por não implicar a realização de concurso público, por estar previsto que os médicos tenham contrapartidas em função das chamadas recebidas e pelo facto de, sendo este um serviço a prestar pelo Estado, os doentes serem obrigados a pagar 60 cêntimos por minuto, em cada chamada feita. Na Assembleia da República, os deputados questionaram ainda o ministro, na única vez em que Filipe Pereira falou do assunto no Parlamento, sobre o facto de ele se ter deslocado à Finlândia para visitar a empresa que deveria fornecer os telemóveis, à custa desta e antes do protocolo ser assinado”.

- **“Jornal de Notícias”, 3/7/2004**

Título da notícia: “Entidade Reguladora com prazos ameaçados”.

“Ora a ERS, empossada em Abril passado, continua sem sede, sem pessoal, sem regulamentação e sem definição orçamental. E tem a garantia de «independência» suspensa do desenho que o Ministério das Finanças entenda imprimir-lhe. Foi para lembrar tudo isto e a promessa de prazos aos cidadãos portugueses que Rui Nunes, escolhido pelo ministro Luís Filipe para presidir à ERS, endereçou uma «carta interinstitucional» ao secretário de Estado adjunto da Saúde, Adão Silva”.

- **“Diário Económico”, 6/7/2004**

Título da notícia: “Todo-Bom demite-se em desacordo com vencimento”.

“O presidente da comissão de avaliação das propostas para o concurso público do Hospital de Loures demitiu-se na semana passada, em ruptura total com o Ministério das Finanças, apurou o Diário Económico. A informação é confirmada ao DE pelo ministro da saúde e por Luís Todo-Bom, que invoca «razões de ordem pessoal» e escusa-se a comentar as razões da sua saída”.

“De acordo com as informações recolhidas pelo DE, o administrador não executivo da PT ficou bastante desagradado não só com as condições de trabalho que lhe foram proporcionadas, mas também com a recusa do vencimento que tinha acertado com o ministro da saúde – um valor que rondaria os quatro mil euros por mês – mas que suscitou dúvidas por parte das finanças”.

- **“Diário de Notícias”, 6/7/2004**

Título da notícia: “Ministra nega maquilhagem orçamental”.

“A ministra das Finanças negou ontem práticas de desorçamentação nas contas orçamentais de 2002, depois de o Tribunal de Contas colocar «reservas» sobre os «valores globais da receita e da despesa» e do défice orçamental no primeiro ano do Governo de Durão Barroso”.

“... O Tribunal de Contas chega mesmo a relatar que a liquidação de alguns encargos com o Serviço Nacional de Saúde, foram efectuados «ilegalmente», fora do Orçamento de Estado. E dá como exemplo, uma transferência no valor de 440 milhões de euros para o Instituto de Gestão Financeira da Saúde, realizada com o recurso a operações do Tesouro”.

- **“Diário Económico”, 8/7/2004**

Título da notícia: “Saúde tem de prestar mais informações sobre os SA”.

“A reforma na Saúde em Portugal vai no bom sentido, mas é preciso planear melhor o médio prazo, dar mais informações sobre as dívidas dos hospitais SA e não ficar deslumbrado pela melhoria nos indicadores deste ano. Em suma, esta é a conclusão dos peritos da OCDE que dedicaram um capítulo em exclusivo à situação do sector da Saúde em Portugal”.

“De resto, o texto argumenta que um dos melhoramentos a introduzir prende-se com o sistema de incentivos e remuneração: «Portugal continua a ser um dos poucos países da União Europeia onde a performance é completamente desprezada na remuneração dos profissionais de saúde nos hospitais públicos», embora o Ministério esteja a introduzir um novo sistema de incentivos para os profissionais dos Hospitais SA”.

- **“Diário Económico”, 8/7/2004**

Título da notícia: “Governo deve afastar-se das empresas privatizadas”.

“O Governo português deve prosseguir o processo de privatizações, mas deve abster-se de manter a sua influência nas empresas, mesmo em sectores estratégicos, aconselha a OCDE. A organização classifica como «indesejável» a tentativa do Estado em «exercer influência dominante» através de direitos de voto especiais, por exemplo, em sectores estratégicos como a energia – e aqui a organização faz uma referência clara à EDP e à Galp – transportes, água, rádio e televisão e telecomunicações. O Executivo deve ser «cauteloso» e «refrear» estas práticas que «tendem a distorcer a afectação de recursos em detrimento dos consumidores e da eficiência da economia”.

“A OCDE aconselha o Estado a não ajudar um sector ou uma empresa em particular, sob pena de criar um precedente indesejável e ir contra os esforços feitos para melhorar a afectação de recursos”.

“Portugal merece um elogio pelos esforços que tem vindo a desenvolver, mas a OCDE lamenta que, nomeadamente ao nível da reforma da Administração Pública, fundamental para potenciar reformas noutras áreas, três anos após o seu lançamento, «os resultados são decepcionantes». A sua implementação deve ser acelerada e complementada por uma «forte reforma do sistema de pensões”.

- **“Independente”, 9/7/2004**

Título da notícia: “Quem é amigo?”.

“Ministro da Saúde vai contratar duas agências de comunicação por valores quatro vezes superiores aos praticados no mercado. Sem concurso. Assessor confirma montantes”.

“No início da legislatura, Durão Barroso ainda disse que queria poupar nos gabinetes de comunicação dos vários ministérios, mas Luís Filipe Pereira e restante equipa não parecem muito sensíveis ao apelo. Porquê? Porque o Independente sabe que o

ministro, através do seu adjunto para a área da comunicação, António Mocho, prepara-se para contratar duas empresas de comunicação para supostamente prestarem serviços à Unidade de Missão criada para coordenar os hospitais-empresa. Sem concurso público e por valores muito superiores – cerca de 400 por cento a mais – aos que se praticam no mercado”.

“As empresas de comunicação em causa são a Star Imagem e a Rota 2. A primeira é propriedade de Acácio Gomes. Um amigo pessoal de António Mocho, o homem directamente responsável pela sua escolha sem concurso público”.

“Apesar de António Mocho garantir que ainda não efectuou qualquer escolha definitiva, o Independente sabe que já existiu uma reunião entre responsáveis da unidade de missão e Acácio Gomes no sentido de definir o plano de comunicação que este terá de implementar nos próximos tempos. Tudo pela módica quantia de 18.500 euros. Mais IVA, claro está”.

“A segunda empresa – Rota2 – é propriedade de Leonela Santos... Opinião geral: a empresa de Leonela Santos fará um negócio fabuloso, na medida em que o orçamento que propõe para «colocar à disposição da unidade de missão uma equipa de jornalistas e de relações públicas ligados à área da saúde com capacidade de intervenção junto dos meios de comunicação social» é estratosférico: 22.100 euros por mês. Um maná. Uma vez mais, sem concurso público, ao contrário do que determina a lei quando o Estado contrata por estes montantes”.

“De referir que a unidade de missão já possui nos seus quadros dois profissionais de comunicação, um dedicado à comunicação externa, outro à interna”.

- **“Expresso”, 10/7/2004**

Título da notícia: “Estado com a corda na garganta”.

“A situação de défice nos hospitais públicos é crónica e vem de há muitos anos. Mas esperava notar-se alguma diferença, dadas as esperanças depositadas nos novos modelos de gestão implementados há ano e meio. Não é isso, porém, que se está a verificar. Apesar da versão oficial ser a de que «está tudo a correr conforme o previsto», segundo o gabinete do ministro, as dificuldades que se sentem no terreno atingem quase tudo e quase todos. Num dos maiores hospitais de Lisboa, faltaram, subitamente, os agraços cirúrgicos por não ter sido disponibilizado dinheiro a tempo de evitar a quebra do «stock». Noutra, a administração tentou poupar na distribuição dos medicamentos para a diabetes infantil, fazendo circular a indicação de que as famílias tinham de os comprar nas farmácias. Noutra hospital, ainda, tentou-se substituir mão-de-obra especializada por outra sem formação, como denunciou o sindicato dos enfermeiros, a propósito dos auxiliares de acção médica. Além das dificuldades sentidas por doentes e profissionais, aumentam os problemas com os fornecedores: a dívida dos hospitais em medicamentos está com um atraso médio de mais de 400 dias”.

“O modelo de gestão implementado nos hospitais SA – que prometia racionalidade na utilização dos dinheiros públicos – não tem resultados visíveis: alguns dos SA têm dívidas aos seus fornecedores tão grandes como as dos outros hospitais; e o estado das suas finanças é tal que, apesar do reforço de verbas conseguido já este ano, continuam sem pagar as dívidas”.

- **“Público”, 11/7/2004**

Título da notícia: “Seguradora mundial avalia de forma positiva unidades de saúde portuguesas”.

“Os turistas estrangeiros que visitam Portugal podem contar com cuidados de saúde

de boa qualidade, afirma o presidente da multinacional de assistência, seguros de viagem e serviços, Mondial Assistance, Alain Demissy, a propósito de um estudo que avaliou a qualidade de 800 unidades de saúde em todo o mundo”.

- **“Expresso”, 10/7/2004**

Título da notícia: “Ministro da saúde não assume dívidas SA”.

“O Governo não vai assumir as dívidas em medicamentos dos hospitais SA, cujo valor já ronda os 300 milhões de euros. A decisão foi comunicada esta semana pelo ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, à Apifarma, a associação da indústria farmacêutica”.

- **“Público”, 15/7/2004**

Título da notícia: “PSD-Viseu anuncia lançamento do concurso público do novo Hospital de Lamego”.

“O PSD de Viseu anunciou ontem o lançamento do concurso público internacional para a construção do novo edifício do Hospital Distrital de Lamego, cujas obras devem arrancar em Março do próximo ano. Numa conferência de imprensa em que fez o balanço do ano político, o líder distrital do PSD, Carlos Marta, referiu como uma das «grandes vitórias» o facto de estar garantida a concretização desta obra, um investimento de 37 milhões de euros, reclamado há décadas pelas populações do Norte do distrito de Viseu”.

- **“Correio da Manhã”, 16/7/2004**

Título da notícia: “Portugal cai três lugares”.

“O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) lançou ontem a edição de 2004 do Relatório do Desenvolvimento Humano. Entre outras coisas, o documento revela o «ranking» das nações mais avançadas a vários níveis, no qual Portugal aparece este ano em 26º lugar, três postos abaixo da posição ocupada em 2003”.

“Entre os países da União Europeia, Portugal é o último dos antigos quinze e só supera os que aderiram este ano, com o alargamento a Leste, sendo seguido de perto pela Eslovénia. A Noruega é considerada o país mais desenvolvido do Mundo, logo à frente da Suécia, Austrália, Canadá e Holanda, por essa ordem.

“Os Estados Unidos, actual grande potência num mundo unipolarizado, aparecem apenas em oitavo”.

- **“Independente”, 16/7/2004**

Título da notícia: “Caro senhor ministro...”.

“E se, de repente, um presidente de uma poderosa multinacional farmacêutica o convidasse para passar um fim de semana nas montanhas do Tyrol? Isso seria... maravilhoso. Como este tipo de convites não é para qualquer um, ele foi apenas endereçado ao ministro da Saúde português, Luís Filipe Pereira. Que, em Dezembro passado, recebeu uma simpática missiva do presidente da empresa farmacêutica Novartis – a que o Independente teve acesso – em que, para além de ser convidado a passear na Áustria, Filipe Pereira é também «convidado» a aprovar processos de reembolso de medicamentos da empresa em questão. Processos que significam milhões de euros de receitas para a Novartis”.

“Fontes conhecedoras do processo consultadas pelo Independente interpretam a carta assinada por Alexander Triebnigg como algo «pouco habitual» na relação entre uma empresa e um membro do Governo. Mesmo sem saberem uma informação a que entretanto o Independente teve acesso: o ministro da Saúde foi mesmo à Áustria visitar

a fábrica da Sandoz – a unidade da Novartis responsável pela produção de medicamentos genéricos. Confrontado com esta informação pelo Independente, Luís Filipe nega peremptoriamente todo e qualquer tipo de promiscuidade. É salientou que a visita se efectuou no passado dia 25 de Junho entre as 10 e as 15 horas, aproveitando uma outra viagem oficial que realizou a Budapeste na mesma altura. Com todas as despesas pagas pelo Ministério da Saúde”.

“Mas a novela não acaba aqui. O Independente sabe que esta semana Luís Filipe Pereira assumiu um despacho que certamente fará as delícias da Novartis, mas que será um choque para muita gente, ao decidir que os medicamentos genéricos com a substância ciclosporino – utilizada nomeadamente em doentes transplantados – deixarão de ser temporariamente distribuídos nas farmácias até que o INFARMED prove a sua validade. A decisão deixa à Novartis, a titular do medicamento original alternativo aos genéricos – denominado Sandimmun – um mercado de dois milhões de contos para explorar...”. O ministro justifica a tomada de decisão com facto de ter recebido uma carta da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), em que esta coloca sérias reservas à continuidade do fornecimento de genéricos imunossuppressores nas farmácias, solicitando o corte nos fornecimentos àqueles estabelecimentos.”

“De referir que a Novartis é um dos principais patrocinadores da SPT. Um facto que não é negado pelo próprio presidente da instituição, que em declarações ao Independente, considera «um insulto» que por um momento se pense que o facto de a SPT receber dinheiro da Novartis possa ter influenciado a sua tomada de posição junto do ministro da Saúde”.

- **“Jornal de Notícias”, 17/7/2004**

Título da notícia: “INEM cortou a linha 112 por poupança”.

“Desde Maio que os Sapadores Bombeiros do Porto não têm uma linha directa ao 112. A ligação foi cortada pelo Instituto de Emergência Médica (INEM) para reduzir as despesas. A revelação foi feita, ontem, pelo vereador da Protecção Civil da Câmara do Porto, que mandou instalar uma nova linha entre a central de emergência e a corporação. Estará operacional no início da semana”.

- **“Correio da Manhã”, 18/7/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA piores que os públicos”.

“Os médicos consideram que a qualidade de assistência clínica prestada nos hospitais públicos de gestão privada (SA) é pior que nos hospitais públicos. Este o resultado de um inquérito no qual os clínicos revelam as falhas do sistema”.

“ «Os hospitais SA, que estão a funcionar há ano e meio, não tratam determinadas doenças. Os doentes com situações clínicas mais complicadas e mais difíceis de tratar são transferidos para outros hospitais, porque o seu tratamento é oneroso», frisa Armando Gonsalves, presidente da Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar (APMCH)”.

“ «Os hospitais SA deixam de comprar os antibióticos mais activos e caros, adequados a responder a determinadas situações clínicas, para serem adquiridos os mais baratos e menos eficazes. Quanto às próteses ortopédicas, que são caras mas a solução para os doentes que já não conseguem andar e têm dores, a sua aquisição é limitada e muitas vezes adiada. Estas situações deixam-nos muito preocupados porque os doentes podiam ser melhor tratados», conclui o responsável”.

- **“Expresso”, 22/7/2004**

Título da notícia: “Hospitais batem recorde”.

“No último mês, a dívida dos hospitais aos laboratórios atingiu um novo recorde. A indústria é agora credora de 850 milhões de euros e, em média, é obrigada a esperar 409 dias para receber os pagamentos”.

“Os hospitais do sector público administrativo são os maiores devedores, com 642 milhões de euros, dos quais 515 milhões já venceram a data de pagamento. O prazo há muito expirou mas, ainda assim, a sua liquidação não deverá ser concretizada em breve”.

- **“Diário Económico”, 23/7/2004**

Título da notícia: “Programa do Governo prevê «holding» na Saúde”.

“ «Uma estrutura de decisão e acompanhamento tipo holding». É esta a expressão, que consta no Programa de Governo da área da Saúde, que vai permitir ao Executivo de Pedro Santana Lopes e Paulo Portas a criação de uma entidade destinada a gerir os hospitais-empresa”.

- **“Público”, 23/7/2004**

Título da notícia: “Bloco de Esquerda acusou novo secretário de Estado / Associação de Farmácias diz que vínculo com Pantinha Antão cessou há 5 anos”.

“A Associação Nacional de Farmácias (ANF) esclareceu hoje que o novo secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, o social-democrata Patinha Antão, nunca foi seu representante e que cessou o vínculo profissional com a associação «há cerca de cinco anos»”.

“ «Patinha Antão representou - importa saber se ainda representa - a ANF», afirmou Francisco Louçã, argumentando que o social-democrata «continuará a tomar decisões que dizem respeito aos seus anteriores patrões» e propondo, para evitar a transição directa de cargos privados para funções governativas, a alteração da lei das incompatibilidades”.

- **“Expresso”, 24/7/2004**

Título da notícia: “Monopólio manda na diálise”.

“Uma queixa apresentada por uma empresa portuguesa na Autoridade da Concorrência considera um «perigo para a saúde pública» o domínio que a multinacional Fresenius tem no nosso país. Esta multinacional, que está instalada em Portugal desde meados da década de 90, controla, directa e indirectamente, mais de 70% do mercado português da hemodiálise - o tratamento crónico feito pelos doentes insuficientes renais - sem que, diz a portuguesa Pronefro, o Estado acautele a defesa das suas próprias leis e dos doentes”.

- **“Expresso”, 24/7/2004**

Título da notícia: “Medicina sem verba para mais alunos”.

“As 550 novas vagas criadas nas licenciaturas da área da Saúde serão alimentadas por dinheiros comunitários do Prodep. Uma situação inédita que tenta torpear o congelamento orçamental que afecta o Ministério do Ensino Superior e que punha em causa o alargamento do número de candidatos determinado há duas semanas pela ministra Graça Carvalho”.

- **“Diário de Notícias”, 27/7/2004**

Título da notícia: “É «inadmissível» manter ERS mais tempo inactiva”.

“Quatro meses depois de ter sido nomeado presidente da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Rui Nunes deixa o apelo: «Não podemos perder mais tempo». «O

cidadão quer ver resultados. Se em Setembro a ERS não existir no terreno, os vários actores vão questionar quem de direito e a última coisa de que gostaria é que ela fosse usada como arma de arremesso político», diz”.

- **“Jornal de Notícias”, 30/7/2004**

Título da notícia: “Sampaio quer ERS a funcionar em pleno”.

“ «O desenvolvimento do sistema de saúde português nos últimos dois anos, com novas formulações das redes de cuidados primários e hospitalares, não deverá pôr em causa o direito à participação da saúde dos portugueses. O mesmo é dizer que a decisão de dotar o sistema de saúde com uma Entidade Reguladora não se pode limitar à sua criação legal», afirmou o Chefe de Estado”.

- **“Expresso”, 31/7/2004**

Título da notícia: “Medicamentos perdem participação”.

“O Ministério da Saúde quer reduzir a todo custo as despesas. Decidiu cortar as participações a mais de cem remédios. Mais de 150 medicamentos, entre eles remédios para doenças cardiovasculares (as que mais matam em Portugal) vão perder a participação do Estado por serem demasiado caros. A decisão foi tomada pelo Infarmed – o organismo do Ministério da Saúde que tutela o medicamento – e comunicada, segunda-feira, às empresas do sector farmacêutico”.

- **“Comércio do Porto”, 28/8/2004**

Título da notícia: “Ministério da Saúde admite aumento de 10 por cento na despesa do SNS”.

“O Ministério da Saúde admitiu ontem um crescimento de dez por cento na despesa do Serviço Nacional de Saúde no primeiro semestre deste ano, comparativamente ao mesmo período de 2003, atribuindo-a à «introdução de medidas de gestão» “.

“O comunicado do Ministério da Saúde (MS) surge depois de acusações de «descalabro financeiro» por parte da C.G.T.P.-IN, tendo a central sindical instado o titular da pasta, Luís Filipe Pereira, a «clarificar as razões do crescimento da dívida do SNS» “.

- **“Expresso”, 4/9/2004**

Artigo de opinião de Duarte Lima com o título: “O modelo social europeu”.

Deste artigo transcrevem-se os seguintes extractos:

- “A esta luz, as reformas dos sistemas de saúde e de segurança social são decisões inescapáveis para qualquer governo, e é positivo que no debate que travam neste momento os candidatos à liderança socialista este ponto tenha sido destacado por todos com bastante ênfase, com enquadramentos que deixam perceber diferenças ideológicas de fundo.

Neste domínio, não pode deixar de ser realçado o destaque que o último relatório da OCDE faz da importância das reformas introduzidas pelo ministro da Saúde, Filipe Pereira, em 2002, aprofundando uma linha que Correia de Campos, o último ministro socialista da Saúde – um homem com vasto conhecimento e abundante produção teórica na matéria-, havia desbravado”.

- “Num país em que as reformas habitualmente ficam pelo meio do caminho, não poderia ser mais estimulante a conclusão: «os resultados do primeiro ano da actividade dos Hospitais SA são encorajadores, com a produtividade a aumentar duas vezes mais rapidamente que os custos». É estranho que tenha sido dado tão pouco relevo na nossa imprensa a estas conclusões. Seria assim, se fosse ao contrário?”.

- **“Jornal de Notícias”, 07/09/2004**
Título da notícia: “Gasto com Função Pública é menor que na zona Euro”.
 “A Administração Pública portuguesa despendeu com o conjunto de salários de trabalhadores e benefícios sociais uma percentagem dos seus gastos inferior à média dos 12 países da Zona Euro e maior em 1,2 pontos percentuais que a média dos Quinze”.
 “ «A noção de que a Administração Pública gasta demasiado dinheiro com os seus trabalhadores não está correcta», afirmou o economista Eugénio Rosa, ligado à CGTP-IN. Para se fundamentar, baseou-se em informação do Eurostat, que demonstra que, em 2003, os salários e benefícios absorveram 66,5% dos gastos globais da Administração Pública portuguesa - incluindo o Estado Central, Local e Regional e os fundos autónomos e da Segurança Social. A percentagem sobe, em média, para 68,1% nos 12 países aderentes ao euro, embora seja inferior à dos Quinze (65,3%)”.
- **“Diário Económico”, 09/09/2004**
Título da notícia: “Dívidas à indústria representam 25% do capital social”.
 “As dívidas dos hospitais - empresa à indústria farmacêutica representavam em Julho deste ano quase 25%, em média, do capital social atribuído a estas unidades de saúde quando foram transformadas em sociedades anónimas”.
 “Comparando os montantes atribuídos pelo Governo a cada um dos hospitais-empresa no momento da sua constituição, em Dezembro de 2002, com as dívidas à associação da indústria portuguesa chega-se à conclusão que vários hospitais são devedores de mais de metade do montante do seu capital social”.
- **“Expresso”, 11/09/2004**
Título da notícia: “Venda de medicamentos disparou em 2004”.
 “A despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos cresceu 15% relativamente ao ano passado - um aumento considerado histórico, visto que, nos últimos dez anos, nunca atingira, estes valores. Entre 1995 e 2000, os encargos do SNS com medicamentos cresceram em média 12,2% por ano e, em 2003, a despesa aumentou, relativamente ao ano anterior, apenas 4%”.
 “A confirmar-se até ao final do ano, este aumento de 15% na despesa significa um falhanço para a política do medicamento. O Governo tinha prometido poupanças substanciais com os genéricos (que atingiram a marca histórica de 7,5% de quota de mercado) e a comparticipação por preço de referência”.
- **“O Público”, 12/09/2004**
Título da notícia: “Governo vai adoptar taxas moderadoras diferenciadas no Serviço nacional de Saúde”.
 “A adopção de taxas moderadoras diferenciadas na Saúde é uma das novidades anunciadas ontem pelo primeiro-ministro, Pedro Santana Lopes, na rentrée política do PSD”.
 “Na sessão de encerramento da Universidade Aberta dos sociais-democratas, que reuniu em Castelo de Vide perto de 100 participantes, o líder do Governo assegurou que «aqueles que têm mais poder económico devem pagar a taxa moderadora que corresponde aos seus rendimentos». Para isso, «terão cartões que os identificam segundo a classe contribuinte a que pertencem»”.
 “Esta é, no entender de Santana Lopes, uma das formas de financiar o défice do Serviço

Nacional de Saúde que todos os anos apresenta um prejuízo acumulado de mais de um bilião de euros. O sub-financiamento registado em alguns dos sectores do Estado foi um dos assuntos que mereceu destaque no discurso do Primeiro-Ministro”.

- **“Expresso”, 13/09/2004**

Título da notícia: “Saldanha Sanches considera taxas diferenciadas injustas”.

“O fiscalista Saldanha Sanches considera que a criação de taxas moderadoras diferenciadas no Serviço Nacional de Saúde, consoante o rendimento dos utentes, é uma «nova forma de injustiça fiscal», uma vez que favorece quem foge aos impostos”.

“Como exemplo, Saldanha Sanches recordou uma proposta do então primeiro-ministro, Cavaco Silva, que «há cerca de dez anos tentou criar propinas que fossem proporcionais aos rendimentos de cada estudante». «Aquilo a que assistimos foi que estudantes que chegavam à faculdade de Mercedes estavam isentos», disse. «Enquanto não se resolver a fraude fiscal, o sistema vai ser injusto», conclui”.

- **“Expresso”, 13/09/2004**

Título da notícia: “Regresso ao tempo de Salazar”.

“António Arnaut, criador do Serviço Nacional de Saúde, afirmou hoje que o anúncio pelo primeiro-ministro, Pedro Santana Lopes, da criação de taxas moderadoras diferenciadas «equivale ao regresso ao tempo de Salazar»”.

“António Arnaut apelou à intervenção do Presidente da República, Jorge Sampaio, enquanto «última instância de defesa da Constituição e do Estado democrático». «O pagamento de taxas moderadoras diferenciadas pela prestação de cuidados de saúde visa a destruição do SNS e equivale a voltar ao regime vigente no tempo» do ditador António Salazar, quando «os indigentes não pagavam nada», considerou Arnaut. Na sua opinião, a medida anunciada no sábado pelo chefe do Governo «é injusta e inconstitucional e deverá em última instância ser travada pelo Presidente da República». «A justiça social não se faz no acesso aos cuidados de saúde, mas sim através dos impostos. É humilhante perguntar a uma pessoa se é rico, pobre ou remediado», salientou”.

“... A medida, caso fosse viabilizada pelos órgãos de soberania, promoveria a «discriminação dos mais carenciados no acesso aos cuidados de saúde», disse ainda. «Quem é rico deve pagar mais impostos. Só que o Governo não tem a coragem de combater a evasão fiscal», criticou”.

“A medida anunciada por Santana Lopes «insere-se na iniciativa do Governo, deste e do anterior, de destruir o Serviço Nacional de Saúde, depois da empresarialização de alguns hospitais», sustentou. A transformação, há dois anos, de 31 hospitais em sociedades anónimas (SA) «já é uma forma indirecta de privatização de metade da rede pública hospitalar», disse. «Estes hospitais são uma medida jurídica aberrante com o objectivo de provocar um colapso que justifique, depois, o recurso às multinacionais para os “salvar”», acusou António Arnaut...”.

- **“Jornal de Notícias”, 14/09/2004**

Título da notícia: “Vital Moreira faz críticas”.

“O jurista Vital Moreira considerou que a introdução das taxas moderadoras diferenciadas «não se afigura ser compatível com a Constituição»”.

“Por seu turno, a CGTP classificou a medida anunciada como «uma desonestidade e hipocrisia política», considerando que ela representa uma «inversão total, em matéria de justiça fiscal». Em comunicado, aquela central sindical afirma que Portugal é o país da União Europeia «onde há maior iniquidade fiscal» pelo que «fazer pagar os

cuidados de saúde consoante os rendimentos de cada um é uma desonestidade e hipocrisia política».

“Também o partido ecologista “Os Verdes” criticou a criação de taxas moderadoras diferenciadas, considerando a medida como «mais uma machadada na Constituição». “O PCP classificou a proposta de Santana Lopes como «demagógica e populista»”.

- **“Público”, 15/09/2004**

Artigo de opinião do Prof. Dr. Cipriano Justo com o título: “Serviço Nacional de Saúde, 25 anos”.

Transcrevem-se os seguintes extractos deste artigo:

- “Nestes dias em que se faz sentir a ofensiva neoliberal sobre os serviços públicos de saúde, é de toda a actualidade recordar que na legislação de 1971 os centros de saúde eram definidos como «os serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência», responsáveis pela aplicação da política de saúde, competindo-lhes assegurar, «em íntimo contacto com as populações, a efectiva promoção da saúde e prevenção da doença e a oportuna aplicação das medidas de tratamento dos doentes e de reabilitação dos diminuídos»”.
- “Em tempos difíceis, Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Aloísio Coelho tiveram a visão do que deveria ser um serviço público orientado para os cidadãos, fixaram com extremo rigor a missão que lhe ficava cometida e como deveria ocorrer a sua organização e funcionamento”.
- “Recuar 40 anos para justificar a adopção dos manuais da New Public Management dos think-tanks do Banco Mundial é proceder à liquidação de um legado histórico e técnico-científico que só levianamente se pode aceitar. Por isso, neste dobrar dos 25 anos do Serviço Nacional de Saúde e quando uma espécie de big bang foi accionado pela tutela para tornar irreversível a criação de uma nova constelação de valores no que durante estes anos foi serviço público, a exigência sumária a fazer é da manutenção do Serviço Nacional de Saúde na esfera pública. Porque já se percebeu o sentido das reformas que esta maioria lhe quer imprimir”.

- **“Diário Económico”, 16/09/2004**

Titulo da notícia: “Dívida da Saúde ultrapassa os dois mil milhões de euros”.

“O Ministério da Saúde tem dívidas a fornecedores que ultrapassam os 2 mil milhões de euros, mais de 800 milhões acima do empréstimo que contraiu junto da banca, precisamente para saldar estas dívidas”.

- **“Público”, 17/09/2004**

Titulo da notícia: “OCDE recomenda aumento das taxas moderadoras”.

“Os especialistas da OCDE recomendam a introdução de medidas «desencorajadoras» da «procura excessiva» dos serviços de saúde em Portugal, dando como exemplo o aumento das taxas moderadoras, ainda que «em modalidades que garantam a equidade do acesso». Num capítulo dedicado às reformas do sector da saúde, sem entrarem em detalhes sobre as propostas avançadas, sugerem igualmente a «racionalização dos reembolsos», de forma a evitar a repetição desnecessária de consultas e de exames médicos”.

“Face ao cenário de crescimento imparável dos gastos com a saúde, os especialistas da OCDE acreditam que o principal desafio, hoje, passa pela melhoria da eficiência do sistema e pelo reforço da reforma em curso desde 2002. Uma reforma que classificam como uma espécie de «bing bang» - em contraponto com as anteriores «tentativas» de alterações progressivas -, com a qual se congratulam, como seria de esperar, uma vez

que segue a linha do que fora recomendado em anos anteriores pela organização. Defendeu, porém, que a estratégia da reforma deve ser reforçada e preconizam a divulgação de mais informações sobre o processo em curso”.

“O estudo destaca a transformação de 34 hospitais públicos em 31 hospitais SA, considerando que os resultados do primeiro ano de actividade são «encorajadores», mas sublinha que a situação ainda é «muito heterogénea» de hospital para hospital. Preconiza a disponibilização de informação sobre as dívidas: «Esta informação é necessária para assegurar que os aparentes ganhos de eficiência em alguns hospitais não escondam maiores dívidas»”.

- **“Jornal de Notícias”, 18/09/2004**

Título da notícia: “Médicos denunciam pressões nos hospitais SA”.

“Há administrações de alguns dos 31 hospitais transformados em sociedade anónima (SA) que pressionam os médicos para que não prescrevam exames nas consultas. Sugerem-lhes que enviem pelo doente uma carta ao respectivo médico de família para que a prescrição seja da responsabilidade dos centros de saúde. A acusação é do presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, que apelou aos profissionais para não cederem às pressões”.

“Miguel Leão disse ontem, em conferência de imprensa, ter tido conhecimento de casos de «pressões verbais» a clínicos em pelo menos dois hospitais SA da região Norte. O objectivo dessa actuação, acusa o médico, é «reduzir os custos dos hospitais SA», uma vez que os meios complementares de diagnóstico passam a ser registados nas contas dos centros de saúde”.

- **“Comércio do Ponto”, 19/09/2004**

Título da notícia: “Governo está a dismantelar Estado-providência”.

“O professor universitário e ex-ministro da Educação e da Cultura de António Guterres, Augusto Santos Silva, considerou hoje, em Coimbra, que o Governo de coligação PSD/PP está a proceder ao dismantelamento do Estado-providência”.

“ «... no plano político o que está em causa nestes últimos dois anos é o dismantelamento desse Estado-providência», disse. «O governo oscila entre o dismantelamento puro – através de privatizações de serviços, protagonizadas pelo Ministro [da Saúde] Luís Filipe Pereira – e a reconfiguração com contornos assistenciais, esquecendo a classe média – linha claramente seguida pelo Ministro [das Finanças] Bagão Félix», criticou Santos Silva”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 19/09/2004**

Título da notícia: “Socialista António Arnaut não poupa críticas ao desempenho do actual ministro da Saúde, «Gestor sem sensibilidade» ”.

“Era o mais impopular dos ministros da equipa de Durão Barroso, e mesmo tendo escapado à remodelação imposta pela saída do líder não escapa às críticas que o catalogam como profeta da destruição do Serviço Nacional de Saúde”.

“O ex-governante socialista António Arnaut acusou o ministro da Saúde de ser «um gestor sem a mínima sensibilidade», que pretende a destruição do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O autor da lei que há 25 anos criou o SNS sublinhou que Luís Filipe Pereira é um gestor «oriundo de um grupo económico ligado ao sector e apostado em destruí-lo, em benefício de interesses privados». O ex-ministro dos Assuntos Sociais do Governo chefiado por Mário Soares falava em Lisboa, numa sessão comemorativa do 25.º aniversário do SNS, organizada pela CGTP-IN”.

- **“Jornal de Notícias”, 20/09/2004**
Artigo de opinião do eng.º Edgar Correia com o título: “O negócio da saúde”.
 Transcrevem-se os seguintes extractos:
 - “A privatização da prestação de unidades de saúde que está a ter lugar – hospitais públicos transformados num modelo SA que prepare a sua «rentabilização» e ulterior entrega à exploração privada, a entrega à gestão privada dos dez novos hospitais cuja construção está prevista, a transformação dos cuidados de saúde numa «mercadoria» a pagar directamente pelo utente – significa, de facto, a destruição do SNS consagrado na Constituição e um profundo retrocesso civilizacional”.
 - “Duas ideias têm aberto caminho (interesseiro) a este processo privatizador. A de que a (recomendável) separação entre a entidade financiadora e a entidade prestadora de cuidados de saúde é equivalente a um modelo de financiamento público (através dos impostos) e de prestação privada. E a de que a gestão privada apresenta automaticamente ganhos de eficiência (donde redução dos gastos públicos), sem perdas de acessibilidade e de qualidade. A experiência internacional e nacional evidencia a absoluta falsidade destas teses. A maximização do lucro na prestação privada de cuidados de saúde, salvo situações excepcionais de rigoroso controlo público, absolutamente inexistentes em Portugal, tem conduzido a restrições na qualidade dos cuidados prestados, limitado o acesso e acabado por conduzir a um imparável agravamento dos custos”.
- **“Primeiro de Janeiro”, 20/09/2004**
Título da notícia: “Manuel Alegre «ataca» taxas moderadoras diferenciadas/ Uma machadada no SNS”.
 “Durante uma acção de campanha pela liderança do Partido Socialista, Manuel Alegre classificou ontem a intenção do Governo de criar taxas moderadoras diferenciadas como «novo golpe e machadada» no Serviço Nacional de Saúde”. O candidato acrescentou que o SNS «é financiado pelos contribuintes, por isso, quem tiver que pagar a taxa moderadora, pagará uma nova taxa»”.
- **“Jornal de Negócios”, 21/09/2004**
Título da notícia: “Sampaio rejeita «destruição» do Sistema Nacional de Saúde”.
 “ «Que não restem dúvidas: sou o primeiro a reconhecer a necessidade de reformas que visem a sustentabilidade financeira e a modernização do sistema de saúde; não contem comigo, porém, para destruir ou subverter o SNS», acentuou Jorge Sampaio na apresentação da «semana de saúde», que hoje começou na Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian, em Lisboa”.
 “ «A questão do acesso é, para mim, a questão central do sistema de saúde, já que ela é a principal dificuldade com que se confrontam os portugueses, sobretudo os mais desfavorecidos», sustentou o presidente”.
- **“Diário Económico”, 21/09/2004**
Entrevista a Mendes Ribeiro, ex-coordenador da Unidade de Missão dos Hospitais e contratado para uma empresa de saúde (Grupo Português de Saúde) do Banco Português de Negócios, com o título: “Os piores hospitais SA deviam ser entregues ao sector privado”.
 Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:
 P. – O novo Grupo Português de Saúde tem interesse nas parcerias público-privadas?
 R. – A concepção do modelo é interessante. A dúvida é saber se há vontade política

para encerrar alguma capacidade actual [dos hospitais] com o arranque dos novos projectos. O que fará a diferença no futuro é a integração dos cuidados de saúde. Era altura de alterar o formato do projecto e lançar hospitais responsáveis pela região, fornecendo um serviço integrado. O Estado pagaria uma capitação e o privado obrigava-se, no âmbito dessa parceria, a gerir a integração de cuidados nessa região. Esta é a única forma de realmente transferir o risco para o privado, porque generalizando esta prática, o Estado teria um orçamento estável, e não um que todos os anos é uma surpresa.

P. - Mas isso já se está a fazer com alguns hospitais SA.

R. - Sim, mas é preciso ir mais longe e incluir isso nas parcerias. Isto deveria ser assente num modelo de capitação, trazendo um controlo orçamental muito maior do que o que se alcançaria com a simples entrega da gestão hospitalar.

Conseguíamos refrescar na mesma o parque hospitalar, mas deixamos este desafio: Em vez do Estado pagar por produção, pagaria por capitação - por pessoa - em cada região, em todo o tipo de cuidados.

P. - Que outras alterações defende ao modelo das PPP?

R. - Não podemos estar uma década à espera de transformar o nosso sistema de saúde. Devíamos avançar com iniciativas mais práticas de curto prazo, que podiam passar por contratos de exploração com alguns dos hospitais SA com pior desempenho.

- **“Comércio do Porto”, 22/09/2004**

Título da notícia: “Sampaio rejeita diferenciação das taxas moderadoras da saúde”.

“O Presidente da República rejeitou ontem a possibilidade de uma diferenciação das taxas moderadoras da saúde baseada nas declarações de impostos e deixou implícito que travará qualquer iniciativa do Governo nesse sentido”.

“ «Para mim, é claro que uma alteração deste sistema imporia uma alteração do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tal como ele está concebido, além de que criaria uma injustiça fiscal suplementar, porque, infelizmente, em Portugal nós não podemos contar com as declarações fiscais para que daí se possam retirar as consequências necessárias», acentuou Jorge Sampaio no arranque da «Semana da Saúde»”.

- **“Diário Económico”, 22/09/2004**

Título da notícia: “Pagamento conforme IRS já fora proposto pelo PS há três anos”.

“Em Junho do ano passado, a intenção de Luís Filipe Pereira era introduzir a medida a partir de 2004, o que ainda não aconteceu”.

“Um ano antes, o ministro da saúde socialista Correia de Campos também demonstrava vontade de reestruturar as taxas moderadoras, baseando o seu pagamento na declaração fiscal dos utentes. Se o anúncio de Santana Lopes, no passado sábado, gerou polémica e críticas da oposição, também em 2002, com o PSD na oposição e o PS no governo, a intenção de Correia de Campos mereceu críticas, nomeadamente da central sindical CGTP-IN”.

- **“Jornal de Notícias”, 23/09/2004**

Título da notícia: “Ex-ministro socialista defende taxas diferenciadas”.

“O ex-ministro socialista Correia de Campos defende a existência de taxas moderadoras diferenciadas, mas discorda que o montante a pagar seja calculado a partir das declarações do IRS”.

“Quando estava no Governo, Correia de Campos - que foi também o autor da ideia da empresarialização dos hospitais - chegou mesmo a reunir com a CGTP para discutir

alterações das taxas moderadoras”.

- **“Expresso”, 23/09/2004**

Título da notícia: “Hospitais SA e Serviço Nacional de Saúde/Tutela esconde resultados”.

“Os dados relativos à execução orçamental dos 31 hospitais SA no primeiro trimestre deste ano só deverão ser conhecidos no final do mês, quando a Unidade de Missão espera reunir com os conselhos de administração daquelas unidades. O Jornal de Negócios já obteve alguns números e revela que houve um aumento de 6,3% nos custos”.

“Quanto aos proveitos, o Ministério da Saúde mantém o secretismo. Fonte da tutela justificou-se áquele jornal com o facto de sete hospitais SA ainda não terem assinado o respectivo contrato-programa para este ano”.

- **“Diário Económico”, 23/09/2004**

Título da notícia: “Jorge Sampaio apela a maior avaliação ao funcionamento dos hospitais SA”.

“O Presidente da República, Jorge Sampaio, apelou hoje, em Vila Real, a uma maior informação e avaliação sobre o funcionamento dos hospitais SA, sobre o qual considera que ainda existe alguma «opacidade»”.

- **“Público, 24/9/2004**

Título da notícia: “Sampaio defende alargamento da gestão conjunta de Centros de Saúde e Hospitais”.

“O Presidente da República, Jorge Sampaio, visitou ontem à tarde o Centro de Saúde de Matosinhos e o Hospital Pedro Hispano, na mesma cidade, onde defendeu a necessidade de melhorar a articulação entre os centros de saúde e os hospitais e o alargamento do modelo de gestão conjunta”.

“O ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, que participou pela primeira vez na «Semana da Saúde» organizada por Sampaio, referiu que o modelo da USLM vai ser alargado à Covilhã, Torres Vedras e Vila Real, sem avançar datas para o lançamento dos novos projectos”.

- **“Comércio de Porto”, 24/09/2004**

Título da notícia: “Ministro da Saúde afronta Sampaio e reafirma taxas moderadoras para breve”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, voltou ontem à tarde, em Matosinhos, a reiterar a vontade do Governo em avançar com a diferenciação dos pagamentos dos serviços de saúde «em função dos rendimentos familiares», as polémicas taxas moderadoras da saúde”.

- **“Público”, 24/09/2004**

Título da notícia: “Só há 1300 pediatras para mais de dois milhões de crianças”.

“Só há 1300 médicos pediatras no activo, em Portugal, para acompanhar dois milhões e 300 mil crianças e adolescentes, um quarto da população portuguesa. Mais de metade destes pediatras tem mais de 55 anos, idade em que estão dispensados de fazer serviço de urgência hospitalar”.

- **“Público”, 24/09/2004**
Titulo da notícia: “Mendes Ribeiro dirige Grupo Português de Saúde”.
 “O ex-encarregado da Unidade de Missão dos Hospitais SA, José Mendes Ribeiro, é agora um dos concorrentes às parcerias público-privado na saúde”.
 “Mendes Ribeiro demitiu-se das suas funções no final de Abril deste ano, em rota de colisão com o ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, que o tinha nomeado. Foi, entretanto, contratado pelo Banco Português de Negócios (BPN) que, no início deste mês, anunciou a criação de uma nova marca na área da saúde a que chamou de Grupo Português de Saúde (GPS) e que inclui as áreas de cuidados hospitalares, cuidados especializados e de diagnóstico e gestão de redes e serviços de saúde. O GPS pretende também concorrer às parcerias público-privadas lançadas pelo Ministério de Luís Filipe Pereira”.
- **“Primeiro de Janeiro”, 25/09/2004**
Titulo da notícia: “Dez maternidades em risco”.
 “A Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil recomenda que 10 das 50 maternidades do País fechem as portas por não haver recursos suficientes para o seu pleno funcionamento. A maior parte das unidades de saúde que correm o risco de encerrar está situada na zona Norte do País”.
- **“Diário Económico”, 06/10/2004**
Entrevista ao presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Rui Nunes, com o título: “Piores hospitais SA podem ser privatizados depois das eleições”.
 A introdução desta entrevista referiu que “o presidente da Entidade Reguladora da Saúde admite que o modelo empresarial de gestão nos hospitais públicos pode evoluir para uma privatização, mas impõe como condição uma «anuência democrática dos cidadãos»”.
- **“Público”, 07/10/2004**
Titulo da notícia: “Só 2,8 por cento dos Centros de Saúde têm ligação à Internet”.
 “A presença de informação dos centros de saúde portugueses na Internet é pouco menos que uma miragem”.
 “Um estudo agora concluído pelo grupo de Investigação e Desenvolvimento em Informática Médica da Universidade Fernando Pessoa (GIMED), refere que apenas 10, num total de 362 centros, possuem sítio web, o que perfaz uma percentagem de 2,8. E destes, tendo em conta um conjunto de 77 atributos de qualidade, só 20 por cento (dois casos) obtiveram classificação positiva”.
- **“Público”, 09/10/2004**
Titulo da notícia: “Grupo Mello quer ficar com os piores hospitais SA”.
 “O Grupo José de Mello Saúde vai desafiar o Governo a concessionar-lhe a gestão dos hospitais SA mais problemáticos. A intenção, manifestada ontem através de uma nota à imprensa, surge um dia após o presidente da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Rui Nunes, ter afirmado numa entrevista ao «Diário Económico», que «não vê objecção de princípio» à privatização dos piores hospitais SA”.
 “O grupo, um dos maiores operadores hospitalares privados em Portugal, está a candidatar-se à concessão das 10 novas unidades a construir de raiz no âmbito das parcerias público-privadas, entre os quais se encontram os hospitais de Braga e de Loures. E já manifestou a intenção de ganhar pelo menos quatro destes concursos”.

- **“Expresso”, 09/10/2004**
Título da notícia: “Hospitais SA contratam de mais”.
 “Os 31 hospitais públicos que foram empresarializados e pertencem ao grupo dos SA, contrataram, só no primeiro ano de existência, cerca de 600 novos funcionários. Destes, só uma pequena percentagem corresponde a profissionais de saúde”.
- **“Público”, 11/10/2004**
Título da notícia: “Estado poupa 38 milhões com medicamentos, doentes gastam mais 6,7”.
 “Os portugueses estão a pagar uma factura mais elevada por alguns dos medicamentos comparticipados. A despesa suplementar suportada pelos doentes devido à actualização do sistema de preços de referência (SPR) ascendeu a um total de 6,7 milhões de euros, nos primeiros sete meses deste ano”.
 “Ao invés, o Estado poupou, no mesmo período, 37,9 milhões de euros, indicam os cálculos do observatório da Associação Nacional de Farmácias (ANF), que hoje vão ser divulgados em conferência de imprensa no Porto”.
- **“Público”, 13/10/2004**
Título da notícia: “Ministério da Saúde espera empresarializar mais 30 hospitais até 2006”.
 “O Ministério da Saúde espera empresarializar mais 30 hospitais até 2006, confirmou ao Público fonte oficial do Ministério da Saúde. De fora ficam os 4 hospitais universitários e os de saúde mental”.
- **“Jornal de Notícias”, 13/10/2004**
Título da notícia: “Grupo Mello quer «salvar» SNS”.
 “O Grupo José de Mello (JMS) anunciou-se «disponível para salvar o Serviço Nacional de Saúde» (SNS). Afirmando-se rico de uma experiência com mais de 60 anos à frente das unidades de saúde CUF e, mais recentemente, da gestão do hospital Amadora-Sintra, o grupo acredita poder «ajudar» o Estado a contornar as «fragilidades» que a actual reforma da saúde enferma”.
 “O desafio ontem lançado pela JMS ao Ministério da Saúde, no sentido de lhe serem entregues os piores SA enquadra-se, justifica o presidente do grupo, Salvador de Mello, com a competitividade que é preciso imprimir ao SNS”.
 “Saudando a actual reforma da Saúde - «a primeira verdadeira desde há 30 anos» - Salvador Mello acredita, contudo, que os problemas do sector só se resolverão «com maior competitividade» e «isso faz-se com a multiplicidade de actores no sector”. A mesma intenção fora já anunciada há semanas por José Mendes Ribeiro, ex-presidente da Unidade de Missão dos SA e actual presidente do recém-criado Grupo Português de Saúde do Banco Português de Negócios. Com os mesmos termos. E foi ontem liminarmente rejeitada pelo actual responsável da Unidade de Missão, Luís Pedroso de Lima, em entrevista ao «Jornal de Negócios». «Nem 0,01% é para privatizar», garantiu”.
- **“Público”, 13/10/2004**
Título da notícia: “Grupo Mello quer metade do SNS nas mãos de privados até 2010”.
 “«Estamos disponíveis para salvar o sector da saúde, introduzindo-lhe maior competitividade», afirmou Salvador de Mello, durante um almoço com jornalistas em que anunciou este «desafio» - que vai ser apresentado ao Governo - e revelou alguns

detalhes da proposta da JMS à construção do futuro Hospital de Loures, a primeira das dez unidades em parceria público-privada (PPP) a avançar no país”.

“...o presidente da «holding” do grupo Mello para o Sector da Saúde voltou a defender que «seria razoável que cerca de 50 por cento do sector estivesse nas mãos dos privados já em 2010», ao invés dos 20 por cento projectados até 2014. «Queremos antecipar esse objectivo para 2010 e reforçá-lo», acentuou, reclamando a introdução de «uma velocidade diferente» na reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

“Com 605 quartos, esta «fábrica onde vão trabalhar 1800 profissionais» - nas palavras do administrador da JMS, Vasco Mello - foi projectada a pensar na «funcionalidade, comodidade e flexibilidade» e traduz uma «aposta clara no conhecimento e formação» médica. «Se ganharmos, este vai ser claramente o melhor hospital do país», prometeu Salvador de Mello” (referência ao futuro Hospital de Loures).

- **“Público”, 14/10/2004**

Antigo de opinião de Amílcar Correia com o título: “A Privatização da Saúde”.

Transcrevem-se os seguintes extractos:

- “A Unidade de Missão dos Hospitais SA tem feito um balanço positivo do exercício da gestão privada nos hospitais públicos, mas está ainda por demonstrar de que forma é que os hospitais SA poderão contribuir para o equilíbrio do sistema, quando os dados disponíveis dão conta de um crescimento de despesa de 10,2 por cento e um aumento das receitas de 4,7”.
- “Por outro lado, não deixa de ser intrigante que Rui Nunes tenha admitido a privatização dos piores hospitais SA, poucos dias antes de o Grupo Mello ter dito precisamente o mesmo. A José de Mello Saúde já fez saber que está disponível para acelerar as reformas em curso e «salvar o sector da saúde», que se mostra interessada em gerir os piores hospitais do SNS e em aumentar a quota de hospitais privados num espaço mais curto de tempo do que aquele que estava inicialmente previsto. Era desejável que, neste caso, as segundas intenções não fossem as primeiras e que o que estivesse realmente em causa fosse a preocupação com a prestação de serviços de qualidade num sector onde o público não tem de ser necessariamente mau. A diabolização do público omite deliberadamente os casos de excelência em alguns hospitais, como o provaram alguns centros de responsabilidade integrada, cujo trabalho é sobejamente conhecido. Rui Nunes, depois das suas últimas declarações, dificilmente convencerá quem quer que seja de que a empresarialização não é sinónimo de privatização”.

- **“Jornal de Negócios”, 22/10/2004**

Título da notícia: “Descalabro nas contas do Serviço Nacional de Saúde”.

“É o caos nas contas da Saúde. Os números que o ministro Luís Filipe Pereira apresentou no último Conselho de Ministros antes da aprovação da proposta de Orçamento de Estado (OE) para 2005 revelam o descalabro total na execução financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) não só em 2004 como nos anos anteriores”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 23/10/2004**

Título da notícia: “Aumentos condicionados”.

“O Ministro das Finanças admitiu ontem no Parlamento aplicar o princípio do utilizador - pagador para cobrir os custos de construção dos Hospitais SA. O Governo quer indexar o aumento salarial dos funcionários públicos ao seu aumento de produtividade”.

“Durante a apresentação do Orçamento do Estado (OE) 2005 na comissão conjunta de

Economia e Finanças e Execução Orçamental, Bagão Félix afirmou ontem que «não quis deixar de pôr neste Orçamento [2005] os encargos geracionais» associados aos hospitais-empresa. Os hospitais SA serão financiados em parte «pelo princípio do utilizador-pagador» e também através das despesas do Orçamento de Estado, afirmou o ministro. Bagão Félix justificou este financiamento com o argumento de que «quem tem mais dinheiro e mais serviços pode pagar mais».

- **“Comércio do Porto”, 24/10/2004**

Título da notícia: “Ministro diz que reforma da Saúde passa pela alteração de «serviço» para «sistema»”

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, afirmou ontem, em Lisboa, que a reforma estrutural em curso no sector tem por base uma «mudança estratégica» do conceito de «Serviço» para o de «Sistema» Nacional de Saúde”.

“ «É uma mudança de paradigma, sem colocar em causa o Serviço Nacional de Saúde constitucionalmente consagrado», clarificou o ministro Luís Filipe Pereira, que apresentou a «reforma estrutural em curso na saúde» a dezenas de profissionais do sector, principalmente médicos, a convite da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde”.

- **“Público”, 24/10/2004**

Título da notícia: “Ministério da Saúde lança vales-cirurgia em Novembro”.

“O Governo vai começar a emitir, já no próximo mês, vales-cirurgia que permitirão aos utentes do Serviço Nacional de Saúde escolher onde podem ser operados, se não for possível fazê-lo, um determinado prazo, nos hospitais públicos”.

“Os vales são um complemento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), um procedimento informatizado para gerir as listas de espera, que arranca oficialmente no Algarve e Alentejo a partir de 1 de Novembro”.

“Luís Filipe Pereira reiterou ainda que o novo cartão de utente, que está a ser estudado neste momento, poderá conter dados sobre o escalão de rendimentos de cada pessoa. Esta informação serviria o propósito do Governo de criar taxas moderadoras diferenciadas, conforme o rendimento dos utentes – uma ideia que tem sido alvo de forte contestação”.

- **“Diário de Notícias”, 27/10/2004**

Titulo da notícia: “Listas de espera/Cirurgias vão ser feitas em seis meses”.

“Os utentes do Serviço Nacional de Saúde não vão esperar mais de seis meses por uma operação. Este foi o tempo clínico definido como aceitável pelo Ministério da Saúde no novo programa de limpeza das listas de espera – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a cirurgia (SIGIC) – que estará em vigor até ao final da legislatura, em 2006. O ministro Luís Filipe Pereira quer o programa operacional em todo o País até Março de 2005 e promete penalizações para as unidades que não cumprirem os prazos e para os doentes que não respeitarem as regras”.

- **“Diário Económico”, 28/10/2004**

Titulo da notícia: “Despesa prevista na Saúde em 2004 sobe em 24 milhões”.

“O Ministério das Finanças escusou-se ontem a garantir que, depois da aprovação do orçamento rectificativo para saldar as dívidas da Saúde, não vão surgir novas dívidas atrasadas”.

“Questionado pelos jornalistas no final de uma reunião no Parlamento, o ministro Bagão Félix disse: «Têm de perguntar ao ministro da Saúde, mas sei que estão a ser

tomadas as diligências necessárias». Uma resposta vaga que mostra bem o desconforto existente no Executivo relativamente às contas da Saúde. Ontem mesmo, durante a reunião, o mapa entregue pelas Finanças com as dívidas atrasadas foi desmentido pelo ministro da Saúde”.

- **“Primeiro de Janeiro” 28/10/2004**

Artigo de opinião do Dr. Paulo Mendo com o título: “A reforma da saúde”.

Transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Há perto de dois anos, pouco tempo depois do início da cavalcada de mudanças que o actual Ministro de Saúde iniciou, disse em artigo neste jornal (30/01/2003) que «nem tudo o que é mudança significa progresso e melhoria»”.

- “Ainda sem avaliação da situação real dos trinta hospitais SA que justificação tem a extensão do processo a mais umas dezenas? Será porque deixam de ser despesa pública e passam a investimento? Garantia de maior eficiência e humanidade no atendimento não é com certeza.

Serão necessários dez novos hospitais? Onde estão os estudos que o demonstrem? É verdade que temos uma taxa de ocupação de 75%? Se assim é onde está a prioridade? E porquê as parcerias? Já avaliaram o resultado deste método que estudos ingleses, académicos e sérios, contestam quer do ponto de vista económico quer, o que é pior, de qualidade de cuidados?

Sendo as taxas moderadores apenas uma forma de disciplinar o acesso e nunca uma forma de financiamento da saúde, problema muito mais complexo que, esse sim, deveria ser urgentemente resolvido politicamente, porque será que o Ministério volta a afirmar a sua criação, sabendo que o Presidente da República a rejeita, bem apoiado na Constituição que lhe cabe defender? Será para se afirmar, depois, vítima impedida de continuar a salvar o Serviço Nacional de Saúde (SNS)?”.

- “Actos médicos em saldo! Supermercado da saúde! Onde está a Ordem, Deus meu? Onde está essa famosa Entidade Reguladora da Saúde?”.

- “Sem ponderação nem bom senso, com um financiamento irracional e de penúria, com um défice anunciado de dois mil duzentos e oitenta milhões de euros, o actual Ministério, numa fuga para a frente pretende rapidamente, numa legislatura, transformar o Serviço Nacional de Saúde numa grande «holding» cheia de administradores privados bem pagos, em que o Estado seja progressiva, mas rapidamente, reduzido a pagador do sistema e a prestação de serviços passe a ser garantida, sobretudo, pelo sector privado.

Em poucos anos se esta política, oposta aos objectivos da social-democracia, continuar, ficará Portugal a braços com o sistema mais caro e mais incontável dos sistemas de saúde do mundo! E menos humano e solidário. Aliás, o S.A. não quererá dizer Sem Alma?”

- **“Comércio do Porto”, 02/11/2004**

Título da notícia: “Número de cesarianas é maior nos hospitais privados e sem ser por razões clínicas”.

“Estudo, a ser apresentado hoje em Lisboa, revela que a ocorrência de cesarianas nos hospitais públicos é de 27,8% e nos particulares é de 53,1%.

O número de cesarianas é muito maior nos hospitalares particulares e este facto não se deve ao risco de gravidezes, mas sim a práticas que «põem em causa a ética dos profissionais», concluiu um estudo sobre Fecundidade e Contraceção”.

“«Fecundidade e Contraceção – Percursos de Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas» é o nome do livro coordenado pela socióloga Ana Nunes de Almeida, do

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa a que a Lusa teve ontem acesso”.

- **“Jornal de Negócios” 03/11/2004**

Título da notícia: “Absentismo por doença em Portugal é inferior à média na Europa”.

“O absentismo motivado por doença corresponde a pouco mais do que 2% do emprego em Portugal, o que deixa o país abaixo da média europeia, de quase 3%”.

“Segundo um estudo do Fundo Monetário Internacional (FMI), que abrangeu 18 países europeus e os Estados Unidos, Portugal é o oitavo país onde as «baixas» menos contribuem para a ausência ao trabalho”.

“No extremo oposto surgem os países nórdicos, a Holanda e o Reino Unido, com taxas de absentismo motivado por doença superior a 3,5%”.

- **“Diário Económico” 03/11/2004**

Título da notícia: “Cuidados de saúde custam ao Estado 670 euros por cada utente do SNS”.

“O Orçamento do Estado para 2005 prevê dotar o SNS de um orçamento de quase 6,7 mil milhões de euros, ocupando a quase totalidade da dotação orçamental do Ministério da Saúde”.

“Calculando a população portuguesa em 10 milhões, um cálculo simples faria com que este serviço custasse a cada português cerca de 670 euros por ano. É este o montante da dotação orçamental do SNS a dividir pelo número de portugueses. Para 2005, o documento que rege a despesa do Estado prevê uma verba de 6,7 mil milhões para a Saúde, o que representa um aumento de 3,9% relativamente à previsão feita no ano passado”.

- **“Público”, 05/11/2004**

Título da notícia: “Proposta de Orçamento da Saúde para 2005 prevê lucros”.

“O ministro da Saúde Luís Filipe Pereira apresentou ontem à Assembleia da República um projecto de Orçamento de Estado para 2005 em que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) apresenta, pela primeira vez, lucros. A oposição criticou o que considerou de manobras contabilísticas”.

“No orçamento de Estado para o próximo ano prevê-se, feita a diferença entre as despesas e as receitas, que o saldo seja positivo e se traduza num lucro de 193 milhões de euros (em contraste com o défice negativo de 1311 milhões de euros 2004)”.

“Criticando o orçamento para a saúde de 2005, os seis principais credores do Serviço Nacional da Saúde vão enviar ao ministro da Saúde uma carta em que criticam «o empolamento artificial das receitas e da redução artificial das despesas sem qualquer ligação à realidade», lê-se na missiva, que refere como défice real acumulado de 1999 a 2004 três mil milhões de euros. Defende-se ali que o facto de «os orçamentos aprovados nada terem a ver com os orçamentos executados» é confirmado também este ano. «A proposta de orçamento, que se afirme de rigor e qualidade, conduzirá a um défice de exercício superior a 1400 milhões de euros», sublinha-se”.

“A carta é assinada pela Associação Nacional de Farmácias, Associação da Indústria Farmacêutica, Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos, Associação Portuguesa de Analistas Clínicos, Associação Portuguesa de Médicos Patologistas e Federação Portuguesa dos Prestadores de Cuidados de Saúde”.

- **“Público”, 05/11/2004**

Título da notícia: “Entidade Reguladora da Saúde sofreu corte de um terço do seu

orçamento”.

“Numa fase em que permanecem as indefinições sobre a instalação definitiva e a aprovação do quadro de pessoal indispensável à entrada em funcionamento da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o especialista em ética nomeado pelo Governo para presidir a este organismo, Rui Nunes, encontra-se desde o fim-de-semana passado na Nova Zelândia onde, segundo apurou o Público, terá ido dissertar sobre regulação da saúde num congresso”.

“Ao longo de mais de duas semanas, o Público tentou, por diversas vezes, obter um comentário de Rui Nunes ao anunciado corte do orçamento da Entidade Reguladora para 2005, um corte superior a 30 por cento da verba inicialmente prevista (cinco milhões de euros). Mas o presidente da ERS nunca esteve disponível para prestar esclarecimento”.

- **“Jornal de Notícias”, 10/11/2004**

Título da notícia: “Médicos do PSD criticam actual política de Saúde”.

“Os médicos sociais-democratas levaram ao congresso do PSD deste fim-de-semana uma moção muito crítica à política do Governo na área da Saúde...”.

“Os 39 subscritores da moção «salvar o Serviço Nacional de Saúde» criticam ainda o facto de a Entidade Reguladora de Saúde estar mergulhada na «inoperacionalidade», quando já foi criada há um ano. «A morosidade da Administração Pública, só por si, não é razão que baste para justificar a sua inoperância», afirmaram os médicos”.

- **“Diário de Notícias”, 12/11/2004**

Título da notícia: “Entidade Reguladora da Saúde/Orçamento para a ERS «é suficiente»”.

“A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) vai ocupar, na segunda-feira, instalações próprias no Palácio da Bolsa (Porto). Depois de um processo de criação atribulado que durou um ano, Rui Nunes assegura que o organismo regulador entrará finalmente em funções. Ainda esta semana, conta ter a lei orgânica e o quadro de pessoal aprovados. «É ponto de honra que estes existam no momento em que inauguramos as instalações», afirma ao DN o presidente. Quanto ao montante previsto no Orçamento do Estado para 2005 – menos 30% do que 2004 – considera que «será suficiente» para pôr a ERS a funcionar. «É uma previsão. Estou convicto de que chega mas, se não for o caso, podemos sempre recorrer a outras verbas», reportando-se às taxas que serão pagas pelos diferentes operadores”.

- **“Jornal de Notícias”, 13/11/2004**

Título da notícia: “D. Januário apreensivo com o rumo da Saúde”.

“Orador convidado do 1.º encontro de reflexão e discussão sobre a realidade do sector, o bispo das Forças Armadas e de Segurança fez-se eco de algumas reacções públicas em relação às tendências que estão a ser seguidas, como a empresarialização dos hospitais, e concluiu que o que pode vir pode ser «assustador»”.

“Sublinhado que a iniciativa privada não pode posicionar-se num sector como o da Saúde com uma visão mercantilista, D. Januário notou, com preocupação, que, na linguagem dos hospitais SA, os utentes passaram a ser designados por clientes e que o mais importante «parece ser a gestão em vez das pessoas». O bispo salientou ainda que a opinião pública, que também representa, «dá-se conta de uma visão mercantilista inquietante. De uma gestão onde as prioridades mais prioritárias não são o doente que entretanto passou a «cliente»”.

- **“Correio das Manhã”, 26/11/2004**
Título da notícia: “Lei define vales-cirurgia”.
 “O Ministério da Saúde publicou ontem a Portaria n.º 1450/2004, que regulamenta o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). A portaria define os critérios e procedimentos de gestão para cirurgia – inclui a emissão dos vales e o seu prazo de uso – e vem substituir o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)”.
 “O vale-cirurgia habilita o doente a marcar a cirurgia directamente numa das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito”.
- **“Médico de Família”, Novembro 2004 (n.º 75)**
Título da notícia: “Encerramento do ciclo de conferências da APES/Candidatos às PPP pedem centros de saúde”.
 “A intervenção de Luís Filipe Pereira sobre a reforma em curso deu por terminado o ciclo de conferências sobre «as perspectivas da iniciativa privada no sector da saúde», organizadas pela Associação Portuguesa de Engenharia da Saúde”.
 “Com maior ou menor ênfase, todos os candidatos às parcerias público-privados (PPP) assinalaram o interesse em gerirem os centros de saúde da área de influência dos hospitais construídos e geridos de acordo com aquele modelo. Mendes Ribeiro, presidente da comissão executiva do Grupo Português de Saúde, no qual existe uma «decisão de princípio» de participar no concurso para Cascais, afirma que o actual modelo de PPP «não potencia a integração de cuidados». Na sua perspectiva, «seria útil que um dos hospitais previstos nas PPP fosse desenhado como uma operação inovadora» que permitisse uma transferência total do risco para o sector privado, à semelhança da experiência espanhola La Rivera. Transportando aquela iniciativa para o nosso país, Mendes Ribeiro referiu que «se um operador privado ficasse, por exemplo, com a região do Algarve e gerisse, não só os hospitais como todos os outros níveis de cuidados, assegurando a totalidade dos cuidados à população através de um sistema de capitação, todo o risco seria do operador e, dessa forma, o Estado conseguiria acautelar o risco da despesa pública»”.
 “De acordo com a administradora do grupo Espírito Santo Saúde [Isabel Vaz], o sector privado passa hoje pelos mesmos desafios que se colocam ao sector público: controlo dos custos sem comprometer a qualidade. «A complexidade do desafio da gestão hospitalar é enorme. Por um lado, temos que melhorar as infra-estruturas e, por outro lado, é preciso expandir e recolocar a capacidade do hospital, aumentar a eficácia, gerir a produtividade do staff, competir pelo talento... Entretanto, as seguradoras pagam-nos menos. Isto, hoje, não está para cardíacos», desabafa”.
 “Algo semelhante pensa Luís Vasconcelos, administrador dos Hospitais Privados de Portugal (HPP), que agrega os interesses do Grupo Caixa Geral de Depósitos no sector da saúde. Os HPP, que possuem uma carteira de clientes quase exclusivamente privados, também concorreram ao Hospital de Loures. Nesse âmbito, Luís Vasconcelos afirma que «a ligação aos Cuidados de Saúde Primários e aos Cuidados Continuados é uma das grandes questões que levantamos periodicamente ao Ministério. Parece-nos indispensável que o projecto do Hospital de Loures inclua a gestão de todos os centros de saúde do concelho»”.
 “...Caso contrário, o administrador dos HPP adverte que será muito difícil cumprir algumas das condições expressas no caderno de encargos. Por exemplo, redução de 25% nas Urgências”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 04/12/2004**
Título da notícia: “A defesa do Plano de Saúde”.
 “Vítor Feytor Pinto defendeu a manutenção do Plano Nacional de Saúde mesmo depois das próximas eleições legislativas, no dia em que avisou que pretendia mais empenho das organizações católicas na defesa do sexo seguro como forma de prevenir a SIDA...”
 “Salientando que o Plano Nacional de Saúde foi aprovado com o acordo dos principais partidos e contou com contribuições de figuras como Correia de Campos, ex-ministro da Saúde do PS, o padre Feytor Pinto defendeu a manutenção do diploma, que consagra as linhas de actuação do Estado para o sector até 2014. Falando no final do 18.º Encontro Nacional da Pastoral da Saúde, defendeu a «normalidade» das políticas para o sector. «Não há razão para voltar atrás, alguns pormenores podem ser corrigidos ou revistos mas não há necessidade de fazer tudo de novo», considerou Feytor Pinto, minimizando os efeitos que a crise política actual pode causar no sector”.
- **“Diário Económico”, 06/12/2004**
Título da notícia: “Rectificativo paga dívidas de 2004 à ANF e Hospitais SA”.
 “O orçamento rectificativo, destinado a pagar dívidas antigas do Serviço Nacional de Saúde, contempla verbas que já estavam atribuídas no Orçamento do Estado para 2004 aos hospitais-empresa e à Associação Nacional das Farmácias, apurou o Diário Económico”.
 “Em causa estão quase 240 milhões de euros destinados ao plano de convergência dos hospitais com estatuto empresarial e perto de 90 milhões de euros para pagar dívidas deste ano à Associação Nacional das Farmácias, mas que os responsáveis do Ministério da Saúde sempre disseram não existir. No documento oficial que mostra a distribuição dos 1,809 mil milhões de euros para o sector da saúde, e a que o DE teve aceso, a ANF é contemplada com quase 570 milhões de euros, para saldar uma dívida de 480, que estava congelada desde meados de 2003”.
- **“Diário de Notícias”, 06/12/2004**
Título da notícia: “Maternidade encerrada no Amadora-Sintra”.
 “Hospital fechou serviço de urgência durante dois dias por falta de médicos”.
 “Durante o fim-de-semana, as grávidas que se dirigiram às urgências de ginecologia e obstetrícia do Hospital Amadora-Sintra encontraram os serviços fechados. «Só na segunda de manhã, hoje não há médicos», explica a recepcionista, remetendo para uma nota afixada na parede, com data de sexta-feira. «Os serviços encontram-se temporariamente encerrados. Em situações de urgência devem dirigir-se aos hospitais S. Francisco Xavier, Maternidade Alfredo da Costa, Magalhães Coutinho ou Garcia de Orta». No comunicado, lamenta-se a decisão, mas sem explicações”.
 “Contactado pelo DN, o hospital não adiantou muito mais, confirmando apenas que existem 24 obstetras na unidade e que, no turno deste fim-de-semana, não estava disponível o número mínimo de seis profissionais para assegurar os serviços. Os responsáveis pelo Fernando da Fonseca dizem, no entanto, que a falta de clínicos está a ser resolvida através de um esforço de recrutamento”.
- **“Semana Médica”, 2 a 8/12/2004**
Entrevista ao Prof. Dr. Correia de Campos.
 Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:
 P. - Inúmeras reformas têm sido operadas no sector da Saúde. Apoia as políticas que estão a ser desenvolvidas pelo Ministério da Saúde?

R. - Em parte sim. Mas sinto-me cada vez menos apoiante. Porque as políticas se estão a afastar do essencial, estando a entrar no acessório. Estão a abandonar o verdadeiro conceito de saúde. Os conceitos mais progressistas de saúde actualmente utilizados estão cada vez mais longe do cidadão e da cultura de saúde que devia existir. Aproximam-se, isso sim, de um exercício contabilístico, não dando sinais de respeitarem a cultura interna. A intrusão de culturas estranhas dentro da tutela da Saúde pode trazer uma excelente mudança. Se for feita de forma arrogante e substitutiva, como muitas vezes tem sido, vai tudo ficar pior.

P. - No entanto, defendeu a continuidade de Luís Filipe Pereira...

R. - Penso que o Dr. Luís Filipe Pereira tem várias coisas positivas no seu registo. Teve a coragem de fazer uma reforma importante no sentido da empresarialização dos hospitais. E considero esta medida muito importante.

P. - Então concorda com as medidas ou não?

R. - Não posso dizer exactamente se concordo ou não. Porque nem eu nem os portugueses conhecemos a totalidade dos resultados de uma forma independente e não propagandeada como tem sido até aqui.

Penso que a fórmula é positiva, activa e interessante, não devendo ser rejeitada liminarmente, mas tem de ter uma avaliação credível.

P. - A criação de hospitais SA parece-lhe uma solução positiva?

R. - Não tenho dúvidas que há muita coisa positiva, mas também há aspectos negativos. Pessoalmente, não teria adoptado a fórmula hospitais SA. Teria preferido outra, em que os hospitais nunca corressem o risco de serem privatizados, mas que tivessem as mesmas possibilidades, os mesmos instrumentos de legislabilidade que qualquer SA permite e, portanto, considero que não era preciso essa modalidade para introduzir as características inovadoras e interessantes que o mercado da saúde pode trazer.

P. - Numa possível mudança de governo deve ser dada continuidade a esta reforma?

R. - Esta reforma deve ser aproveitada até onde for possível. Deve ser blindada a possibilidade de dar lugar à privatização. É somente dar um estatuto de sociedade anónima. Bastaria uma simples alteração num Decreto-Lei para mudar toda a lei orgânica que criou os hospitais SA. Onde se lê «o capital dos SA é exclusivamente público», passaria a ler-se «é maioritariamente público». E assim, 49% do capital dos SA poderia ser posto no mercado e vendido ao sector privado. E depois, seria mais fácil passar à privatização do restante. Claro que há que vencer a constituição...”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 09/12/2004**

Título da notícia: “Nomeação das entidades reguladoras”.

“Jorge Sampaio defendeu que o Presidente da República passe a ter o poder de nomear os presidentes das várias entidades reguladoras, sob proposta do Governo, para as tornar mais independentes e «acima de qualquer pressão»”.

“ «Hoje inclino-me, e posso dizê-lo porque estou na ponta final daquilo que me é dado fazer por mandato popular, para que a entidade reguladora, não a da medicina, mas todas, seja o resultado de um proposta do Governo e de uma nomeação do Presidente da República», declarou Jorge Sampaio, na sessão solene da comemoração do 50.º aniversário do Hospital de Santa Maria. «As entidades reguladoras das várias actividades que estão em curso têm de estar ao abrigo de alguns comentários que tenho ouvido em relação a elas», justificou o Presidente da República, na Aula Magna do Hospital de Santa Maria, apontando como exemplo «comentários no sentido de as mandar calar», feitos por «um grande financeiro»”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 10/12/2004**

Título da notícia: “Taxa coloca o País entre os melhores classificados/Morrem menos crianças em Portugal”.

“A lista é divulgada pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), no relatório anual da organização, divulgado ontem, em Londres, com o título «A infância ameaçada»”. Os países da União Europeia surgem em melhores posições, com a Letónia a pior classificada, estando Portugal numa longa lista (13 países) dos que têm uma mortalidade infantil igual a cinco, e a Suécia e Singapura no topo na tabela da UNICEF, com três mortes infantis...”.

“Em cada dia morrem no mundo 29.158 crianças que nunca chegam aos cinco anos, sendo que mais de mil milhões de crianças não crescem num ambiente saudável e protector, aponta o relatório sobre a situação mundial da infância 2005. Neste contexto, o secretário-geral da ONU considera que com a ameaça que paira sobre metade das crianças do planeta é o futuro colectivo de todos que está ameaçado. Kofi Annan, na mensagem inserida no relatório da UNICEF frisa que o documento alerta para o facto de metade das crianças do mundo ter uma infância «brutalmente diferente» do ideal”.

- **“Comércio do Porto”, 11/12/2004**

Título da notícia: “Luís Filipe Pereira diz que melhoria nos hospitais mostra que reforma veio para ficar”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, disse ontem em Guimarães que «os bons resultados obtidos este ano pelos hospitais SA mostram que a reforma da saúde veio para ficar». «Não há memória de um ano como este, em que os custos dos hospitais aumentaram apenas 2,3 por cento, o que, descontada a taxa de inflação, corresponde a um aumento de valor zero», afirmou, sublinhando que este resultado foi obtido «com melhoria do atendimento aos cidadãos nas cirurgias, nas urgências e noutros actos médicos»”.

“Acrescentou que mesmo os hospitais públicos que não beneficiam deste estatuto, e das consequentes vantagens legislativas, também melhoraram significativamente as suas prestações”.

- **“Expresso”, 11/12/2004**

Título da notícia: “«Holding» dos hospitais SA fora dos planos do Governo”.

“O diploma que cria a «holding» dos hospitais SA - e que, segundo os planos do Governo, deveria avançar em Janeiro de 2005 - foi discutido na última reunião do Conselho de Ministros, mas não por iniciativa do ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira. O projecto não estava sequer agendado para aquela reunião, mas terá sido uma informação proveniente do gabinete do próprio Santana Lopes que levou o Conselho a discutir o assunto”.

“Segundo soube o Expresso, o Governo acabou por não considerar oportuno o momento para avançar com uma intervenção deste tipo sobre os 31 hospitais SA - concordando, aliás, com a posição entretanto defendida por Luís Filipe Pereira no seu próprio Ministério”.

“Segundo soube o Expresso, depois da anunciada dissolução do Parlamento, o ministro da Saúde terá decidido não avançar com o diploma, deixando para o próximo Governo uma decisão sobre a matéria. Filipe Pereira já enfrentava oposições internas ao diploma, apesar da criação da «holding» fazer parte do programa do Governo: Bagão Félix, ministro das Finanças, manifestara logo a sua discordância relativamente à solução escolhida para «controlar» os hospitais SA; e os sinais provenientes de Belém também indicavam que o Presidente tinha dúvidas relativamente ao assunto e que não

era certo que o diploma fosse promulgado”.

- **“Público”, 13/12/2004**

Título da notícia: “Ministro «é o coveiro do SNS»”.

“José Miguel Boquinhas não têm dúvidas: o actual ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, ao querer fazer do sector um negócio, «ficará para a história como o coveiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS)». A privatização das unidades públicas «levanta sérios problemas éticos e deontológicos» aos profissionais, porque põe em causa princípios como a universalidade, equidade e solidariedade, alega. O actual modelo esquece também a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde, deixando os doentes a perder, defende”.

“Para o candidato a bastonário, «o primado da gestão deve estar centrado nas necessidades dos utentes» e não na contenção das despesas a «qualquer preço», nomeadamente através da utilização de médicos indiferenciados em áreas da saúde que exigem especialistas. Se for eleito, a primeira prioridade de José Miguel Boquinhas é «inverter rapidamente o rumo imposto à saúde». Ou seja, não dar tréguas «aos hospitais SA com o inaceitável acordo colectivo de trabalho e o fim das carreiras médicas». Pôr travão à nova legislação dos centros de saúde e àquilo que considera a entrega do sector aos grandes grupos financeiros e às seguradoras, que estão a reduzir drasticamente os pagamentos aos médicos e a condicionar a prescrição”.

- **“Público”, 14/12/2004**

Título da notícia: “Maria de Belém considera inadequado modelo de Hospitais SA”.

“A deputada socialista Maria de Belém considera «inadequada» a «importação» do modelo dos hospitais – empresa pelo Estado por se tratar de uma «forma de organização do sector privado». As críticas surgiram no debate sobre o futuro do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que ontem decorreu em Lisboa, organizado pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. A ex-ministra da Saúde afirma que o modelo dos hospitais SA segue «formas de organização do sector privado», cujos objectivos «são legítimos» - privilegiam o lucro financeiro e a gestão», mas que são diferentes dos objectivos de «bem comum» que o SNS deve procurar. E reiterou que «não são só os privados que são eficientes, o sector público também o pode ser» ”.

- **“Diário de Notícias”, 15/12/2004**

Título da notícia: “Sócrates «altera» os hospitais SA”.

“Um governo do PS irá transformar os hospitais SA, que foram «um bom passo» descentralizador, em empresas públicas, «sem nenhum prejuízo para a eficiência da sua gestão», garantiu, em Coimbra, José Sócrates. O líder socialista, que dedicou o dia de ontem à Saúde, considera que não se deve fazer tábua rasa das políticas anteriores. Aliás, lembra que o antigo ministro Correia de Campos (que o acompanhava) já tinha feito uma proposta nesse sentido, embora o Governo de Guterres pretendesse fazer a mudança de forma «gradualista» ”.

“Em mais um dia temático de pré-campanha, Sócrates concluiu que «a Saúde é um dos bens necessários do Estado-Providência, que desejamos manter»”.

- **“Primeiro de Janeiro”, 16/12/2004**

Artigo de opinião do Dr. Paulo Mendo com o título: “O Serviço Nacional de Saúde faz 25 anos”.

Transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Em múltiplas ocasiões, quer em sessões públicas, quer em artigos publicados, afirmei que a história do SNS é uma história de sucesso. Basta compararmos os índices sanitários dos anos iniciais da democracia portuguesa e os actuais, para verificarmos como, de uma situação só comparável com os países do terceiro mundo, passamos em vinte anos para o pelotão dos países mais desenvolvidos”.
- “A melhoria das condições económicas de uma sociedade, permitindo melhor nível de vida, melhor alimentação, mais desporto, melhor ambiente, melhor água, melhores esgotos, mais higiene, induz uma melhor saúde das populações e por isso a eficácia dos serviços prestadores de cuidados de saúde, nos seus aspectos preventivos e curativos, tem que ser avaliada pela análise de parâmetros que digam respeito exclusivamente ao bom ou mau funcionamento desses serviços. E uma qualquer análise nesses moldes mostra como tem sido eficaz e benéfica a acção do Serviço Nacional de Saúde”.
- “O antigo regime deixava morrer 58 crianças quando a Europa já só perdia 15! Quarenta e três vidas eram perdidas em cada mil nascimentos quando já havia condições e tecnologias para serem evitadas... ou, dito de outra forma, o antigo regime deixava morrer indevidamente 4.300 crianças por cada 100.000 nascidas em cada ano”.
- “A rede de serviços, em 1974, pouco estruturada e quase reduzida aos hospitais caritativos das Misericórdias e aos serviços de consulta das Caixas de Previdência, cresceu ao ritmo acelerado de, nestes últimos vinte e cinco anos, um novo hospital e mais dois centros de saúde por ano, de tal modo que actualmente, 90% da população tem hospital a menos de trinta minutos de distância por carro e um centro de saúde, ou uma sua extensão, perto da sua residência. E mesmo os custos, que nos parecem enormes e nos levam tantas vezes a acusar os serviços de despesistas e desperdiçados, são menores que os dos outros países da Europa e levam a OMS (Organização Mundial de Saúde) a colocar o nosso SNS no 12.º lugar dos serviços de saúde mundiais analisados na relação custos benefícios”.
- “Pela minha parte considero o SNS o motor e o coração da política de saúde, motor que agora tem que saber manter a modernidade técnica das suas prestações, coração que tem de garantir e aumentar a equidade e acessibilidade dos seus serviços”.

- **“Público”, 17/12/2004**

Artigo de opinião do Prof. Dr. Correia de Campos com o título: “Homens e Pedras”.

Transcreve-se os seguintes extractos:

- “Não será difícil reconhecer que, na administração do Estado, a adopção pelo governo agora moribundo de projectos preparados ou pelo menos esboçados pelos antecessores, como o enquadramento dos institutos públicos, os hospitais-empresas, o uso de medicamentos genéricos, as parcerias público-privadas (auto-estradas e hospitais), ou de outras para que não houvera coragem ou energia anteriores, como as propinas no ensino superior, as portagens na CREL, a avaliação do desempenho da função pública, a formação acelerada de dirigentes e até, quem sabe, boa parte da lei das rendas, são exemplos de que nem só malfeitorias se podem atribuir a Barroso e Lopes. É por isso que desagrada a mesquinhez dos que, seguros de uma viragem eleitoral ainda por comprovar, já se arrogam o juízo da «viradeira»”.
- “Melhor se compreende com o exemplo dos hospitais SA. Esmagados por hábitos de rigidez administrativa, clamando desde décadas por mais autonomia e

responsabilidade, os hospitais públicos precisavam de uma reforma profunda, como de pão para a boca. Ela veio. Porventura excessiva na discussão, disforme no modelo, prosélita no sucesso antecipado e arrogante nas atitudes. Mas ninguém pode negar que em dois anos os hospitais SA mudaram a face do ministério. Desconhece-se em quanto, pois a propaganda desenfreada dos seus estimáveis sucessos obnubilou a avaliação fria. E julgamento independente foi coisa que os governos demissionários não consentiam. Sabe-se que muita coisa terá mudado para melhor, pelo só o facto de haver quem traça caminhos, faculta meios, acompanha manejos, avalia resultados. O quadro terá certamente sol e sombra, não nos consentiram o conhecimento rigoroso da realidade, mas que houve progresso, tal parece-me indiscutível. É por isso que a pele se me engalinha ao ouvir os profetas do imobilismo, os defensores do povo, contra as reformas que o visam tirar da pasmaiceira; os bens pensantes da cidadania, agora, a clamarem pela viragem do avesso”.

- **“Diário de Notícias”, 20/12/2004**

Entrevista do Prof. Dr. Correia de Campos.

Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P. - A experiência da empresarialização dos hospitais é para continuar?

R. - Sim. Não vamos agora passar uma borracha em cima de tudo o que se fez.

P. - Mas é contra a criação de uma holding para os hospitais SA...

R. - Sim. Ou temos uma holding ou hospitais autónomos. A vantagem dos hospitais SA é precisamente a de permitir autonomia de gestão. Devemos manter os hospitais, mas temos é de avaliar a experiência. Porque o Governo, infelizmente, não fez uma avaliação correcta. Embrulhou-se em propaganda desnecessária e hoje ninguém confia nos números do Governo sobre as contas dos hospitais SA.

Tem de haver uma auditoria independente das contas.

Sabemos que há hospitais que registaram como cirurgias injeções e curativos.

P. - E o que defende para os centros de saúde? Também devem ter gestão privada?

R. - Concerteza. Se temos hospitais concessionados, porque é que não havemos de ter centros de saúde com gestão privada? Geridos pelos próprios médicos ou por cooperativas. Isso está na Lei de Bases da Saúde, desde 1989. Nós teremos de fazer experiências diversificados.

- **“Diário de Notícias”, 23/12/2004**

Título da notícia: “Casos na saúde/ Acordo desastroso com farmácias”.

“Dívidas às farmácias. A Associação Nacional de Farmácias financia-se junto da banca para pagar às farmácias as facturas dos fornecimentos ao Serviço Nacional de Saúde, sendo reembolsada pelo Estado dos juros desse empréstimo e do imposto de selo. Essa dívida ascendia a 481 milhões de euros, tendo sido pagos pelo Estado 21 milhões só em juros. Mas se o Estado, através da dívida pública, tivesse pago esses juros, só teria desembolsado 13,7 milhões, poupando 7,3 milhões de euros”.

“Serviço Nacional de Saúde. O total da dívida a fornecedores transitado de 2002 ascendia a 1,325 mil milhões de euros, enquanto o défice acumulado no final do ano e transitado para 2004 ascendia a 2,167 mil milhões”.

- **“Expresso”, 24/12/2004**

Título da notícia: “Hospital de Loures envolto em polémica”.

“O patrão do Grupo Espírito Santo (GES) rejeitou encontrar-se esta semana com o ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, revelou ao Expresso fonte governamental. No

encontro, que estava agendado para quarta-feira, Ricardo Salgado e o ministro deveriam discutir o concurso público do novo Hospital de Loures, mas o banqueiro invocou que a sua ida ao Ministério podia ser entendida como uma «manobra de pressão», uma vez que o concurso, a que o seu grupo também concorreu, ainda não está decidido, soube o Expresso junto de fonte do GES”.

“Segundo pudemos apurar, porém, na decisão de Ricardo Salgado pesou também o facto de terem surgido notícias nos jornais e dar conta que o GES tinha sido excluído da fase final de negociação neste concurso. Numa destas notícias, aliás, era o próprio responsável pelo concurso, Jorge Abreu Simões, que confirmava ser «muito provável» a escolha para esta fase final das propostas do Grupo Mello e das Misericórdias”.

“Foram de qualquer modo, as declarações de Jorge Abreu Simões ao «Jornal de Negócios» que criaram maior agitação entre os grupos concorrentes a Loures. O próprio ministro da Saúde foi obrigado a dar explicações a outros membros do Governo, que o confrontaram com a decisão anunciada pelos jornais”.

- **“Expresso”, 24/12/2004**

Título da notícia: “Pedro ficou espantado”.

“...quando o ministro da Saúde o informou, no Conselho de Ministros da semana passada, que a Misericórdia do Porto e a Mello Saúde tinham sido escolhidas para passar à segunda fase no concurso do Hospital de Loures. O primeiro-ministro não se limitou a ficar espantado com a decisão e fez questão de socializar a sua indignação com todos os ministros presentes, dizendo não compreender como é que o Grupo Espírito Santo poderia ser excluído. Ainda houve quem sugerisse que a mão fosse emendada, elevando para três o número de pré-seleccionados – ficando de fora apenas a Caixa. Mas esta solução foi abandonada porque alguém com bom senso explicou que poderia soar a ridículo que um concurso com quatro concorrentes fossem pré-seleccionados três (ou seja, 75%)”.

- **“Expresso”, 24/12/2004**

Título da notícia: “Saúde arreganha a taxa”.

“Além de querer diferenciar as taxas moderadoras em função do IRS, o Governo preparava-se para aumentar ainda mais o seu valor. O novo modelo das taxas moderadoras diferenciadas, que este Governo prometera lançar em Janeiro de 2005, ia implicar um novo aumento do valor das taxas, em quase todos os casos para o dobro. O estudo encomendado pelo Ministério da Saúde a uma consultora externa – a Deloitte & Touche – foi entregue já quando o Ministro Luís Filipe Pereira não podia avançar politicamente com a medida, que se tornou uma das primeiras bandeiras do Governo de Pedro Santana Lopes”.

“... A proposta com que o Ministério da Saúde ia avançar previa ainda a criação de novas taxas moderadoras. Segundo o documento a que o Expresso teve acesso, o Governo pretendia ainda introduzir o pagamento de uma taxa nos internamentos em quartos particulares ou programados – retomando, argumenta-se no estudo da Deloitte, uma medida de 1982, que já taxava os internamentos de acordo com os escalões de rendimento do agregado familiar. O objectivo desta alteração está também bem patente nas conclusões do estudo: «Aumentar a componente de custo suportada pelo utente, conseguindo não só uma fonte de financiamento alternativa como, simultaneamente, consciencializar a população para os custos da saúde»”.

“O Ministério previa lembrar o Programa do PS, levado às eleições legislativas pelo seu ex-líder Ferro Rodrigues, na parte em que também defendia a introdução «de um programa de diferenciação positiva de taxas moderadoras, de acordo com quatro

escalões de rendimento das famílias, permitindo que os que mais têm participem mais e os que pouco ou nada têm paguem taxas significativamente menores»”.

- **“Diário Económico”, 5/01/2005**

Título da notícia: “Custos dos Hospitais SA em 2004 subiram 3,5%”.

“A rede de hospitais com gestão empresarial registou um aumento de custos totais em 2004 na ordem dos 3,5% em termos nominais face ao ano anterior, disse ontem o ministro da Saúde, numa cerimónia destinada a comprovar a assinatura dos contratos-programa dos hospitais SA para 2005”.

“Luís Filipe Pereira explicou que «este valor é apresentado sem ter em conta a inflação, porque se fosse, o resultado seria um aumento de 1% sobre os gastos de 2003...”.

- **“Diário Económico”, 6/01/2005**

Título da notícia: “Hospitais SA sem contratos assinados”.

“O objectivo é que os hospitais deixem de internar os utentes com o objectivo de receber uma verba superior, quando podiam realizar uma cirurgia em ambulatório, sem recurso ao internamento. De acordo com uma fonte conhecedora do processo, os contratos-programa, enquanto instrumentos legais que vinculam as administrações hospitalares, ainda não foram assinados, apesar da cerimónia pública que a unidade de missão e o ministro da Saúde promoveram anteontem à tarde”.

- **“Diário de Notícias”, 7/01/2005**

Título da notícia: “Sampaio defende novo sistema político para favorecer maiorias”.

“Jorge Sampaio, embora sem se comprometer com uma opinião definitiva, admitiu ainda alargar as legislaturas para cinco anos, com limite à renovação dos mandatos, e também a existência de um só mandato presidencial. O Chefe de Estado deu o exemplo positivo do Tribunal Constitucional, que com um só mandato de nove anos, não renovável, deu ao TC «uma independência perfeitamente assinalável»”.

“No debate, Sampaio defendeu a renovação do pessoal político e a existência de menos Estado”.

- **“Expresso”, 8/01/2005**

Título da notícia: “Ministro da Saúde processado”.

“A empresa Hospor diz que Luís Filipe Pereira favoreceu o Grupo Mello no tratamento do cancro”.

“O Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, está a ser acusado em tribunal de ter «beneficiado» o Grupo Mello na atribuição de autorizações para a criação de serviços privados no tratamento do cancro. Em causa está o facto de o Hospital CUF Descobertas, que pertence àquele grupo, ter obtido do Ministério da Saúde duas autorizações – a primeira em três meses e a segunda em apenas um mês e meio. Isto enquanto outros operadores privados, que fizeram pedidos semelhantes antes dos Mellos, esperaram cerca de um ano e meio e acabaram por receber respostas negativas do Ministério”.

- **“Público”, 11/01/2005**

Título da notícia: “Concorrência condena seis farmacêuticas por cartelização”.

“A Autoridade da Concorrência aplicou uma coima de 3,2 milhões de euros a empresas de cinco multinacionais farmacêuticas, por ter dado como provada a prática de cartel no fornecimento de material de saúde ao Centro Hospitalar de Coimbra, soube o Público”.

“As empresas condenadas, com coimas individuais de 658 mil euros, são a Abbot

Laboratórios, a Bayer Diagnostics Europe, a Johnson & Johnson, a Menarini Diagnósticos e a Roche Farmacêutica Química. A decisão, que representa a maior coima de sempre aplicada pela Autoridade da Concorrência e a primeira ao sector da saúde, resulta de uma queixa apresentada em Janeiro de 2003 pelo Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)... junto da ainda então Direcção-Geral da Concorrência”.

“O CHC, que serve uma população de meio milhão de habitantes, avançou com a queixa na sequência de um concurso público para o fornecimento de 200 mil tiras de teste de glicose para diabéticos, compra que necessita de realizar anualmente, para o qual as cinco empresas concorrentes subsidiárias de multinacionais apresentaram preços unitários iguais, 20 euros cada, o que colocava o negócio em quatro milhões de euros. Nos concursos anteriores, as propostas apresentadas por estas empresas, que são as únicas que vendem este tipo de material no mercado nacional, eram diferentes e substancialmente inferiores, entre 11 e 15 euros”.

“A investigação concluiu que a prática adoptada pelas empresas impedia o júri de escolher a melhor oferta, de forma competitiva, obstáculo que ultrapassou ao não adjudicar o concurso. Um dos pontos que a investigação considerou provado foi o de que, num concurso público em que as propostas têm de ser apresentadas em envelope fechado, a uniformidade de preços só podia acontecer com concertação prévia”.

- **“Diário Económico”, 11/01/2005**

Título da notícia: “PS trava parcerias com privados e avalia Hospitais SA”.

“Esta é uma das medidas que consta no programa de Governo dos socialistas, que mantem os novos hospitais já contratualizados – Loures, Cascais e Braga. Os socialistas têm dúvidas sobre o modelo financeiro que está a ser utilizado para calcular os pagamentos que o Estado fará pela prestação de cuidados de saúde pelos operadores privados, e não é de excluir que o processo das PPP na Saúde pare em Braga”.

“No programa de Governo com que os socialistas se vão apresentar a votos, e a que o DE teve acesso parcial na área da Saúde, destaca-se também a realização de um estudo sobre a situação financeira e sobre os ganhos em saúde proporcionados pela experiência da empresarialização de cerca de metade do Serviço Nacional de Saúde”.

- **“Diário Digital”, 11/01/2005**

Título da notícia: “Ex-ministro da Saúde fala do programa do PS no sector”.

“O ex-ministro da Saúde Correia de Campos, que integra a equipa socialista que prepara o programa de Governo do PS neste sector, afirmou esta terça-feira, em declarações à Rádio Renascença que não se esperam grandes mudanças”.

“O ex-ministro acrescentou ainda que «a abertura socialista é total» e que a solução será encontrada depois de feita a avaliação, garantindo apenas que só não haverá reintegração dos Hospitais SA na estrutura tradicional dos hospitais”.

- **“Lusa”, 11/01/2005**

Título da notícia: “Saúde: PS quer negar realidade ao travar parcerias público-privadas”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, acusou hoje o PS de estar a fazer campanha eleitoral «negando a realidade», ao pretender travar o processo de parcerias público-privadas na área da saúde”.

“ «Estamos em época de campanha eleitoral e obviamente o PS diz o que quer que seja para negar as evidências, a realidade», disse Luís Filipe Pereira aos jornalistas”.

“Luís Filipe Pereira classificou de «lastimável e lamentável» a intenção do PS de realizar um estudo sobre a situação financeira da empresarialização do sector”.

“ «Há resultados concretos e a própria Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) reconheceu que a reforma [da saúde] em Portugal é boa e está no bom caminho», frisou”.

- **“Diário Económico”, 20/01/2005**

Título da notícia: “Reembolso substitui comparticipação de medicamentos no SNS”.

“Estudo encomendado pelo ministro Luís Filipe Pereira à consultora britânica Europe Economics propõe que os utentes paguem a totalidade do preço dos medicamentos e só depois sejam reembolsados”.

“... A merecer a concordância política da tutela, os utentes passarão a pagar a totalidade do medicamento e só depois receberão a comparticipação estatal”.

- **“Público”, 21/01/2005**

Título da notícia: “Amadora/Sintra multado pelo Estado e advertido pela Ordem”.

“O Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) foi notificado na passada sexta-feira pela Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARSLVT) a pagar uma multa de 40 mil euros por ter encerrado, durante dois dias, no início de Dezembro de 2004, o serviço de urgência de obstetrícia, alegando falta de médicos”.

“Esta é a primeira vez que a ARSLVT, entidade que acompanha o contrato de gestão celebrado entre o Estado e a José de Mello Saúde, decide pela aplicação de uma multa à unidade de saúde, por incumprimento dos serviços de saúde a prestar à população, a que está contratualmente obrigada”.

- **“Público”, 29/01/2005**

Título da notícia: “Doentes não compram 8,7 por cento dos medicamentos prescritos”.

“Um estudo realizado durante alguns meses do ano passado, na sub-região de saúde do centro, permitiu apurar que «8,7 por cento dos medicamentos prescritos não são adquiridos». O resultado foi apresentado ontem, por Luís Santiago, desta sub-região de saúde, na reunião anual de Médicos Sentinela (sistema de observação de saúde, constituído por médicos de clínica geral / médicos de família cuja actividade profissional é desenvolvida em centros de saúde), que hoje termina no Luso”.

- **“Jornal de Negócios”, 25/01/2005**

Entrevista ao Prof. Dr. Correia de Campos, com o título: “Correia de Campos e a reforma do Sector da Saúde”.

Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P. – O PS vai ou não acabar com o modelo dos hospitais SA?

R. – A proposta do PS para a empresarialização dos hospitais foi sempre no modelo de Entidades Públicas Empresariais. Mas em termos práticos empresarializar em SA ou EPE é rigorosamente a mesma coisa. Só tem uma diferença. É que os SA têm os Revisores Oficiais de Contas (ROC) e o sistema fiscal é diferente.

P. – Se é mesma coisa porquê mudar?

R. – Há aqui um aspecto muito importante. Eu dei sempre o benefício da dúvida aos SA e como se recorda praticamente nunca critiquei...

P. – ... pelo contrário até elogiou...

R. – E continuo a achar que é uma experiência muito importante. Mas infelizmente, o Governo actual deixou criar progressivamente na opinião pública que a informação era falsa. Ele julgava, na boa estratégia chinesa, que a repetição das mesmas coisas faz abrir os crânios. Mas isso é uma infantilidade. Ele abriu os crânios mas para a desconfiança. E hoje ninguém confia nos dados dos hospitais SA.

P. – Voltando atrás. Não bastava o PS assumir o compromisso de que não vão privatizar os SA?

R. – O PS não assumiu o compromisso de destruir os hospitais SA. Esse compromisso não consta do nosso programa. O PS assumiu o compromisso de avaliar os hospitais SA.

P. – Incluindo os universitários?

R. – Sim. Até temos uma fórmula nova. Abrimos a possibilidade destes hospitais serem geridos por universidades públicas directamente ou por contrato de concessão.

P. – E em relação aos SA?

R. – A primeira coisa a fazer é uma avaliação. Nós não sabemos sinceramente se a experiência é boa ou não. Eu tenho a impressão que a experiência é boa do ponto de vista de volume de desempenho e a cultura de responsabilidade que se criou.

O objectivo é ter no final da legislatura um modelo único, e vamos tender certamente para o modelo EPE ao longo de 4 anos. Mas não quero fechar a porta total.

P. – A única certeza é que não serão privatizados, é isso?

R. – Nenhum será privatizado. Mas poderá haver mais hospitais públicos e centros de saúde de gestão concessionada. Poderá haver um hospital novo que seja concessionado depois de concurso público.

P. – A ideia é criar outro Amadora/Sintra?

R. – Que mal há? Eu sempre defendi a existência de uma segunda experiência como o Amadora/Sintra no norte do país, justamente para evitar alguns acontecimentos que todos sabemos.

- **“Comércio do Porto”, 30/01/2005**

Título da notícia: “Correia de Campos elogia «cultura de gestão» dos hospitais SA”.

“Correia de Campos, coordenador do programa de Governo do PS para a saúde e apontado como putativo ministro da tutela num próximo Governo socialista, considera que «há coisas positivas a dizer em relação aos hospitais SA»”.

“Num debate organizado em Gaia, anteontem, no âmbito do Fórum Novas Fronteiras..., o ex-ministro de António Guterres admitiu que os hospitais SA, gizados por Luís Filipe Pereira, «trouxeram uma cultura de gestão que é positiva e não é de deitar fora»”.

- **“Correio da Manhã”, 2/02/2005**

Título da notícia: “Vales-cirurgia pouco usados”.

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, confirmou ontem que o novo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), projecto-piloto que gere as listas de espera para cirurgia, já emitiu 518 vales a doentes a operar em clínicas convencionadas com os serviços públicos, dos quais 355 ainda não foram apresentados”.

- **“Lusa”, 4/02/2005**

Título da notícia: “Hospitais: Públicos estão mais informatizados do que privados – estudo”.

“Os hospitais públicos estão mais informatizados do que os privados e 80 por cento tem as suas consultas geridas com recurso à informática, revela um estudo divulgado hoje.

Realizado conjuntamente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e pela UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, o estudo concluiu também que, apesar de 95 por cento das unidades portuguesas terem ligação à Internet, esta é mais usada para actividades de comunicação e informação do que investigação e formação”.

- **“Diário Económico”, 9/02/2005**

Entrevista ao presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Prof. Dr. Rui Nunes.

Transcrevem-se as seguintes perguntas e respostas:

P. - ...Que diferenças encontra nos programas para a Saúde dos principais partidos?

R. - No essencial, não há grandes diferenças nas principais linhas dos programas eleitorais dos dois principais partidos. As diferenças estão mais na escolha e nos formatos institucionais. Os dois partidos têm alguma apetência pelo tema da saúde pública, e o do PS está bastante aprofundado nesta matéria, mas isso remete-nos para um grande plano nacional de saúde, que por sua vez foi aprovado pelo actual Governo, o que demonstra a importância que o partido lhe dá.

P. - O problema é equilibrar a sustentabilidade económica com a equidade?

R. - A questão de fundo é conciliar os princípios da equidade e da qualidade com a sustentabilidade económica do sistema. Daí que só os partidos de extrema-esquerda queiram retroceder e voltar aos antigos modelos de gestão hospitalar. Os dois partidos com responsabilidade de governar sabem que têm de incorporar as regras da nova administração pública na Saúde, entre elas a separação entre financiamento (público e contributivo) e a prestação (pública ou privada e social), sujeita ao controlo da regulação. O PS, há quatro anos, não tinha esta perspectiva de que as regras da nova gestão pública obrigavam à separação entre financiamento, a prestação e a regulação. A abertura da prestação a operadores fora do sistema público obriga ao controlo apertado da prestação.

P. - Concorda com a introdução de uma diferenciação nas taxas moderadoras e no modelo de comparticipação?

R. - Não podemos, através da introdução maciça do co-pagamento na saúde, pôr em cheque a subsistência ideológica do próprio sistema público. Todos os teóricos da filosofia política dizem que se os cidadãos optam por sair do sistema público, ele é posto em causa. Não me repugna a diferenciação, mas tenho sérias reservas sobre a introdução de co-pagamentos reais, que traduzam o custo real dos actos médicos.

P. - E na comparticipação de medicamentos?

R. - Também não me repugna, desde que não seja levado a um ponto em que ponha em causa a equidade do acesso à saúde de todos os cidadãos.

P. - Defende a passagem dos SPA para um modelo próximo dos SA?

R. - Tenho a percepção de que o modelo funcionou, mas alinhado com o professor Correia de Campos em dizer que temos de comprovar à sociedade e à sociedade que o modelo é melhor. Não vejo nenhum inconveniente na transformação seja em SA ou em EPE. O que interessa é se houve ou não uma mudança da cultura tradicional no sector público.

P. - Que nota dá ao ministro da Saúde?

R. - Prefiro abster-me de dar uma nota quantitativa, mas teve uma actuação francamente positiva.

- **“Público”, 10/02/2005**

Título da notícia: “A.R.S. faz ultimato ao Hospital Amadora/Sintra”.

“A presidente da Administração Regional de Saúde (A.R.S.) de Lisboa e Vale do Tejo, Ana Borja Santos, fez ontem um ultimato ao Hospital Amadora/Sintra para resolver até sexta-feira o problema de falta de clínicos no Serviço de Infeciologia. Uma equipa da A.R.S. está já no terreno para averiguar se, mais uma vez, o hospital quebrou o contrato com o Estado e será alvo de multa, já aquele serviço está a funcionar apenas com dois dos seus cinco médicos”.

“Desde segunda-feira que o Serviço de Infeciologia do Amadora/Sintra funciona

apenas com dois dos seus cinco especialistas, estando a tentar recrutar médicos em Portugal, mas também em Espanha”.

“Esta é a segunda vez, em apenas dois meses, que a sociedade gestora do hospital, controlada pelo grupo Mello, se vê na iminência de encerrar um serviço por falta de médicos, o que chegou a acontecer com a urgência de Obstetrícia em Dezembro passado”.

- **“Público”, 11/02/2005**

Título da notícia: “Portugal é o quarto país europeu que mais consome antibióticos”.

“Portugal é um dos países europeus que mais antibióticos consome e onde a resistência às penicilinas é maior. Um estudo que será publicado amanhã na revista “The Lancet” revela que o uso excessivo destes remédios e a resistência por eles criada é um problema de saúde pública no sul da Europa.

Herwann Goosens, da Universidade de Antuérpia, e a sua equipa analisaram a utilização de antibióticos nos cuidados primários e consultas externas hospitalares em 26 países e compararam este consumo com as taxas de resistência da população. A prescrição destes medicamentos na comunidade é sobretudo preocupante no Sul da Europa, onde a França bate recordes, seguida da Grécia, do Luxemburgo e de Portugal. Os franceses consumiam 32 doses diárias de antibióticos por mil habitantes em 2002 e os portugueses 26. Um cenário oposto é encontrado nos países do Norte, que registam um menor consumo de antibióticos e taxas inferiores de resistência a estes medicamentos. A Holanda é aquele que menos recorre a estes tratamentos: cada holandês consumia 10 doses diárias de antibióticos por mil habitantes em 2002, menos de metade dos antibióticos usados por um português”.

- **“Comércio do Porto”, 11/02/2005**

Título da notícia: “António Borges diz que hospitais SA são modelo a «acarinhar»”.

“O economista António Borges defendeu ontem, na Faculdade de Medicina do Porto, que «os hospitais SA são uma boa experiência que devemos acarinhar», enquanto modelo da aplicação da gestão privada a um bem público. O ex-vice-presidente do Banco de Portugal, e actualmente com o mesmo cargo no Banco de Investimentos londrino Goldman Sachs, explicou ontem, na abertura do curso de pós-graduação em Medicina Interna, que a gestão privada deve ser a base da prosperidade do sector da saúde. Mas deixou bem claro que «não se trata de privatizar o sector da saúde» e sim de «descentralizar», dando mais poderes decisórios às instituições, sem influências políticas. «É uma área de uma importância tal que é fundamental que saibamos subtrair estes problemas à lógica partidária», disse, no final, aos jornalistas”.

- **“Comércio do Porto”, 11/02/2005**

Título da notícia: “Sócrates afirma que «não tenciona privatizar hospitais ou centros de saúde»”.

“José Sócrates garantiu ontem, em entrevista à TSF, que «não tencionava privatizar hospitais ou centros de saúde». «Não quero desenvolver a gestão privada dos hospitais» - salientou o líder do PS, considerando, contudo, que um futuro Governo por si chefiado não pode ficar alheio a uma necessária e inadiável «eficácia» da administração pública. Sócrates justificou, neste contexto, que é inadiável a aplicação à máquina do Estado de «métodos de gestão empresarial»”.

- **“Diário Económico”, 16/02/2005**

Título da notícia: “ANF propõe menor intervenção do Estado”.

“Cordeiro defende, por isso, «a criação de incentivos para o chamado opting out», que consiste na saída do Serviço Nacional de Saúde dos cidadãos com seguros ou com um outro subsistema”.

- **Diário Económico”, 16/02/2005**

Num artigo de opinião do Prof. Dr. Correia de Campos, o seu texto termina com a seguinte afirmação:

“Se em muitas ocasiões o meu desacordo com ele e com a sua «informação» foi total, agora que é voz corrente estar de saída o Ministro, seria grave injustiça depreciar o que de bom deixou fazer”.

- **“Diário Económico”, 16/02/2005**

Título da notícia: “Opting Out é solução para enfrentar custos na saúde”.

“Luís Filipe Pereira, actual ministro da Saúde, explica ao Diário Económico que «a solução passa ou por mais transferências do Orçamento do Estado, ou pela aplicação de um sistema de opting out, por uma mistura das duas, ou então pela definição de diferentes arquitecturas de co-pagamento pelos cidadãos»”.

“A isto, «e ao preconceito ideológico», o ministro atribui grande parte das «naturais resistências à mudança», mas lembra que «o Presidente da República promulgou todos os decretos»”.

“Para António Correia de Campos, coordenador do programa do PS para a Saúde e antigo ministro, o segredo está «nos ganhos de eficiência e na articulação, forte e no terreno, entre os hospitais e as instituições de apoio aos idosos», levando à «hospitalização no domicílio». Num âmbito mais geral, mostra-se «sensível à possibilidade de opting out, mas salienta que «é fundamental um cartão individual que impeça a contaminação, porque senão o utente usa o SNS para os procedimentos mais caros» e garante que «este sistema é mais eficiente, mas menos equitativo»”.

A 20/02/2005, realizaram-se as eleições legislativas para a Assembleia da República, tendo o Partido Socialista obtido a vitória com a maioria absoluta no número de deputados eleitos.

A 4/03/2005, foi anunciada a composição do novo governo com a presença do Prof. Correia de Campos como ministro da saúde.

III

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, AS SUAS REALIZAÇÕES E A PROPAGANDA DE DESCRÉDITO

No nosso país, de todos os serviços públicos, o S.N.S. tem sido o mais atingido por acções organizadas visando o seu descrédito junto dos cidadãos.

Estas acções têm pretendido criar um ambiente subjectivo que promova e justifique o desenvolvimento de políticas privatizadoras, com a entrega de vultuosos negócios a consórcios privados, à custa do dinheiro dos contribuintes.

O interesse dos consórcios privados pelos serviços públicos de saúde deve-se ao facto de se tratar de um sector que movimenta um volume crescente de verbas e dotado de tecnologias cada vez mais sofisticadas e em contínuo desenvolvimento.

Para termos uma noção das verbas envolvidas, só a nível das transferências do Orçamento de Estado para o S.N.S. foram 541,1 milhões de contos em 1994, enquanto em 2002 foram 1.245,7 milhões de contos.

Apesar da sistemática campanha ideológica contra o S.N.S., este é o único serviço que coloca o nosso país nos primeiros lugares a nível mundial quanto à sua capacidade de desempenho e aos resultados obtidos.

Simultaneamente, verificou-se que desde a apresentação da “Lei de Bases do S.N.S.” foi desenvolvida uma intensa acção de boicote à sua implementação e desenvolvimento, a começar pelo exemplo esclarecedor de os seus órgãos dirigentes centrais nunca terem sido constituídos: Administração Central da Saúde e Conselho Nacional da Saúde.

Para uma melhor compreensão da situação existente, importa termos presente diversos dados relativos à saúde no nosso país e aprofundarmos a análise aos principais argumentos anti-SNS utilizados nos últimos anos.

Alguns números e indicadores relativos à saúde

- Taxa de mortalidade infantil

1970	2002
58,6 por mil	5,0 por mil

Fonte: INE

- Partos hospitalares

1970	1997
37,5%	98,9%

Fonte: INE

- Taxa de mortalidade neonatal (dos 0 aos 27 dias de vida)

1970	2002
38,9 por mil	3,4 por mil

Fonte: INE

- Taxa de mortalidade perinatal (número de crianças que nascem mortas)

1960	2000
41,1 por mil	5,5 por mil

Fonte: INE

A média na União Europeia, em 2000, era de 6,3 por mil.

- Mortalidade materna

O relatório mundial relativo à mortalidade materna, com dados de 2000, elaborado conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), UNICEF e pelos Fundos da ONU para a População (FNUAP), veio demonstrar, mais uma vez, a enorme capacidade de desempenho do SNS do nosso país (3).

Dos mais de 180 países analisados neste relatório, Portugal ocupa a 8ª posição mais baixa

quanto ao número de mortes de mães por 100.000 nascimentos (4 mortes).
A classificação dos primeiros países é a seguinte:

- 1º - Islândia - 0
- 2º - Suécia - 1
- 3º - Eslováquia - 2
- 4º - Áustria - 3
- 5º - Espanha - 3
- 6º - Dinamarca - 3
- 7º - Kuwait - 3
- 8º - Portugal - 4

Relativamente a outros países desenvolvidos os números são os seguintes:

- Itália - 4
- Alemanha - 5
- Finlândia - 6
- Grécia - 6
- Bélgica - 7
- Grã-Bretanha - 7
- Japão - 7
- França - 8
- Holanda - 11
- Noruega - 11
- Estados Unidos - 11
- Luxemburgo - 18

A nível da União Europeia (EU) o nosso país está colocado em 6º lugar.

A França, país colocado em 1º lugar na classificação mundial da OMS sobre o desempenho dos sistemas de saúde, tem o dobro do número de mortes, e a Grã-Bretanha e os Estados Unidos, cujos modelos privatizadores da saúde servem de inspiração às mais recentes políticas governamentais, estão colocados em posições claramente inferiores à do nosso país.

- Médicos

1970	1997
8.156	30.431

Fonte: INE

- Camas hospitalares

1970	1988	1998
51.449	39.778	38.221

Fonte: INE

- Unidades hospitalares

	1988	1998
Públicas	136	123
Privadas	90	92

Fonte: INE

A nível das unidades públicas, existiam, em 1988, 29 hospitais centrais e 67 hospitais distritais e, em 1998, 39 hospitais centrais e 73 hospitais distritais.

A nível das unidades privadas, 39 tinham fins lucrativos e 51 sem fins lucrativos em 1988 e 42 tinham fins lucrativos e 50 sem fins lucrativos em 1998.

- Centros de Saúde

	1988	1998
Centros de Saúde	371	388
Extensões	2011	2016

Fonte: INE

- Consultas efectuadas nos hospitais

1988	1998
4.823.689	7.735.199

Fonte: INE

- Consultas efectuadas nos Centros de Saúde

1988	1998
23.038.767	26.513.646

Fonte: INE

- Despesas com a saúde em percentagem do PIB (Produto Interno Bruto)

1970	2000
2,8%	8,2

Fonte: INE

O Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde

O Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde é uma parceria entre a OMS (Bureau Regional para a Europa), o governo norueguês, o governo espanhol, o Banco Mundial, a Escola de Economia e Ciência Política de Londres e a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres.

Num relatório sobre a saúde em Portugal, emitido em 1999, mas com dados relativos a 1997, esta entidade refere, entre outras, as seguintes questões (4):

- 69,6% das consultas médicas no nosso país são em serviços públicos de saúde e 30,4% a nível de serviços privados.

- Quanto às percentagens da despesa pública relativamente às despesas nacionais de saúde, Portugal, a nível da Europa, estava em último lugar com 60%.

Percentagens existentes noutros países:

- Luxemburgo - 92%
- Bélgica - 88%
- Grã-Bretanha - 84,5%
- Suécia - 83,3%
- Noruega - 82,2%
- Espanha - 78,7%
- França - 78%
- Alemanha - 77%
- Finlândia - 77%
- Grécia - 74,8%
- Turquia - 71%
- Holanda - 72%
- Suíça - 70%
- Itália - 69,9%
- Hungria - 69%
- Dinamarca - 65%

- Despesas de Saúde em percentagens do PIB

Portugal, com 8,2%, estava em 10º lugar a nível de toda a Europa.

A média da U.E. era 8,5%.

Percentagens existentes noutros países:

- Alemanha - 10,4%
- Suíça - 10,2%
- França - 9,9%
- Croácia - 9,0%
- Macedónia - 8,8%
- Suécia - 8,5%
- Islândia - 8,0%
- Áustria - 7,9%
- Dinamarca - 7,7%
- Espanha - 7,4%
- Grécia - 7,1%

- Grã-Bretanha - 6,7%
- Turquia - 3,8%

- Despesas de cuidados de saúde per capita em dólares (US \$ PPP)

Em 26 países, Portugal encontra-se em 18º lugar com 1.125 dólares.
A média da U.E. era de 1.743 dólares.

Percentagens existentes noutros países:

- Suíça - 2.547
- Luxemburgo - 2.340
- Alemanha - 2.339
- França - 2.103
- Islândia - 2.005
- Dinamarca - 1.848
- Holanda - 1.825
- Noruega - 1.814
- Áustria - 1.793
- Bélgica - 1.747
- Suécia - 1.728
- Itália - 1.589
- Finlândia - 1.447
- Grã-Bretanha - 1.347
- Irlanda - 1.324
- Espanha - 1.168

- Níveis de vacinação para o sarampo

No âmbito dos 25 países que hoje constituem a U.E., Portugal estava em 5º lugar com 96%.
Níveis de vacinação existentes noutros países:

- Hungria - 100%
- Eslováquia - 99%
- Polónia - 98%
- Finlândia - 98%
- Portugal - 96%
- Suécia - 96%
- Holanda - 96%
- Noruega - 93%
- Espanha - 93%
- Grã-Bretanha - 91%
- Dinamarca - 88%
- França - 83%
- Suíça - 83%
- Alemanha - 75%
- Áustria - 60%
- Itália - 50%

- Camas hospitalares por mil habitantes

Entre 21 países, Portugal estava em 19º lugar com 4,1 camas.

A média na U.E. era de 7,3.

Números existentes noutros países:

- Noruega - 13,5
- Luxemburgo - 11,0
- Islândia - 10,8
- França - 10,5
- Alemanha - 10,2
- Finlândia - 9,3
- Áustria - 9,2
- Itália - 6,1
- Suécia - 5,6
- Grécia - 5,5
- Dinamarca - 4,7
- Grã-Bretanha - 4,5
- Espanha - 4,3
- Irlanda - 3,7
- Turquia - 2,5

- Número de médicos e enfermeiros por mil habitantes.

Portugal tinha 3,1 médicos e 3,7 enfermeiros.

No âmbito dos 25 países que hoje constituem a U.E., Portugal estava em 9º lugar quanto aos médicos e em 21º lugar quanto aos enfermeiros.

Números de médicos nos outros países:

- Itália - 5,5
- Espanha - 4,2
- Noruega - 4,1
- Lituânia - 4,0
- Grécia - 3,9
- Bélgica - 3,9
- Hungria - 3,5
- Alemanha - 3,4
- Suécia - 3,1
- Estónia - 3,1
- República Checa - 3,1
- França - 3,0
- Finlândia - 3,0
- Eslováquia - 3,0
- Dinamarca - 2,9
- Áustria - 2,9
- Letónia - 2,9
- Holanda - 2,5
- Malta - 2,5
- Polónia - 2,4
- Luxemburgo - 2,3
- Eslovénia - 2,2
- Irlanda - 2,1

- Grã-Bretanha - 1,6

Números de enfermeiros nos outros países.

- Finlândia - 21,5
- Noruega - 17,9
- Irlanda - 15,8
- Malta - 11,0
- Bélgica - 10,8
- Suécia - 9,7
- Alemanha - 9,0
- Holanda - 9,0
- Lituânia - 9,0
- República Checa - 8,9
- Luxemburgo - 7,3
- Dinamarca - 7,2
- Eslováquia - 7,1
- Eslovénia - 6,7
- Estónia - 6,3
- Letónia - 5,6
- Polónia - 5,3
- Grã-Bretanha - 5,0
- França - 5,0
- Espanha - 4,5
- Hungria - 3,7
- Itália - 3,0
- Grécia - 2,6

RELATÓRIO MUNDIAL DA OMS SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE

Nos primeiros meses de 2001 começou a ser conhecido este relatório mundial, através da divulgação por algumas organizações sindicais.

Curiosamente, nem o Governo de então, nem qualquer instituição oficial tomaram a iniciativa de proceder a esta divulgação.

O conhecimento integral do relatório foi obtido no site da OMS (5).

Os resultados fundamentais deste relatório mundial são os seguintes:

- Desempenho global dos sistemas de saúde.

Portugal está em 12º lugar a nível mundial.

Classificação de outros países:

1. França
2. Itália
3. São Marino
4. Andorra
5. Malta
6. Singapura

7. Espanha
8. Omã
9. Áustria
10. Japão
11. Noruega
13. Mónaco
14. Grécia
15. Islândia
16. Luxemburgo
17. Holanda
18. Grã-Bretanha
19. Irlanda
20. Suíça
21. Bélgica
23. Suécia
24. Chipre
25. Alemanha
30. Canadá
31. Finlândia
34. Dinamarca
37. E.U.A.
38. Eslovénia
48. República Checa
50. Polónia
66. Hungria
70. Turquia

- Total das despesas de saúde em percentagem do PIB

Portugal está em 23º lugar a nível mundial, com 8,2%.

Os EUA são o país com a mais elevada percentagem (13,7%).

A nível da Europa, os países com percentagem superior à do nosso são a Alemanha (10,5%), Suíça (10,1%), França (9,8), Eslovénia (9,4%), Itália (9,3%), Suécia (9,2%), Áustria (9%), Holanda (8,8%), Eslováquia (8,6) e Moldávia (8,3%).

- Despesas públicas de saúde em percentagem do total das despesas nacionais de saúde.

Em Portugal, as despesas públicas são de 57,5% e, conseqüentemente, as despesas privadas são de 42,5%.

Estas percentagens colocam Portugal em 105º lugar.

A título de exemplo, a percentagem das despesas públicas em saúde é na Alemanha de 77,5%, Austrália de 72%, Áustria de 67,3%, Bélgica de 83,2%, Canadá de 72%, Dinamarca de 84,3%, Espanha de 70,6%, Finlândia de 73,7%, França de 76,9%, Japão de 80,2%, Luxemburgo de 91,4%, Noruega de 82% e Suécia de 78%.

- Pagamentos directos dos cidadãos

Segundo este relatório, os pagamentos directos representam para os cidadãos portugueses 40,9% do total das suas despesas de saúde.

Esta percentagem coloca o nosso país em 115º lugar.

Como exemplos de outros países, na Alemanha é de 11,3%, na Dinamarca 15,7%, na Espanha 20,4%, nos EUA 16,6%, na Finlândia 19,3%, no Japão 19,9%, no Luxemburgo 7,2%, na França 20,4%, na Grécia 31,7%, na Suécia 22% e no Canadá 17%.

ESTUDO “SAÚDE E DOENÇA EM PORTUGAL”, COORDENADO PELO PROF. DR. MANUEL VILLAVERDE CABRAL.

Este estudo inédito e bastante desenvolvido em torno de diversas dimensões da saúde, foi objecto de publicação em livro com a data de edição de Abril de 2002 (6).

De acordo com a sua apresentação, “o corpo central do estudo baseia-se nas respostas de uma amostra de 2537 entrevistas válidas representativas da população adulta portuguesa a um extenso questionário preparado com base em inquéritos internacionais adaptados à nossa realidade, de maneira a garantir a possibilidade de situar alguns dos resultados nacionais numa perspectiva comparativa”.

Dos múltiplos resultados apresentados, importa referir neste trabalho os seguintes dados:

- Tempo de deslocação ao Centro de Saúde.

- até 5 minutos – 18,4% dos inquiridos.
- de 6 a 10 minutos – 34,4%
- de 11 a 20 minutos – 32,6%
- mais de 20 minutos – 14,6%

- Meio de transporte utilizado na deslocação ao Centro de Saúde.

- a pé – 45%
- carro próprio ou de alguém próximo – 40,6%

- Tempo de deslocação ao hospital mais próximo da zona onde habita.

- até 10 minutos – 19,6%
- 11 a 20 minutos – 35,7%
- 21 a 30 minutos – 27,5%
- Mais de 30 minutos – 17,2%

- Tempo de deslocação à farmácia mais próxima.

- até 5 minutos – 35,7%
- 6 a 10 minutos – 35,9%
- 11 a 20 minutos – 20,9%
- Mais de 20 minutos – 7,4%

- 83,7% afirmaram que têm médico de família no centro de saúde da sua área de residência.

- Índice de acesso aos cuidados de saúde disponíveis na zona onde habita.

- Muito difícil – 4,6%

- Difícil – 23,7%
- Nem difícil nem fácil – 41,3%
- Fácil – 29%
- Muito fácil – 1,4%

- Avaliação global dos cuidados de saúde prestados no Centro de Saúde.

- muito bons – 1,7%
- bons – 47,6%
- nem bons nem maus – 37,7%
- maus – 10,3%
- muito maus – 2,7%

- Índice de relação com o médico de família.

- muito boa – 15,7%
- boa – 58%
- nem boa nem má – 19,3%
- má – 5,7%
- muito má – 1,3%

- Avaliação global dos cuidados recebidos durante o internamento hospitalar.

- muito bons – 12,3%
- bons – 67,2%
- nem bons nem maus – 16,3%
- maus – 3%
- muito maus – 1,2%

- Avaliação do tratamento recebido nos serviços de urgência.

- bastante satisfeito – 8,9%
- satisfeito – 61,9%
- nem satisfeito nem insatisfeito – 17,1%
- insatisfeito – 8,5%
- bastante insatisfeito – 3,6%

OS “ARGUMENTOS” DA CAMPANHA ANTI-SNS

Como foi referido anteriormente, verificaram-se múltiplas tentativas de vários governos para impedir a implementação e desenvolvimento do serviço público de saúde.

Estas tentativas foram acompanhadas por uma vasta propaganda ideológica de diversas forças políticas e económicas, que utilizou chavões sem qualquer fundamento e cujo objectivo foi denegrir junto da opinião pública o conceito de SNS, de modo a possibilitar o posterior desenvolvimento acelerado de um sistema privado de saúde.

Deste modo, importa analisar os principais argumentos utilizados nesta campanha.

- Estatização e livre escolha do médico pelo doente

Logo após a aprovação da Lei do SNS, foram lançadas acusações de que esta legislação

pretendia a estatização, a colectivização e até, pasme-se, a soviétização da saúde.

A desonestidade total destes argumentos torna-se bem visível quando confrontados com os dados objectivos existentes sobre esta matéria.

A leitura do citado Relatório Mundial da OMS mostra que a percentagem das despesas privadas atingia, em 2000, 42,5% e, conseqüentemente, a percentagem das despesas públicas era de 57,5%. Comparando estas percentagens mesmo com países que não possuem um Serviço Nacional de Saúde, verificamos a existência de enormes disparidades.

Será que a Alemanha, Áustria, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Japão, Luxemburgo e Suécia são exemplos de sociedades estatizadas e colectivistas? Não têm sido apresentados como modelos da economia de mercado?

Um facto objectivo, é que Portugal com estas percentagens se encontra em 105º lugar, a par dos países mais subdesenvolvidos do Terceiro Mundo. Mas existe um outro dado que importa ter bem presente: os pagamentos directos dos cidadãos portugueses a nível do total das suas despesas de saúde atingem 40,9%. Esta percentagem coloca-nos num lugar ainda mais agravado que o anteriormente referido.

De facto, aquilo que define com maior rigor se estamos perante um sistema de saúde “estatizado” são as percentagens de despesas públicas e de despesas privadas de saúde no conjunto das despesas nacionais de saúde. Ora, torna-se facilmente verificável que as percentagens das despesas privadas de saúde no nosso país sempre foram das mais elevadas em toda a Europa, mesmo depois da existência do SNS.

Já em 1990, o jornal “Expresso” publicou, na sua edição de 25/8, um artigo de opinião intitulado “Saúde: o rei vai nú!”, assinado por 2 administradores hospitalares, Artur Morais Vaz e Jorge Almeida Simões, onde eram feitas as seguintes afirmações fundamentais:

- O Serviço Nacional de Saúde é mais um projecto de arquitectura do que um edifício. Mal tinham sido dados os primeiros passos para o concretizar, logo a obra foi sendo embargada por motivos vários, políticos ou corporativos. Foi o que aconteceu recentemente com a Lei de Bases da Saúde: O Ministério, afinal, limita-se a aplicar políticas definidas no exterior.
- No total dos “doze” da CEE, Portugal é, assim, o país com menores gastos públicos com a Saúde e em que as famílias e as empresas asseguram o pagamento da maior fatia das despesas nacionais nesse âmbito (47%).
Adeus, primeira ficção! Afinal, a Saúde paga-se!
- Sem dúvida que o Estado português detém grande parte dos meios de produção de cuidados de Saúde: hospitais, centros de saúde, etc.. Todavia (e lá se vai a segunda ficção!) não pode inferir-se daí que a Saúde portuguesa se encontra quase completamente estatizada.
Em 1987, apenas 16 por cento dos cuidados dentários, 30 por cento dos exames laboratoriais, 48 por cento das consultas de especialidade foram prestados pelo sector público.
- ...para além dos cerca de 3 por cento do PIB gastos directamente pelas famílias e pelas empresas com a Saúde, o SNS transferiu para o sector privado ainda cerca de 40 por cento do seu orçamento.
- Afinal, o SNS consome, directamente, só cerca de um terço dos recursos gastos anualmente com a saúde em Portugal. Pretender que um sistema assim é estatizado é iludir a preponderância do sector privado na determinação dos gastos com a Saúde.
- Do orçamento do SNS, como já se referiu, cerca de 40 por cento são constituídos por transferências para o sector privado: farmácias, sector convencionado.

- Agora, que descobrimos que o rei vai nú, saibamos manter os olhos abertos, partilhar a sua vergonha, reprimir institutos regicidas e tecer as roupas que hão-se tapar o que outros quiserem descoberto.

Os autores deste artigo basearam a sua análise nas contas do Serviço Nacional de Saúde de 1985 a 1987 e assumiram um conjunto de denúncias cuja importância, na altura, teve um impacto muito importante.

A título de curiosidade, importa referir que o Dr. Jorge Almeida Simões tem sido o assessor do Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio, para as questões da saúde e que o Dr. Artur Morais Vaz foi, de 1996 a 2003, um dos principais responsáveis pela gestão privada do Hospital Amadora/Sintra.

Apesar de todos os dados existentes, um ex-secretário de estado durante parte do mandato ministerial da Dr.^a Leonor Bezeza, Dr. Faria de Almeida, médico no Porto, insistia, o ano passado, na tese de que “com as nacionalizações decorrentes da revolução, surgiu o Serviço Nacional de Saúde que, por mais virtuoso que quisessem fazê-lo, trouxe “perdas inestimáveis”. (Tempo Medicina, 7/4/2003). Sendo já, nessa altura, amplamente conhecido o conteúdo do relatório da OMS, estas declarações constituem uma demonstração inequívoca do tipo de rigor político utilizado pelos inimigos do SNS na sua obstinada campanha ideológica. Tendo o SNS contribuído decisivamente para arrancar o nosso país do último lugar a nível da Europa e colocá-lo nos primeiros lugares mundiais no campo da saúde, ficamos mais elucidados sobre as tais “perdas inestimáveis”.

Por outro lado, há que ter bem presente as insuspeitas afirmações da Eng.^a Isabel Vaz, referidas no capítulo anterior, sobre “a componente privada vastíssima” do nosso sector da saúde para melhor avaliarmos a campanha desenvolvida.

Simultaneamente a esta argumentação anti-estatizante, foi desenvolvido o princípio da “liberdade de escolha do médico pelo doente” como fórmula alternativa ao SNS e com o objectivo de criar um quadro hegemónico da medicina convencional na prestação dos cuidados de saúde. Este cativante apelo à liberdade de escolha constitui aquilo que se pode considerar como “publicidade enganosa”, dado que a maioria dos portugueses não possui um nível de vida que lhe permita pagar os preços de consultas privadas efectuadas pelos médicos mais prestigiados e de maior projecção profissional, que seriam os mais “escolhidos”.

- “A imoral gratuidade” da saúde

Mais tarde, surgiu o argumento de que era imoral e económica insustentável que a saúde fosse gratuita para todos os cidadãos independentemente dos seus rendimentos, colocando em pé de igualdade os que poderiam pagar os cuidados de saúde e as camadas mais desfavorecidas da população.

Na base destes pressupostos, era defendida a proposta de que os cidadãos de maiores rendimentos deveriam pagar uma importante percentagem dos cuidados de saúde recebidos, de modo a garantir que os mais desfavorecidos continuassem a usufruir da gratuidade.

Este tipo de argumento, esgrimido até à exaustão, determinou que na última revisão constitucional, por acordo entre o PSD e o PS, fosse alterado o artigo 64º, passando o SNS a ser definido como “tendencialmente gratuito” em vez de gratuito. Desde logo, esta alteração possibilitou a implementação das taxas moderadoras, cuja essência constitui um imposto adicional no acesso aos cuidados de saúde. Rapidamente se verificou que o chamado “tendencialmente gratuito” foi resvalando para o tendencialmente pago.

Mas esta apregoada gratuidade constitui outro exemplo mistificador da realidade, sem

qualquer fundamento sério. Não é verdade que as verbas do Estado destinadas à saúde são provenientes do Orçamento de Estado? E o Orçamento de Estado não resulta do dinheiro dos contribuintes, designadamente da carga fiscal que lhes é aplicada? Assim, importa clarificar que o SNS nada tem de gratuito, sendo suportado pelo pagamento prévio dos impostos. E se não forem adoptadas medidas de “fuga” ao adequado pagamento dos impostos, os cidadãos são tributados em função dos seus rendimentos. Ou seja, quem mais ganha, mais paga de impostos.

Por esta via, e no plano teórico, está assegurado o esforço solidário na garantia da universalidade de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, todos sabemos que o nosso sistema fiscal é injusto e muito permeável a vários e diversificados expedientes de “fuga”, como se verificou, há alguns anos atrás, com a reintrodução do pagamento das propinas no ensino universitário, através de casos relatados pela comunicação social. Ao contrário dos sectores empresariais, quem trabalha por conta de outrem não dispõe destas possibilidades de “fuga”.

Como já foi referido anteriormente, e além da carga fiscal, os cidadãos portugueses pagam directamente cerca de 40% das suas despesas de saúde, incluindo as taxas moderadoras.

Aqueles que contestaram a suposta gratuitidade pretenderam escamotear o facto dos cuidados de saúde serem somente “gratuitos” no acto da sua prestação.

- A superioridade da gestão privada

A campanha política que tem envolvido maiores investimentos “publicitários” dos detractores do SNS é a da suposta superioridade natural da gestão privada relativamente à gestão pública.

Segundo os arautos desta campanha, a gestão pública seria sempre ruínosa, conduzia a graves desperdícios, e traduzia-se por baixos níveis de eficiência. Além disso, o Estado era sempre um mau gestor, não demonstrando capacidade para rentabilizar os recursos existentes, conduzindo a uma permanente insatisfação dos cidadãos.

Quanto à gestão privada, a sua própria natureza seria, desde logo, uma garantia de êxito e possibilitaria obter resultados muito superiores a nível do funcionamento dos serviços de saúde e da própria satisfação dos utentes. De acordo com a experiência existente em diversos países e com os múltiplos estudos efectuados, mesmo no plano específico da saúde, não se verifica qualquer evidência acerca desta apregoada superioridade. Se esta campanha correspondesse à verdade dos factos, não assistiríamos todos os dias à falência de importantes empresas, mesmo de âmbito multinacional.

Nos últimos anos, sucederam-se os escândalos financeiros e de gestão ruínosa que levaram à falência grandes gigantes multinacionais como a Worldcom, Enron, Global Crossing, Financial Corp. of América, Adelphia Communications, Kwart Corporation, Finova Group e, mais recentemente, a Parmalat.

Nestes processos, largas dezenas de milhares de trabalhadores ficaram desempregados e um número muito elevado de accionistas perderam todos os seus investimentos.

A Enron era um “gigante” energético, colocada como a 7ª companhia mais importante dos EUA, e a sua bancarrota desencadeou uma onda de escândalos financeiros que sacudiram profundamente este país e mudou a percepção que existia sobre o comportamento empresarial. Entre 1996/1999, de acordo com a investigação realizada pelo Comité de Finanças do Senado, não pagou os impostos sobre os lucros (7). Em todo o processo de falência da Enron, a empresa de consultoria “Arthur Andersen” actuou activamente na ocultação de informação e destruição de documentos (8).

Uma das operações teóricas e políticas mais bem sucedidas do neoliberalismo foi instaurar os debates em torno da oposição estatal / privado.

A deslocação do debate para este eixo traduz-se numa situação de favorecimento das teses neoliberais, em que o estatal é caracterizado como ineficiente, aquele que cobra impostos e desenvolve maus serviços à população, como burocrático, como corrupto, como opressor. Enquanto que o privado é promovido como espaço de liberdade individual, de criação, de imaginação, de dinamismo.

Como refere o Prof. Emir Sader, a oposição estatal / privado reduz o debate a dois termos que, na realidade, não são necessariamente contraditórios, porque o estatal não é um pólo, mas um campo de disputa que, nos nossos tempos, é hegemónico pelos interesses privados.

Quanto ao privado, ele não constitui a esfera dos indivíduos, mas representa os interesses mercantis, como se verifica nos processos de privatização, que não se traduziram em processos de desestatização em favor dos indivíduos e beneficiaram as grandes corporações privadas, as que dominam o mercado.

Dentro do próprio Estado desenvolve-se, de forma surda ou aberta, o conflito e a luta entre os que defendem os interesses públicos e os interesses mercantis, entre o que Pierre Bourdieu chamou de braços esquerdo e direito do Estado. Nesse sentido, a polarização essencial não se verifica entre o estatal e o privado, mas entre o público e o mercantil (9).

Embora a argumentação ideológica em torno desta matéria se desenvolva a nível internacional, existem ainda aspectos que importa sublinhar no contexto da experiência vivida no nosso país, nomeadamente o facto de alguns gestores de empresas privadas, aureolados de grande competência, que são colocados em serviços ou empresas públicas e cujos resultados práticos são desastrosos. Ou então, gestores com um percurso profissional de incompetência, que nos serviços públicos se limitam a confirmar as “credenciais”. No primeiro caso, será que ao assumirem funções nestes serviços os gestores competentes são atacados de amnésia?

Estas situações constituem um testemunho claro de uma acção premeditada e intencional de conduzir os serviços públicos a uma acentuada degradação dos seus níveis de desempenho, de modo a criar, junto dos cidadãos, uma imagem negativa destes serviços e uma crescente insatisfação que legitime a posterior privatização como “solução salvadora”.

A nível da saúde, no nosso país, estas “conspirações” gestionárias têm sido muito frequentes e sofreram um novo impulso com a criação dos chamados hospitais S.A..

No que se refere ao Hospital Amadora / Sintra, construído e equipado com dinheiros públicos, que possui uma gestão privada, verificamos que o seu desempenho não tem confirmado a tese da tal superioridade natural deste tipo de gestão relativamente à gestão pública.

Aquilo que distingue as chamadas gestão pública e privada situa-se exclusivamente ao nível do quadro normativo legal em que são desenvolvidas e a quem se dirigem os ganhos obtidos. O resto são técnicas de gestão que serão aplicadas com maior ou menor competência pelos seus executores directos.

- Os custos “excessivos” da saúde

Acompanhando a tendência internacional nos países mais desenvolvidos, também em Portugal as despesas de saúde têm vindo a aumentar progressivamente nos últimos 30 anos.

Este aumento das despesas vai continuar na generalidade dos países devido a causas claramente identificadas, nomeadamente:

- aumento considerável da esperança de vida.

- substancial envelhecimento das populações, determinando um maior consumo de consultas e de medicamentos, e colocando exigências acrescidas de criação de soluções a nível, por exemplo, de cuidados continuados.
- emergência de novas doenças com uma considerável expansão, cujas terapêuticas prolongadas são bastante caras.
- o desenvolvimento e difusão de novas e mais sofisticadas tecnologias médicas de diagnóstico e de tratamento com custos cada vez maiores.
- aparecimento de novos e mais eficazes medicamentos, com custos muito superiores.

Os argumentos utilizados em torno dos custos “excessivos” da saúde e da necessidade de lhes pôr termo, não têm, no nosso país, uma fundamentação credível.

Tendo em conta o quadro anexo, podemos verificar que, de acordo com dados mais recentes, as despesas de saúde por cada habitante do nosso país são de 758 euros. E se compararmos este valor com outros países da união Europeia (U.E.) ficamos com uma noção mais rigorosa sobre os tais custos “excessivos”.

A média dos 15 países da U.E., antes do último alargamento, era quase o dobro do nosso, enquanto que, por exemplo, a Bélgica, a Dinamarca e a Suécia tinham mais do dobro das despesas por habitante.

Esta constatação não invalida o desenvolvimento permanente de medidas que rentabilizem adequadamente os recursos disponíveis, que combatam os desperdícios e que promovam formas organizacionais mais eficazes.

No entanto, a leitura deste quadro demonstra que também esta linha de argumentação não revela seriedade nos seus propósitos políticos.

Despesas com a saúde em Portugal e em outros países da UE15

Países	População 2002 Milhões	PIB Per capita Em €	Despesas Saúde % do PIB	Despesas Saúde Euros/Hab.	N.º vezes da Despesa de Saúde Portugal
UE15	374.849	23.521	6,2%	1.458	1,9
Bélgica	10.310	24.888	6,3%	1.568	2,1
Dinamarca	5.344	33.951	5,3%	1.799	2,4
Alemanha	81.535	25.302	6,2%	1.569	2,1
Grécia	10.371	12.577	3,9%	491	0,6
Espanha	40.258	16.151	5,5%	888	1,2
França	57.908	25.277	10,8%	2.730	3,6
Irlanda	3.897	29.622	5,7%	1.688	2,2
Itália	57.397	21.196	5,8%	1.229	1,6
Holanda	15.948	26.637	4,0%	1.065	1,4
Áustria	7.980	26.404	8,1%	2.139	2,8
Portugal	10.359	11.845	6,4%	758	-
Finlândia	5.178	26.083	5,9%	1.539	2,0
Suécia	8.925	26.237	6,3%	1.653	2,2
Inglaterra	59.004	26.960	5,8%	1.564	2,1

Fontes: PIB e População - Eurostat

Saúde: Percentagem do PIB em 1999 - OECD Economic Surveys-Portugal-2003

- Outros argumentos mais recentes

Nos últimos anos, e incorporando o vocabulário elaborado pelas instâncias internacionais que conduzem a ofensiva neoliberal e privatizadora, começaram a surgir, no nosso país, designações mais rebuscadas com vista à consagração legal desta política destruidora do direito constitucional à saúde.

Alguns desses exemplos são a competição gerida, a separação da função prestadora da função financiadora e a gestão empresarial, que serão adiante desenvolvidos.

Tratando-se de designações assentes em aparentes conceitos técnicos, o seu claro propósito político é dissimular a essência dos seus reais objectivos, evitando uma imediata contestação dos cidadãos / contribuintes.

A GLOBALIZAÇÃO NEOLIBERAL

O facto do sector da saúde estar a ser objecto, em diversos países, de um conjunto de medidas directamente emanadas da política neoliberal, implica que se proceda a várias referências de caracterização muito sumária desta política para melhor se enquadrar a posterior abordagem específica da saúde.

Origens e queda do liberalismo

O liberalismo, como teoria, fez o seu aparecimento na Grã-Bretanha nos finais do século XVIII e princípios do século XIX.

O liberalismo foi o resultado da síntese de diversos conceitos formulados em diferentes momentos durante o ascenso da produção industrial manufactureira, e teve como principal expoente o economista escocês, Adam Smith (1732-1790) (10).

Em 1776, publicou a sua principal obra “An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations”, que se tratou, essencialmente, de um estudo sobre a criação da riqueza.

Em termos gerais, A. Smith defendeu a abolição da intervenção governamental nos assuntos económicos e das barreiras ao comércio, considerou que o livre comércio era a melhor forma de desenvolver a economia de uma nação e que a livre competição funcionaria com uma “mão invisível” de autoregulação. Simultaneamente, considerou o capitalismo como estado natural das relações sociais (11).

A estes conceitos foi agregada a chamada “Lei de Say”, da autoria do francês Joan Batista Say (1767-1832) que colocava a questão de que “toda a oferta cria a sua própria procura”, consagrando uma concepção eterna e perpétua das relações, sem crises económicas (10).

Esta doutrina teve outros seguidores, dos quais se destacou o economista inglês David Ricardo (1772-1823) que desenvolveu a análise da teoria do valor, referindo, nomeadamente, que o valor de uma mercadoria está determinado pela quantidade de trabalho nela contido (12). Em 1817, publicou uma das suas principais obras com o título “Princípios da Economia Política e Tributação”, tendo-se distinguido contra as leis de protecção aos pobres e na defesa do controlo da natalidade, partindo do princípio que o salário no mercado era afectado pelo crescimento da população e tendo em conta a dramática diminuição dos salários na Inglaterra nos princípios do século XIX.

Os princípios básicos do liberalismo poderão sintetizar-se em torno do indivíduo como fonte dos seus próprios valores morais, da ausência de quaisquer controlos, de uma política de total liberdade económica, que se denomina “laissez faire”, e de uma doutrina de governo limitado e restringido a assegurar as suas funções básicas da organização da sociedade, nomeadamente, a liberdade, a segurança e a justiça (13).

O liberalismo foi a doutrina económica e política dominante até à catastrófica crise económica mundial do capitalismo de 1929 a 1933. Esta crise levou ao surgimento, no período da 2ª Guerra Mundial, de outra corrente de pensamento económico que teve o nome do economista britânico John Maynard Keynes. O Keynesianismo sustentou, entre outras medidas, a necessidade da intervenção do Estado na economia como forma de garantir uma política de pleno emprego necessária ao crescimento do próprio sistema

capitalista. Os Keynesianos sustentavam, correctamente, que a procura que geravam os trabalhadores ocupados tinha um efeito estimulante sobre as economias deprimidas. Ainda antes do aparecimento formal desta corrente, o Presidente dos EUA, Franklin Roosevelt, a partir de 1933, aplicou o chamado “New Deal” que determinou uma mudança substancial na política económica liberal como forma de ultrapassar a dramática crise existente.

O Keynesianismo, que se manteve como corrente predominante até meados da década de 1970, implicou a generalização do “Estado de Bem-Estar Social”, entendido como o conjunto de acções públicas tendentes a garantir a todos os cidadãos o acesso a um mínimo de serviços que melhorasse as suas condições de vida.

O aparecimento do neoliberalismo

Em meados da década de 1970, com o fim do crescimento económico e a existência da crise monetária, surgiu o neoliberalismo assente num conjunto de ideias baseadas nos postulados do liberalismo clássico dos tempos de Adam Smith.

Com largos anos de antecedência e ainda em pleno auge do Keynesianismo, um pequeno “embrião” neoliberal da Universidade de Chicago (EUA), encabeçado pelo filósofo e economista Friedrich August von Hayek que com um grupo de discípulos, entre os quais se destacava Milton Friedman, começou a criar uma ampla rede internacional de fundações, institutos, centros de investigação e publicações, agregando académicos, escritores e jornalistas, com o propósito de desenvolver e promover as suas doutrinas. (14).

Milton Friedman assumiu-se como expoente desta nova corrente e obteve, em 1976, o Prémio Nobel da Economia devido aos seus trabalhos sobre monetarismo.

Estes técnicos neoliberais consideravam que o Estado apenas podia desempenhar o papel de supervisor e garantiam que quanto maior liberdade de investimentos e de actividade tivessem as empresas privadas, maiores seriam o crescimento e a prosperidade para todos. Em 1971, o então presidente dos EUA, Richard Nixon, iniciou o desmantelamento do sistema de Bretton Woods, criado em 1944, e eliminou o princípio da convertibilidade do dólar em ouro. O sistema de Bretton Woods resultou de acordos entre 45 Estados, cujos objectivos foram a reconstrução da Europa no pós-guerra e a regulamentação dos problemas monetários, criando um novo sistema monetário assente na convertibilidade das divisas e na estabilidade das taxas de câmbio. Para atingir estes objectivos foram criados o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

No final da década de 1970, os primeiros a aplicar as receitas do neoliberalismo foram Augusto Pinochet, no Chile, e Margareth Thatcher, na Grã-Bretanha, logo seguidos, a partir de 1981, por Ronald Reagan nos EUA.

Logo após a sua eleição, Reagan iniciou uma violenta política de cortes massivos nos gastos sociais, a aplicação de grandes reduções dos impostos às classes mais ricas e uma ofensiva generalizada contra as organizações sindicais.

Através do eixo político-ideológico Reagan / Thatcher, o neoliberalismo foi assumido como modelo hegemónico para o capitalismo à escala mundial. Graças ao Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e, mais tarde, a Organização Mundial do Comércio (OMC), generalizaram-se as políticas de liberalização económica e financeira, a desregulamentação, privatização, precarização das relações de trabalho e a acentuada diminuição do papel social do Estado.

Simultaneamente, as centrais ideológicas do neoliberalismo desenvolveram uma incessante actividade de criação de novas definições políticas com o objectivo de mistificar a essência deste modelo e de impedir uma maior resistência dos cidadãos às suas medidas anti-sociais. Assim, surgiram os conceitos de “sociedade pós-industrial”, “sociedade do

pós-trabalho”, “era tecnocrática”, “pós-modernidade”, “mundialização”, “fim da história”, “pensamento único” e “globalização”.

O conceito do “fim da história”, formulado pelo norte-americano Francis Fukuyama, teve como objectivo principal transmitir a ideia, junto da opinião pública internacional e dos trabalhadores, que todos os esforços para criar uma sociedade mais justa e solidária estavam condenados ao fracasso, dado que não existiria qualquer alternativa ao capitalismo. Este “fim da história” já foi proclamado várias vezes, nomeadamente nas décadas de 1920 e 1950, mas nunca correspondeu à verdade da vida.

O “pensamento único” condensa uma preocupante concepção totalitária e fascizante quanto à não admissibilidade do debate de ideias e à exclusão de quaisquer perspectivas alternativas.

A globalização acabou por se tornar o conceito mais utilizado no vocabulário político internacional, assumindo a definição principal do modelo neoliberal.

Os instrumentos neoliberais

Em 1947, foi estabelecido um acordo comercial por 23 países que se denominou GATT (General Agreement on Tariffs and Trade). Este acordo veio assumir o papel que na política comercial tinha sido conferido à fracassada Organização Internacional do Comércio (OIC), criada no ano anterior (1946).

A OIC deveria promover um comércio mundial ordenado sob a jurisdição da Organização das Nações Unidas (ONU), levando explicitamente em conta importantes considerações sociais, incluindo o pleno emprego e os direitos humanos e sociais garantidos pela Declaração dos Direitos Humanos da ONU. Teve até competências definidas para regular o capital transnacional, assegurando que ele servisse estes objectivos sociais. Mas a OIC foi um “nado morto” pela acção de boicote dos EUA, que promoveu o GATT sem a jurisdição da ONU. (15)

Até ao final da década de 1970, o GATT concentrou-se exclusivamente na redução das tarifas aduaneiras. Nesta altura, surgiu o chamado “Consenso de Washington” que constitui um modelo global de economia baseado nos princípios da privatização, do mercado livre e da desregulamentação, coincidindo com o despontar de gigantescas corporações multinacionais.

O ciclo de negociação do Uruguai, entre 1986/1994, determinou a expansão destes conteúdos, referindo pela primeira vez os serviços públicos e abrangendo múltiplas áreas normalmente não associadas ao comércio.

No início de 1995, entrou em vigor o “Acordo Geral de Comércio e Serviços”, que se inseriu no conjunto de compromissos que deram origem à O.M.C. e cujas implicações são o domínio dos mercados por um reduzido número de companhias privadas, abertura de todos os serviços públicos à privatização, a perda do controlo democrático dos serviços públicos e a eliminação de serviços básicos e de postos de trabalho.

As decisões que têm vindo a ser tomadas no seio da O.M.C. são determinadas pela convergência e acção conjunta dos EUA, União Europeia, Japão e Canadá, em função da defesa dos interesses das respectivas multinacionais. Na O.M.C., a nível dos processos de negociação ou decisão, não têm lugar os representantes do mundo do trabalho, enquanto que o patronato está amplamente representado.

Neste contexto, e tendo como objectivo nuclear conduzir à privatização de todos os serviços públicos, foi desenvolvida uma estruturada campanha ideológica de crítica constante ao funcionamento destes serviços, conseguindo que uma parte importante das sociedades aceitasse a falácia de que estes seriam muito mais eficazes se fossem entregues

à competição do mercado e à gestão de consórcios privados. Esta campanha visa também escamotear totalmente que os serviços públicos foram estabelecidos para satisfazer as necessidades das pessoas e não para satisfazer o comércio ou os lucros económicos. Devem ser regidos por objectivos de interesse social e não por critérios de mera rentabilidade. De acesso universal, mantidos por uma fiscalidade solidária, os serviços públicos representam um dos direitos sociais mais significativos alcançados pela cidadania ao longo da história, tornando-se indispensáveis para lutar contra as desigualdades sociais e territoriais. (27) Quando se tratam de serviços públicos essenciais, a equidade e o acesso universal são muito mais importantes que a eficiência. Os serviços essenciais são centrais no contrato social entre o governo e os seus cidadãos.

A liberalização destes serviços não só afecta o crescimento económico e o comércio, como também tem grande impacto na prestação de direitos essenciais aceites como direitos humanos, tais como a saúde, a educação e o acesso à água. O próprio Comité das Nações Unidas de Direitos Económicos, Culturais e Sociais declarou, em Novembro de 2002, que os Estados membros da OMC deveriam considerar as consequências a que conduziria a liberalização do comércio de serviços, especialmente na saúde, educação e água (29).

Em Setembro de 1995, e apesar de já existir a OMC, os EUA tomaram a iniciativa de promover conversações no seio da OCDE para elaborar o “Acordo Multilateral de Investimentos”. Este novo acordo teve como objectivo proceder à absolutização dos direitos dos investidores estrangeiros em qualquer área, sector ou actividade, sem nenhuma restrição. Têm o direito de contestar qualquer política ou acção governamental que possam considerar como ameaças potenciais aos seus lucros e de exigir dos governos a plena concretização dos investimentos contra todas as perturbações que possam diminuir a sua rentabilidade. Qualquer intervenção governamental que represente uma restrição da lucratividade efectiva ou potencial dá o direito a uma indemnização ao investidor estrangeiro.

O texto do acordo abre um amplo espaço para que os investidores possam exercer, segundo as suas próprias interpretações, o direito à indemnização ou exigir a revogação das medidas consideradas discriminatórias. A perda de uma oportunidade de obtenção de lucros é suficiente para justificar a exigência de indemnizações (28).

No desenvolvimento global desta política, o Banco Mundial, em sentido estratégico, é uma instituição mais importante que o FMI. Tem como objectivos levar por diante todas as transformações sociais, institucionais, jurídicas e económicas que permitam a construção do Estado neoliberal. A sua intervenção desenvolve-se a partir da chamada “reforma estrutural”, que consiste num conjunto de mudanças visando diminuir gradualmente o papel do Estado na economia e na sociedade até à sua virtual eliminação como entidade reguladora, construindo o “Estado mínimo” dedicado somente à segurança do território, à segurança interna, à vigilância no cumprimento dos contratos e à administração da justiça. No Banco Mundial estão representadas várias instituições, sendo as mais importantes o “Banco Internacional de Reconstrução e Fomento”, a “Corporação Financeira Internacional”, a “Agência Multilateral de Garantia para os Investimentos” e a “Agência de Desenvolvimento Internacional”.

A sua acção dirige-se para os actores sociais e as instituições estatais, operando também com importantes empresas privadas, e possui no seu interior um amplo conjunto de “think-tanks”, que podemos traduzir como “comissões de pensadores” e que se podem definir como centros de investigação, de propaganda e de divulgação de ideias de carácter político, responsáveis pela elaboração de documentos, conceitos, noções, reflexões teóricas, estratégias de intervenção e técnicas de manipulação. As suas tarefas são de longo prazo, necessitando desenvolver, para este efeito, uma ampla estratégia de acção e de intervenção em cada um dos países em que actua. O país que é alvo destas acções não tem a menor

capacidade para discutir, modificar ou estruturar essa “ajuda”. Inclusivé, os técnicos contratados estão sob a autoridade do Banco Mundial e não desse país (16).

Na década de 1990, o Banco Mundial, o FMI e o Banco Interamericano de Desenvolvimento atribuíram importantes pacotes de crédito ao Equador exigindo a privatização da empresa pública da água. Em 1996, o Banco Mundial condicionou um empréstimo de 14 milhões de dólares à privatização da empresa de águas SEMAPA. Em 1998, no México, o Banco Mundial fez fortes pressões para a privatização da electricidade, apesar da enorme contestação popular e do historial de corrupção. Neste período, as exigências semelhantes de privatização da electricidade no Brasil conduziram a um aumento de 65% das tarifas para os consumidores (29).

O FMI foi criado para apoiar situações de desequilíbrio cambial e desempenhar o trabalho de curto prazo relativo às medidas económicas a nível da fiscalidade. Joseph Stiglitz, Prémio Nobel da Economia e vice-presidente do Banco Mundial de 1997 a 2000, afirmou que “quando o FMI decide ajudar um país, despacha uma missão de economistas. Estes frequentemente carecem de experiência suficiente. O mais provável é que tenham maior conhecimento, em primeira mão, sobre os hotéis de 5 estrelas que dos povos da zona rural... Em um período de dias ou semanas são responsáveis por desenvolver um programa coerente que reflecta as necessidades do país... Os modelos matemáticos que o FMI usa são frequentemente defeituosos ou antiquados. Os críticos acusam a instituição de abordar a economia como se tratasse de um molde para fazer bolachas, e têm razão. Sabe-se de equipas de trabalho para um país que elaboraram rascunhos de relatórios antes de o visitarem. Ouvi histórias de um desafortunado incidente ocorrido quando os membros de uma equipa copiaram extensas partes do relatório correspondente a um país e as transferiram na sua totalidade para outro. Haviam conseguido o seu propósito se não se tivessem verificado falhas no processador de texto, deixando o nome do primeiro país em algumas partes” (17).

Estas insuspeitas afirmações são mais que elucidativas sobre o tipo de intervenção e os objectivos reais do FMI. A verdade é que a intromissão do FMI nas economias dependentes só tem conduzido ao aprofundamento das dificuldades.

O FMI e o Banco Mundial, teoricamente criados para facilitar o crédito aos países necessitados, visando o seu desenvolvimento ou enfrentar crises, tornaram-se instituições que potenciam o domínio das grandes multinacionais (18).

O FMI e o Banco Mundial são os sustentáculos dos “mandamentos” estabelecidos com o “Consenso de Washington” e que consistem em (19):

- disciplina fiscal (para pagar prioritariamente a dívida externa, em detrimento da dívida social).
- despesa pública reduzida (limitando somente aquilo que não interessa ao mercado).
- reforma fiscal (com critério regressivo: os que mais têm, menos pagam).
- taxas de juro positivas.
- câmbio competitivo.
- políticas comerciais não proteccionistas (só se aplicam aos países periféricos).
- abertura para o investimento externo.
- desregulação da actividade económica.
- segurança jurídica para os direitos dos proprietários.

ASPECTOS DA GLOBALIZAÇÃO

A globalização apresenta as seguintes características fundamentais:

- Desregulação das finanças e dos mercados.
- Massiva privatização do sector público.
- Desmantelamento da legislação laboral e dos direitos sociais.
- Destruição do emprego público.
- Um ciclo caracterizado pelo enorme crescimento das transacções financeiras puramente especulativas, reduzindo drasticamente o investimento produtivo.
A produção, transporte e venda de coisas concretas somente ocupa 5% a 8% da economia mundial, enquanto o resto se refere simplesmente à compra e venda de valores e moedas (20, 21).
- Quantidades fabulosas de dinheiro são transaccionadas em segundos nos circuitos electrónicos que unem o mundo das finanças.
- A internacionalização do próprio processo de produção, com o fabrico de diferentes partes do produto final em diversos lugares geográficos.
- Gigantesca esfera da economia financeira, cujos principais actores são os bancos, as instituições financeiras e os fundos privados de pensões.
- Os lucros obtidos não se baseiam na produção de novos valores.
- Enormes desenvolvimentos tecnológicos.
- Volatilidade das economias nacionais e criação de uma economia mundial cada vez mais desequilibrada.
- Escalada de macrofusões de grandes empresas multinacionais.
- Concentração crescente da riqueza.
- Restrições crescentes das liberdades cívicas.
- Deslocalizações da actividade produtiva.

Além destas referências, existem diversos aspectos mais específicos cuja abordagem permitirá colocar em causa alguns dos dogmas neoliberais.

O neoliberalismo tem implicado a desresponsabilização do Estado, e ao fazê-lo está, de facto, a desresponsabilizar a sociedade. No entanto, não é o papel do Estado que tem mudado, mas a natureza da sua intervenção. Ou seja, é a nível social que esta acção de desresponsabilização se tem feito sentir, continuando o Estado nacional a ser o local primordial onde as estratégias de acumulação e os projectos hegemónicos se desenvolvem e executam.

Os principais países desenvolvidos, embora fazendo contínuas exigências de cumprimento radical das orientações anti-estatais pelos países periféricos, tem adoptado uma posição activa para fomentar a competitividade das suas empresas.

A título de curiosidade, importa referir que, pelo menos até 2002, o principal negociador da Boeing na Europa era o próprio embaixador americano em Bruxelas, sob a directa supervisão do governo americano (21).

Sem a intervenção do Estado no apoio directo às principais empresas, muitas delas, em diversos momentos, teriam falido. As políticas de subsídios e de amplas diminuições de impostos às empresas nacionais, bem como o estabelecimento de importantes tarifas alfandegárias aos produtos oriundos dos países periféricos, têm constituído alguns dos mecanismos desenvolvidos na preservação da hegemonia político-económica.

A obsessão privatizadora dos serviços públicos tem sido sempre acompanhada de importantes campanhas ideológicas contra a ineficácia e a incapacidade de gestão do Estado. O extremismo que tem caracterizado estas campanhas encontra-se bem exemplificado nas declarações de um economista argentino, Ricardo Rojas, durante o “16º Fórum da Liberdade”, realizado em 2003, em que defendeu a privatização das ruas como uma solução para enfrentar o problema da violência urbana. O “Fórum da Liberdade” é uma iniciativa organizada pelo Instituto de Estudos Empresariais e pretende ser um

contraponto liberal ao Fórum Social Mundial (46).

A sucessiva eliminação dos direitos sociais, a criação de um ambiente de exaltação do individualismo, o acentuado aumento do desemprego e a degradação salarial contínua foram apresentadas como condições indispensáveis para se regressar a um novo ciclo de desenvolvimento.

Samir Amin, um dos vários analistas que se tem debruçado sobre esta matéria, chama a atenção para o facto da dominação das lógicas financeiras sobre os investimentos produtivos resultar da crise de acumulação do capital. O capital sobranante, cuja tendência lógica é investir na esfera produtiva, não pode fazê-lo porque sabe que a procura não é suficiente. E aí, existe uma das grandes contradições do capitalismo: para ganhar mais, procura conseguir uma força de trabalho o mais barata possível, mas isto determina que ganha mais no imediato e a mais longo prazo fica sem mercado para os seus produtos, porque os baixos rendimentos dos trabalhadores restringem as suas possibilidades de compra (20).

Há que ter presente que o ciclo global de crescimento económico do período após a 2ª Guerra Mundial se construiu sobre a crítica, mais ou menos radical, ao liberalismo. Ao longo de cerca de 25 anos de modelo neoliberal, foi criada uma oligarquia mundial de uma riqueza e poder tão concentrados como não se tinha visto em nenhuma outra etapa histórica da humanidade. Através de uma escalada de macrofusões, vai ficando em cada sector económico um número tão reduzido de empresas que, por acordo mútuo, estão em condições de determinar, por bastante tempo, não só os preços de venda, mas inclusivé os preços de compra. Impõem às empresas menores que as forneçam de matérias-prima e auxiliares, componentes e produtos semi-acabados, a preços de compra bastante penalizadores para estas últimas.

O Monsenhor Pedro Casaldáliga, bispo de São Félix do Araguaia (Mato Grosso / Brasil), afirmou numa entrevista, em Maio de 2003, que o neoliberalismo é a idolatria da morte (22). De facto, o contínuo crescimento da pobreza tem vindo a tornar-se a face dramática da globalização, em que 2,6 biliões de pessoas não têm acesso a condições sanitárias básicas, 1,5 biliões não têm acesso água potável, 45% da população mundial vive com menos de 2 dólares por dia e 1/3 da força do trabalho está desempregada ou subempregada (23, 24).

Em 1993, 1% da população mundial recebeu uma fatia maior do rendimento do que os 57% da base.

Os países de rendimentos médios e baixos, juntos, representam 85% da população mundial e recebem aproximadamente 20% dos rendimentos mundiais (20).

Dos mais de 5 mil milhões de habitantes do mundo, apenas 500 milhões vivem confortavelmente (20).

Em 1960, os 20% mais ricos da humanidade dispunham de uma riqueza 30 vezes maior que os 20% mais pobres. Hoje, a proporção é de 74 vezes (18).

Na América Latina existem 226 milhões de pobres, que representam 44% da população (25).

Na U.E. existem mais de 20 milhões de desempregados e 30 milhões de pobres (20).

De acordo com os dados do próprio Banco Mundial, divulgados em 1999, os 20% mais ricos da população apropriam-se de 83% da riqueza total (26).

Segundo números do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 1999), nos países do Terceiro Mundo existem 100 milhões de pessoas sem abrigo e 160 milhões de crianças estão em estado de inanição alimentar.

No final de 2003, a OMS divulgou um relatório onde denunciou que morrem, em todo o mundo, 500 crianças por cada hora como resultado da pobreza e da desigualdade social.

Os 225 maiores multimilionários possuem fortunas pessoais superiores aos rendimentos de 2.500 milhões de pessoas mais pobres do planeta (18).

O “perfume” da corrupção

Como já foi referido anteriormente, nos últimos anos têm-se sucedido os escândalos financeiros e as falências de grandes gigantes multinacionais.

A ENRON constitui um dos exemplos mais elucidativos destes processos fraudulentos, merecendo uma referência particular.

Foi criada em 1985, mediante a fusão de 2 companhias de gasodutos, a InterNorth e a Houston Natural Gas, que formaram a mais importante rede de gasodutos dos EUA.

Em 1989, quando a Grã-Bretanha começou o seu plano de desregulamentação e privatização da electricidade com o governo de Margaret Thatcher, a ENRON instalou em Londres uma “oficina” com mais de 400 pessoas. Entretanto, alargou a sua actividade na Europa, Argentina, Austrália e tornou-se o principal distribuidor de electricidade no Brasil. Operava em cerca de 40 países e no seu apogeu controlava 20% do mercado da electricidade nos EUA e Europa.

Na costa oeste dos EUA, a ENRON controlava o mercado da electricidade. No primeiro semestre de 2001, as autoridades californianas decretaram em 38 ocasiões o estado de emergência energética e o abastecimento eléctrico foi suspenso durante centenas de horas devido às manipulações da ENRON, que provocavam sistemáticos cortes de energia para fazer aumentar os seus preços.

A desregulamentação do mercado da energia foi levada a cabo, em 1996, pela presidência de Bill Clinton e em França o governo presidido pelo socialista Lionel Jospin fez com que a Assembleia Nacional adoptasse, a 2/5/2001, uma lei sobre as “novas regulações económicas”, directamente inspirada no modelo americano (37).

Em 1998, a ENRON iniciou-se no mercado privado da água com a aquisição da companhia britânica Wessex Water. Simultaneamente, converteu-se num banco de investimento com operações de corretagem internacional. Nos papéis que apresentou à Comissão de Valores dos EUA, a ENRON definia-se como uma empresa de “corretagem, valores e intermediação”.

Durante os seus últimos 5 anos de actividade, a ENRON utilizou mais de 800 paraísos fiscais para a evasão milionária aos impostos. Poucas semanas antes da falência, os administradores convenceram os seus empregados a adquirir acções, simulando possuírem as finanças de boa saúde. Com o seu desmoronamento ficaram desempregadas mais de 20.000 pessoas e muitos milhares de accionistas perderam as suas acções, bem como as poupanças.

Em 7 edições, a revista “Fortune” tinha consagrado a ENRON como a empresa mais inovadora. Simultaneamente, era considerada com um exemplo de êxito do modelo “governo de empresa”, modelo este criado com os objectivos de resolver a contradição entre os interesses dos accionistas e dos gestores, de reduzir as assimetrias de informação entre eles, incitar os gestores a gerir as empresas no interesse dos accionistas e a aumentar o valor das acções.

O presidente era Kenneth Lay, amigo, assessor e contribuinte da família Bush. É também director do gigante farmacêutico Eli Lilly and Company, da Compaq Computer e da Trust Company of the West.

Enquanto se desenvolviam as actividades fraudulentas da ENRON, Kenneth Lay afirmou no “The San Diego Tribune” a 2/2/2001, que: “Creio em Deus e no mercado livre. É a maneira mais adequada de distribuir e estimar os recursos. Isto cria mais riquezas e um nível de vida mais elevado como não o faria outra alternativa. Certamente, Jesus planeou cuidar das pessoas que o rodeavam, planeou que elas tivessem uma vida melhor. Ele

estava também enamorado pela liberdade, ele queria que as pessoas tivessem a liberdade de escolher. Quanto mais livre é um país em termos de mercado e de sistema político, mais elevado é o nível de vida das pessoas” (37).

Palavras curiosas e bem reveladoras da ideologia mistificadora de neoliberalismo.

O presidente executivo era Jeffrey Skilling, também director da filial de Houston do Banco da Reserva Federal de Dallas.

Entre os directores estava o Lord John Wakeham, ex-secretário de estado da energia da Grã-Bretanha durante o governo de Margaret Thatcher.

Na sequência da falência surgiram as ligações da empresa com a família Bush: a campanha contratou vários altos funcionários do governo de Bush pai, como o ex-secretário de estado James Baker, o secretário do comércio Robert Mosbacher e o próprio ex-presidente aceitou lucrativas tarefas como conferencista desta megaempresa. Durante a anterior campanha eleitoral para as presidenciais americanas, a ENRON contribuiu com 600.000 dólares para George W. Bush (30).

No final de 2001, verificou-se o misterioso suicídio de John Baxter, vice-presidente da empresa e uma das poucas vozes críticas que haviam denunciado no directório, com um ano de antecedência, a grave situação da empresa. Este gestor deveria prestar declarações perante a comissão parlamentar de Washington, os inspectores da Comissão do Mercado de Valores e o Departamento de Estado, que investigam esta colossal fraude (31).

Só em meados de 2003 é que foi preso o primeiro alto executivo, Ben Glisan, que era tesoureiro, tendo sido condenado a apenas 5 anos de prisão, depois de se ter declarado culpado perante o tribunal (32).

No âmbito deste processo, surge também o escândalo da actividade das empresas de auditoria, neste caso a Arthur Andersen que actuou na ocultação de informação e na destruição de documentos. Aliás, esta firma tem processos nos tribunais do sul da Florida, casos da Colewan Holding e da AIM Charter Fund que pediu uma indemnização de 90.000 dólares por considerar que ela tinha faltado às suas responsabilidades como auditora (31).

A Arthur Andersen, uma das 5 empresas de auditoria mais importantes, reconheceu que havia destruído um número significativo de documentos relacionados com as auditorias que havia realizado à ENRON.

Em 2001, cobrou 27 milhões de dólares pelo seu trabalho de auditoria na ENRON e mais 28 milhões de dólares em honorários por consultoria de gestão.

A prática sistemática da ENRON eliminar dívidas dos livros de contabilidade passando-as para mais de 3.500 empresas subsidiárias, fez com que se levantassem tantas bandeiras vermelhas que aquilo parecia um desfile militar na China.

Aparentemente, aquilo que a Arthur Andersen fez foi seguir à letra o conselho que costumam dar os advogados defensores dos “colarinhos brancos”, incluindo Harvey Pitt, o advogado “estrela” da indústria das auditorias até se ter convertido em presidente da Comissão do Mercado dos Valores dos EUA. Em 1994, Harvey Pitt foi co-autor de um artigo intitulado “Quando às boas empresas acontecem coisas más: manual para a gestão da crise”, publicado numa revista de direito. Numa passagem deste artigo, foi afirmado:

“No núcleo de muitas crises empresariais costuma haver uma mão-cheia de documentos. O advogado da empresa deve aproveitar todas as oportunidades de que disponha para imbuir a ideia aos executivos da empresa de que os seus documentos terão vida própria uma vez que entrem na roda dos tribunais. Peçam a executivos e empregados que imaginem todos os seus documentos nas mãos de um funcionário zeloso da administração ou na primeira página do New York Times. Ditada uma citação judicial ou prestes a ser ditada, há que deter, de imediato, todas as medidas existentes sobre destruição de documentos” (33).

Tratam-se de elucidativas afirmações para quem foi posteriormente “recompensado” com o principal cargo da entidade que, pelo menos no plano teórico, deve fiscalizar estes procedimentos fraudulentos.

Como mais uma demonstração da promiscuidade existente entre quem fiscaliza e quem é fiscalizado, George W. Bush propôs como membros da Comissão do Mercado de Valores 2 pessoas que foram sócios de empresas de auditorias: Paul Atkins, sócio da Pricewaterhouse Coopers, e Cynthia Glasswan, da Ernest e Young (33).

Mas a Arthur Andersen não é o único exemplo entre as empresas de auditoria. A KPMG fazia a revisão das contas da Xerox que reconheceu ter inflacionado os seus negócios em 6,4 mil milhões de dólares durante o período de 1997 a 2001. A Deloitte Touch Tohmatsu controlava as contas da sociedade Adelphia Communications, cuja falência custeou em Junho de 2002. A PriceWaterhouse Coopers está implicada no escândalo da Tyco, cujo director foi acusado de ter distribuído de forma fraudulenta 96 milhões de dólares a 51 quadros superiores da empresa. A Ernest & Young foi acusada de transgressão das obrigações de um auditor independente, desenvolvendo e comercializando software com a PeopleSoft, a quem controlava as contas (38).

Pouco tempo depois, surgiu um novo escândalo envolvendo a falência fraudulenta do gigante multinacional WorldCom, num processo muito semelhante à ENRON. A WorldCom possuía cerca de 85.000 empregados, operava em mais de 60 países e era outro dos símbolos de sucesso da economia globalizada.

Mais recentemente um novo escândalo internacional foi divulgado com a falência da multinacional italiana Parmalat. Em 42 anos, a Parmalat desenvolveu um império integrado por 197 fábricas em 30 países e um total de 37.000 empregados. De acordo com as primeiras investigações desapareceram entre 7 e 10 mil milhões de euros e o patrão da Parmalat, Calisto Tanzi, foi acusado de bancarrota fraudulenta, falsificação de balancetes e outros delitos que poderão conduzir a 15 anos de prisão (34).

Dias antes da divulgação pública da falência, o diário comercial alemão “Handelsblatt” publicou um artigo referindo as ligações suspeitas entre o Deutsche Bank e a Parmalat. Entre as entidades vinculadas, de uma forma ou de outra, ao escândalo, são mencionados os bancos de investimento mais importantes como o Banco das Américas, Merrill Lynch, JP Morgan, Chase Manhattan e Citigroup, e as empresas auditoras como Grant Thornton e Deloitte & Touche (35) (36).

GLOBALIZAÇÃO?

O conceito da globalização foi impulsionado através de uma ortodoxia doutrinária amplamente difundida pela quase totalidade dos grandes meios de comunicação e de informação nacionais e internacionais, também eles propriedade dos consórcios que beneficiam com a especulação financeira, numa impressionante operação de propaganda ideológica.

No essencial, e ao contrário do que tem sido insistentemente difundido, a globalização não constitui um fenómeno novo, antes representando um retorno às concepções liberais dos séculos XVIII e XIX.

Enquanto nesses séculos, o liberalismo foi a expressão do próprio desenvolvimento do capitalismo empenhado em liquidar as excessivas tutelas e os entraves feudais, o neoliberalismo traduz-se, agora, numa acção oposta ao desenvolvimento e progresso das sociedades.

A palavra neoliberalismo passou a ser uma forma elegante de chamar aos conservadores o que antes era designado por retrógrado ou reaccionário e uma etiqueta com que se encobre a moderna economia de mercado.

Analisando os factos no seu respectivo contexto histórico, importa ter em conta que no século XIX o liberalismo significou a consolidação dos conceitos de liberdade e democracia, encarnando os esforços de progresso, de avanço científico e de desenvolvimento das nações. O liberalismo opôs-se ao dirigismo do Estado, enfrentou o despotismo, foi ideário da tolerância e da fraternidade humana. (39)

O capitalismo, a partir da sua vitória completa sobre o velho regime feudal sempre foi global, associado ao colonialismo e à apropriação das riquezas coloniais.

Será que estamos perante uma globalização ou uma economia internacionalizada?

Tenhamos, então, em conta os seguintes dados:

- 1/3 de todo o comércio mundial realiza-se dentro das 37.000 multinacionais registadas em 1994 e outro 1/3 entre elas.
- O montante do negócio anual dos 200 maiores grupos multinacionais representa 26,3% da produção mundial.
- O PIB dos 29 países industrializados que integram a OCDE supera já a produção total somada dos outros 182 países do mundo, onde vive a grande maioria da população (40).
- As 200 maiores empresas têm as suas sedes em apenas 17 países. Mas 176 delas estão radicadas em somente 6 potências económicas. Quase metade delas (74) são norte-americanas (40).
- O grupo de países do chamado G - 7 representa 80% das multinacionais (40).
- Os países industrializados monopolizam 97% das patentes, monopolizando o progresso (40).
- Somente 3 grupos multinacionais dominam todo o mercado mundial de camiões, 5 grupos cobrem 60% do mercado de automóveis e as 10 primeiras empresa de comunicação controlam 86% do mercado (40).
- Em 1991, somente 2% dos membros das administrações das grandes companhias multinacionais norte-americanas eram estrangeiros. (41)
- Em 1992, EUA, Japão e U.E. controlavam 60% do comércio mundial e se se juntar o comércio entre os países da U.E. esta percentagem sobe para 70% (41).
- Embora a exportação de produtos manufacturados desde os chamados países do Sul, menos desenvolvidos, tenha crescido desde 1989, somente representa 16% das exportações mundiais desses produtos (41).
- A título comparativo, pode-se referir que o comércio da Grã-Bretanha era de 44% do seu PIB em 1913 e de 40,5% em 1993 (41).

Estes dados são elucidativos acerca do real fundamento do conceito de globalização. E desmistificam um dos principais mitos do neoliberalismo: que as empresas multinacionais seriam "empresas sem pátria".

A chamada globalização económica não constitui, como já foi referido, um fenómeno qualitativamente diferente das anteriores vagas de internacionalização do capital, todas elas apoiadas em novas tecnologias e procurando responder às mesmas contradições estruturais do capitalismo (21).

O que constituem dados novos é a revolução electrónico-informática e a globalização, esta verdadeira, do mercado de capitais com conexões instantâneas, e da informação.

Outro argumento que tem sido apresentado contra a teoria da existência da globalização é a natureza altamente concentrada do comércio a nível dos países mais desenvolvidos. A globalização, afinal, assenta em 3 centros: América do Norte, U.E. e Japão.

As principais teses do neoliberalismo tem vindo a ser desmentidas pela evolução da

situação internacional e apresentam claros sinais de esgotamento. O afundamento da economia mexicana em 1994, a profunda crise asiática em 1997 e 1998 e a mais recente implosão económica e social da Argentina em 2001, são exemplos flagrantes do fracasso neoliberal. Neste último país, mais de metade da população ficou no limiar da pobreza.

Mesmo nos EUA, a principal potência mundial, todos os dados da situação económica apontam para uma economia profundamente doente, com a maior dívida externa entre todos os países e com diversos aspectos muito semelhantes aos verificados no período que antecedeu o grande “crash” no final da década de 1920. Aliás, um “crash” de grandes proporções pode ser provável nos próximos anos.

Um aspecto de preocupante importância na apreciação da situação em desenvolvimento nos EUA é a crescente militarização de toda a economia que, à semelhança do que se verificou noutros momentos históricos, constitui um sinal de decomposição e esgotamento de todo o sistema político e económico.

Os graves resultados económicos e sociais a que tem conduzido a “economia de casino” do neoliberalismo só poderá prosseguir com regimes políticos cada vez mais autoritários e repressivos. A crescente contestação de que é alvo a política neoliberal tem determinado que diversos governos que procedem à sua aplicação já não se atrevam a apresentá-la como panaceia e, pelo contrário, lhe formulem críticas públicas, precisamente para as poder continuar a aplicar. Mesmo assim, é muito provável que estejamos nas vésperas de mudanças obrigatórias nas políticas neoliberais de diversos governos, contra a sua vontade e a sua ideologia.

A grande aceleração da política neoliberal no início da década de 1990 teve uma ligação directa à implosão da ex-URSS e dos países do Leste europeu. No entanto, e apesar destes acontecimentos terem sido apresentados como a demonstração da vitória do neoliberalismo, o colapso da ex-URSS foi um desastre para os EUA já que removeu a sua mais importante arma política em relação à Europa Ocidental e à Ásia de Este (42).

O escritor António Lacqua considera que estes acontecimentos ocultaram o facto de que, paralelamente, se debilitava aceleradamente o “triunfador” norte-americano (43). Simultaneamente, há que referir o facto da enorme máquina de propaganda político-ideológica dos países mais desenvolvidos ter conseguido desarticular e paralisar a grande maioria das organizações políticas progressistas e de esquerda. Um aspecto curioso desta situação é o facto de forças políticas e cidadãos que se opõem à política neoliberal terem constituído a ATTAC (Associação por uma Taxa às Transacções Financeiras de Ajuda aos Cidadãos) em torno da taxa Tobin.

Tobin, o proponente do famoso imposto durante a década de 1970, dedicou a sua vida à defesa dos interesses dos países mais poderosos e foi, durante a guerra fria, um dos principais assessores do presidente John Kennedy. Tornou-se famoso, na altura, porque foi o principal defensor da imposição de bloqueios económicos contra os países que negavam submeter-se aos interesses comerciais e estratégicos dos EUA. A sua proposta de taxa estabelecia que os fundos cobrados com ela fossem geridos pelo FMI (44).

No âmbito da massiva propaganda neoliberal surgiu, mais recentemente, um novo conceito, face ao esgotamento de outros como o “fim da história” ou o “pensamento único”: o pragmatismo.

Verifica-se, de novo, o recurso a um conceito antigo surgido nos EUA com o desenvolvimento industrial nos finais do século XIX e princípios do século XX, aprofundando os valores do individualismo e do utilitarismo britânico do século XVIII. Em meados do século passado, Rockefeller em Chicago e Hopkins em Baltimore criaram universidades privadas e fundações que expandiram a filosofia pragmática. A frase “há que ser pragmático” repete-se até à exaustão. Em reuniões, fóruns ou conferências, faz-se referência ao pragmatismo para calar as opiniões discordantes. Se se quer desqualificar o

uso crítico da razão, basta chamar utópicos aos discordantes. Reclamar-se pragmático significa apresentar uma imagem realista e sensata, adquirindo um “atestado” que abre as portas do poder.

Hoje, o pragmatismo expande-se sob o manto protector do neoliberalismo, justificando os mais escandalosos actos humanos. Tem sido também em nome do pragmatismo que forças políticas progressistas têm conduzido políticas governamentais de aprofundamento do neoliberalismo, sem qualquer distinção das forças conservadoras.

Nos principais países desenvolvidos, tem-se assistido a uma clara evolução para sistemas partidários de 2 partidos alternantes no poder, através de leis eleitorais restritivas e da concentração de meios de informação na esfera de poderosos consórcios financeiros, muito à semelhança do modelo imperante nos EUA com os seus “2 partidos únicos”.

Esta situação tem implicado a asfixia da pluralidade das opiniões, a ascensão de ideologias xenófobas e de extrema-direita, e o esvaziamento progressivo da democracia participativa. O austríaco Karl Polanyi, na sua obra “A grande transformação”, publicada em 1944, formulou esta profética afirmação: “Permitir ao mecanismo do mercado ser o único director do destino humano e do seu ambiente natural... resultaria na demolição da sociedade” (14).

Implicações no mundo do trabalho

A globalização tem cumprido também o papel de instrumento político e ideológico contra o mundo do trabalho. A ofensiva internacional dirigida pelos EUA e pelos organismos internacionais sob a sua influência, tem vindo a aprofundar uma política de redução acentuada dos salários, de aumento do desemprego, extrema precarização do trabalho, aumento dos horários de trabalho e ausência de direitos laborais.

Na economia dos EUA, apregoada como exemplo de competitividade e de prosperidade, verifica-se que durante a década de 1990 aumentou o número de horas de trabalho. Um trabalhador americano trabalha anualmente, em média, mais 137 horas que um trabalhador japonês, mais 260 que um inglês e mais 500 horas que um alemão. Grandes empresas, como é o caso da Caterpillar, têm vindo a impor horários diários de 12 horas, com o recurso a fins-de-semana sem pagamento suplementar (45). Os rendimentos médios semanais dos trabalhadores caíram de US\$315, em 1973, para US\$210, em 2003. O próprio Gabinete do Orçamento do Congresso dos EUA informou que o rendimento dos 1% mais ricos da sua população é equivalente ao dos 40% da base (47).

Esta acentuada degradação do trabalho a nível dos países desenvolvidos tem sido acompanhada de estratégias rigorosas para impedir qualquer representação sindical dos trabalhadores, e de acções permanentes de chantagem em torno de ameaças de encerramento ou de deslocalização das empresas.

Quando o desemprego atinge todos os sectores, mesmo os mais modernos e sofisticados a nível tecnológico, e é crescente o número de pessoas a serem expulsas do processo de trabalho, o medo de perder o seu emprego tem contribuído decisivamente para que as medidas de diminuição dos salários e de eliminação dos direitos legais sejam aceites pela generalidade dos trabalhadores e dos dirigentes sindicais.

A deslocalização das empresas para países periféricos onde a mão-de-obra é muito mais barata e a legislação laboral é quase inexistente, começou a desenvolver-se desde o início da década de 1980.

A clara aposta das empresas multinacionais no “dumping social” verifica-se também nos países desenvolvidos, a partir da gradual eliminação do direito do trabalho.

No início do século XX, o direito do trabalho surgiu como o reconhecimento de que na relação laboral uma das partes, o trabalhador, estava numa posição debilitada e que a intervenção do Estado era fundamental para equiparar as partes contratantes.

Esta ofensiva geral contra o trabalho tem adoptado diversas medidas, que decorreram da gradual eliminação de direitos e garantias, em torno da flexibilidade laboral, da subcontratação e da adaptabilidade ou polivalência. Estas medidas têm conduzido a empregos precários e temporais, possibilitando todo o tipo de facilidades e arbitrariedades nos despedimentos. É curioso, que estes princípios da flexibilidade e da adaptabilidade ou polivalência foram utilizados pelos empresários de todos os países desenvolvidos como exigências para aumentar, segundo eles, a competitividade e a produtividade das empresas, constituindo uma demonstração inequívoca da existência de um “manual” único de argumentação elaborado pelos organismos internacionais que dirigem toda a política neoliberal.

Neste contexto, os sindicatos têm-se debilitado na mesma medida em que ganham força o mercado monetário internacional e as grandes empresas multinacionais. Contra as organizações sindicais têm sido desencadeadas múltiplas medidas de perseguição, colocando profundas limitações à sua actividade e violando ostensivamente o seu respectivo enquadramento legal.

Os grandes “sinais” para a criação deste clima persecutório a nível dos países desenvolvidos foram dados, no início da década de 1980, por Ronald Reagan, então presidente dos EUA, que determinou o despedimento ilegal dos controladores aéreos em greve, e por Margaret Thatcher, em 1984, então primeira-ministra da Grã-Bretanha, no processo de destruição da indústria mineira do carvão. Neste último caso, importa lembrar que os mineiros britânicos travaram, durante 1 ano, uma luta heróica, não por aumentos salariais mas em defesa dos seus empregos. Esta greve acabou por ser derrotada pelos esforços combinados do governo de Thatcher, que apelidou os mineiros de “inimigo interno”, e da direcção do Partido Trabalhista, supostamente na oposição, então dirigido por Neal Kinnock (47).

A concepção do “inimigo interno”, que tem servido de justificação para a concretização das maiores atrocidades políticas e humanas, visa, de forma clara, destruir as organizações sindicais, privando os trabalhadores de qualquer capacidade de defesa dos seus justos interesses e direitos. Como resultado desta estratégia, tem-se verificado uma importante redução da percentagem de trabalhadores sindicalizados, com as consequentes debilidades a nível financeiro, de representatividade e de intervenção destas organizações. Em diversos países desenvolvidos, os dirigentes de organizações sindicais outrora de grande importância e representatividade têm tomado como prioridade da sua acção a luta pela própria sobrevivência institucional. Embora estejamos perante uma ofensiva organizada e de grande envergadura político-económica, há que ter em conta as responsabilidades directas dessas organizações. Adoptando uma atitude de colaboração activa com a política anti-social e anti-laboral em desenvolvimento ou a atitude oposta de “entricheiramento” político-sindical numa perspectiva de pura resistência, têm contribuído para a facilitação dos objectivos traçados pelos círculos neoliberais.

É sabido, que ao longo da história internacional do movimento sindical sempre se verificou uma duplicidade de perspectivas da sua actividade e tipo de intervenção: a participação e envolvimento dos trabalhadores ou uma actividade burocratizada de cúpula.

Na difícil situação adversa em que se encontra a generalidade dos trabalhadores, torna-se imperioso desenvolver uma intervenção sindical amplamente participada e com rigoroso respeito por todos os mecanismos democráticos de decisão, de forma a torná-la mais eficaz e a inverter a tendência de esvaziamento a que tem estado sujeita. A existência de

organizações sindicais forte e participadas, constitui um pilar fundamental de uma sociedade democrática. A sindicalização é um direito essencial de cidadania, sem o qual uma sociedade caminhará para soluções ditatoriais.

A política persecutória contra as organizações sindicais, independentemente das “roupagens” político-partidárias dos seus executores, constitui um facto de extrema preocupação, porque prefigura a criação de uma antecâmara totalitária.

V

A SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL E O ASSALTO NEOLIBERAL

No final do século XIX, em 1881, surgiu uma abordagem organizada da prestação dos cuidados de saúde na Alemanha, em que a saúde foi reconhecida como um direito dos trabalhadores. Este modelo, implementado por um governo presidido por Otto Bismarck, estava baseado no seguro social e na estrutura corporativa com o acesso condicionado pela situação de emprego.

Ficou conhecido internacionalmente pelo “modelo Bismarck”, tendo sido adoptado por vários Estados europeus que se inspiraram em soluções corporativas para a organização dos seus sistemas de saúde. O financiamento era realizado através do pagamento de quotas obrigatórias pelas empresas e trabalhadores.

Esta abordagem constituiu, de facto, um primeiro esboço de sistema de saúde, em que a promoção do bem-estar dos trabalhadores tinha, segundo o próprio Bismarck, como objectivo último manter na máxima eficiência a operacionalidade da economia alemã.

Em meados da década de 1920, verificou-se uma evolução na abordagem e organização dos sistemas de saúde com a criação, na Rússia, de um serviço nacional de saúde sob a responsabilidade exclusiva do Estado e com a promulgação no Chile, em 1925, de uma nova constituição que estabelecia como dever do Estado manter um serviço nacional de saúde.

Em 1942, na Grã-Bretanha, foi publicado um relatório da autoria de William Henry Beveridge que recomendava ao governo a definição de vias para solucionar diversos problemas sociais que afectavam a sociedade daquele país, nomeadamente a criação de um serviço nacional de saúde.

William Beveridge era economista e foi director da Escola de Economia de Londres, de 1919 a 1937. Posteriormente, de 1937 a 1944, foi professor da Universidade de Oxford.

Em 1945, Clement Attlee foi nomeado primeiro-ministro na sequência da vitória eleitoral do Partido Trabalhista, tendo anunciado que iria implementar o “Estado de Bem-Estar” delineado no “Relatório Beveridge”. Nesse sentido, foi institucionalizado, em 5/7/1948, o serviço nacional de saúde (National Health Service / NHS) que, rapidamente, se tornou na principal referência internacional das políticas de saúde e numa das principais medidas emblemáticas da era Keynesiana. Antes do NHS, mais de metade da população da Grã-Bretanha não tinha qualquer cobertura em cuidados de saúde (103). Para a implementação do NHS foi nomeado ministro da saúde Aneurin Bevan que, de 1945 a 1955, se destacou como o seu verdadeiro “arquitecto”.

À excepção dos EUA, os países mais desenvolvidos foram adoptando diversas medidas inspiradas no serviço nacional de saúde britânico, tendo em conta a sua progressiva evidência de solução dos mais importantes problemas de saúde.

Na segunda metade da década de 1970, e acompanhando o desenvolvimento das concepções ideológicas neoliberais, surgem movimentações de poderosos consórcios multinacionais visando a desagregação do “Estado de Bem-Estar”, também designado de “Estado Providência”, e a promoção da privatização e mercantilização do sector da saúde.

Na sequência do golpe de Estado no Chile, realizado em Setembro de 1973 e chefiado por Augusto Pinochet, foram desencadeadas múltiplas medidas de destruição das políticas sociais, acompanhadas de uma intensa campanha ideológica de defesa da total primazia do mercado.

Entre 1978 e 1981, Pinochet implementou um violento programa privatizador do serviço nacional de saúde, com a presença no Chile de um numeroso conjunto de economistas da “Escola de Chicago” chefiados por Milton Friedman, que reduziu o Estado ao papel de mero subsidiário da iniciativa privada.

No essencial, este programa constituiu uma experiência-piloto destinada a testar a viabilidade da transposição do modelo privado de saúde dos EUA para a realidade de outros países.

No mesmo período, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu intensos esforços na colocação dos cuidados primários de saúde como instrumento central para a resolução dos principais problemas de saúde a nível internacional. No âmbito desta empenhada acção da OMS, realizou-se em Alma-Ata, em Setembro de 1978, uma importante conferência mundial que contou com a presença de 134 países, 67 organismos internacionais e largas dezenas de organizações não-governamentais. A organização desta conferência foi da responsabilidade conjunta da OMS e da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

A declaração final desta conferência ficou conhecida como a “Declaração de Alma-Ata” e foi aprovada por todas as delegações presentes. Nela foi estabelecida a famosa meta “Saúde para todos no ano 2000” e reafirmada a definição de saúde da OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”. Foi ainda definido que a saúde “é um direito humano fundamental e que atingir o grau mais alto possível de saúde é um objectivo social muito importante em todo o mundo” e que a sua realização “exige a intervenção de muitos outros sectores sociais e económicos, para além do sector da saúde”.

Para alcançar a referida meta, todas as delegações se comprometeram a trabalhar para solucionar as necessidades básicas dos povos aplicando uma visão inovadora e avançada em torno dos cuidados primários de saúde.

A declaração sublinhou a necessidade de criar uma ampla estratégia que tornasse acessíveis serviços básicos de saúde para todas as pessoas e que promovesse uma ampla participação das comunidades, bem como uma mudança estrutural em direcção a uma maior equidade socioeconómica.

Desde logo, os pressupostos desta declaração foram objecto de uma acção organizada de resistência e boicote promovida por alguns governos dos países mais desenvolvidos, grandes corporações multinacionais e instituições internacionais.

A partir de 1980, o Banco Mundial iniciou um processo de influência crescente na concepção, planificação e financiamento dos serviços de saúde de muitos países em vias de desenvolvimento (142).

Em meados da década de 1980, o Banco Mundial publicou um documento intitulado “O financiamento dos serviços de saúde dos países em desenvolvimento: Uma agenda para a reforma” (67).

Este documento colocava, entre outras, as seguintes concepções orientadoras:

- Os serviços curativos só produzem benefícios privados, ou seja, benefícios ao consumidor directo do serviço e não à sociedade no seu conjunto.
- Existência de um sector dominante de serviços curativos localizados no sector privado, e de um sector governamental paralelo de prevenção e tratamento básico para os pobres.
- Defesa de um modelo fragmentado de prestação de cuidados.
- Cobrança de taxas aos utentes dos serviços de saúde.
- Desenvolvimento de seguros de saúde.
- Emprego eficiente dos recursos não governamentais, (numa clara perspectiva de rápido desenvolvimento da iniciativa privada).
- Apologia extrema da suposta superioridade total dos serviços privados.
- Descentralização dos serviços governamentais de saúde, acompanhada da forte diminuição do volume de serviços da responsabilidade do Estado.

Torna-se muito evidente que os autores deste documento se basearam no modelo do sistema de saúde dos EUA para a elaboração das suas propostas.

É a partir desta década que em muitos países os gastos em serviços médicos privados passaram a ser dedutíveis nos impostos aos rendimentos, o que constitui um claro subsídio de toda a sociedade aos sectores sociais económicos mais favorecidos.

Tendo em conta a experiência privatizadora do Chile e o aprofundamento da elaboração ideológica do neoliberalismo, o governo britânico chefiado por Margareth Thatcher decidiu publicar, em 1989, um documento orientador da chamada reforma do NHS com o título de “Trabalhando para os doentes”.

Em 1993, o relatório anual do Banco Mundial intitulou-se “Investir em Saúde”. Este relatório considerava que as ineficiências dos programas do sector público impediam a prestação de serviços, assim como a redução da pobreza, e defendia a entrega de incentivos às seguradoras privadas, privatização dos serviços públicos e a promoção da competição do mercado. Estabeleceu também a ideologia de que “a saúde é uma matéria privada e os cuidados de saúde um bem privado” (48).

Na América Latina, os empréstimos do Banco Mundial para o sector da saúde têm sido dirigidos para promover o financiamento e a prestação privados dos serviços de saúde. As reformas no Chile, Colombia e México, por exemplo, limitam a participação do Estado neste sector ao desempenho de actividades reguladoras (205).

Antes da década de 1990, o Banco Mundial não procedia a quase nenhuns investimentos na área da saúde, mas no final desta década as suas verbas para esta área eram 3 vezes superiores ao orçamento completo da OMS. Esta situação determinou que a OMS ficasse relegada para um plano secundário na sua intervenção (142).

É a partir da reforma britânica e, posteriormente, deste relatório do Banco Mundial que se assiste ao desenvolvimento organizado de um claro assalto neoliberal ao “Estado

Providência” e à implementação de uma estratégia internacional de privatização da saúde. Estas acções têm sido acompanhadas de uma vasta operação propagandística e ideológica assente nos mesmos chavões neoliberais utilizados para outros sectores de actividade, embora na saúde tenham surgido alguns novos conceitos aplicados à especificidade deste sector.

Neste sector, a linguagem dos assalariados do neoliberalismo passou a estar inundada de termos como mercado interno, competição gerida, eficiência, efectividade, produtividade, o dinheiro que segue o doente, contratualização, empresas públicas de direito privado, parcerias público-privado, separação das funções prestadora e financiadora etc...

Segundo eles, esta amálgama de definições e conceitos iria concretizar, finalmente, a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde e acabar com a ineficácia e o desperdício inerentes à própria natureza do Estado.

A campanha ideológica do neoliberalismo, difundida internacionalmente, para a implementação do processo privatizador da saúde tem sido baseada nos seguintes argumentos (48):

- A crise na saúde deriva de causas financeiras.
- A gestão introduz uma nova e indispensável racionalidade administrativa para resolver a crise.
- As decisões clínicas devem estar subordinadas a essa racionalidade administrativa se é pretendido o controlo dos custos.
- A eficiência aumenta se o financiamento é separado da prestação, e se a competição é generalizada entre todos os subsectores (Estado, segurança social e privados).
- O mercado na saúde deve ser desenvolvido porque é o melhor regulador da qualidade e dos custos.
- A procura, em vez da oferta, deve ser subsidiada.
- Tornar flexíveis as relações de trabalho é o melhor mecanismo para adquirir eficiência, produtividade e qualidade.
- A gestão privada é mais eficiente e menos corrupta do que a gestão pública.
- Os pagamentos para a segurança social são propriedade de cada trabalhador.
- A desregulação da segurança social permite o uso da liberdade de escolha, com a opção pela melhor gestão dos seus fundos.
- A mudança das designações utente/doente/beneficiário para cliente/consumidor assegura que os direitos serão respeitados.

Na década de 1970, quando se verificou o início do desenvolvimento da política neoliberal, a abordagem do sector da saúde a nível dos gabinetes governamentais e das corporações económicas centrou-se em conceitos como “gestão por objectivos” e “orçamento zero”. Simultaneamente, as grandes estruturas eram consideradas como a melhor solução e, nesse sentido, políticos e gestores desencadearam operações em larga escala, integrando empresas e organizações que concentraram uma grande amplitude de funções. Nessa altura, era colocada uma particular ênfase nas “sinergias”, “economias de escala”, coordenação e unificação de funções.

Nos anos mais recentes, a linguagem das grandes corporações mudou para expressões como “gestão da qualidade total”, “sistemas integrados de prestação” e “cuidados geridos”.

Nas discussões sobre a qualidade dos cuidados de saúde são amplamente anunciadas diversas panaceias técnicas como “avaliação dos resultados” e “medicina baseada na evidência”. Jacob Hacker e Theodore Marmor consideram que se tratam de meros slogans (52). Por outro lado, passou a ser encorajado o pensamento de que o “pequeno” era a

solução. Desinvestimentos, devoluções, descentralização e especialização começaram a ser as palavras centrais da “gestão correcta”, tanto no sector público como no privado.

O Banco Mundial e o F.M.I. tornaram-se os instrumentos mais activos na imposição das reformas privatizadoras dos sectores da educação e da saúde, através dos chamados “programas de ajuste estrutural”.

Aproveitando o endividamento externo crescente de muitos países, a necessidade de controlo dos gastos públicos e a crise económica, a concessão de empréstimos estava dependente da aceitação pelos governos respectivos das imposições de privatização dos sectores públicos mais lucrativos, nomeadamente o sector da saúde.

Nos últimos 30 anos, o sector da saúde foi alvo de importantes investimentos, com um aumento crescente de incorporação tecnológica cada vez mais sofisticada e implicando vultuosos custos de aquisição. Esta evolução acelerou o interesse de poderosos consórcios privados por este sector, numa perspectiva clara de que a saúde teria de ser reduzida a um qualquer bem de consumo dependente da capacidade económica de cada cidadão. No essencial, a implicação prática desta perspectiva resume-se no princípio: quem tem dinheiro compra os cuidados de saúde, quem não tem fica abandonado à evolução natural da doença.

Com o peso crescente dos consórcios privados na saúde e a sua inserção em segmentos fundamentais dos serviços públicos, foram implementados mecanismos de gestão importados do sector industrial. Apesar de existirem múltiplas semelhanças com o sector produtivo no que se refere à organização do processo do trabalho, a incorporação tecnológica na saúde não produz economia da força laboral, mas, ao contrário, passa a solicitar novas ocupações profissionais, configurando o sector da saúde como de mão-de-obra intensiva.

Por outro lado, a decomposição do trabalho em tarefas parciais, em que intervêm diversas especialidades médicas e vários estratos profissionais, torna-se a característica fundamental da produção na saúde. Assim, a produção na saúde é de natureza complexa, multifactorial e multidimensional. Inclusive, o “cliente” não pode provar ou avaliar o produto antes de “consumi-lo”, estando sempre presentes os factores da incerteza e imprevisibilidade.

Começa a tornar-se cada vez mais evidente que os serviços de saúde constituem aquilo que é genericamente designado como os “mercados imperfeitos”, um mercado de competição imperfeita que não atinge um equilíbrio ou máximo benefício social a partir da simples interacção das forças do mercado. O equilíbrio do mercado pode levar à eficiência, mas não à equidade. A equidade significa a igual oportunidade de todas as pessoas em terem acesso aos serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades reais de saúde e não em função do seu nível de rendimento.

Ora, os defensores do mercado só dão prioridade aos critérios de eficiência e de responsabilidade individual (68).

Neste contexto global, temos assistido a um enorme retrocesso civilizacional e de cidadania quanto à efectiva consagração do direito à saúde como direito humano elementar. Ao contrário das intensas pregações das forças neoliberais, as suas receitas para a saúde têm conduzido a uma preocupante degradação dos indicadores sociais e da saúde. Quando a OMS estabeleceu a meta da “Saúde para todos no ano 2000”, seria difícil prever que, afinal, chegaríamos ao final do século ainda mais distantes desse objectivo e que até doenças há muito erradicadas da população mundial, como a varíola, voltariam a surgir com grande impacto humano.

De modo a possibilitar uma abordagem mais sistematizada das origens e evolução das políticas privatizadoras na saúde, importa analisar os aspectos mais característicos dos sistemas de saúde de alguns países onde estas medidas assumiram relevância

internacional, bem como os modelos implementados para materializar o assalto neoliberal a este sector.

Estados Unidos da América (EUA).

Os aspectos essenciais da actual política neoliberal de privatização dos serviços de saúde a nível internacional baseiam-se no modelo existente nos EUA.

Durante a 1ª Guerra Mundial, o seguro de saúde tornou-se uma importante questão pública. Entre 1915 e 1920, 8 estados (Califórnia, Massachussetts, New Jersey, Connecticut, Illinois, Ohio, Wisconsin e Pensilvânia) nomearam comissões oficiais para analisar esta questão.

A movimentação para a defesa do seguro de saúde foi iniciada pela “American Association for Labor Legislation”, que conduziu uma campanha enérgica e com êxito a nível das leis de compensação aos trabalhadores.

Em 1919, foi apresentado no Estado de Nova Iorque um projecto de lei por 2 senadores, Davenport e Donohue, que suscitou um amplo apoio da opinião pública e de múltiplas organizações sociais. Na contestação a esta medida destacaram-se a associação de comerciantes de Nova Iorque, as companhias seguradoras e grande parte da classe médica.

Em 1920, a “New York League for Americanism”, organizada pelos opositores a esta medida, conseguiu seduzir os médicos na base de que os seus honorários iriam ser reduzidos com aquele projecto.

No senado, Thaddens Sweet acusou esta medida, bem como o horário diário de 8 horas e um salário mínimo para mulheres e menores, de bolchevista. A histórica campanha que se seguiu, conduzida pela “New York League for Americanism”, assentou exclusivamente nas acusações de bolchevismo.

Em 1928 foi criada uma comissão, “Committee on the Costs of Medical Care”, cujo relatório final só foi publicado em 1932, onde eram apresentadas recomendações não para um seguro público, mas para o desenvolvimento de um seguro voluntário a nível de hospitais baseados em grupos de profissionais.

A Associação Médica Americana opôs-se a estas recomendações, afirmando que “os esquemas de seguros voluntários de saúde falharam em todo o lado e foram substituídos na Europa por sistemas obrigatórios”. No entanto, o jornal desta associação chamou aos grupos de profissionais “soviets médicos” e considerou que “as forças representando grandes fundações, o funcionalismo da saúde pública e a teoria social socialista e comunista incitam à revolução”. Num editorial posterior, este jornal colocou a questão na base de “americanismo versus soviétismo para o povo americano”.

Após a 2ª Guerra Mundial, a criação de um violento clima de histeria anticomunista, o conhecido período macartista, levou ao abandono de projectos de conteúdo social.

Em 1965, o Congresso dos EUA, presionado por insistentes exigências da opinião pública para serem encontradas soluções para os problemas dos cuidados de saúde, criou o Medicare e o Medicaid.

O Medicare foi dirigido à população com idade superior a 65 anos e o Medicaid para os cidadãos pobres e indigentes numa perspectiva puramente caritativa (49).

Em 1971, foram criadas as HMO (Health Maintenance Organizations), organizações de manutenção da saúde, no âmbito de medidas decididas pela administração do presidente Richard Nixon, que derivaram das estruturas denominadas “Pré-Paid Group Practise”

(PPGP).

Estas estruturas consistiam em grupos de profissionais que desenvolviam a sua actividade mediante um pré-pagamento através de quotas capitativas. Eram privadas, sem fins lucrativos, e surgiram no início do século XX quando os operários de origem europeia e as organizações locais dos sindicatos trataram de proceder à transposição do modelo de fundos de doença das caixas de segurança social dos seus países de origem, de modo a garantir assistência médica a preços razoáveis. Esta forma de prestação de cuidados tinha sido alvo de uma ampla contestação da influente Associação Médica Americana que a considerou como medicina socializada, chegando a expulsar médicos que trabalhavam nos PPGP.

O primeiro grande PPGP estabeleceu-se na Califórnia, em 1933, e em 1970 existiam 37 grupos em 14 Estados que garantiam cobertura a cerca de 3 milhões de americanos (50).

Com a eleição, em 1980, de Ronald Reagan para presidente dos EUA desapareceu da agenda política o seguro nacional de saúde, houve uma redução de 40% nas ajudas federais aos Estados para programas de saúde, encerramento de clínicas e hospitais públicos, e cortes drásticos nos orçamentos das várias instituições nacionais de saúde, casos dos “Centers for Disease Control”, do Medicare e Medicaid e, ainda, na formação dos profissionais de saúde (51).

O desenvolvimento das medidas de reestruturação do sistema de saúde americano que culminou na criação das HMOs baseou-se no conceito dos “cuidados geridos” ou “competição gerida”.

No início da década de 1970, P. Ellwood apresentou uma proposta inspirada nos princípios dos “cuidados geridos”, e Alain Enthoven, em 1986, estabeleceu a designação “competição gerida”, idêntica à adoptada por Robert McNamara para definir o seu estilo de gestão à frente da Ford Motors e da secretaria de estado da defesa dos EUA (50).

A eleição, nos primeiros anos da década de 1990, de Bill Clinton para presidente veio proporcionar um enorme impulso ao modelo da “competição gerida”.

Apesar de ter utilizado como uma das suas principais propostas eleitorais a criação de um sistema nacional de saúde que garantisse uma cobertura universal, Bill Clinton, uma vez eleito, rapidamente abandonou este objectivo e desenvolveu um plano baseado na “competição gerida”. Este plano do presidente Clinton foi concebido e desenvolvido inicialmente pelas importantes seguradoras privadas como a Aetna, Cigna, Metropolitan Life, Prudential e Travelers, bem como grandes corporações, caso das General Electric Company, General Motors Corporation e Caterpillar (49).

Na base destas medidas, o sistema de saúde aprofundou as seguintes características:

- A empresarialização do sistema e a diminuição das instituições tradicionais sem fins lucrativos.
- A integração horizontal e vertical dos diferentes prestadores e das companhias de seguro.
- O controlo dos prestadores de serviços pelos planos de saúde como um elemento chave no desenvolvimento da competição gerida.
- A conversão do doente em consumidor, e do médico em empresário.
- A limitação da capacidade de escolha dos utentes, que vêm restringidas as suas opções.
- O controlo da autonomia profissional dos médicos, através da sua selecção pelos planos de saúde, o estabelecimento de “práticas clínicas” e a utilização de incentivos.
- A contratação como forma dominante de estabelecer relações formais entre os diferentes agentes.

Em meados da década de 1990, os republicanos propuseram o fornecimento de vales (vouchers) a certos sectores da população como um meio para a adesão aos planos privados de saúde (199).

No que se refere aos médicos, perderam o seu papel central na organização do sistema e necessitam, cada vez mais, da contratação pelos planos para a sua sobrevivência. Em 1995, mais de 80% dos médicos tinham contrato com um ou mais planos, em comparação com os 40% existentes no final da década de 1980. A característica fundamental desta nova situação é a perda de autonomia dos médicos e a burocratização da sua actividade como consequência dos controlos exigidos pelos planos que contratam os seus serviços (50).

Em 1998, 3/4 das HMOs tinham objectivos lucrativos, tendo passado a desenvolver várias medidas de imposição aos médicos no sentido de assumirem substanciais riscos financeiros relativamente aos custos dos cuidados que prestam.

Na maior parte dos planos de saúde os médicos são pagos na base da capitação (pagamento mensal por cada membro do plano), mas outros planos tornam os médicos accionistas para que os seus salários estejam fortemente dependentes do controlo das despesas. A generalidade dos planos controla os custos através de uma selecção cuidadosa das pessoas, procurando atrair as que são saudáveis.

As HMOs tendem a utilizar cada vez mais uma agressiva selecção de riscos, usar mais severos sistemas de aprovação e recusa de cuidados de saúde, e a colocar uma elevada parte dos rendimentos dos médicos em risco. A título de exemplos, a "US Healthcare", uma HMO adquirida pela Aetna, colocou metade dos rendimentos brutos dos médicos sob o risco financeiro. A "Pacificare Health Systems", uma das pioneiras da aplicação do pagamento por capitação, pressiona amplos grupos de médicos ou organizações de médicos hospitalares a aceitarem todos os riscos para todas as ocorrências médicas, incluindo os doentes internados (150).

As maiores HMOs possuem cláusulas contratuais que proíbem os médicos de discutirem com os doentes vários aspectos relativos ao respectivo plano de saúde. A HMO "Humana" proíbe explicitamente os médicos de comunicarem a probabilidade de internamento hospitalar para os membros dos planos de saúde, a não ser que sejam autorizados pelo seu departamento específico. A "Kaiser Permanente", em Ohio, também ordenou aos médicos que não discutam tratamentos indicados para os seus membros antes de receberem autorização.

Em 1997, a Associação Médica Americana (AMA) emitiu um documento onde advertia para as implicações éticas da capitação e referia que "amplos incentivos financeiros podem criar conflitos de interesses que podem sucessivamente comprometer a objectividade clínica". O Dr. Ted Lewers, secretário desta associação, afirmou nessa altura que "é contrário à ética efectuar procedimentos desnecessários para colher lucros financeiros e é contrário à ética limitar cuidados médicos por lucros financeiros... se o incentivo é excessivamente alto, o médico trabalha para o plano em vez de para o doente". Nesse ano, a AMA criou uma estrutura específica para ajudar os médicos a contestar as medidas das companhias de cuidados geridos. No entanto, a sua eficácia está muito limitada por uma disposição, de 1979, da Comissão Federal do Comércio, e reafirmada em 1982, que proibiu o código de ética da AMA, considerado como uma inadmissível restrição ao comércio. Esta disposição proíbe a AMA e os seus filiados de desencorajarem os médicos a aceitarem disposições contratuais que violem a ética profissional (151).

A situação dos médicos chega a tal ponto, que só em Junho de 2000 a Câmara dos Representantes dos EUA reconheceu a possibilidade dos médicos, como contratantes individuais, estarem isentos das leis "antitrusts" quando negociam com as HMOs e seguradoras os pagamentos e contratos, através da aprovação de um projecto de lei. Ao contrário dos médicos com contratos individuais, os médicos que são empregados de

hospitais e clínicas já podem associar-se às organizações profissionais e sindicais e negociar, como um todo, com os seus empregadores.

Apesar do referido reconhecimento, a situação não se alterou, tendo para isso contribuído a ampla campanha desencadeada por diversas entidades que, inclusivé, chegaram a constituir uma coligação para contestar a aplicação desta medida. Esta coligação incluía a “Aetna US Healthcare”, a “Blue Cross and Blue Shield Association”, a “Cigma Corporation”, a “US Chambre of Commerce” e a “Merck-Medco Managed Care” que é uma empresa subsidiária da multinacional farmacêutica Merck. Por isso, a Federação de Médicos e Dentistas lançou, na altura, um apelo ao boicote dos produtos farmacêuticos da Merck.

Curiosamente, o Departamento de Justiça e a Comissão Federal do Comércio colocaram-se ao lado destas corporações privadas assumindo também uma posição de opositores inflexíveis ao referido projecto. Robert Pitofsky, então presidente desta comissão federal, afirmou que os custos para os consumidores e empregadores iriam aumentar substancialmente, enquanto a referida coligação afirmou que “os cartéis de médicos são uma má medicina para os doentes” (152). Neste processo, torna-se indispensável ter bem presente que estava simplesmente em causa o direito elementar de negociação laboral, sendo escandalosa a apresentação de argumentos sobre supostos aumentos de custos quando são escamoteados os fabulosos lucros das HMOs, obtidos à custa da crescente escravização do trabalho dos médicos e dos restantes profissionais de saúde, e das restrições no acesso aos cuidados de saúde. Mesmo a referência a cartéis de médicos assume aspectos ridículos quando a maior demonstração de um cartel foi dada com a constituição da coligação e a sua ressonância a nível dos órgãos do Poder político.

Relativamente à contínua degradação das condições de trabalho e do nível remuneratório dos médicos americanos, verifica-se a sua manifesta incapacidade, bem como das suas organizações representativas, em desenvolver uma estruturada e eficaz intervenção na inversão da situação, tendo em conta a profunda segmentação do mercado de trabalho e a conseqüente fragmentação dos seus interesses, e ainda o facto de se encontrarem em ambos os lados dos cuidados geridos, uns como accionistas e outros como empregados. Apesar disto, no final da década de 1980 foi apresentada uma proposta subscrita por várias centenas de médicos em que era exigida a cobertura completa de saúde dos cidadãos, através de um compreensivo programa de seguro público. Na introdução desta proposta, era afirmado que “o nosso sistema de saúde está a falhar. Dezenas de milhões de pessoas estão sem cobertura de saúde, os custos estão a subir rapidamente e a burocracia está em expansão” (153).

Em 2003, na sequência de um inquérito enviado pela AMA, metade dos médicos americanos afirmou querer um programa nacional de seguro de saúde (154).

Em Março de 2003, a insuspeita instituição oficial americana “Institute of Medicine” publicou um relatório onde referiu que em várias cidades foram encerradas ou privatizadas estruturas de cuidados de saúde, eliminando serviços para as pessoas que não tem seguro. Só em Los Angeles foram encerradas, em meados de 2002, 11 das suas 18 clínicas e 1 dos 6 hospitais públicos, com a eliminação de 5000 empregos. O relatório alertou, ainda, que nos últimos 2 anos 34 milhões de pessoas estiveram temporariamente sem seguro de saúde, não estando incluídos aqueles que não têm seguro (53).

O facto da prestação de cuidados de saúde estar hegemónizada por empresas privadas e por critérios de lucro, determinou que, ao longo das últimas décadas, os serviços públicos existentes tenham sido abandonados à degradação progressiva, sem investimentos e com uma manifesta incapacidade de resposta em meios técnicos e humanos. Gradualmente, grande parte deles têm sido encerrados ou privatizados. A indústria da saúde, neste país, é das mais importantes e tem crescido muito mais rapidamente que a totalidade da

economia.

Outra entidade oficial, a "US Census Bureau", em Agosto de 2004, referiu que, pelo menos, 45 milhões de americanos não têm acesso a cuidados de saúde, dos quais 8,4 milhões são crianças, 35,9 milhões vivem abaixo do nível da pobreza, 71% dos trabalhadores adultos têm dificuldades em pagar as despesas médicas, o mesmo se verificando com 41% do total das pessoas com seguros.

Apesar destes números oficiais, a organização de consumidores americanos de cuidados de saúde, "Families USA", publicou um relatório, em Junho de 2004, onde analisou o número de pessoas menores de 65 anos que não tiveram seguro de saúde durante a totalidade ou parte dos anos de 2002 e 2003 (58).

As conclusões principais deste relatório revelam a terrível realidade da saúde neste país:

- Uma em cada três pessoas com menos de 65 anos esteve sem seguro de saúde durante a totalidade ou parte dos anos de 2002 e 2003. Aproximadamente 81,8 milhões de americanos (32,2%).
- 2/3 dos 81,8 milhões de pessoas sem seguro não tiveram cobertura de saúde durante 6 meses ou mais.
- Cerca de metade durante 9 meses ou mais.
- Do total dos 81,8 milhões de pessoas, 27 milhões eram crianças, o que representa 36,7% do total de crianças deste país.

Importa ter em conta que uma razoável percentagem de cidadãos americanos tem cobertura de seguro de saúde através do emprego, em que a entidade patronal paga parte dos custos.

Assim, o seguro de saúde dos trabalhadores está dependente da manutenção do emprego, e o despedimento implica não só a perda do salário como do acesso aos cuidados de saúde para si e respectiva família. Face ao aumento dos custos dos seguros, as entidades patronais têm vindo a desenvolver um contínuo processo de redução dos benefícios, transferindo esses custos para os empregados.

O aumento significativo do desemprego e do emprego temporário tem implicado um contínuo agravamento do número de excluídos do acesso à saúde. Entretanto, entre as pessoas que possuem seguro de saúde, verifica-se que muitas delas não possuem uma cobertura adequada ao tipo de problema que as afecta, à intervenção cirúrgica necessária e ao tipo de exames complementares de diagnóstico exigidos. Deste modo, a restante parte não coberta tem de ser paga directamente à entidade prestadora.

Em 1997, um estudo dos Dr.s David Himmelstein e Steffie Woolhandler, da Havard Medical School, publicado num dos mais prestigiados jornais científicos de medicina, "New England Journal of Medicine", apresentou a estimativa de que morriam anualmente 100.000 cidadãos americanos devido à ausência de cuidados de saúde (198).

Um estudo nacional divulgado em 2002, pelo "Institute of Medicine", concluiu que os adultos que não possuíam seguro médico tinham 25% mais probabilidades de morrer (144).

Em 2003, foi divulgado outro estudo desenvolvido por uma equipa dirigida por Leiyu Shi, sobre as relações entre uma política de cuidados primários de saúde, desigualdades de rendimentos e mortalidade, que mostrou que estas desigualdades estão associadas a baixos níveis de saúde e possuem uma significativa correlação com a mortalidade. De acordo com este estudo, existe uma clara evidência de que melhorando os cuidados primários de saúde, particularmente a medicina familiar, podem ser, pelo menos, atenuados alguns efeitos prejudiciais das desigualdades sociais sobre a saúde, mesmo em Estados americanos onde elas são mais marcadas. Refere ainda, que os EUA, comparados com a maioria dos outros países desenvolvidos, têm uma baixa percentagem de médicos

generalistas, e que comparações internacionais mostram que os países industrializados que promovem os cuidados primários de saúde em relação aos cuidados hospitalares alcançam melhor estado de saúde e mais baixos custos globais (155).

Em Fevereiro de 2003, os Prof.s Theodore Marmor e Kip Sullivan publicaram um artigo onde referem que os exemplos de baixa utilização dos cuidados de saúde nos EUA são numerosos, apresentando os seguintes casos (55):

- 2/3 dos americanos com perturbações mentais não recorrem ao tratamento.
- Metades dos americanos com seguro de saúde que têm hipertensão arterial não fazem tratamento.
- 1/3 dos diabéticos não estão diagnosticados.
- 1/8 dos que têm seguro de saúde, e que não são idosos, não toma os medicamentos prescritos devido aos seus custos.

Uma equipa de investigadores canadianos da Universidade de McMaster, constituída por médicos e técnicos de estatística que são considerados os mais importantes especialistas em metodologia de investigação, e dirigida por PJ Devereaux, efectuou um amplo estudo, em 2002, relativo aos dados de um elevado número de hospitais americanos que concluiu serem as taxas de mortalidade mais altas nos estabelecimentos privados com fins lucrativos do que naqueles que não têm fins lucrativos (145).

Outra equipa desta Universidade, igualmente dirigida por PJ Devereaux, efectuou outro estudo, em 2004, relativo aos pagamentos dos cuidados nos hospitais americanos que concluiu serem estes 19% mais elevados nos estabelecimentos privados com fins lucrativos (146).

Referindo ainda outro aspecto comparativo entre estes 2 tipos de hospitais, um estudo dos Dr.s Steffie Woolhandler e David Himmelstein mostrou que os pagamentos ao pessoal clínico eram 7% mais altos nos estabelecimentos sem fins lucrativos (147).

Em 2002, o Prof. Arnold S. Relman, professor de medicina da Harvard Medical School e ex-editor chefe da prestigiada publicação científica "New England Journal of Medicine", afirmou num artigo que "um recente estudo sobre as despesas per capita do Medicare para todos os serviços de saúde, incluindo os cuidados hospitalares, mostrou que elas são muito mais altas em regiões servidas exclusivamente por hospitais lucrativos do que em regiões onde existem poucos ou não existem estes hospitais" (164).

Outro aspecto importante diz respeito às taxas de cobertura da vacinação. A 2.^a Conferência Latinoamericana da Revista Ciência Social e Medicina, realizada em Córdoba (Argentina) de 15 a 17/4/92, e patrocinada pela Fundação Ford, referiu que na cidade de Nova Iorque a taxa de vacinação contra o sarampo nas crianças era de 40%, enquanto no Uganda era de 77% e na Argélia de 89% (204).

Em meados de 2003, o conhecido jornal "New York Times" publicou uma notícia sobre o trabalho da Academia Nacional das Ciências em que eram divulgadas as percentagens de crianças, dos 19 aos 35 meses de idade, vacinadas para 9 doenças, nos vários estados (57).

A título de exemplos, importa referir os seguintes:

- Massachusetts (é o estado com a percentagem mais elevada) – 86,2%
- Nova Iorque – 77,5%
- Florida – 74,5%
- Califórnia – 73,2%
- Texas – 67,9%
- Los Angeles – 66,8%

- Oklahoma – 65,3%
- Novo México – 64,6%
- Colorado – 62,7%

O Prof. Vicente Navarro, num dos seus artigos sobre o sistema de saúde americano, refere que as mulheres só dispõem de 4 semanas de licença de maternidade, e sem qualquer pagamento (56).

O sistema de saúde dos EUA constitui o paradigma do modelo privado neoliberal, o tal que asseguraria maior eficiência e produtividade, que seria o melhor regulador da qualidade e dos custos e que proporcionava uma gestão menos corrupta. Mas a realidade dos factos mostra, de forma clara e inequívoca, uma situação radicalmente oposta.

Importa, desde já, lembrar que o último relatório mundial sobre os sistemas de saúde apresentado pela OMS coloca os EUA em 72º lugar quanto aos efeitos sobre os níveis de saúde e em 37.º lugar a nível do seu desempenho global. E estes resultados referem-se ao país que mais gasta com o sistema de saúde em todo o mundo, ou seja, cerca de 14% do seu PIB.

Os EUA gastam mais na burocracia da saúde do que lhes custaria prestar cuidados de saúde a todos os cidadãos sem seguro. As despesas administrativas consumiram, em 1999, pelo menos, 31% das despesas de saúde. No Canadá, por exemplo, estas despesas eram somente de 16,7% (59). A nível da gestão dos cuidados de saúde, os EUA gastam três vezes mais que o Canadá (60).

A corrupção tem vindo a generalizar-se no sistema de saúde com um número crescente de casos a serem julgados nos tribunais, devido, entre outros, a subornos, procedimentos cirúrgicos inadequados, preços de pagamentos muito inflacionados e cobranças fraudulentas ao Medicare. Nestes processos, amplamente referidos na comunicação social deste país, encontram-se nos últimos anos grandes empresas de prestação de cuidados de saúde como a “HealthSouth”, “Tenet” (ex NME), “Columbia / HCA” e “Vanguard” (61, 62, 63).

Enquanto se verificam cortes sucessivos nos orçamentos das empresas prestadoras e nos benefícios aos segurados, e lhes aumentam os custos das prestações e das apólices dos seguros, os ordenados e regalias dos administradores destas empresas têm atingido montantes fabulosos.

Em 1995, o jornal “New York Times” (11/4/95) divulgou os valores anuais desses ordenados referindo os seguintes exemplos (64):

- Norman Payson (Healthsource) – 16 milhões de dólares.
- Daniel Crowley (Foundation Health) – 14 milhões de dólares.
- Roger Greaves (Health Systems Internacional) – 9 milhões de dólares.
- Malik Hasan (Health Systems Internacional) – 9 milhões de dólares.
- William McGuire (United Healthcare) – 7 milhões de dólares.
- Leonard Abramson (U.S. Healthcare) – 4 milhões de dólares.
- George Jochum (Mid Atlantic Medical Services) – 4 milhões de dólares.
- Stephen Wiggins (Oxford Health Plans) – 3 milhões de dólares.

A presidência republicana de George W. Bush conseguiu agravar ainda mais as políticas sociais. Em Setembro de 2001 foram retirados 1.1 biliões de dólares de fundos federais previamente atribuídos a programas de saúde para as crianças e devolvidos ao Tesouro Federal. Estes fundos correspondem ao custo anual para fornecer cobertura de saúde a 750.000 dos 8,4 milhões de crianças que não têm qualquer seguro de saúde (148).

Relativamente ao Medicare, foi aprovada legislação cuja aplicação será iniciada em Janeiro

de 2006, em que aproximadamente metade dos idosos e pessoas com incapacidade ficam em risco de perder os benefícios da cobertura de saúde, perder totalmente o acesso aos medicamentos de que necessitam e passar a ter os mais altos custos de pagamento directo da medicina. Serão afectados cerca de 13 milhões de idosos, com as entidades patronais a reduzirem significativamente os custos da cobertura de medicamentos aos reformados (151). O plano da reforma da saúde de George W. Bush assenta também na criação das chamadas “contas poupança da saúde” que estão isentas de impostos e que teriam como suposto objectivo a solução do problema dos cidadãos americanos sem seguro de saúde.

O “American Enterprise Institute”, uma entidade bastante conservadora, calculou que somente 6,7 milhões dos estimados 49 milhões de americanos sem seguro de saúde obterão, em 2006, um seguro sob este plano de reforma (165).

Uma sondagem da opinião pública realizada em 2002, pela CBS News e o New York Times, mostrou que somente 13% dos inquiridos defendem o sistema de saúde existente, ao considerarem que devem ser somente introduzidas pequenas mudanças (65). Em Outubro de 2003, uma nova sondagem efectuada pelo Washington Post e o ABC News apresentou como resultado que 62% dos americanos apoiavam a criação de um serviço nacional de saúde (206).

No final de 2004, 13.000 médicos americanos subscreveram uma proposta de criação de um serviço nacional de saúde, que foi publicada no jornal da Associação Médica Americana (206).

A situação existente neste país mostra que os cuidados de saúde não constituem um sistema como tal, mas antes uma grande colecção de seguradoras e compradores que competem vigorosamente no mercado.

De acordo com as afirmações do Prof. Arnold S. Relman “a maior parte dos actuais problemas do sistema de saúde dos EUA, e são numerosos, resultam da crescente invasão da propriedade lucrativa privada e dos mercados competitivos num sector da nossa economia que pertence ao domínio público. Nenhum sistema de saúde do mundo industrializado está tão excessivamente comercializado como o nosso e nenhum é tão dispendioso, ineficiente e injusto ou tão impopular” (164).

Chile

No início da década de 1930, iniciou-se uma ampla movimentação dos sectores progressistas, liderados pelo médico Salvador Allende, deputado e, mais tarde, ministro da área social (1939/1941).

Salvador Allende empenhou-se na integração de todos os serviços de saúde numa única instituição, defendendo ainda políticas destinadas a corrigir as disparidades entre regiões e classes sociais a partir do principio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e que a situação da saúde é determinada, antes de tudo, por factores como salários dignos, habitação, alimentação, educação, lazer e cultura.

Devido às vicissitudes das sucessivas alterações políticas e governamentais verificaram-se múltiplas iniciativas visando bloquear o desenvolvimento do sistema de saúde, e somente em 1952 foi aprovada, no Parlamento, a lei que criou o Serviço Nacional de Saúde em substituição do chamado “seguro social”. Esta lei inspirou-se nos fundamentos do NHS britânico. A sua aplicação foi bastante limitada pela posterior tomada de posse de um governo de coligação entre conservadores e liberais. Mesmo assim, a nova estrutura integrou serviços anteriormente dispersos e fez a adopção inédita de métodos de planeamento e programação que se tornaram uma referência em todo o continente.

Importa referir, que na década de 1960 a população chilena era de 7,4 milhões de

habitantes e que 72% da população economicamente activa ganhava menos que um salário mínimo.

Salvador Allende ao assumir a presidência da República em 1970 defendeu com determinação a criação de um Sistema Unificado de Saúde, a ser financiado somente com recursos do Tesouro Nacional, mediante o desenvolvimento simultâneo de um conjunto de políticas sociais redistributivas, a melhoria da qualidade dos serviços, a elevação das condições de vida e a equidade no acesso aos cuidados.

A este projecto opôs-se vigorosamente a maioria dos médicos, e o Colégio Médico do Chile, criado em 1948 e presidido por Salvador Allende nos primeiros anos, chegou a apoiar uma petição exigindo a renúncia ao cargo de presidente da República.

Em Setembro de 1973, com a concretização do golpe militar chefiado por Augusto Pinochet, um grupo de médicos de extrema-direita tomou de assalto as instalações do Colégio Médico, propondo-se, de imediato, elaborar um plano que enquadrasse as futuras reformas estruturais da saúde.

As medidas de destruição dos direitos sociais foram desenvolvidas sob a concepção e a rigorosa supervisão de um numeroso grupo dos chamados “Chicago boys”, que determinaram uma violenta acção privatizadora.

Os fundos do seguro social acumulados pelos filiados foram rapidamente transferidos para estruturas criadas com o nome de “Administradoras de Fundos de Pensões” (AFP), que são sociedades privadas, lucrativas e competitivas, formadas com capitais nacionais e de holdings internacionais. As contribuições passaram a ser financiadas somente com o desconto obrigatório de 10% do salário dos filiados, tendo as entidades patronais ficado isentas de entregar qualquer contribuição.

O Serviço Nacional de Saúde foi extinto e criado em seu lugar o Serviço Nacional de Serviços de Saúde, regionalizado em 27 serviços. Esta medida determinou a perda do estatuto de funcionário público do pessoal, o encerramento da grande maioria dos centros de saúde, o desmantelamento da maioria dos hospitais públicos, despedimento de quadros, acentuada degradação salarial e desorganização dos registos de informação epidemiológica.

A medida nuclear adoptada por esta vasta acção privatizadora foi a separação das funções de prestação e de financiamento, com a criação do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) a quem foi atribuída esta última função.

Em 1981, foram criadas as “Instituciones de Salud Previsional” (ISAPRES) que são empresas privadas lucrativas, cuja função é realizar a intermediação financeira na compra e venda dos planos de saúde, ainda que algumas possuam estruturas assistenciais. Graças a enormes transferências de dinheiros públicos e a amplos incentivos fiscais, o crescimento destas instituições foi rápido. Em 1989, cobriam cerca de 21% da população. As pessoas que se filiam nas ISAPRES ficam isentas de contribuir para o FONASA (69).

Estas empresas concentraram-se nas principais cidades do país, devido a situarem-se aqui os rendimentos mais altos, são autónomas nas suas decisões de incorporar os trabalhadores, procedendo a uma prévia avaliação do estado de saúde de quem pretende aderir, seleccionando a população mais jovem, que adoece menos. Os seus planos de saúde, caracterizados por elevados preços e baixa cobertura, não pagam quaisquer custos da maternidade e têm grandes restrições quanto a tratamentos psiquiátricos e dentários. Trabalham preferencialmente com prestadores privados, ainda que realizem acordos com instituições públicas de saúde para situações de urgência e unidades de cuidados intensivos.

Uma das características resultantes deste processo global foi a criação de uma saúde para os ricos e de outra para os pobres, ressuscitando a velha ideia conservadora de que

somente os pobres e indigentes deviam receber a prestação social do Estado. Os estratos sociais de baixo rendimento são atendidos nos serviços públicos de saúde de forma gratuita, mediante a apresentação de documento comprovativo da pobreza, caso contrário pagam os cuidados prestados numa percentagem estabelecida em função dos rendimentos.

Os sectores médios puderam optar pelo regime de livre escolha do FONASA, com copagamentos variáveis segundo o nível de rendimentos. Para doentes hospitalizados e para consultas de especialidade a comparticipação do FONASA nos custos varia entre 35% e 100%, dependendo do nível dos rendimentos de cada cidadão.

Em 2001, as ISAPRES cobriam 25% da população, o FONASA 65% e um subsistema das Forças Armadas cerca de 4%.

As desigualdades no financiamento e na disponibilidade de recursos são enormes: o sistema dos ISAPRES dispunha, nesse ano, de 37,13% do total de fundos da saúde para atender 23% da população; o gasto anual “per capita” do sector público da saúde durante 1999 foi de 21 dólares, enquanto o gasto do sector privado foi de 500 dólares; e 2/3 das horas de trabalho dos médicos foram para o sistema privado que cobre somente 1/3 da população (70).

Em 2002, a saúde representava 6,5% do PIB, sendo 4% destinado ao sector privado. Em 1973, o Serviço Nacional de Saúde representava 3,5% do PIB e no final dessa década o governo de Pinochet reduziu esta percentagem para 0,85% (69).

A pesada herança política, social e económica da ditadura de Pinochet foi herdada pela designada “Concertação de Partidos pela Democracia”, assente no Partido Demócrata Cristão e no Partido Socialista, que assume o Poder em Março de 1990, na sequência da derrota do ditador no plebiscito nacional realizado no ano anterior, iniciando-se a transição para um regime democrático, ainda que este continue tutelado, em grande medida, pela acção dos militares. Desde essa altura, e apesar de se encontrar na presidência da República, desde 1999, o socialista Ricardo Lagos, não se verificaram alterações de fundo na estrutura do sistema de saúde. Inclusivamente, o actual governo iniciou um processo legislativo visando adoptar diversas medidas que resultam das últimas experiências de aprofundamento do modelo privatizador neoliberal, nomeadamente a partir da Grã-Bretanha.

No final de 2003, o governo chileno apresentou um projecto que suscitou a imediata contestação de amplos sectores sociais e dos vários sectores de profissionais de saúde.

O Colégio Médico do Chile afirmou que o projecto, ao estabelecer a criação dos “hospitais autogeridos”, visa “a pavimentação do caminho para a definitiva desintegração do sistema público de saúde chileno”. Um dos seus principais dirigentes, Dr. Carlos Villaroel, considerou que “com isto se cumpre o sonho dourado dos ISAPRES, que é ter acesso às camas do sistema público de saúde, porque o seu grande problema de crescimento era ter acesso a estas camas de baixo custo” (71).

De acordo com este projecto, o novo modelo estabelece que o “hospital autogerido” poderá celebrar contratos de compra de serviços de qualquer natureza, operações de leasing e investir excedentes nos mercados de capitais. Juan Luís Castro, presidente do Colégio Médico do Chile, manifestou a opinião que o “projecto entrega a supervisão dos hospitais a entidades privadas e que estas se transformarão em juízes e parte dos seus próprios interesses” (72).

A 16 e 17/12/2003, realizou-se uma greve de todos os sectores de profissionais de saúde, com uma adesão em torno dos 92%, convocada pelo Colégio Médico, o Colégio de Enfermeiras, a Federação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (FENATS) e a Confederação Nacional dos Funcionários da Saúde Municipalizada (CONFUSAM). No segundo dia de greve, foi realizada uma manifestação na cidade de Santiago convocada

pelas referidas organização profissionais e por diversas estruturas sociais, onde o presidente da CONFUSAM, Esteban Maturana, afirmou que “esta é uma reforma que avança para a privatização de hospitais e consultórios, é uma reforma que entrega as camas dos pobres aos ISAPRES, é uma reforma que favorece os que fazem negócio com a saúde” (73). Outra das denúncias efectuadas diz respeito ao facto de ser estabelecido um “pacote” básico de saúde que inclui somente 56 patologias de um total de 4.000 que afectam os chilenos (74).

Numa atitude política bem conhecida, o ministro chileno da saúde, Pedro Garcia, afirmou que “a greve foi mínima” e o ministro secretário-geral do Governo socialista, Francisco Vidal, afirmou que “as greves não conduzem a nada e cada dia têm menos adesão e maior oposição dos cidadãos. Há uma crise dos instrumentos de mobilização social” (73, 74).

As organizações dos profissionais de saúde responsabilizaram o presidente da República Ricardo Lagos por estas iniciativas legislativas, denunciando o seu total desrespeito pelos anteriores compromissos eleitorais.

Na sequência dos contactos formais com as instituições oficiais, os dirigentes destas organizações transmitiram a sua enorme surpresa pelo desconhecimento que havia entre os membros do Congresso sobre o tema e afirmaram que não existiam mais de 10 deles com conhecimento do conteúdo do projecto (72).

A 20/1/2004, o Senado aprovou o projecto de reforma, apesar dos seus trabalhos terem sido interrompidos devido à contestação verificada no interior das suas instalações por parte dos dirigentes das organizações profissionais (75).

Em Fevereiro de 2005, um artigo do insuspeito jornal americano “The New York Times” analisou as implicações dos fundos privados de pensões a nível do Chile, denunciando que muitos trabalhadores chilenos da classe média que contribuíram regularmente para estes fundos, descobriram que as suas contas não geravam os mesmos benefícios que o antigo sistema de aposentação pública. Lembrou que a promessa dos governos do ditador Pinochet foi que estes investimentos, ao ajudarem a impulsionar o crescimento económico e gerar lucros mais elevados, dariam pensões mensais mais elevadas que as que poderia oferecer o sistema público tradicional. Segundo as referências efectuadas, as contas dos fundos privados estão cheias de comissões ocultas (pagamentos) que podem absorver até um terço do investimento inicial (195).

Grã-Bretanha

Em 1989, o governo conservador de Margaret Thatcher apresentou um documento orientador da reforma do sistema de saúde com o título “Trabalhando para os doentes”. Este documento tornou-se mais conhecido pela designação de “White Paper” (76).

Nas suas considerações gerais, era afirmado que ele visava o “fortalecimento do NHS”, “colocar o doente acima de qualquer interesse”, que “o governo mantém e não mudará os princípios sobre os quais o NHS foi erigido”, o “NHS continuará aberto a todos e financiado pelas contribuições fiscais” e que “cada vez mais gente se dá conta de que nova injeção de mais dinheiro não é, por si só, uma resposta”.

Como objectivos gerais foram colocados os seguintes: “oferecer aos doentes, independentemente do seu lugar de residência, melhores cuidados de saúde e maior possibilidade de escolha dos serviços disponíveis”; “gerar maior satisfação e incentivos para os profissionais do NHS que demonstrem responder satisfatoriamente às necessidades e preferências dos doentes a seu cargo”.

Relativamente às propostas-chave foram definidas as seguintes:

- Maior delegação de responsabilidade a nível local.
- Hospitais autónomos.
Criação de um novo estatuto de autonomia com a designação de “hospitals trusts”, com a premissa de maior liberdade para tomarem decisões sobre aquilo que os afecta, tais como a determinação das remunerações do seu pessoal e a capacidade para recorrerem ao crédito externo, dentro de certos limites.
- Novas formas de financiamento.
Para permitir que os hospitais que prestassem melhores serviços aos seus utentes tivessem acesso aos investimentos financeiros de que necessitavam, o dinheiro para tratarem os doentes poderia “cruzar” as então fronteiras administrativas entre os distritos.
Nesse sentido, todos os hospitais do NHS seriam livres de oferecer os seus serviços tanto ao sector público como ao privado. Deste modo, o dinheiro acederia com maior fluidez onde fosse prestada a actividade assistencial e onde ela se realizasse melhor (estas disposições definem o principio do “dinheiro que segue o doente”).
- Colocação de especialistas adjuntos às consultas dos médicos clínicos gerais / médicos de família.
- Orçamentos para os “group practices”
Estes orçamentos foram justificados como uma forma de ajudar os médicos clínicos gerais a melhorarem a prestação de serviços aos seus utentes.
Os médicos clínicos gerais poderiam solicitar os seus orçamentos ao NHS, que seriam por si administrados para comprarem directamente aos hospitais que entendessem um pacote definido de serviços hospitalares para os seus utentes.
Os orçamentos das listas de utentes dos clínicos gerais passariam a abranger:
 - Serviços ambulatoriais.
 - Um conjunto definido de serviços de hospitalização convencional.
 - Exames diagnósticos.
 - O custo da prescrição de medicamentos.
 - Verbas para melhorar as instalações.
 - Os custos do pessoal empregue, sendo 70% reembolsados pelo governo.
- Reforma dos órgãos de gestão.
Os órgãos de gestão seriam reduzidos no seu número, sujeitos a directrizes empresariais e constituídos por membros executivos e não executivos.
- Melhorar as auditorias.
Para garantir que todos os responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde fizessem o melhor uso possível dos recursos do NHS, oferecendo serviços de qualidade e com rendimento, seriam objecto de rigorosas auditorias.

No desenvolvimento dos conceitos e das propostas apresentadas, encontramos no documento algumas afirmações que merecem uma referência particular:

- A afirmação altissonante de “o utente em primeiro lugar”.
- “Pressionar a diminuição das despesas farmacêuticas através de um novo desenho orçamental, no qual as Autoridades Regionais de Saúde fixarão os orçamentos farmacêuticos para os grupos de clínicos gerais e as listas destes médicos receberão orçamentos indicativos de forma a guiar o custo das suas prescrições” (são os chamados orçamentos clínicos).

- “Extensão progressiva de uma maior flexibilidade nas remunerações em todo o NHS, de forma que os gestores possam premiar o desempenho individual eficiente”.
- “As regiões e os distritos serão financiados pelas estatísticas da população ponderada por idade e nível de saúde.”
- “O NHS e o sector privado passarão a apoiar-se mutuamente e a oferecerem serviços reciprocamente, em benefício dos utentes.”
- “A recompensa dos clínicos cujos serviços atraíam maior número de utentes, de forma a aumentar a proporção da sua remuneração, será calculada de acordo com a extensão das suas listas e passará de 46% a 60%, o mais rapidamente possível”.
- “O resultado será um melhor tratamento para o público, tanto como utentes como contribuintes. O governo, deste modo, reforçará os aspectos positivos do NHS e poderá compensar as suas falhas, assegurando que ele se fortaleça, se modernize e se comprometa, mais que nunca, em trabalhar para os utentes”.

O governo conservador, que já vinha preparando estas medidas desde 1983, desencadeou um imediato e empenhado esforço na rápida concretização do conteúdo deste documento, recorrendo a uma ampla campanha de argumentos.

Alguns dos argumentos utilizados foram:

- A necessidade de eliminar as instituições monolíticas estatais.
- A competição proporcionará incentivos para as melhorias na eficiência.
- O empresariado médico é bom para os doentes.
- Estas medidas irão melhorar o atendimento aos mais pobres e desfavorecidos.
- Garantir a melhoria da capacidade do sistema de saúde para responder às necessidades dos doentes.

O conceito nuclear deste “White Paper” foi a separação das funções de prestador e financiador, nomeadamente através da separação dos hospitais que prestam os serviços e das autoridades de saúde e os clínicos gerais que lhes compram esses serviços.

Em torno desta medida, foi também argumentado que se os papéis estivessem separados as agências financiadoras teriam a possibilidade de efectuar um exame mais cuidadoso das prioridades e necessidades dos doentes e das populações, e uma avaliação mais cuidadosa e independente. Libertas das pressões imediatas de gerir hospitais e das pressões políticas de interesses de grupos profissionais de saúde, poderiam ser efectuadas avaliações mais críticas e tomadas decisões mais racionais.

Deste modo, e ainda segundo os argumentos oficiais, as agências fornecedoras poderiam ficar aptas para competirem umas com as outras pelos negócios das agências financiadoras/compradoras.

No essencial, a separação entre compra e prestação era parte do modelo de reforma assente no “mercado interno” necessário para introduzir a atribuição de recursos baseada na competição entre prestadores e formalizado através de contratos, em que essa atribuição estaria ligada, cada vez mais, ao volume de actividade e aos custos e menos aos gastos históricos (78).

Outra das componentes centrais desta reforma foi o estabelecimento do modelo designado como “General Practitioners Fund Holdings Schemes” (GPFHS), no qual grupos de médicos clínicos gerais, também designados médicos generalistas, constituídos por 6 ou 7 elementos e com listas de, pelo menos, 11.000 pessoas, tinham a responsabilidade de gerir um orçamento atribuído pelo NHS e destinado a um vasto conjunto de serviços que incluíam as consultas de clínica geral, as consultas hospitalares, os internamentos,

intervenções cirúrgicas, exames complementares de diagnóstico, todos os medicamentos receitados, as despesas administrativas decorrentes da gestão do próprio grupo de GPFHS, como contratação de pessoal e aluguer ou aquisição das instalações utilizadas para a respectiva actividade, e ainda as suas próprias remunerações como médicos. Estes grupos de médicos eram, nas suas características de enquadramento legal e de funcionamento, cooperativas cuja fonte de inspiração foram, nos aspectos essenciais, os “PPGP” americanos.

O ciclo anual de compras de serviços foi definido da seguinte forma (79):

- No mês de Agosto, a direcção executiva do NHS publicava um documento de prioridades para situar as coordenadas da negociação.
- Em Setembro, os compradores (Autoridades de Saúde e GPFHS) tornavam públicas as suas propostas de compra de serviços.
Surpreendentemente, não existia, até aqui, qualquer informação sobre o dinheiro disponível para o ano fiscal seguinte (na Grã-Bretanha inicia-se a 1 de Abril de cada ano).
- Em Novembro, eram comunicadas aos compradores as ofertas de serviços em termos de volume e preços.
- A negociação detalhada desenvolvia-se em Janeiro e Fevereiro, e deveria estar concluída em Março.

Todos os agentes estavam envolvidos em múltiplos e simultâneos processos de negociações, transacções e contratos. Estes processos implicavam um pesado envolvimento de recursos humanos e técnicos, chegando cada contrato a possuir 100 páginas, sem incluir os diversos anexos.

Um hospital médio na zona de Bradford, dos seus 150 trabalhadores administrativos, dedicava 25 técnicos a tempo completo, entre Setembro e Março, para negociar os vários contratos.

A partir de 1999, começaram a ser experimentados contratos com a duração de 3 anos.

Importa referir que as Autoridades de Saúde britânicas são estruturas intermédias do NHS, de âmbito regional, que se podem considerar equivalentes às Administrações Regionais de Saúde (ARS) do nosso país.

Foram, então, estabelecidos 3 tipos de contratos:

- Contrato em “bloco”.
Era definido, de forma ampla, um conjunto de serviços e era atribuída uma verba. Não eram estabelecidos números de doentes, nem preços por doente.
- Contrato “custo-volume”.
Era estabelecido um custo por um volume de serviços.
- Contrato “custo por caso”.
A prestadora facturava por serviço ao comprador. Incluía sistemas de autorização prévia sempre que não fossem urgências.

Diversas entidades e órgãos de comunicação social britânicos destacaram-se no apoio e elogio a esta reforma. A título de exemplo o “King’s Fund”, que é uma estrutura não-governamental de avaliação e acreditação de serviços de saúde, publicou um relatório em 1990 onde criticou violentamente o NHS e defendeu uma estreita ligação dos ganhos financeiros à prática clínica, numa íntima coincidência de perspectivas com o White Paper. Este relatório preconizava, ainda, o estabelecimento de taxas moderadoras (77).

Os elementos dos grupos de médicos generalistas (GPFHS) passaram a um estatuto de

trabalhadores por conta própria, desinseridos de qualquer estrutura de carreira médica e da conseqüente progressão técnica, e sem disporem de horários de trabalho ou períodos de férias definidos. Foram transformados numa caricatura de empresários.

Se inicialmente o governo conservador insuflou consideráveis somas de recursos financeiros neste modelo com o objectivo de atrair os médicos e de o tornar viável, alguns anos depois começaram a verificar-se substanciais diminuições das verbas. Quando surgiram os protestos contra esta situação, o governo conservador considerou que as disposições e regras do mercado implicavam uma gestão hábil do “aumento”, mas também da “diminuição”.

Os médicos generalistas, que tinham desempenhado um papel essencial no desenvolvimento do sistema de saúde britânico e na obtenção de notórias melhorias dos indicadores de saúde, estão confrontados, agora, com uma difícil situação de exercício profissional decorrente de contratos que foram concebidos como um instrumento para os condicionar na sua actividade.

Em 1930, somente 43% da população britânica estava coberta por esquemas de seguros nacionais e apenas para cuidados de saúde ambulatorios. Em 1948, existiam cerca de 18.000 médicos generalistas, quase todos do sexo masculino, que exerciam a sua actividade profissional nas suas próprias residências (156, 157).

Actualmente os serviços de cuidados primários são prestados por 29.987 médicos generalistas em 9000 consultórios principais e em 2500 consultórios secundários. De acordo com o Executivo do NHS, em 1995/1996, 63% das instalações eram propriedade dos médicos generalistas, 16% eram propriedade do NHS e 21% eram arrendadas ao sector privado (158).

A “Lei da Saúde”, em 1999, introduziu a criação dos “primary care groups” e “primary care trusts”. Na Inglaterra já existiam, em 2001, 434 “primary care groups” e 164 “primary care trusts”. A Escócia decidiu não adoptar os “primary care trusts”.

Esta lei estabeleceu estas empresas como entidades comerciais para gerir os riscos e os custos dos cuidados de saúde, sendo uma das suas principais obrigações de carácter financeiro o pagamento dos encargos dos seus bens patrimoniais. No entanto, o seu objectivo fundamental foi a introdução do financiamento privado a nível de aquisição das instalações destinadas à prestação dos cuidados primários de saúde (159).

Os grupos de cuidados primários passaram a incluir cerca de 50 médicos generalistas para uma zona geográfica com cerca de 100.000 habitantes, dispondo de “orçamentos unificados” cujo significado é, ao contrário do que acontecia com os GPFHS, a possibilidade de usar, sem limitações, as verbas relativas às várias rubricas orçamentais, podendo alterar as suas atribuições.

No entanto, começaram a verificar-se cortes directos nos seus rendimentos pessoais, grandes pressões no controlo da prescrição e restrições à liberdade clínica. Muitos dos grupos estabeleceram esquemas de incentivos e formulários a nível da prescrição.

Estes grupos podem também empregar directamente especialistas hospitalares a tempo inteiro ou parcial, bem como outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e fisioterapeutas (162, 192).

Enquanto os restantes médicos do NHS eram assalariados, os médicos generalistas permaneceram como profissionais independentes, como um pequeno negócio, possuindo as suas próprias instalações, empregando o seu próprio pessoal, embora quase totalmente dependentes das verbas do NHS (168).

No actual contexto, torna-se fácil ao governo, através do órgão regulador, contratar largos segmentos dos cuidados primários a prestadores privados e, deste modo, conduzir ao assalariamento dos médicos generalistas. O então secretário de estado da saúde fez a previsão de que até 2005 a maioria destes médicos estaria na situação de assalariados (168).

Os médicos generalistas que ainda são proprietários das instalações onde trabalham, têm os custos relacionados com o aluguer, aquisição, construção, ampliação ou renovação dessas instalações como parte do contrato que possuem com NHS. Quando as instalações requerem novos investimentos, são os médicos que assumem a responsabilidade pela obtenção do financiamento (161).

Deste modo, o governo britânico estabeleceu um programa nacional designado LIFT (Local Improvement Finance Initiative Trust), que constitui um tipo de PFI (Private Finance Initiative) aplicado a este sector de cuidados de saúde, com o objectivo de financiar a construção ou renovação das respectivas instalações, sendo desenvolvido por consórcios privados. Cerca de metade dos "Primary Care Trusts" estão a usar este programa (160, 192).

Os endividamentos decorrentes do uso do LIFT representam uma nova e importante pressão dos custos, em que os médicos generalistas não possuirão o mesmo controlo e capacidade para negociar o reembolso do aluguer, e as empresas privadas surgirão a fazer ofertas generosas para comprarem as suas quotas nas propriedades. Naturalmente, que o objectivo destas medidas é fazer destes médicos meros assalariados de consórcios privados e acabar com o estatuto contratual independente (158).

O controlo e a posse das instalações estão a passar para as corporações privadas, através do aumento da adopção do financiamento privado e de subsídios governamentais para o sector privado. A indústria privada de cuidados de saúde e as companhias seguradoras estão continuamente a adquirir investimentos na propriedade das instalações que gerem, assegurando um controlo cada vez maior sobre os serviços de saúde que nelas são executados. Os médicos generalistas estão a tornar-se empregados desta indústria (168).

A necessidade de centralizar as instalações para proporcionar economias de escala requeridas pelo mercado é que está a determinar o padrão da prestação dos cuidados, em vez das necessidades de acesso.

Os médicos generalistas, confrontados com elevados custos de capital e com défices financeiros nos seus orçamentos operacionais, tornaram-se incapazes de contratar os serviços do NHS nos níveis anteriores de prestação. Deste modo, começaram a procurar novas fontes de receita através da venda de seguros ou da prestação de cuidados privados (161).

Outro aspecto marcante da actual situação, é que as empresas de cuidados primários de saúde passaram a dispor de incentivos para seleccionar os doentes na base do risco, tal como acontece nos EUA, encorajando a cobertura privada de saúde e a escolha de grupos de baixo risco. Simultaneamente, têm sido criadas "joint ventures" com as companhias de seguros para vender produtos desta área.

Diversos médicos generalistas mudaram-se para grupos económicos proprietários de instalações para o exercício profissional, e ex-GPFHS para "joint ventures" com companhias como a "Primary Medical Properties".

Verifica-se, assim, uma grande invasão deste tipo de companhias na prestação de cuidados primários de saúde, com a criação, inclusive, de consultórios em centros comerciais e nas estações de comboios (158).

Em Abril de 2002, o governo aprofundou esta sua política fazendo dos "Primary Care Trusts" as novas entidades compradoras, que vieram substituir as autoridades de saúde distritais (168).

A tendência crescente para impor o pagamento dos cuidados de saúde tem a nível dos cuidados de saúde intermédios a sua área mais óbvia de aplicação. Trata-se de um novo sector de cuidados identificado pelo governo para inverter o declínio da capacidade do NHS, resultante de décadas de eliminação de camas hospitalares e de serviços de cuidados de longa duração e de reabilitação.

A nível dos hospitais, as regras do mercado têm provocado uma profunda crise, nomeadamente nos que possuem estatuto universitário, com o encerramento de alguns deles no centro de Londres devido à emigração da população para a área metropolitana envolvente e a existência de unidades próximas a esses bairros residenciais, o que lhes retirou qualquer capacidade competitiva no mercado.

No NHS, a competição passou a confundir-se como um fim que dava valor, por si mesmo, ao serviço, sem ter em conta que o sector da saúde tem um carácter aberto onde falta aquilo a que se chama o “produto de saúde” e que é praticamente impossível saber, à partida, o que custa um doente.

Como referiu José Repullo Labrador, uma acusação do mundo académico é que a “reforma” britânica não foi conduzida em condições de serem efectuadas as necessárias avaliações, que permitissem valorizar os resultados e gerar conhecimento (79).

Quanto ao princípio do “dinheiro que segue o doente”, importa chamar à atenção para o facto do financiamento se centrar nos distritos, segundo a respectiva população, e dos “compradores” terem de cobrir as necessidades dos seus habitantes sem poderem solicitar mais do que lhes é atribuído pelo NHS. Afinal, não passou de um slogan sem qualquer fundamento prático.

O White Paper integrou todas as concepções políticas e ideológicas da competição gerida, num processo de importação do modelo dos EUA. Aliás, é por demais elucidativo que o ideólogo da competição gerida, o americano Alain Enthoven, intimamente ligado aos interesses das HMO’s, tenha sido o responsável directo pela elaboração e implementação do White Paper, acompanhado por uma numerosa equipa de colaboradores do seu país.

A evolução do sistema de saúde da Grã-Bretanha mostrou, de forma objectiva, que nenhum dos problemas anteriores foi resolvido e que a reforma conduziu à degradação generalizada do sector, de que o lugar para que caiu na classificação mundial dos sistemas de saúde da OMS é um exemplo marcante.

Após a implementação do White Paper, o governo conservador de Margaret Thatcher recorreu a outro instrumento de aprofundamento do processo neoliberal: as PFI (Private Finance Initiative).

O Partido Trabalhista, liderado por Tony Blair, assumiu como um dos seus principais compromissos eleitorais o retorno ao NHS, com a conseqüente eliminação do White Paper. No entanto, este compromisso, uma vez no governo, constituiu “letra morta” e assistiu-se a um aprofundamento acelerado das PFIs, à criação de um outro instrumento de destruição dos hospitais públicos designado “hospital foundation” e à destruição da rede pública de cuidados primários de saúde.

O governo trabalhista de Tony Blair conseguiu, em toda a linha, a difícil proeza de ultrapassar, e muito, a desastrosa política neoliberal de Margaret Thatcher na destruição de um direito essencial da vida humana como é o direito à saúde.

Os principais instrumentos do assalto neoliberal à saúde, como são a competição gerida, as PFI/PPPs e os “hospital foundation”, serão objecto, em seguida, de uma abordagem específica, tendo em conta a multiplicidade de aspectos que os caracterizam.

A Competição Gerida

A competição gerida constituiu um slogan elaborado nos centros ideológicos e económicos do pensamento neoliberal com o objectivo de dirigir todo processo de privatização dos serviços públicos de saúde, embora tentando escondê-lo da opinião pública para evitar uma imediata e ampla contestação social.

Deste modo, foi utilizada uma grande variedade de designações para divulgar este modelo, sempre apresentado como a única solução para os problemas existentes a nível da prestação dos cuidados de saúde.

Algumas das designações mais referidas são: mercado interno, cuidados geridos, dinheiro que segue o doente, separação das funções prestadora e financiadora e contratualização. Todas elas são parte integrante do modelo da competição gerida e visam mistificar os seus objectivos.

A competição gerida representa a essência norteadora do sistema de saúde americano, tendo sido criada neste país para responder às necessidades de alargamento do mercado das grandes corporações económicas.

As primeiras estruturas que praticaram a competição gerida foram as Pré-Paid Groups Practise (PPGP) nos EUA.

Em 1971, quando o então presidente dos EUA, Richard Nixon, transformou as PPGP em HMO (Heath Maintenance Organizations) o objectivo fundamental desta medida foi conter o crescimento dos custos da saúde. As HMOs tornaram-se a peça-base no esquema organizativo da competição gerida.

Os “cuidados geridos” partem do pressuposto que a crise do sector da saúde se deve ao crescimento dos custos das prestações. Assim, uma das medidas essenciais que aplica é a criação de uma intermediação entre prestadores e utentes, de modo a separar as funções de financiamento e prestação de serviços, colocando esta última sob o controlo administrativo de grandes organizações privadas com fins lucrativos, na base de mecanismos de pagamento pessoal ou contratos de risco repartido com os prestadores.

Os difusores desta ideologia consideram estas organizações privadas como “compradores inteligentes”, sendo caracterizadas por utilizarem incentivos financeiros e controlo da gestão para dirigir os doentes aos prestadores referenciados, ou seja, aqueles que praticam preços mais baixos. Tudo isto implica a imposição de uma racionalidade económica em detrimento dos critérios clínicos, através da implantação do controlo administrativo da prática clínica.

Como tal, os médicos e outros profissionais de saúde passam a desenvolver a sua actividade sob parâmetros estabelecidos pela empresa, que determina um normativo para cada quadro clínico, os métodos de diagnóstico e o tipo de tratamento que aceita pagar.

Outro aspecto que é privilegiado por estas organizações privadas é a contratação de médicos generalistas a quem atribuem uma verba fixa de dinheiro na base do número de doentes. É com esta verba que estes médicos têm de pagar as consultas de especialidade que solicitam, bem como os custos derivados das decisões diagnósticas e terapêuticas (143).

Nos seus aspectos fundamentais, a competição gerida significa a utilização dos instrumentos de mercado no sector da saúde, através de empresas que apresentam os chamados “planos de saúde”.

Teoricamente, a competição gerida implica competição a 2 níveis:

- Os planos competem por filiados na base do preço e do “pacote” de prestações.
- Os prestadores competem por oferecer aos planos de saúde os serviços com melhor custo-efectividade.

Outras características fundamentais da competição gerida e definidoras da sua essência são (64, 66, 48):

- Contenção empenhada dos custos.

- Transformação do papel das companhias de seguros, desde o papel tradicional de intermediação financeira entre compradores e prestadores, até à gestão directa dos cuidados de saúde.
- Transferência de riscos, associada a um financiamento fixo, pré-estabelecido, e ao estabelecimento de incentivos financeiros como elemento-chave das decisões clínicas.
- Os incentivos financeiros são para prestar poucos serviços e com custos mais baixos, com pressões sobre os médicos para prescrever procedimentos menos dispendiosos e evitar o encaminhamento referenciado para especialidades hospitalares.
- Concentração progressiva da propriedade dos serviços prestadores em um número reduzido de empresas.
- Aplicação do “downsizing”, com o despedimento de um elevado número de empregados e o recurso a trabalhadores não qualificados para reduzir os custos laborais.
- Introdução de mudanças fundamentais na prática clínica, implicando a integral subordinação dos profissionais de saúde às lógicas administrativas e financeiras, e uma drástica redução das práticas profissionais independentes. A relação médico/doente é eliminada.
- Estabelece a existência de um intermediário entre prestadores e utentes, para separar o financiamento da prestação de serviços.
- A sua implementação constitui um processo silencioso que passa somente por elementos dos governos e ultrapassa os órgãos legislativos como os parlamentos.
- As alterações são efectuadas gradualmente, de modo que a comercialização de todos os relacionamentos possa parecer natural.
- Desaparecimento gradual das organizações não lucrativas e sua anexação pelas empresas lucrativas.
- Utilização crescente de copagamentos pelos planos de saúde para dissuadir a utilização dos serviços, estabelecendo maior dificuldade de acesso aos cuidados.
- Adopção de mecanismos de selecção adversa e de riscos dos segurados.

Este modelo foi promovido nos EUA por grandes campanhas publicitárias através de jornais como o “New York Times” e por organizações como a Associação Médica Americana.

No caso do “New York Times” este apoio à competição gerida não é totalmente alheio ao facto de vários membros do seu conselho de administração serem simultaneamente membros das administrações de várias companhias de seguros (66).

A IBM, Johnson & Johnson, Britol-Myers Squibb e a Hewlett-Packard formaram um consórcio para intensificar os esforços na promoção da competição gerida (48).

A experiência deste modelo demonstrou que os seus resultados conduziram ao substancial aumento dos custos e dos preços, a baixos níveis de saúde e à exclusão de sectores sociais cada vez mais amplos no acesso aos cuidados de saúde.

Jacob Hacker e Theodore Marmor consideram que a competição gerida é uma confusa montagem de slogans, uma retórica ambiciosa e um chavão da escola empresarial, e que a discussão da maior parte dos tópicos dos modernos cuidados médicos é marcada por modas passageiras, aspectos lamacentos e confusão (52).

Em 09/01/98, o Prof. Theodore Marmor participou, em Lisboa, numa conferência realizada pelo “Fórum de Lisboa de Administração de Saúde”. Das suas afirmações importa destacar as seguintes (80):

- “Este slogan (competição gerida) é uma contradição nos seus próprios termos. Um sistema gerido é aquele em que os participantes controlam o seu funcionamento através de várias técnicas de gestão, para o bem e para o mal. Pelo contrário, os resultados de

um sistema competitivo são em grande medida incontroláveis. Em condições de concorrência ideais, as pessoas e as organizações perseguem os seus interesses sem uma direcção central. Pode-se regular mal ou bem a concorrência, pode-se gerir recursos bem ou mal, o que não se pode fazer é gerir a competição”.

- “É perturbador, mas possivelmente instrutivo, que um plano para reformar a medicina americana tenha sido popularmente simbolizado por uma contradição.
- Perturbador, porque quem quer que promova este slogan como uma solução para a reforma do sistema de saúde de qualquer país arrisca-se, e com razão, a ser considerado mentiroso ou idiota”.
- “O realismo sobre o que a gestão pode e não pode fazer livra-nos de aderir às soluções perigosas oferecidas pelos inovadores e ajuda-nos a moderar o nosso desapontamento quando verificamos que uma boa gestão não nos livrou dos males do mundo. Os gurus, quer nos convençam quer não, levam-nos tempo e energia, enganam uma apreciável quantidade de ingénuos e desviam o debate dos temas que merecem realmente atenção”.
- “Os objectivos de qualquer instituição são múltiplos, contraditórios e instáveis. Seria espantoso que uma só abordagem pudesse contemplar diferentes objectivos e, muito menos, alterações de prioridades ao longo do tempo”.
- “Instituições como os hospitais desempenham múltiplas tarefas, que implicam diferentes estruturas e técnicas organizacionais, diferentes abordagens de gestão. Quando um guru diz que ter objectivos múltiplos é não ter objectivo nenhum, deve ser atirado ao lago mais próximo”.

Estas elucidativas afirmações constituem um importante contributo para a desmistificação de competição gerida.

Como já foi referido anteriormente, a competição gerida constituiu o modelo da reforma do governo conservador britânico de Margaret Thatcher que procedeu à sua integral importação, sem ter esquecido os próprios ideólogos americanos.

Sensivelmente na mesma altura, foi desencadeada uma reforma semelhante na Holanda, conhecida pela “reforma Dekker”, que após alguns anos foi objecto de grandes alterações.

Um aspecto fundamental que importa ainda referir, tem a ver com as preocupantes implicações da competição gerida na formação dos futuros médicos e na qualidade do exercício da profissão. Em Novembro de 2002, o jornal da “Academic Medicine” publicou os resultados de um inquérito a professores de medicina nos EUA, conduzido pela “Alliance for Clinical Education” que é uma entidade constituída por responsáveis de 7 organizações de educação representando as faculdades que dirigem o núcleo clínico das escolas de medicina em todo o país.

Os 500 directores de todo o país, que responderam a este inquérito anónimo, transmitiram particular preocupação acerca da dificuldade de recrutar professores, assim como com o declínio da qualidade nos locais de formação. O inquérito também expressa uma generalizada diminuição do entusiasmo para ensinar.

O mais elevado impacto negativo na educação médica foi perceptível nas zonas com mais elevado peso dos cuidados geridos.

Cerca de 88% das respostas declararam que os cuidados geridos tornaram os cuidados de saúde mais parecidos com uma mercadoria e 72% declararam que eles reduziram o profissionalismo na medicina.

Ainda de acordo com este inquérito, os cuidados geridos afectaram desfavoravelmente os centros académicos de medicina a nível financeiro, reduzindo o tempo e os recursos disponíveis para a educação e a investigação. As companhias de cuidados geridos excluem frequentemente os estudantes do contacto com os doentes, eliminando a oportunidade de

aprenderem a efectuar o exame físico e as técnicas diagnósticas (193). Em meados de 2003, na assembleia anual da Associação Médica Britânica, o seu presidente cessante, Ian Bogle, no discurso que proferiu, abordou este tipo de problemas afirmando que “o centralismo paranóico... transformará os profissionais em contadores de migalhas não responsáveis perante os seus doentes, mas perante os políticos, auditores, comissários e gestores” e que “o sistema de cuidados de saúde é agora conduzido não pelas necessidades individuais dos doentes, mas pelas folhas de cálculo e caixas de crédito” (194).

PFI (Private Finance Initiative) /PPP (Parcerias Público - Privado)

O modelo das PFI foi lançado em Novembro de 1992 pelo governo conservador britânico de Margaret Thatcher, como um mecanismo para obter financiamento privado que pudesse satisfazer as necessidades políticas para aumentar o investimento nas infra-estruturas sem afectar o orçamento público, garantindo amplos contratos para os consórcios privados e novas oportunidades de investimentos para o capital financeiro.

Sob este modelo, as companhias privadas projectam, constroem, financiam e gerem os novos hospitais na base de contratos de 30 ou mais anos, em que o Estado fica obrigado ao pagamento anual de uma quantia estabelecida a essas companhias.

Estes pagamentos são classificados como rendas, não como capital, e desta maneira não são contabilizados no orçamento público.

O sector público assume o papel de cliente e assegura um fluxo de pagamentos regulares aos prestadores privados de bens e serviços.

Os consórcios privados que se constituem para as PFI englobam empresas de construção civil, bancos, imobiliárias, firmas de arquitectos e advogados, empresas de leasing, de consultoria e de serviços de manutenção.

Entre 1995 e 1997, verificou-se uma “crise” no desenvolvimento das PFI devido a uma acção concertada dos consórcios privados para imporem contratos mais adequados aos seus interesses, face às exigências de garantias financeiras por parte do Estado.

Assim, as PFI significaram uma natural progressão das políticas económica e de privatização formuladas pelo Partido Conservador durante a década de 1980.

O modelo PFI foi rapidamente aplicado aos vários sectores, abrangendo escolas, hospitais, serviços sociais, vias de comunicação e, até, prisões e esquadras da polícia.

Devido ao crescente desprestígio das PFI e à contestação acrescida que já suscitavam na opinião pública, foram rebaptizadas, no final da década de 1990, de “Parcerias Público - Privado” (PPP). Simultaneamente, esta decisão do governo trabalhista teve também o objectivo de tentar dissimular a sua colagem à política do anterior governo conservador a quem a sigla PFI estava ligada.

A eleição de um governo do Partido Trabalhista, chefiado por Tony Blair, apesar das suas profusas promessas eleitorais de ruptura com os princípios e práticas do governo conservador, nomeadamente no sector da saúde, não se traduziu em qualquer alteração da política seguida, verificando-se, pelo contrário, um aprofundamento dos projectos neoliberais e privatizadores.

O autor da história oficial do NHS, Charles Webster, afirmou que “o actual governo adopta mais do passado do que admite” (81).

A confirmar esta apreciação, há que referir as curiosas declarações do secretário do Tesouro produzidas numa conferência realizada a 16/09/2000 no “Radcliff Infirmary” (Oxford) (82):

“Nós usamos as PFI num sentido diferente do anterior governo. No passado, as PFI foram

usadas como um modo de esconder os empréstimos do sector público.

As reformas contabilísticas agora significam que as PFI não podem ser usadas para assumir projectos fora do orçamento público. Nós não usamos as PFI para esconder empréstimos, nós usamo-las porque é muitas vezes a melhor, a mais rápida e mais efectiva forma de prestação de serviços universais publicamente consolidados”.

De facto, é difícil ir mais longe no cinismo político e na grosseira mistificação dos factos objectivos.

Em torno da promoção deste modelo foram apresentados múltiplos argumentos que pretendiam demonstrar a sua maior capacidade de resolução dos problemas existentes a nível dos serviços públicos, nomeadamente (83):

- A privatização tem efeitos benéficos, com a melhoria da produtividade e a economia melhor habilitada para responder à mudança.
- As melhores privatizações, quando combinadas com mercados competitivos, conduzem à criação de companhias de nível mundial, reduzem os custos e os preços, e melhoram os serviços ao consumidor.
- O sector privado é mais inovador na construção, manutenção e funcionamento.
- O sector privado fornece melhor e mais valor para o dinheiro. Cria grandes eficiências e sinergias, resultando em melhores serviços e poupanças.
- O sector privado investe na qualidade do património.
- A disciplina do papel do mercado assegura que o sector privado gere melhor os riscos.
- As PFI são uma parte essencial da modernização dos serviços públicos.

Um documento divulgado pelo “Centre for Public Services”, onde eram também apresentados estes documentos, abordou diversos aspectos que justificam a rejeição do modelo PFI/PPP, tornando-se importante referir algumas das suas apreciações (83):

- As PFI/PPP reconfiguram os serviços e afectam todo o pessoal.
- O afastamento do Estado da propriedade e gestão da infraestrutura tem profundas implicações para os serviços centrais.
- As PFI/PPP criam divisões artificiais entre serviços centrais e de suporte.
- Uma vez estabelecido o controlo da gestão operacional das instalações pelo sector privado, este estará numa poderosa posição para influenciar as políticas de prestação de serviços.
- O sector público é crescentemente marginalizado e torna-se residual.
- Apesar do desenvolvimento de grandes hospitais, 12 dos 14 projectos PFI/PPP da primeira fase implicaram uma redução média de 32% do número estabelecido de camas de casos agudos.
- As PFI/PPP são repetidamente mais caras do que os projectos financiados pelo sector público.
- O governo pode emprestar dinheiro a taxas de juros mais baixas do que o sector privado.
- As PFI aumentam o custo da construção dos hospitais.
Os custos totais do projecto (custos de construção e de financiamento), numa amostra de projectos hospitalares, eram entre 18% a 60 % mais elevados do que somente os custos da construção (ex^{os}: North Durham - 60%; Norfolk-49,1%; Browley - 35,8%; Greenwhich - 30,8%).
- Os custos de viabilidade das PFI/PPP (o reembolso dos custos de financiamento e de construção) eram entre 11,2% e 18,5% dos custos de construção, em contraste com os 3% a 3,5% dos juros anuais dos projectos financiados publicamente.

- A intensificação dos custos é uma característica comum das PFI/PPP. Os primeiros projectos PFI de hospitais tiveram um aumento médio dos custos de 69%. O custo do novo hospital “Worcester Royal Infirmary” aumentou 118% entre 1996 e 1999.
- Qual o “valor para o dinheiro”? O “Carlisle Hospital” está referido com 1% de poupança e o “North Durham Hospital” sem qualquer poupança em relação aos custos do chamado “comparador do sector público”.
- Os projectos PFI/PPP comprometem futuros governos numa torrente de pagamentos. Os contratos PFI/PPP comprometem as entidades públicas em pagamentos de rendas por períodos entre 25 a 35 anos. O impacto cumulativo dos reembolsos de pagamentos às PFI/PPP significará para os futuros governos que poderão ter de aumentar os impostos, impor pagamentos para os serviços actualmente gratuitos, reduzir empréstimos para financiar os restantes serviços públicos ou cortar despesas em serviços não abrangidos por estes projectos. Esta situação deixa uma pequena proporção do orçamento para distribuir pelos outros serviços não abrangidos pelas PFI/PPP, limitando, assim, a capacidade das autoridades para responder às mudanças das necessidades sociais e às prioridades.
- Três hospitais locais foram encerrados para ajudar a financiar o “Dartford and Gravesham PFI Hospital”.
- Como os projectos PFI/PPP são, todos eles, pagos a partir dos orçamentos públicos, isto significa que estes necessitam de ser aumentados para suportar a despesa adicional.
- A entidade “Accountantes Chantrey Vellacot”, estimou que o sector privado tem um custo mais elevado que os empréstimos do sector público, num adicional de 50 milhões de libras por cada bilião de libras dos contratos PFI. O “Dorset Police Authority PFI Project” foi aprovado, em Maio de 1998, pelo Home Office com um crédito de 12,4 milhões de libras, e 5 meses depois o crédito tinha aumentado para 24,2 milhões de libras.
- Existem elevados custos de transacção. Como cada parte negocial tem grandes equipas de consultores jurídicos, financeiros, de gestão e outros, as remunerações são substancialmente superiores às que enfrentam a prova do mercado. Os custos das consultorias nos primeiros 15 hospitais PFI foram de 45,2 milhões de libras, as quais consistiram em 20,4 milhões de libras de pagamentos a advogados, 14,6 milhões a consultores financeiros e 10,2 milhões a consultores de gestão e outros. Os pagamentos a consultores representam entre 2,4% e 8,7% do custo de capital destes projectos. Os custos do tempo de trabalho do pessoal do sector público no desenvolvimento dos projectos PFI e os custos dos processos de aquisição são raramente contabilizados no cálculo.
- “Comparador do Sector Público” é deficiente. A determinação do “comparador do sector público” consiste em proporcionar um ponto de referência para calcular o potencial “valor do dinheiro” oferecido pelo projecto PFI. Trata-se de um processo aberto à manipulação porque as equipas dos projectos PFI querem mostrar “valor para o dinheiro” e podem apresentar exagerados benefícios desta opção, subestimando frequentemente o seu custo completo. Os custos são estabelecidos sem evidência para os suportar e não surpreende que o “comparador do sector público” mostre, regularmente, os projectos PFI a fornecer “valor para o dinheiro”.

O “comparador do sector público” foi descrito como uma invenção, artificial e preconceituoso.

Existe evidência que as opções pelo sector público são construídas para as mostrar com uma visão negativa.

O “comparador do sector público” assume, frequentemente, o pior cenário para os cálculos do sector público, estimando possíveis ultrapassagens de custos de construção e atrasos. Pode incluir estimativas de custos para riscos, os quais são actualmente transferidos nos contratos PFI. Por exemplo, o “comparador do sector público” para o “Cumberland Infirmary PFI”, em Carlisle, incluiu cerca de 5 milhões de libras para pagar o risco de poupanças em objectivos clínicos não apresentados e 2,5 milhões de libras para litígios médicos.

Nenhum risco foi transferido, mas o custo líquido da opção pelo sector público foi inflacionado em 7,2 milhões de libras.

- Os negócios de terrenos e de propriedades são uma parte fundamental dos projectos PFI/PPP, proporcionando ao consórcio privado desenvolver excedentes de terrenos e instalações para uso comercial e residencial.
- Os projectos PFI recebem os mesmos subsídios que os serviços públicos. Os créditos para as PFI cresceram de 250 milhões de libras em 1997/98 para 800 milhões de libras em 1999/2000.
- A gestão do risco tornou-se uma indústria rentável, agrupando diferentes tipos de risco e criando novos mercados de seguros.
- Ausência de responsabilidade democrática. As companhias privadas são responsáveis somente perante os accionistas. O Estado e os contratantes privados estão em conluio para proteger os direitos da propriedade intelectual, usando a confidencialidade comercial para minimizar a divulgação, a participação, a avaliação dos negócios e a responsabilidade pública.
- É comum verificarem-se atrasos nos projectos, custos excedidos e falhas nos serviços e na transferência de riscos.
- O sector público perde o controlo sobre os bens e serviços.
- O sector privado dita as necessidades públicas e sociais.
- O processo laboral é transformado em “trabalhadores de 2 níveis” (two-tier workforce).
- Verificam-se empregos perdidos, e diminuição dos salários e dos direitos laborais.
- As etapas-chave dos processos PFI/PPP têm lugar à porta fechada sob o manto da “confidencialidade comercial”.

Outro documento emitido pela UNISON, importante organização sindical britânica da administração pública que está filiada colectivamente no Partido Trabalhista, apresentou as 7 razões porque as parcerias público-privado não melhoram os serviços públicos (84).

Do conteúdo deste documento, importa destacar as seguintes referências:

- O serviço público não pode ser comparado com outras mercadorias. Ele não tem como objectivo o lucro, mas antes suportar o bem-estar social, económico e ambiental das comunidades.
- A força impulsionadora que está por detrás das PFI não é a melhoria dos serviços públicos, mas antes a vontade do governo em reduzir a dívida pública. A PFI foi inventada por um governo que tinha perdido o controlo da dívida pública.
- Os projectos PFI são mais dispendiosos que os projectos públicos. O sector privado tem inevitavelmente de pedir empréstimos a taxas superiores. Também gasta mais dinheiro em honorários com advogados e consultores. Com frequência as PFI ultrapassam os custos inicialmente previstos, o que torna os

projectos privados mais caros para as entidades públicas contratantes.

Isto significa que o défice é frequentemente enfrentado através de reduções na capacidade dos serviços, de subsídios desviados de outros orçamentos públicos e a cortes nas despesas laborais.

- Os contratos privados tendem a fazer poupanças através de reduções dos salários e cortes nos empregos, com as mulheres a sofrerem mais com a privatização.
- Existem 2 níveis de mão-de-obra com termos e condições mais desfavoráveis para os trabalhadores com menos tempo de serviço.

A existência de múltiplos acordos de trabalho, com diferentes termos e condições, aumentam os custos administrativos das empresas.

- Existem muitas afirmações de que o sector privado é mais eficiente do que o sector público, mas não existe qualquer evidência que suporte isto.

As PFI não produzem melhorias nos prazos e custos que foram inicialmente previstos, nem tão pouco cumprem os padrões de qualidade.

Em Dartford e Gravesham, por exemplo, um hospital PFI aberto em Junho de 2000 cancelou imediatamente toda a cirurgia de rotina.

- As PFI /PPP não dão “valor para o dinheiro”.

Quando são analisados comparativamente, os esquemas PFI aumentam o tempo de prestação do serviço e excedem as despesas em relação aos projectos do NHS, dando a impressão de constituírem melhor “valor para o dinheiro”.

- As companhias privadas obtêm lucros inaceitáveis.

Os lucros das PFI ultrapassam, em muito, o risco assumido. As companhias privadas obtêm enormes lucros à custa do sector público. Os principais riscos transferidos para o sector privado dizem respeito à fase de arranque do projecto, riscos estes que desaparecem numa fase precoce do mesmo.

No entanto, os riscos são negociados como se fossem distribuídos durante toda a duração do contrato, o que o torna muito lucrativo para os contratantes poderem refinar os projectos.

Os cálculos do risco são arbitrários e duvidosos.

Em 1999, o Comité de Saúde da Câmara dos Comuns publicou um relatório bastante crítico para as PFI, onde referiu que “lamentamos a transferência do pessoal subordinado para o sector privado, que é actualmente uma consequência das PFI. A frequente divisão espúria do quadro de pessoal em grupos clínico e não clínico pode criar um apartheid institucional, o qual será prejudicial para a moral do pessoal e para os doentes. Nós pensamos que o Governo deverá limitar as PFI a um número de esquemas – piloto, até que uma correcta avaliação do impacto no pessoal e nos cuidados prestados aos doentes seja produzida” (85).

Um editorial do “British Medical Journal” (BMJ), em 1999 afirmou que as iniciais PFI significavam “pérfida finança idiota” (86).

No seu texto, considerou que a PFI é uma política de “fumos e espelhos” que pode destruir o NHS, e que era necessário acordar para as profundas implicações das PFI antes que seja demasiado tarde.

Denunciou também que a PFI é apresentada como usando dinheiro privado para pagar a exploração das infraestruturas que são necessárias aos serviços públicos, mas que se trata de um pagamento “morto” através do orçamento público.

Outros aspectos abordados neste editorial foram os seguintes:

- Os esquemas PFI produzem mais problemas que soluções, pela simples razão de que o capital privado é sempre mais caro que o capital público

- Uma das vias para garantir um lucro substancial é através da redução da capacidade proposta para os novos hospitais e de menos pessoal.
- A PFI conduz inevitavelmente a um aumento do sector privado e dos encargos para os utentes, na perspectiva de reduzir o NHS a um serviço sem importância destinado aos pobres.
- Está criado um quadro generoso para a corrupção, em que os ingredientes são as grandes somas de dinheiro público, tomadas de decisão fechadas, inadequada responsabilidade, e assessores que saltam do sector público para o privado e vice-versa.
- O eleitorado quer a modernização do NHS e não a sua destruição.

O impacto negativo deste modelo e a conseqüente contestação que tem suscitado, são acompanhados por uma vasta e diversificada bibliografia onde são abordados os múltiplos aspectos que decorrem da sua implementação.

Os consórcios privados envolvidos nos esquemas PFI sobrecarregam as taxas equivalentes do NHS em 11,2 a 18,5% dos custos de construção, e os seus accionistas obtêm um rendimento de 15% a 25% anuais.

Se o Tesouro Público financiasse directamente os novos hospitais com os seus próprios empréstimos, pagaria uma taxa real de juros anuais entre 3 a 3,5 % (87).

Os cálculos do “valor do dinheiro” exploram o facto de sob a aquisição pública todos os custos de desenvolvimento de um hospital serem pagos nos primeiros anos, enquanto sob a iniciativa privada são distribuídos durante 25 a 30 anos.

Com as PFI é aplicado o princípio de “compre agora, pague depois”, principio este que é amplamente usado no sector privado para maximizar o lucro dos accionistas.

Os cálculos económicos assumem, desde o início, aquilo que é necessário provar: a vantagem económica do financiamento privado. Nesse sentido, é aplicado um desconto de 6%, numa decisão puramente politica, para favorecer o sector privado e tornar obscura a sua característica central: o mais alto custo do capital.

Na avaliação do financiamento da iniciativa privada todos os custos têm o “risco ajustado”, que visa fazer uma comparação dos custos entre as opções privadas e o sector público, efectuando cálculos entre riscos que sob a aquisição do sector público ele transporta em si mesmo, mas que sob a iniciativa privada são pagos a outro agente para os suportar.

Como o método do “valor para o dinheiro” implica um desconto de custos em 6%, o custo do risco é efectivamente contabilizado no dobro.

No Hospital de Carlisle, como já vimos, um dos riscos hipoteticamente transferido foi que os objectivos de poupanças dos custos clínicos poderiam não ser cumpridos, tendo o custo deste risco sido estimado em 5 milhões de libras.

No entanto, o consórcio privado não teve qualquer responsabilidade para assegurar que estas poupanças eram feitas e não foi obrigado a pagar qualquer multa. Deste modo, o consórcio obteve 5 milhões de libras adicionais com fundamentos completamente falsos (87).

A maior parte do risco supostamente transferido relaciona-se com o período de construção, os primeiros 3 a 5 anos, relativamente à fase operacional nos subseqüentes 25 ou 30 anos.

Os exemplos principais de riscos envolvidos neste processo dizem respeito a eventuais ultrapassagens dos custos de construção, a aumentos dos custos previstos de manutenção, a supostas alterações sobre o modo como o edifício vai ser usado e a alterações na procura dos serviços prestados.

Um relatório da responsabilidade de “Artur Andersen and Enterprise, LSE”, divulgado no

início de 2000, que tem sido frequentemente usado por ministros britânicos, apresentou 2 conclusões principais: a PFI é 17 % mais barata que os projectos convencionais com fundos públicos; 60 % destas poupanças resultam da transferência de riscos (88).

Tornou-se impossível avaliar os fundamentos deste relatório, tendo em conta que não foi fornecida qualquer informação acerca das despesas departamentais mais pertinentes, os sectores envolvidos ou mesmo o tipo de projectos em causa. Mas este relatório foi logo aproveitado por Andrew Smith, secretário-chefe do Tesouro, para afirmar numa conferência sobre as PFI/PPP, organizada pelo “Institute for Public Policy Research”, que estes esquemas possibilitavam as tais poupanças de 17%, tendo rejeitado as críticas que os apontam como o principal movimento privatizador (129).

Apesar da acumulação de factos demonstrativos dos custos acrescidos das PFI, as respostas do governo britânico têm sido conduzidas em torno de 2 aspectos: a eficiência do sector privado gera melhor “valor para o dinheiro” que a alternativa do sector público; a transferência do risco do sector público para o sector privado.

Um dos membros do NHS Executive, que é o órgão máximo de gestão dos serviços públicos de saúde, Peter Coates, escreveu um artigo na revista “Public Finance” em defesa dos hospitais PFI que constituiu a primeira resposta significativa às críticas a este modelo.

Neste artigo chegou ao extremo de afirmar que as PFI não são responsáveis pela redução do número de camas hospitalares e que elas oferecem melhor valor para o dinheiro, através da transferência de riscos (89).

Apesar de toda a retórica política e ideológica em defesa dos negócios PFI, torna-se óbvio que se trata de uma forma de um governo adiar a despesa pública, embora a custos muito mais elevados. Ou para utilizar uma expressão muito difundida neste país, “sob a PFI o NHS paga mais por menos”.

O recurso às PFI conduziu à situação de toda a infraestrutura pública estar parada, mantendo muitas características anteriores à existência do NHS e significando uma proporção anterior à 1ª Guerra Mundial (90).

O investimento líquido no sector público, sob um governo do Partido Trabalhista, foi de 5,8% do PBI em 1974/75, até baixar para um insignificante 0,4% de 1988 a 1999 (83).

Como refere o documento do “Centre for Public Services”, os defensores das PFI argumentam que a linha divisória entre os sectores público e privado é arbitrária e que o primeiro trabalhando isoladamente pode não conseguir o tipo de resultados que os cidadãos querem. Ora, esta posição ignora a realidade económica, dado que quanto mais serviços o sector privado presta, mais quer prestar. Por outro lado, o documento chama a atenção para o facto da diversidade de prestadores não conduzir necessariamente à melhoria dos serviços públicos.

Esses defensores consideram também que a competição é a solução mais efectiva para a obtenção de serviços públicos e que maximiza a inovação e eficiência. Ora, a competição entre os 2 sectores não se coloca a um nível desportivo, devido aos seus diferentes valores e sistemas de funcionamento.

O processo negociado de obtenção dos contratos PFI/PPP significa que os interesses privados, protegidos pela capa da “confidencialidade comercial”, podem assegurar a sua prioridade relativamente às necessidades sociais e ao interesse público.

O actual Partido Trabalhista introduziu uma dimensão ideológica adicional ao afirmar que necessita de adoptar as PFI tendo em vista salvar o sector público.

Esta tese é construída em torno das suposições que os serviços públicos podem ser parcialmente privatizados e que esta nova “economia mista” ou a chamada “diversidade de prestadores” é viável e sustentável, bem como que a gestão pelo sector privado para a prestação de serviços públicos não constitui privatização porque os bens retornarão para o sector público. Mas foi o próprio manifesto eleitoral do Partido Trabalhista a desfazer estas

suposições, ao estabelecer como uma das suas principais marcas ideológicas o apelo ao “espírito de empresa” (83).

A própria Comissão Especial de Inquérito da Saúde da Câmara dos Comuns, num relatório publicado em Maio de 2002, considerou que muitos dos benefícios afirmados pelas PFI não estão provados, que as transacções têm de ser mais transparentes, e que o National Audit Office, entidade pública de fiscalização, deve investigar se os índices do “comparador do sector público”, usados para calcular se um esquema PFI traduz “valor para o dinheiro, foram manipulados em favor da iniciativa privada (91).

Em Julho de 2002, um relatório da Comissão das Contas Públicas do Parlamento britânico, presidida pelo deputado conservador Edward Leigh, concluiu que os projectos PFI necessitavam de uma melhor avaliação após os contratos serem assinados para assegurar a qualidade dos serviços e “valor para o dinheiro”.

No entanto, a realidade então existente demonstrava que dos mais de 400 contratos PFI, no valor total de 156 biliões de euros, somente cerca de metade deles tinham alguns mecanismos para avaliar o “valor para o dinheiro” durante a sua duração (92).

O “Centre for Public Services”, noutro documento divulgado com o título “The private finance in the NHS”, formulou as seguintes denúncias (93):

- Os custos dos contratos PFI são muito superiores aos inicialmente previstos, verificando-se um aumento médio de 72%.
- Os custos das negociações destes contratos foram estimados em 7 vezes superiores aos do orçamento público tradicional.
- Os novos hospitais PFI têm menos 20 a 40% das camas relativamente aos hospitais que foram por eles substituídos.
- As autoridades de saúde para poderem pagar as PFI têm cortado nas verbas destinadas à saúde infantil, aos deficientes e noutros serviços de carácter social.
- Ao longo do contrato, o consórcio privado pressiona para que todo o pessoal, incluindo médicos e enfermeiros, sejam seus empregados.
- Os esquemas PFI estão cobertos de secretismo.

A confidencialidade comercial é o pretexto usado para impedir qualquer informação às várias organizações sociais.

Um grupo de economistas da Universidade de Londres, dos quais a mais conhecida é a Prof.^a Allyson Pollock, elaborou um documento de resposta, em Novembro de 2001, a um relatório do “Institute for Public Policy Research”, destacando-se as seguintes questões (94):

- A metodologia para calcular o valor do risco transferido é muito subjectiva.
- Na prática, o pessoal trabalha acrescidamente para cumprir os objectivos de produtividade e a qualidade dos serviços irá deteriorar-se com cortes nos serviços mais dispendiosos.
- Os custos com salários diminuiu de 72% em 1977 para 38% em 1999.
- Os pagamentos anuais estimados somente para os negócios PFI já assinados variam de 2,9 biliões em 2000/2001 para 4,5 biliões de libras em 2004/2008.
- O sector privado tem obrigações para os investidores que são prioritárias sobre as obrigações sociais para os utentes, e o sector público está motivado para a responsabilidade social.
- A evidência demonstra que os operadores lucrativos dos hospitais prestam cuidados de qualidade inferior, têm custos administrativos mais altos, prestam tratamentos mais caros e inapropriados e são técnica e prestativamente menos eficientes.
- Em 2000, uma comissão do Parlamento australiano recomendou que “nenhuma nova privatização de hospitais públicos pode ocorrer até que uma profunda investigação

nacional seja conduzida e que alguns benefícios para os doentes possam ser demonstrados por este modelo de prestação de serviços”.

- Quando os contratos falham não há qualquer informação no domínio público, nem multas deduzidas nos pagamentos públicos ou rescisão dos contratos.
- A evidência mostra que a utilização das PFI em hospitais aumentou a inflexibilidade e a rigidez, diminuiu a diversidade, diminuiu o acesso e falhou no cumprimento das necessidades públicas de cuidados de saúde.
- As PFI têm conduzido a uma redução dos serviços públicos.
- Os aumentos dos custos são pagos pela redução de serviços.
- O custo do capital, como percentagem da receita, nas seguintes unidades de saúde, antes e depois das PFI:

Norfolk e Norwich - 0,7% (antes da PFI) - 18,9% (depois da PFI)

South Tees Acute Hospitals - 3,9% (antes da PFI) - 10,0% (depois da PFI)

Dartford e Gravesham - 7,5% (antes da PFI) - 27,2% (depois da PFI)

Greenwich Healthcare - 3,7% (antes da PFI) - 13,3% (depois da PFI)

Swindon e Marlborough - 3,3% (antes da PFI) - 14,3% (depois da PFI)

Bromley Hospitals - 7,0% (antes da PFI) - 10,7% (depois da PFI)

Calderdale Healthcare - 3,0% (antes da PFI) - 11,3% (depois da PFI)

North Durham Healthcare - 2,9% (antes da PFI) - 9,9% (depois da PFI)

- Os novos hospitais PFI implicam redução do número de camas de casos agudos e encerramento de outros hospitais e serviços.
Os primeiros 14 hospitais PFI implicaram a redução de 33% das camas existentes. Desde 1997, o NHS eliminou 12.000 camas, a maior parte delas para pagar as PFI.
- O “Royal Edinburg Infirmary”, no esquema PFI, implicou a venda de terrenos e outros bens, a redução de 33% no número de camas e 13 milhões de libras de diminuição dos custos em pessoal clínico (médicos e enfermeiros).
Quando o hospital abrir terá cerca de 25% menos no número de trabalhadores, grande parte deles sem formação e não especializado.
A nível dos médicos a redução é de 8,2% e nos enfermeiros de 14%.
- No “Worcester Royal Infirmary” foram eliminadas 219 camas, de modo a libertar 7,2 milhões de libras de receitas para pagar o novo hospital. Tem 1/3 do número de camas de casos agudos da média nacional.
Terá menos 32% do pessoal auxiliar e 17% menos no número de enfermeiros, devido aos custos adicionais da PFI.
- O governo britânico antecipa que as empresas privadas de cuidados de saúde irão controlar cerca de 75% do Orçamento do NHS em 2004.

Embora tenham sido efectuadas anteriores referências a exemplos concretos de PFI, existem outros aspectos relativos a este modelo que permitem ter uma noção mais precisa das suas implicações práticas.

Um relatório da Universidade de Londres, apresentado em 2000 e tendo como autores Allyson Pollock, David Price e Matthew Dunningan, denunciou que o esquema PFI do hospital “Worcester Royal infirmary” deixará este condado com um dos níveis mais baixos a nível do país em termos de capacidade hospitalar e que o aumento de 118% do custo deste hospital foi devido, em grande parte, aos custos adicionais de financiamento, que não se teriam verificado sob a opção do sector público (95).

A construção deste hospital PFI levou ao encerramento de outras unidades da sua área geográfica, nomeadamente do “Hospital Kidderminster”, com uma diminuição global de

camas em torno dos 50% e obrigando muitos doentes a percorrerem dezenas de quilómetros para terem acesso aos cuidados prestados na nova unidade (96).

O “Carlisle Hospital PFI” envolveu a substituição do “Cumberland Infirmary”, do “City General” e da “City Maternity Hospital”.

Os seus custos duplicaram entre 1993 e 1997, passando de 41 milhões para 88 milhões de libras, dos quais 17 milhões de libras representaram o custo resultante de contrair o financiamento PFI. Esta última verba não seria paga se o hospital tivesse sido construído pelo sector público.

Como o consórcio PFI recusou incluir no acordo todo o equipamento hospitalar, foram requeridos, pelo menos, 4 milhões de libras de investimento público adicional. O contrato assinado mostra também que o governo assumiu a responsabilidade por todas as dívidas que o consórcio PFI vier a registar.

Por outro lado, verificou-se uma redução de 29% do pessoal e as poupanças de custos com o pessoal clínico (médicos e enfermeiros) atingiu 2,6 milhões de libras.

A consulta dos documentos deste contrato não permite verificar o número de doentes que serão tratados em cada especialidade, o número de camas que estarão disponíveis, nem a relação entre os recursos e as necessidades da população a nível dos cuidados de saúde (97).

A construção do novo hospital PFI “Pinderfield Hospital”, cuja abertura está prevista para 2006 ou 2007, vai implicar o encerramento das 3 unidades hospitalares actualmente existentes naquela zona geográfica e determinar uma importante redução do número de camas em torno dos 24%.

A venda dos terrenos disponibilizados e de outros bens reduzirá os futuros custos relativos à manutenção, limpeza e aquecimento (98).

Os consórcios PFI apresentaram cortes de 40%, em média, das camas hospitalares em Hereford (de 414 para 250) e em North Durham (de 750 para 450).

Em Edinburgo, o novo hospital PFI determinou a eliminação de 500 das 1300 camas anteriormente existentes e uma redução para metade dos 6000 postos de trabalho (98).

O “Swindon’s Princess Margaret Hospital” foi o primeiro estabelecimento a ser construído pelo NHS, em 1958. Em 2002, foi substituído pelo “Great Western Hospital”, construído através de um contrato PFI e localizado a vários quilómetros de distância.

Os custos iniciais deste projecto passaram de 45 milhões de libras para 148 milhões de libras, num aumento de 229%.

As 687 camas existentes antes da PFI passaram para 589 no projecto do novo hospital, das quais só 483 foram implementadas.

Os corredores dos quartos de internamento estão frequentemente bloqueados com materiais, porque não existe espaço próprio de armazenamento. E não existem casas de banho próprias para os trabalhadores, nem com separação de sexos.

O parque de estacionamento do hospital é pago pelos trabalhadores, o que constitui uma dedução nos respectivos salários (127).

A redução acentuada do número de camas hospitalares, tem colocado delicados e preocupantes problemas sociais e humanos em várias regiões da Grã-Bretanha, nomeadamente uma grande pressão para altas prematuras (128). Na região de West Midland a capacidade de internamento hospitalar entrou em crise, e em Setembro de 2001 não existiam camas disponíveis em Gloucester, Herefordshire, Redditch, Selly Oak, Solihull, Edinburg, Durham, Carlisle e Norwich (99).

O estudo do caso do hospital de North Durham, também demonstrou que a PFI é muito dispendiosa e que conduz a reduções dos orçamentos clínicos, de modo a garantir retornos aos accionistas de aproximadamente 20% anuais (100).

De uma forma geral os edifícios hospitalares construídos pelas PFI apresentam problemas

estruturais e de concepção do projecto, com múltiplas queixas sobre os sistemas de combate a incêndios, em que, por exemplo, as portas não possuem mecanismos retardados para as manter abertas durante a evacuação dos doentes, bem como queixas relativas à exiguidade de espaço e à falta de ventilação adequada (126).

Apesar de todas as evidências nesta matéria, o então secretário de estado da saúde Alan Milburn afirmou na Câmara dos Comuns, em 15/2/2001, que "...globalmente estes novos hospitais fornecerão 3000 camas adicionais ao número actual. De facto, em cada um destes estão agora planeados desenvolvimentos de mais camas e não de menos".

O mesmo secretário de estado, fez posteriores declarações sobre a redefinição do NHS referindo: "... mudando de um sistema monolítico, com funcionamento centralizado, e de um prestador monopolista para um sistema onde os diferentes prestadores de cuidados de saúde (público, privado, voluntário e não lucrativo) trabalhem para valores comuns, padrões comuns e com um sistema de fiscalização... Isto é a moderna definição de NHS" (101).

Também na Escócia, o então ministro da saúde, Sam Galbraith, referindo-se ao novo hospital PFI "Edinburg Royal Infirmary", insistiu que o projecto possuía um bom valor, mesmo embora ele tenha custado 900 milhões de libras quando estava inicialmente estimado em 192 milhões de libras (102).

Nas eleições de 1999, o Partido Democrático Liberal e o Partido Nacional Escocês acusaram o governo de estar a desperdiçar o dinheiro público. O líder do Partido Nacional Escocês, John Swinney, dirigindo-se à conferência anual deste partido, em 27/9/2002, assumiu o compromisso de acabar com as PFI e acusou a política do Partido Trabalhista de "terrível destruição privatizadora". Enunciou ainda o princípio "as pessoas antes do lucro" (103).

Já em Fevereiro de 2001, o Partido Nacional Escocês tinha apresentado planos para substituir as PFI/PPP por entidades sem fins lucrativos, considerando que os seus custos carregam os contribuintes de forma furtiva, obrigando o Estado a programas de reembolsos que duram décadas. Andrew Wilson, "ministro sombra" das finanças neste partido, afirmou, então, que sob o Partido Trabalhista, a Escócia era a capital PFI da Europa, consignando 5 vezes mais dinheiro em negócios semelhantes do que a média da Grã-Bretanha.

Foi ainda denunciado que os custos para os contribuintes são enormes, com o governo já comprometido em 7 biliões de libras de pagamentos para projectos com um valor de capital de somente 2,5 biliões de libras (104).

A contestação a este modelo envolveu diversas individualidades, organizações sociais e importantes sectores do próprio Partido Trabalhista.

A conferência anual da Associação Médica Britânica, realizada em Belfast, em Julho de 1999, criticou duramente as PFI e exigiu o seu abandono, tendo alertado para o facto que "o público necessita de compreender que as PFI conduzem a menos camas, a menos pessoal e a altos custos" (105).

Na conferência desta organização realizada no ano seguinte em Oxford, Setembro de 2000, o seu então presidente, Sir Chistopher Paine, afirmou que "a propriedade e o funcionamento em mãos comerciais de todos os novos hospitais construídos, dará ao sector privado uma influência inaceitável sobre as políticas governamentais e ameaça a continuação do NHS como um universal e equitativo serviço de saúde" (106).

Neste mesmo mês, realizou-se, em Glasgow, o congresso das "Trade Unions" que aprovou por unanimidade uma moção acusando o Partido Trabalhista de disseminar uma cultura de privatização, usando as PFI (107).

Em Junho de 2001, um grupo de signatários do mundo académico, que incluíam Sir Douglas Black, ex-presidente do Royal College of Physicians, e George Davey Smith,

professor da Bristol University, afirmou que o Partido Trabalhista estava a preparar a privatização em larga escala dos serviços de saúde, e que os esquemas PFI provocavam défice de camas e cortes orçamentais. O então secretário de estado da saúde, Alan Milburn, contestou estas críticas, afirmando que as camas hospitalares iriam aumentar (108).

A nível do Partido Trabalhista, um crescente número de membros influentes inseriu-se na contestação às PFI, nomeadamente Roy Hattersley, antigo leader dos deputados, que num artigo publicado na revista "Public Finance", no início de Outubro de 2002, considerou o uso governamental das PFI como "uma extravagância desconcertante" (109).

Dias depois da publicação deste artigo, realizou-se a conferência anual do Partido Trabalhista, onde foi aprovada uma moção contra as PFI com o voto favorável de 67% dos delegados.

O primeiro-ministro Tony Blair, no seu discurso, prometeu retomar o diálogo com as organizações sindicais e acabar com a política de "2 níveis" de trabalhadores. No que se refere a esta última questão, já na conferência do ano anterior tinha feito a mesma promessa.

Durante a sua intervenção avisou que não iria abrandar o passo ou parar nas políticas de reforma, tendo usado o slogan "nós somos melhores com a nossa coragem" para acrescentar que era tempo de acelerar o ritmo da mudança e de colocar o poder nas mãos dos doentes. Ao terminar, afirmou ainda que as suas reformas iriam ser vistas como o fim da produção monolítica de massas dos serviços públicos (110).

Em meados de 2004, na sequência da divulgação de uma investigação da revista "The Observer", o ex-ministro britânico Michael Meacher afirmou publicamente que a "PFI é o maior escândalo público do nosso tempo, e o refinanciamento destes acordos, revelados hoje, ridiculariza qualquer pessoa que acredita que eles apresentam «valor para o dinheiro» dos contribuintes" (131).

O enquadramento ideológico desta política, em tudo coincidente com as práticas mais neoliberais da direita conservadora, situa-se nas concepções eufemísticas da chamada "terceira via", cujo principal ideólogo, Anthony Giddens, considerou que "algumas das incapacidades dos serviços públicos britânicos são mais por inércia, deficiente gestão, baixos salários e lentidão burocrática do que falta de recursos" e que "...as firmas que trabalham no sector comercial são provavelmente melhor geridas que as entidades estatais, não porque são simplesmente comerciais, mas porque se apresentam viradas para a competição" (111).

Apesar destas considerações teóricas, aquilo que se torna por demais objectivo é que, afinal, as PFI/PPP ainda conseguem agravar o quadro traçado por este ideólogo sobre os serviços públicos. Inclusive porque um expediente ideológico crucial deste modelo é a promoção da flexibilidade laboral, acompanhada de baixos salários e da degradação das pensões de reforma.

A título de exemplo, há que referir a realização de uma greve, em Fevereiro de 1999, de todo o pessoal do "Barnet General Hospital", em virtude de terem perdido os seus direitos de reforma quando foram transferidos para a companhia privada da PFI (112).

Os vários sectores laborais dos serviços públicos têm sido atingidos por violentas medidas de destruição dos seus direitos profissionais, como resultado da política desenvolvida desde a década de 1980 em torno da privatização e subcontratação destes serviços.

A eliminação de empregos traduziu-se, por exemplo, em cortes de 40% do pessoal auxiliar do NHS, atingindo também significativamente o pessoal da manutenção, do serviço de ambulâncias, recolha de lixo, limpeza das ruas e serviços sociais. Para os que estão empregados, foram eliminadas, na sua grande maioria, as protecções legais e adoptados mecanismos de trabalho intensivo, verificando-se também uma significativa redução do

número de trabalhadores a tempo inteiro, com a conseqüente emergência do emprego em “part-time”, o progressivo agravamento das condições contratuais, alterações arbitrárias dos horários de trabalho e a generalização da extrema precaridade laboral através do recurso a contratos a termo certo. Quase 3/4 dos postos de trabalho do sector público possuem trabalhadores com contratos precários a termo certo (113).

Mesmo com este quadro laboral muito precarizado, as empresas PFI ainda beneficiam do facto de só serem transferidos para a sua responsabilidade os empregos com baixa remuneração, como por exemplo os porteiros, pessoal da cozinha e da limpeza.

Outro aspecto que tem suscitado uma ampla contestação reivindicativa e sindical é a situação que os britânicos designam como “two-tier workforce” e que podemos traduzir como “2 níveis” da força de trabalho. Trata-se da existência, dentro do mesmo local de trabalho, de trabalhadores com diferentes enquadramentos laborais e condições contratuais, nomeadamente o facto dos novos empregados terem ordenados mais baixos, piores condições contratuais, horários mais prolongados, e esquemas de pensões mais desvantajosas do que os trabalhadores que foram transferidos do sector público para as companhias privadas.

São frequentes horários semanais de 70 horas, com a maior parte dos trabalhadores a executarem horários de 60 horas como acontece no “East London Health Trust”. Estes horários são uma clara ameaça para a saúde e a vida familiar dos trabalhadores, e o baixo número de profissionais bem como a pressão dos ritmos de trabalho colocam em causa a qualidade do serviço prestado (124).

Em muitos casos, as empregadas da limpeza não recebem qualquer remuneração pelas horas extras e, noutros casos, há funcionários que são contratados para limpar casas de banho e que também servem as refeições aos doentes (126).

Simultaneamente, os esquemas PFI têm constituído um claro instrumento político contra os sindicatos e a sua actividade legal, em que um dos exemplos elucidativos é o facto de no sector privado somente 19% dos trabalhadores são sindicalizados, comparados com 61% no sector público (111, 114).

Um dos principais defensores das PFI, Julian Le Grand, professor de política social da Universidade de Londres, fez declarações públicas, em 2003, classificando os trabalhadores dos serviços públicos que se opõem a este tipo de reformas como “malandros motivados por planos egoístas”. Em 2004, foi nomeado conselheiro do primeiro-ministro Tony Blair (111, 114).

A promiscuidade entre os interesses públicos e privados, insistentemente denunciada como um dos traços caracterizadores dos esquemas PFI/PPP, aparece bem evidenciada com os casos de Simon Stevens, ex-conselheiro de saúde de Tony Blair, que foi contratado, em meados de 2004, por uma companhia norte-americana, a “United Health Group”, que possui contratos com o NHS, e de Alan Millburn, ex-secretário de estado da saúde, que antes dele também tinha sido contratado pela mesma empresa (114, 131).

Em Junho de 2003, Alan Millburn apresentou a demissão do seu cargo governamental, numa atitude surpreendente, invocando que necessitava de “estar mais tempo com a família” (117). Para o substituir foi nomeado John Reid, doutorado em história africana, que foi considerado por médicos britânicos que fizeram comentários no site da BBC como “abrasivo”, “intransigente” e “rottweiler”. Críticos da sua nomeação referiram que ele nunca mostrou qualquer interesse pela política de saúde (116).

A “United Health Group” também contratou o editor do “British Medical Journal”, Richard Smith, que se tinha destacado pelos seus textos de denúncia da natureza e implicações das PFI/PPP.

O primeiro contrato desta empresa norte-americana a nível da Grã-Bretanha teve a designação de “Evercare”, tendo sido aprovado por Alan Millburn, no Outono de 2002,

quando ainda se encontrava nas funções de secretário de estado da saúde (131). Em meados de 2004, “United Health Group”, através da sua empresa subsidiária “Ovations Healthcare”, assinou outro contrato com o governo britânico para proceder à implementação de projectos em 9 áreas deste país que visam prestar cuidados oncológicos a doentes, mantendo-os fora dos hospitais. Este contrato envolve 6 milhões de libras (132). Esta empresa norte-americana é uma das que faz donativos para os republicanos americanos, tendo o seu principal administrador, Bill Maguire, sido elogiado por George W. Bush por estas contribuições visando a sua reeleição. Outra empresa norte-americana que está a estabelecer contratos com o governo britânico é a “Kaiser Permanent” (131).

O papel das grandes empresas de consultoria

Em todo este processo de mercantilização e privatização do direito à saúde, assume uma importância central o papel desempenhado pelas grandes empresas de consultoria e contabilidade.

Estas empresas beneficiam com esta política e acabam por desenvolver uma acção que dirige as políticas de privatização, aproveitando as possibilidades dadas pelo governo britânico para desenvolverem, promoverem e implementarem as PFI/PPP.

Quando as PFI foram implementadas no início da década de 1990, estas empresas estavam bem colocadas para intervir como consultoras de gestão e a sua reputação como auditores independentes fornecia uma confiança indiscutível aos seus clientes. Inclusive, porque as auditorias independentes são importantes quer para o sector público quer para o sector privado, responsabilizando, respectivamente, os contribuintes e accionistas.

Com o desenvolvimento das PFI/PPP, a indústria da contabilidade derivou para um grande negócio lucrativo, e as grandes empresas alargaram o conjunto de serviços para uma dimensão tal que as leva a já não se definirem a si próprias como meras entidades contabilísticas. Estas 5 grandes empresas são a Pricewaterhouse Coopers, a Arthur Andersen, a KPMG, a Ernst & Young e a Deloitte & Touche Tohmatsu.

Nos EUA, a estrutura oficial fiscalizadora das finanças, “Securities and Exchange Commission”, transmitiu a sua preocupação ao considerar que os auditores que também vendem outros serviços aos seus clientes já não são independentes.

Em 1985, na Grã-Bretanha, a empresa “Pricewaterhouse” constituiu uma nova secção para negociar o programa de desenvolvimento da privatização. No final de 1999, a “Pricewaterhouse” estava responsável, em todo o mundo, pelos negócios de privatizações no valor de 22 biliões de libras, e em 2000 liderava, na Grã-Bretanha, o quadro das PFI, significando um aconselhamento de 90 PFI no valor de 8,3 biliões de libras, o que representava cerca de 40% dos acordos das 5 grandes empresas de consultoria.

Somente a “Arthur Andersen”, com 1/4 dos acordos da “Pricewaterhouse”, realizou o mais alto valor nesse ano (9 biliões de libras).

Em 2000, a “Pricewaterhouse” controlou os negócios de 222 privatizações para clientes internacionais, avaliados em 5,1 biliões de dólares, e definia-se a si mesma como “o líder do mercado em project finance e privatizações”. Agora vangloria-se que “procedeu a mais privatizações do que qualquer outro consultor financeiro, desde o aço e produtos pesados, transportes públicos, saúde e educação”.

Uma das fontes de lucros adicionais é o refinanciamento dos negócios PFI existentes, quando os empréstimos são renegociados a baixas taxas de juro após a conclusão do período de construção. Por exemplo, em 2001, a “Pricewaterhouse” foi designada para conduzir o negócio de refinanciamento do “Dartford and Gravesham Hospital”, envolvendo cerca de 20 milhões de libras de lucros adicionais.

Para termos uma noção das implicações destes processos, há que referir que o “National Audit Office” calculou que o refinanciamento da prisão PFI de Fazarkerley levou o contrato a aumentar as taxas de lucro dos accionistas de 16% para 39% e, deste modo, deixou os serviços da prisão com passivos aumentados para cima de 47 milhões de libras.

Em 2002, a “Pricewaterhouse” tinha 142 contratos com PFI, a “KPMG” 114, a “Deloitte & Touche” 66, a “Ernst & Young” 40 e a “A. Andersen” 32.

A “International Financial Services London” é um lóbi privado que trabalha intimamente com o governo britânico e que possui um grupo de trabalho relativo às PFI/PPP presidido por Tim Stone, da KPMG, que dirige sessões de formação para governos estrangeiros. Tim Stone é também consultor do Ministério da Defesa no maior negócio PFI até hoje existente, o “Future Strategic Tanker Aircraft”.

Mais uma vez sobressai a promiscuidade, com as mesmas empresas que obtêm enormes lucros para os seus clientes do sector privado a aconselharem o sector público. Simultaneamente, os assistentes destas empresas trabalham nos departamentos governamentais que definem, negociam e conduzem a política privatizadora (117).

Mas existem outros exemplos em vários departamentos governamentais que determinaram reacções parlamentares, como o facto de 5 pessoas da “Ernst & Young” operando dentro do Departamento da Educação, uma outra desta empresa trabalhando no interior do Departamento da Saúde para aconselhamento sobre aspectos legais e financeiros dos contratos PFI e ainda outra pessoa, também desta empresa, trabalhando no Departamento de Comércio e Indústria a nível da avaliação de investimentos.

Quando se tornaram conhecidos estes casos, o porta-voz do gabinete governamental do comércio veio dizer publicamente que “não podemos revelar isto por razões de confidencialidade comercial e de confidencialidade de empregador” (119).

Em 2002, a “Greater London Authority” comunicou a decisão de colocar uma acção judicial à parceria do metro de Londres, dado que a “Pricewaterhouse”, que avaliou o negócio, e a “Ernst & Young”, que fez os cálculos do “valor para o dinheiro, eram auditores de 5 dos 8 concorrentes privados”.

Estes conflitos são a regra e não a excepção, dado que a “UNISON”, quando analisou os esquemas PFI onde as 5 grandes empresas representam o sector público como consultores financeiros, encontrou 45 casos em que estas mesmas empresas são também consultores de, pelo menos, um dos membros dos consórcios privados.

Quando, em 1997, o Tesouro criou a equipa de missão para estimular as PFI (Treasury Taskforce), foi designado um banqueiro para a chefiar, acompanhado de uma equipa de especialistas do sector privado, alguns dos quais eram pessoal das 5 grandes empresas.

Uma das funções desenvolvidas por estas empresas é contribuir para a introdução de avaliações do investimento comercial no sector público, nomeadamente a técnica de cálculo do “valor para o dinheiro”, que elas definem e desenvolvem.

Para avaliação e desenvolvimento das PFI, o governo britânico confiou em empresas com benefícios e interesses nestas políticas.

Há que lembrar o papel da “A. Andersen” como auditor e consultor de gestão da “Enron”, e o “estudo” que fez, em 2000, para o governo britânico, alegando que em torno de 29 PFI existiam poupanças de 17% relativamente à aquisição pelo sector público. Na realidade, os dados da “A. Andersen” reciclaram simplesmente o demasiado optimista

“valor para o dinheiro”, fazendo afirmações para o governo aprovar propostas (117). No caso de falência da Parmalat, no final de 2003, a “Deloitte & Touche” e outra auditora internacional, a “Grant Thornton”, estão acusadas de especulação financeira, bancarrota fraudulenta e de outros delitos (163).

O papel de outras empresas privadas

Como já foi referido, os consórcios PFI incluem empresas privadas de diversos ramos de actividade, a começar pelas empresas de consultoria.

A “Interserve” é uma empresa de serviços de apoio e manutenção, cujos lucros aumentaram em torno dos 16,1 milhões de libras em instalações, cerca de 14,7 milhões de libras em projectos e cerca de 1,9 milhões de libras em investimentos PFI “joint ventures”.

A “Serco” é uma empresa de outsourcing de engenharia que no seu relatório denominado “A nossa abordagem da PFI” afirmou que “em 2001, as PFI contribuíram com 78,7 milhões de libras para o volume de negócios e 11 milhões de libras para os lucros de taxas antecipadas” (120).

A “Octagon”, a empresa que construiu o “Norfolk and Norwich PFI Hospital”, ganhou 70 milhões de libras através da rehipoteca deste contrato.

Esta empresa é uma “joint venture” para o referido hospital, sendo propriedade, a 100%, da “Octagon Healthcare Holdings Ltd.”, a qual é por sua vez propriedade dos seguintes accionistas (125):

- As companhias de concepção e construção John Laing PLC e John Laing Construction.
- As companhias de gestão e instalações Serco Investments Ltd. e Serco Ltd., subsidiárias da Serco Group PLC.
- A Barclays Uk Infrastructure Fund Ltd., subsidiária da Barclays Private Equity Ltd.
- E 3 empresas de capital de risco, Innisfree Partners Ltd., Innisfree PFI Fund LP e 3 I Group PLC.

Entretanto, o secretário-geral da Unison, Dave Prentis, denunciou, no final de 2003, que “há uma crise financeira no Norfolk e Norwich Hospital, o qual está enfrentando a ascensão das listas de espera e o défice de camas de casos agudos...” (121).

A empresa de construção “PFI Ballast”, que faliu com vultuosas dívidas em 2003, foi convidada para consultora nesta área pelo governo escocês, no início de 2004.

A Ballast, que anteriormente se designava “Ballast Wiltshier”, deixou suspensos os 7 contratos PFI em que estava envolvida (122).

A “Jarvis”, uma das mais importantes empresas contratantes nas PFI, encontrava-se à beira do colapso, em meados de 2004, com dívidas de 230 milhões de libras e com os contratos bancários interrompidos. Esta empresa controlava cerca de 10% dos 35,5 biliões de libras do endividamento com as PFI, verba obtida pelo governo através do sector público.

Um relatório da UNISON afirmou que, embora tenham sido assinados, até Abril de 2003, 563 contratos PFI, foi somente efectuado um único inquérito aos lucros obtidos pelos financiadores privados.

Este inquérito mostrou que os lucros dos accionistas são 61% mais altos do que estava acordado no contrato PFI, constituindo um aumento que não tem qualquer relação com o nível de risco do investidor.

O referido relatório sublinha casos onde o sector privado passa riscos e custos de volta para a bolsa pública quando o contrato PFI entra em dificuldades. Por exemplo, quando a companhia de computadores “ICL” subestimou os custos de software em 184 milhões de

libras no contrato PFI com o “Lord Chancellor’s Department”, o governo concordou em colocar dinheiro adicional e assegurar os lucros dos accionistas (123).

Bill Tallis, o director do “Major Contractors Group”, afirmou em Setembro de 2003 que as companhias de construção recebem tradicionalmente juros de receita entre 1,5% a 2% dos contratos, mas esperam margens de lucros entre 7,5% e 15% nos esquemas de construção das PFI (128).

Outro aspecto fundamental que tem sido denunciado e que tem permitido vultuosos lucros às empresas privadas é o refinanciamento dos acordos PFI/PPP. A revista “The Observer” desenvolveu uma investigação, já referida anteriormente, onde refere que os contratantes privados obtêm enormes recompensas financeiras, usando sofisticados métodos para refinar os acordos PFI iniciais, enquanto os novos hospitais lutam com muitas dívidas e defeitos de construção.

A “Innisfree Group”, assinou recentemente um acordo para refinar o “Princess Royal University Hospital”, em Bromley (Sul de Londres), que foi construído em Março de 2003. Menos de 12 meses depois deste hospital ter iniciado o seu funcionamento, esta empresa juntamente com o grupo da construção “Taylor Woodrow” renegociaram o capital do projecto PFI e embolsaram um lucro líquido de 43 milhões de libras.

A investigação revelou também como as empresas “Innisfree”, a “Laing” e a “Serco” partilharam 100 milhões de lucro com a renegociação do acordo PFI do “Norfolk and Norwich University Hospital”. Neste hospital, 2 quartos de isolamento para tratar doentes com patologias de elevada contagiosidade não estiveram funcionais durante 3 anos.

A “Innisfree” esteve também no refinanciamento de 122 milhões de libras ao “Dartford and Gravesham Hospital”, que possibilitou a esta empresa privada 33 milhões de libras de lucros inesperados.

Outro hospital, onde o consórcio privado fez lucros inesperados foi o “Royal Calderdale”, em Halifax (West Yorkshire). Enquanto o hospital estava confrontado com problemas financeiros, as empresas do consórcio obtiveram 12 milhões de libras de lucro.

Em Fevereiro de 2005, o “National Audit Office” divulgou um relatório relativo ao “Darent Valley Hospital PFI” que concluiu que o refinanciamento ofereceu aos contratantes privados uma verba extra de 33 milhões de libras e fortes lucros líquidos, 60% mais altos do que o previsto, para a firma de accionistas.

O secretário-geral da UNISON, Dave Prentis, afirmou que este relatório é a prova positiva que as companhias privadas “estão a fazer lucros obscenos com os negócios PFI” e questionou acerca de “quantos mais relatórios incriminatórios necessitamos nós antes que o governo decida ter bom senso e acabe com a utilização da PFI?” (196, 197).

Estes problemas financeiros começam a determinar graves implicações para o nível assistencial às populações, como são os casos do “Queen Elisabeth Hospital” que, 4 anos depois da sua construção, teve de encerrar uma ala do hospital para economizar dinheiro devido aos 6 milhões de libras de défice, e o “West Middlesex Hospital”, em Isleworth (Londres), que também encerrou uma ala devido aos 2,5 milhões de défice (130).

A realidade e a propaganda

Os múltiplos argumentos apresentados para justificar perante a opinião pública o recurso às PFI /PPP têm vindo a ser totalmente desmentidos e, até, ridicularizados pela sucessiva evidência dos factos.

Apesar do fracasso deste modelo, o governo britânico e as empresas privadas continuam a insistir que as PFI /PPP são mais baratas que a opção pelo sector público, que a qualidade dos serviços é melhorada com o envolvimento do sector privado e que este consegue

ganhos de eficiência, redução de custos e, como tal, maior “valor para o dinheiro”.

Em Setembro de 2004, uma entidade não-governamental de indiscutível prestígio técnico, o “Office of Health Economics”, divulgou a sua publicação anual sobre as estatísticas da saúde onde mostrou que as despesas governamentais com a saúde cresceram, em termos reais, entre 1999 e 2003, 36%, num crescimento anual entre 6,1% e 7,3%.

No entanto, entre 1999 e 2003, o número de tratamentos por especialistas aumentou apenas 1,1% por ano, enquanto as consultas a novos doentes aumentaram 1,8%.

O relatório desta entidade afirmou que “isto indica que a mais optimista medida de actividade dos cuidados de saúde aumentou menos de 4% por ano. A actividade dos cuidados de saúde não tem, por isso, um aumento face à taxa comparável da despesa do NHS”. Isto significa, de acordo com esta entidade, que o governo não obteve “valor para o dinheiro” (133).

Torna-se escandalosa a submissão dos governantes aos interesses e objectivos dos consórcios privados, utilizando arbitrariamente o dinheiro dos contribuintes para lhes assegurar vultuosos negócios. As PFI/PPP não constituem qualquer investimento adicional, dado que são pagas integralmente pelo orçamento público, ou seja, pelo dinheiro dos contribuintes.

Enquanto os consórcios privados obtêm lucros fabulosos, o Estado é envolvido em compromissos e dívidas crescentemente insuportáveis. Como plena confirmação disto, há que referir um relatório da Câmara dos Comuns, divulgado em 2001, onde foi afirmado que “os projectos PFI assinados até à data obrigam o governo a um fluxo de pagamentos de rendas aos contratantes do sector privado, entre 2000/2001 e 2025/2026, de quase 100 biliões de libras”. Como assinalou Paul Gosling, na altura em que foi divulgado este relatório, o valor do capital dos projectos PFI era de 20 biliões de libras e em 2004 já era de 40 biliões de libras, o que determina que os pagamentos das rendas ascendam ao dobro do previsto, ou seja, 200 biliões de libras (134).

Estes números insuspeitos de um órgão do Poder político britânico mostram, de forma elucidativa, aquilo que representa o acelerado endividamento dos dinheiros públicos.

Quando ouvimos os grandes consórcios privados, em consonância com os detentores de cargos governamentais, clamarem por menos Estado e por maiores garantias para a economia de mercado funcionar, todos os dados já referidos mostram que estamos perante um monumental embuste. O “menos Estado” só se verifica a nível das funções sociais para a grande maioria dos cidadãos, porque para os consórcios privados existe cada vez mais Estado para lhes garantir negócios com abundantes lucros. E quanto à economia de mercado, também verificamos que o Estado facilita todo o dinheiro para os negócios a custos muito mais elevados do que se optasse por executar os investimentos, e garante pagamentos durante dezenas de anos.

A chamada competição não passa de um eufemismo quando se torna evidente que existem poucos competidores envolvidos nestes negócios e que a extensa promiscuidade entre companhias privadas e detentores de cargos de decisão governamental é a garantia de aquisição dos projectos.

Um flagrante exemplo deste tipo de situações foi a privatização da unidade de missão do Tesouro (Treasury PFI Taskforce) que tinha como objectivos fundamentais o acompanhamento, por parte do Estado, das PFI/PPP e o estabelecimento de parâmetros para a sua implementação.

Esta medida determinou a mudança da sua designação para “Partnerships UK”, em que a maioria dos seus directores são oriundos de bancos e mais de metade das respectivas acções pertencem às companhias privadas que têm contratos PFI (119).

Torna-se muito esclarecedor, que durante o anterior governo conservador e o actual governo trabalhista não tenha sido construído nenhum hospital do NHS e que as opiniões

difundidas, mesmo ao nível governamental, sejam “as PFI ou nada” (135).

A contínua degradação da capacidade assistencial dos serviços de saúde britânicos constitui uma realidade indiscutível, com a diminuição do número de hospitais e do número de camas, e o crescimento acentuado das listas de espera.

Somente entre 1997 e 2001 foram eliminadas 13.000 camas hospitalares e a construção de cada hospital PFI implicou o encerramento de 2 ou 3 hospitais do NHS, com a centralização num só hospital de uma extensa área geográfica e a criação de sérios problemas de acesso e utilização aos cidadãos, em particular os sectores mais desfavorecidos (136). Esta medida de encerramento de hospitais conduz à libertação de terrenos para venda e possibilita, deste modo, menores custos para os consórcios privados. Relativamente às listas de espera, em 1998, só na Inglaterra, o número de doentes nesta situação ascendia, segundo os números oficiais, a 1.297.700, enquanto na Escócia era de cerca de 90.000 (137).

No início de 2002, segundo os números oficiais do próprio Departamento da Saúde continuavam em listas de espera, só na Inglaterra, 1.053.400 doentes, sem contar com a Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales (138).

O amplo envolvimento do sector privado nas intervenções cirúrgicas constitui outro negócio à custa do dinheiro dos contribuintes. O “Office for Health Economics” mostrou que, em 2001, os hospitais privados estavam a receber cerca de 40% mais dinheiro do que os hospitais do NHS para efectuarem essas intervenções. O próprio “Financial Times” estimou que os prémios pagos aos hospitais privados podem ter custado aos contribuintes britânicos cerca de 100 milhões de libras (139).

Deste modo, uma sondagem da opinião pública britânica realizada em 2002 mostrou que 64% das pessoas estão profundamente insatisfeitas com a utilização das PFI no sector público (136).

A intervenção das empresas de consultoria assume proporções escandalosas que implicam ter bem presente os exemplos das falências fraudulentas da Enron e da Worldcom. Produzem relatórios supostamente independentes onde afirmam que as PFI reduzem os custos do sector público e desenvolvem um duplo papel de auditores e prestadores, dado que estão também envolvidas directamente nas parcerias (118, 119). Ou seja, auditam-se a si próprias.

Como se pode verificar pela vasta experiência deste país, as PFI são implementadas sem qualquer referência a considerações de planeamento e estão inseridas em processos de contratação de grande complexidade e secretismo, sob o pretexto da “confidencialidade comercial” para impedir um detalhado conhecimento pela opinião pública acerca da delapidação dos dinheiros públicos. O recurso sistemático à subcontratação constitui também um procedimento particularmente significativo que coloca sérias questões de responsabilidade e controlo por partes das comunidades (113).

Quanto aos conceitos de eficiência, existe uma acção deliberada de os mistificar em deturpadas comparações entre os sectores público e privado. O investimento privado é eficiente quando maximiza os retornos de capital, enquanto o investimento público é eficiente quando maximiza os retornos dentro dos limites dos objectivos da política pública como satisfazer as necessidades das populações em cuidados de saúde (140). No caso das PFI/PPP, há que sublinhar que os hospitais são construídos na base de exigências comerciais, em vez dos cuidados de saúde a prestar.

Como é sabido, o sector público é essencial para o bem-estar não só da sociedade, mas também das pessoas individualmente consideradas. A ideia de sector público implica que as suas características fundamentais não possam ser alienadas: universalidade, equidade e responsabilidade. Por outro lado, o serviço público prestador não pode escolher os seus clientes, devendo tratá-los a todos de forma imparcial.

No caso concreto do NHS, os seus objectivos globais foram: a criação de um sistema que reduzisse as desigualdades na saúde a nível social e geográfico; o fornecimento igual e o bom acesso aos serviços; ser de base pública, democrático e de resposta rápida; ser gratuito no momento da utilização; efectivo e eficiente; assegurar oportunidades iguais; e ser bom empregador (141).

Por esta definição facilmente se pode concluir que a política desenvolvida, em curiosa e absoluta sintonia entre conservadores e trabalhistas, está a destruir o NHS britânico.

Apesar do fracasso global deste modelo das PFI/PPP na resolução dos problemas efectivos dos cidadãos, importa referir que um relatório divulgado, em Janeiro de 2003, na Grã-Bretanha, afirmava que vários países estavam a comprar o correspondente “know how” para os seus esquemas imitados, destacando-se entre eles a África do Sul e Portugal (119).

HOSPITAIS – FUNDAÇÃO

Os “hospitais-fundação” (foundation hospitals) constituem uma nova medida introduzida pelo governo trabalhista britânico como parte do seu programa de reformas do NHS, conhecido como “Plano do NHS para a Inglaterra” e publicado em Julho de 2002. Esta medida não será aplicada na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

As propostas de criação dos “hospitais-fundação” foram redigidas com a participação dos conselheiros políticos do governo, que incluem o chefe executivo da HMO da Califórnia, “Kaiser Permanente”, e representantes de corporações privadas da saúde como o “Institute of Directors”, o qual é conhecido pelos seus relatórios defendendo a eliminação daquilo que chama o “monopólio” do NHS e a mudança da prestação para os sectores privado e voluntário (168).

Estes hospitais são apresentados como entidades legais independentes, não estão sob o controlo directo do governo e são propriedade dos seus sócios, oriundos dos respectivos quadros de pessoal, doentes e população local.

Os “hospitais-fundação” constituem um modelo espantosamente semelhante aos “Hospitais NHS Trusts” introduzidos através das reformas do mercado interno do anterior governo de Margaret Thatcher. Aliás, a história desse período, com o falhanço da realização das liberdades prometidas para os “NHS Trusts”, oferece algumas lições claras para estas medidas das fundações (166).

Segundo as disposições relativas a esta medida, estes hospitais teriam mais poderes e flexibilidades, nomeadamente (167, 168, 169):

- Pedir empréstimos ao sector privado.
- Reter os saldos positivos.
- Ficar com todo o dinheiro da venda de terrenos e bens patrimoniais.
- Praticar grande flexibilidade na fixação de salários e demais condições do seu pessoal.
- Liberdade para colocar os seus próprios termos e condições de prestação dos serviços.
- Subcontratar a totalidade da gestão do hospital ou diversas partes funcionais ao sector privado. Esta medida pode ser extensível aos serviços clínicos.
- Recorrer a financiamentos de investidores privados através do modelo PFI.

- Criar extensões comerciais ou juntarem-se a empreendimentos comerciais já existentes.
- Os bens dos hospitais anteriores do NHS são transferidos para a sua posse e controlo.

A legislação geral onde se inserem os “hospitais-fundação”, com a designação empresas-fundação (Foundation Trusts), possibilita ao governo britânico a aplicação deste estatuto a outros tipos de organizações, nomeadamente a empresas privadas que, deste modo, ficam isentas dos impostos sobre os lucros.

Somente os hospitais que estejam classificados com “3 estrelas” pelo seu desempenho global são elegíveis para obter o estatuto de fundação. No entanto, o governo já afirmou esperar que durante os próximos 4 ou 5 anos todos os actuais hospitais-empresa (Hospitals NHS Trusts) serão fundações. Tal significa, que o governo planeia abrir este estatuto para os hospitais com menos de “3 estrelas” (167).

A confirmar este plano do governo, está a recente declaração da entidade oficial de inspecção, a “Healthcare Commission”, anunciando que 2005 será o último ano de aplicação da classificação por “estrelas” (170).

A nova abordagem de avaliação será diferente e não envolverá grandes equipas de inspectores fazendo visitas de rotina, nem exigirá colecções de grandes quantidades de dados suplementares (176).

Os hospitais que falham os objectivos e têm “zero estrelas” são forçosamente sujeitos a nova gestão e aquisição pelo sector privado.

Três hospitais classificados com “zero estrelas”, “Royal United Hospital” (Bath), “United Bristol Healthcare” e “Good Hope Hospital” (Birmingham), foram os primeiros a ser concessionados a corporações privadas na base de um esquema anunciado em meados de 2002 pelo então secretário de estado da saúde Alan Milburn. Como justificação desta medida, foi referido o fraco desempenho na redução das listas de espera e no cumprimento das respectivas metas financeiras.

A outros 5 hospitais na mesma situação foi-lhes dado mais tempo para melhorar o seu desempenho, tendo Alan Milburn concedido a 8 corporações privadas a possibilidade de apresentar propostas de aquisição: “BUPA” e “BMI”, os mais importantes grupos privados britânicos de hospitais; a “Cario” (sueca); “Interhealth Canada”; “Hospitalia Active Health” (Alemã); “Serco”; “Secta Group”; e a empresa de consultadoria “Quo Health.5”. Há que ter em conta, que algumas destas corporações nunca geriram hospitais (168).

A implementação dos hospitais-fundação foi acompanhada do estabelecimento de tabelas nacionais de preços para quase todos os procedimentos não urgentes e da introdução do pagamento por resultados, na base do número de tratamentos efectuados. Este sistema de contratação e preços foi baseado no sistema de saúde americano. No entanto, estas tabelas não serão aplicadas no sector privado, que estabelecerá os seus próprios preços (168).

Quanto à estrutura de funcionamento e gestão, existem o conselho de governadores e o conselho de directores. O conselho de governadores é eleito pelos sócios dos hospitais-fundação, podendo a maioria dos seus elementos ser, no entanto, nomeada. Somente 1 representante do pessoal hospitalar necessita de ser nomeado para o referido conselho de governadores e no conselho de directores nenhum representante profissional pode estar presente.

O conselho de governadores nomeia os membros não-executivos do conselho de directores e é consultado por este último quanto aos planos futuros, não tendo poder de veto sobre as decisões tomadas. São estes os únicos poderes do conselho de governadores, dado que a actividade destes hospitais está determinada por disposições nacionais,

controlo central e estrutura da qualidade. Inclusive, não têm poderes para decidir sobre a passagem ao estatuto de hospital-fundação, necessitando de ser requerido à entidade reguladora (169, 171, 172).

O número mínimo de sócios que estes hospitais necessitam é de 500. O “Guy’s and St. Thomas Hospital”, em Londres, emprega 8.000 funcionários e atende, em média, 750.000 doentes por ano, e só conseguiu que 500 pessoas se mostrassem interessadas, das quais 88% são funcionários.

O “Birmingham University College Hospital”, que emprega 6.000 funcionários tem 1.500 interessados, enquanto o “Addenbrooke Hospital”, em Cambridge, também com 6.000 funcionários, tem 1800 interessados. Nenhum destes hospitais atraiu ainda 1% do número potencial de sócios (171).

O “Bradford Teaching Hospital” tem 4.000 funcionários e atende mais de 100.000 doentes por ano, dispondo de somente 1.143 pessoas registadas como sócios. Nas eleições para os seus 17 governadores, realizadas em meados de 2004, só metade dos sócios votou (173).

Um aspecto central deste processo de reforma são as novas estruturas de regulação, cujo papel principal é operacionalizar o sistema de mercado e assegurar que não existem barreiras para a entrada do sector privado em termos de preços, subsídios ou de “monopólios” do NHS.

Assim, o governo britânico estabeleceu 3 organismos reguladores:

“Independent Regulator”; “Commission for Healthcare Audit and Inspection” (CHAI) e “National Institute for Clinical Excellence” (NICE).

O “Independent Regulator” concede as licenças para a passagem ao estatuto de fundação, tem o poder de determinar a amplitude de serviços e de tratamentos a serem prestados pelo NHS, a sua localização e duração, de autorizar a dissolução e fusão das fundações, bem como os seus níveis de endividamento, de decidir quais os bens correntemente usados pelo NHS que são excedentários para as necessidades a serem vendidos ao sector privado. Pode ainda retirar a licença para a prestação de vários serviços.

O CHAI tem como objectivo o desempenho da estrutura do NHS, não incluindo a avaliação da qualidade. Procede à avaliação da capacidade de cada prestador para gerir os riscos políticos, como as dívidas do NHS, as listas de espera e a composição dos preços.

O NICE determina quais os novos tratamentos que serão prestados pelo NHS (168, 169).

O governo fez uma grande promoção política e ideológica deste modelo, considerando que o facto de elementos do pessoal hospitalar e da população local poderem votar e ser eleitos para os conselhos de governadores faria estes hospitais mais responsáveis para com as suas comunidades locais. Por outro lado, foi também colocada grande ênfase no facto dos “hospitais-fundação” serem consideradas como empresas não lucrativas dentro de um estatuto de “corporações de benefício público” (169, 173).

Perante a grande amplitude da contestação a esta medida, o governo insistiu que os seus desenvolvimentos eram inteiramente consistentes com os ideais do NHS e que eles não representavam a privatização (174).

No âmbito da referida contestação, múltiplas entidades e individualidades manifestaram uma clara oposição a esta medida, apresentando fundamentadas apreciações quanto às suas inevitáveis implicações.

O “Catalyst Fórum”, prestigiada entidade não-governamental, divulgou um documento resultante de uma iniciativa de debate promovida, em Setembro de 2002, por uma organização sindical britânica, donde se podem destacar as seguintes apreciações (177):

- Os hospitais-fundação representam uma ameaça para o serviço nacional de saúde unificado e integrado, que é gratuito no momento da prestação para todos os doentes. Estes são a primeira etapa de uma rápida inclinação para um sistema de cuidados de

saúde dirigido por companhias privadas de saúde da Europa e dos EUA.

- Os hospitais-fundação são o “cavalo de Tróia” para a gestão do sector privado, não somente no NHS, mas nos outros serviços públicos que se irão tornar elitistas e sem responsabilidade.
- Os hospitais fora do estatuto de fundação, irão acabar com menos pessoal, equipamentos velhos e doentes indigentes.
- Excessiva autonomia financeira pode encorajar os gestores dos hospitais-fundação a contrair enormes empréstimos.
Disfarçando as suas dívidas através da respectiva exclusão das contas públicas, constitui o comportamento que colocou a ENRON em situação de calamidade.

A “NHS Support Federation” alertou para o facto de os “hospitais-fundação” disporem de incentivos para não se envolverem em tratamentos dispendiosos, prejudicando os doentes com doenças crónicas, referindo também que as prioridades clínicas e o planeamento da saúde serão debilitados, e que não haverá limites para o papel dos prestadores privados.

Considerou ainda, que ocorrem inovações permanentes no NHS e que se produzem constantes avanços nos tratamentos e nas modalidades de trabalho. Ora, na atmosfera competitiva dos “hospitais-fundação” existirá um reduzido incentivo para partilhar esta informação, por poder ajudar os competidores (175).

Os economistas Prof.^a Allyson Pollock e David Price, num artigo publicado em Julho de 2003, referiram, entre outros, os seguintes aspectos fundamentais (169):

- Historicamente, o NHS foi estabelecido para adquirir igualdade no acesso, na base de instituições cobrindo toda a população, redistribuindo os fundos e adoptando mecanismos de distribuição e serviços planeados como resposta às necessidades de cuidados de saúde.
- Nos hospitais-fundação o perigo é que, sob a pressão para gerar rendimentos excedentários, os incentivos serão para seleccionar os doentes, tratamentos e serviços na base do lucro financeiro e do risco.
Com o sistema de preços, os hospitais serão pagos por preços padronizados para a sua actividade.
- As afirmações sobre o controlo local não são suportadas pelas disposições contidas no estatuto das fundações.
As decisões sobre a prestação dos serviços de saúde cabem ao órgão regulador, o qual concede e corrige as autorizações às fundações.
Este órgão não é, em nenhum caso, responsável perante o Parlamento, a população local ou as autoridades locais.
A aplicação do estatuto de fundação, que especifica a amplitude, o volume e a localização dos serviços a prestar, pode ser estabelecida antes dos sócios estarem constituídos e antes da sua criação estar aprovada ou implementada.
- Analisando as disposições do governo não podemos excluir a venda de acções ou estratégias de maximização dos lucros.
Oportunidades para a venda de acções que as salvaguardas das “corporações de benefício público” não eliminam são a subcontratação de serviços clínicos e não clínicos de companhias lucrativas privadas, a criação de “joint ventures” e companhias noutras locais com parceiros comerciais, o pagamento a muitos consultores do sector privado que será necessário para delinear a gestão, financiamento e contratação de programas, e o recurso às PFI e a outros empréstimos privados.
- O governo insiste que a transferência dos bens públicos para as fundações não é equivalente à privatização.

No entanto, nem toda a propriedade transferida está protegida e nada está protegido perpetuamente. A linha limite entre a propriedade protegida e não protegida está totalmente dependente da discricionariedade da entidade reguladora, as fundações podem negociar com esta entidade para desregular os bens e nenhuns requisitos de consulta pública estão associados ao encerramento ou venda dos hospitais e terrenos.

- A necessidade de gerar excedentes financeiros será um incentivo para aumentar os negócios com doentes privados.
- Existe já em desenvolvimento a política governamental de copagamentos nos serviços públicos.
- Está estabelecida a obrigação dos hospitais-fundação em negociarem acordos laborais de âmbito nacional. No entanto, trata-se de uma situação redundante dado que estes hospitais podem subcontratar trabalho a empresas privadas e a subsidiárias comerciais, e é permitida a transferência de pessoal do NHS para o sector privado onde os acordos laborais não se aplicam a muitos empregados.
- De acordo com a orientação do Departamento de Saúde, estrutura governamental, às fundações será somente requerido satisfazer uma “razoável procura para serviços regulados... tomando em conta os seus planos de negócios futuros e os compromissos contratuais”.
- O estabelecimento das fundações, no contexto do novo sistema de preços, tem como potencial criar vencedores e vencidos entre os prestadores do NHS.
- Em áreas mais saudáveis existirá maior atracção para os parceiros comerciais.

A UNISON, em Agosto de 2003, divulgou um documento onde colocou as seguintes questões (167):

- Os hospitais-fundação funcionarão num competitivo mercado comercial e terão maior acesso a fundos para investir em serviços e instalações do que os outros hospitais, dando-lhes uma vantagem desleal.
Esta competição vai arruinar os hospitais que não têm este estatuto, forçando-os a encerrar serviços e conduzindo à criação de um serviço de saúde de 2 níveis.
- Os hospitais-fundação serão uma entrada subtil para a privatização.
- Não conduzem a maior responsabilidade local ou a uma propriedade social. A sua responsabilização é deslocada para uma entidade reguladora.
- Podem pedir empréstimos privados com custos mais elevados do que obteriam a nível do sector público.
- Conduzirão a maiores desigualdades entre hospitais.
Todos os saldos positivos de funcionamento e de venda de bens ficam na posse dos hospitais-fundação, enquanto que no sistema actual vão para o orçamento central do NHS, sendo depois redistribuído onde as necessidades são maiores.
- Irão retirar o pessoal já insuficiente nos outros hospitais que não são fundações, dado que terão maiores flexibilidades para fixar salários.
Os hospitais que não são fundações terão dificuldades em recrutar e manter o pessoal, debilitando o seu desempenho e aumentando a sua dependência de pessoal temporário.
- Irão debilitar os princípios dos serviços públicos do NHS e a capacidade de um integrado e planeado serviço de saúde, reforçando as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.
- Os prestadores irão competir entre eles pelos negócios, conduzindo à instabilidade financeira dos outros hospitais do NHS.

Os hospitais gerais mais pequenos poderão ser forçados a encerrar serviços, de modo a permanecerem financeiramente viáveis.

- O acesso estará comprometido, o qual, segundo a orientação do governo, necessitará somente de satisfazer “um nível razoável de procura” para os serviços registados na licença.

Quando a procura exceder este nível, os hospitais-fundação podem exercer a selectividade de decidir quem tratam, rejeitando os doentes com custos mais altos e focalizando-se naqueles em que terão o máximo lucro.

Em Fevereiro de 2003, o jornal “The Guardian” e a empresa “ICM” efectuaram uma sondagem nacional da opinião pública britânica em que a maioria dos inquiridos, 59%, se opunha à criação das fundações, 30% concordavam e 11% afirmavam não ter posição (179). Em Março de 2003, o secretário-geral da UNISON, Dave Prentis, afirmou que “os hospitais-fundação conduzirão ao aumento da privatização, altos custos e competição prejudicial no NHS” (178).

A Prof.^a Allyson Pollock, num artigo publicado em Maio de 2003, no “Guardian”, referiu que 130 deputados do Partido Trabalhista tinham assinado uma moção de oposição ao projecto de lei das fundações receando objectivos de privatização, e que a Associação Médica Britânica e o Colégio Real de Enfermagem também contestavam este projecto, denunciando que no seu conteúdo não era referida uma única vez a equidade e que a única obrigação pública aí definida era executar as suas funções “eficientemente, eficazmente e economicamente”.

Outras denúncias efectuadas neste artigo é que “companhias como a BUPA e as já envolvidas nas PPPs estão à espera nos bastidores. As ferozes predadoras corporações americanas como a Kaiser e a United Healthcare estão também em suspenso. Estas companhias são especializadas em encargos para os doentes, em seguros de saúde privados e em limitado acesso aos cuidados de saúde... O governo convidou a empresa Boots para aplicar contratos na cirurgia oftalmológica e contratou a United Healthcare para aconselhar os NHS trusts na prestação de serviços para a população idosa” (180).

Em Julho de 2003, a “NHS Support Federation” divulgou uma sondagem de opinião a nível dos médicos hospitalares britânicos mais graduados que revelou os seguintes resultados: somente 1 em cada 20 médicos acredita que o governo prosseguirá com o plano das fundações; 1 em cada 5 pensa que as fundações colocarão no centro da sua actividade mais dinheiro para os cuidados aos doentes; 85% acreditam que elas aumentarão o nível de burocracia; e 2/3 opõem-se às fundações (181).

Jennifer Dixon, directora de política do “King’s Fund”, previniu o governo britânico, em Agosto de 2003, que a expansão deste modelo era prematura (182).

Em Setembro de 2003, o Congresso dos Sindicatos Britânicos criticou esta proposta de legislação, afirmando que é o presságio de desastre para o NHS (183).

No princípio de Novembro de 2003, a Câmara dos Lordes derrotou o plano para a criação dos “hospitais-fundação” com 150 votos contra 100.

Os membros deste órgão parlamentar descreveram o projecto de lei como um “pesadelo da democracia” e acusaram-no de criar 2 níveis de prestação no NHS.

O Lorde Clement-Jones, do Partido Liberal Democrático, sublinhou que cada hospital-fundação terá de gastar mais 400.000 libras na administração para comunicar com os respectivos membros votantes.

O presidente da Comissão Específica de Saúde da Câmara dos Comuns, David Hinchliff, um intransigente opositor aos “hospitais-fundação”, afirmou esperar que o governo renunciasse ao plano (184).

Na véspera do debate na Câmara dos Lordes, um ex-secretário de estado da saúde, Frank Dobson, e David Hinchliff enviaram um memorando a todo o Partido Trabalhista e aos membros deste órgão parlamentar explicando porque se opunham ao plano dos “hospitais-fundação” e denunciando que esta medida nem sequer fazia parte do manifesto eleitoral deste partido, apresentado nas eleições gerais de 2001. (183)

A Câmara dos Comuns, no debate realizado alguns dias depois, aprovou o projecto de lei dos “hospitais-fundação” por escassa maioria, tendo obtido 302 a favor e 285 contra. 62 deputados trabalhistas votaram contra e 35 abstiveram-se. Inclusivamente, a vitória do governo dependeu dos votos dos deputados trabalhistas escoceses, apesar dos “hospitais-fundação” não serem aplicados na Escócia (185).

Importa referir que implementação desta medida conduziu à abolição dos conselhos de saúde comunitários e dos chamados “fóruns de doentes” existentes em cada hospital antes de adquirir o estatuto de fundação (172).

Em meados de 2004, foi iniciada a fase de aplicação deste estatuto ao primeiro grupo de hospitais e em Novembro desse ano surgiu o primeiro escândalo financeiro num dos emblemáticos “hospitais-fundação” apresentado pelo governo, quando o presidente da entidade reguladora destes hospitais, William Moyes, afirmou que o “Bradford Teaching Hospital” encobriu as suas dificuldades financeiras durante 4 meses e que o défice esperado era o triplo do mês anterior, cerca de 11,3 milhões de libras (186).

Depois da abordagem deste modelo a nível da Grã-Bretanha, torna-se indispensável ter em conta os seus antecedentes próximos, nomeadamente a nível dos EUA, Espanha e Suécia.

Os EUA foram os percursos deste novo modelo de fundações na saúde que, nas suas linhas gerais, veio a inspirar, mais uma vez, as medidas adoptadas por vários governos europeus.

Principalmente nas décadas de 1980 e 1990, foram criadas nos EUA cerca de 125 fundações na área da saúde como resultado de vendas, conversões ou fusões de hospitais não lucrativos.

Esta medida tem suscitado grandes preocupações devido à possibilidade de indivíduos ou organizações envolvidas nestas transacções poderem vir a lucrar indevidamente com os bens anteriormente criados através de donativos de beneficência e das isenções de impostos (187).

A título exemplo, refira-se o caso do “Venice Hospital”, na Florida, que foi transformado em fundação na sequência da sua venda.

Este hospital tinha sido fundado em 1952 por 4 médicos e dispôs de donativos de homens de negócios. A sua venda suscitou grande oposição a nível das pessoas da comunidade envolvente e do próprio pessoal hospitalar, tendo sido ainda contestado o segredo que rodeou este processo.

No início da década de 1990, este hospital atravessou algumas dificuldades de gestão, designadamente porque o sistema “Medicare” deixou de fornecer os fundos adequados para garantir a sua solidez financeira, dado que 85% dos doentes respectivos eram cobertos por este sistema.

Várias entidades apresentaram propostas de aquisição, tendo sido aprovada, em Junho de 1995, a venda a uma organização católica de cuidados de saúde, a “Bon Secours Health System”. Nos compromissos assumidos por esta entidade, há que destacar os 2 seguintes (188):

- Continuar a prestar os serviços proporcionados pelo “Venice Hospital” antes da venda, excepto quando eles são incompatíveis com as perspectivas da igreja católica romana.

- Manter o pessoal médico do hospital, excepto os que tenham divergência com as perspectivas da igreja católica.

Em Espanha, o governo do Partido Popular (P.P.), chefiado por José Maria Aznar, tomou a decisão, em 1998, de aprovar legislação que estabeleceu as chamadas “Fundaciones Sanitarias Públicas”.

Esta medida suscitou uma ampla contestação da opinião pública e acabou por ficar, em grande medida, bloqueada na sua implementação.

Num extenso e bem fundamentado artigo de José Manuel Freire, então coordenador federal da saúde do PSOE, foi desenvolvido um conjunto de esclarecedoras apreciações a esta medida do governo espanhol. Pela sua importância, importa referir as seguintes (189):

- Uma medida de tanta importância para o Sistema Nacional de Saúde, não foi discutida nem cumpriu os trâmites segundo os procedimentos ordinários previstos legalmente, mas é o resultado de um golpe de mão legal: a apresentação surpreendente e improvisada de uma emenda à Lei 50/98 no seu trâmite pelo Senado (onde o PP tem a maioria absoluta), precisamente no último dia do prazo autorizado.
- Se depreende claramente que o paradigma do mercado interno introduzido pelas reformas conservadoras de M. Thatcher em 1991, constitui, nos seus aspectos instrumentais, a referência teórica primordial da política de saúde do governo do P.P.. As propostas do mercado interno, convertidas numa espécie de pensamento único da saúde durante os últimos anos, têm agora com o governo do P.P. uma indiscutida posição hegemónica no mercado das soluções políticas para os males da saúde espanhola. Deste modo, o evangelho reformador da Sr.^a Thatcher converteu-se na referência mais ou menos explícita da saúde espanhola governada pelo P.P..
- A existência do mercado interno como panaceia universal para os males da saúde pública torna desnecessária a análise dos problemas realmente existentes.
- Para ele (P.P.), a sua política sanitária desenvolve-se como se obedecesse a uma estratégia virtual baseada em três componentes: ganhar tempo, para que na saúde não se note a mudança do governo, ou que ao menos não se note negativamente; reduzir ao mínimo qualquer conflito susceptível de ser traduzido na opinião pública como ruído privatizador; rectificar no caminho o que há que rectificar e testando qualquer iniciativa com a correspondente sondagem prévia; e, sobretudo, procurar desesperadamente o consenso com a oposição, como fonte de legitimação política.
- A imagem de radicalidade conservadora associada a estas reformas e o dano que causaram ao NHS britânico, torna muito vulnerável a política sanitária do governo do P.P. pela constatação deste parentesco ideológico, sobretudo no mundo dos profissionais de saúde que conhecem pelas revistas médicas o que elas significaram.
- As Fundaciones Sanitarias Públicas são uma nova figura legal que tem muito em comum com as Entidades Públicas Empresariais definidas na Lei de Organização e Funcionamento da Administração Geral do Estado, de Abril de 97.
- Os hospitais-fundação... são fundações de natureza privada, mas com titularidade pública.
- O texto legal é tão incompleto que constitui um cheque em branco ao governo, que usurpa um papel que corresponde ao Parlamento.
- As fundações fragmentam, a nível organizativo e de gestão, a organização sanitária com a ruptura da sua coerência interna.
- Irão fragmentar também os serviços de saúde ao doente e à população, substituindo a cooperação e a coordenação pela competição.

- As fundações respondem à lógica do mercado interno da saúde da reforma de M. Thatcher no Reino Unido. Esta reforma evidenciou já o seu fracasso no Reino Unido, em condições comparativamente óptimas para o seu êxito. Ali gerou altos custos administrativos, ineficiência, distorceu as prioridades da saúde, aplicou incentivos perversos, aumentou a burocracia e introduziu no mundo sanitário o secretismo comercial, a instabilidade organizativa e laboral, a falta da equidade e a fragmentação dos serviços, substituindo os valores e a ética profissionais e do serviço público pela lógica comercial.

Jarabo Quemada, da junta directiva da “Federação de Associações para a Defesa da Saúde Pública” (Espanha), também colocou diversas apreciações críticas num artigo de opinião, denunciando os seguintes aspectos essenciais (190):

- ... Além disso, parece incoerente que quando as empresas privadas procuram a sua eficácia e eficiência pela via das fusões e do crescimento do seu tamanho, pretendam dizer-nos que estas (fundaciones) vão melhorar multiplicando o número de empresas de saúde e diminuindo-as, sem ter em conta as vantagens da economia de escala. Mas o problema não é só de lógica económica, mas sobretudo de coordenação, cooperação e planificação, tão necessárias no funcionamento da saúde.
- Um segundo aspecto, é o que tem a ver com a implantação do mercado da saúde, que é a razão desta empresarialização do sistema público de saúde.
- O terceiro, são as vias que abrem a privatização directa da saúde pública. Por um lado, mediante as chamadas externalizações, subcontratações de prestações de saúde com empresas privadas que podem acabar esvaziando de conteúdo as fundações, convertendo-as num simples patronato que subcontrata com o sector privado a maioria das prestações. E além disso, mediante a possibilidade de alienar o seu património, um património que tem origem na Segurança Social e que foi custeado com as contribuições dos trabalhadores e os impostos de todos os espanhóis.
- Por fim, está o que se refere ao pessoal das fundações que verá precarizar a sua situação, agravar as suas condições de trabalho e diminuir o seu número em quantidade e qualidade. Por outro lado, verificaram-se pressões sobre a sua prática profissional para a poupança de recursos, sem ter em conta as necessidades dos doentes.

Na Suécia, a coligação governamental tomou a decisão, no início de 2004, de proibir a privatização de hospitais públicos, tendo em conta os receios de que a expansão dos cuidados privados de saúde pode destruir o princípio do justo e livre serviço público de saúde. Esta decisão foi tomada na sequência de 2 autoridades provinciais, ambas dirigidas por partidos de direita, terem iniciado a privatização de hospitais do Estado (191).

No entanto, o governo sueco manteve a possibilidade legal das fundações poderem assumir a gestão de hospitais públicos, o que irá colocar, a prazo, muitos dos problemas já abordados anteriormente.

O governo sueco, em que o primeiro-ministro e a maioria dos ministros são membros do Partido Social Democrata, afirmou que a privatização de hospitais coloca o risco de debilitar um princípio central dos cuidados de saúde do país: os tratamentos médicos devem ser prestados a todos os doentes de acordo com as suas necessidades e não das suas capacidades para pagar.

As companhias privadas não serão autorizadas a comprar hospitais regionais ou universitários. Somente as fundações e prestadores sem fins lucrativos serão autorizados a

gerir hospitais.

Naturalmente, que os hospitais privados continuarão a existir e outros novos serão autorizados, mas não poderão tratar doentes com o seguro público.

A Suécia tem vários hospitais privados, em que um dos mais conhecidos é o “St. Goran’s Hospital”, em Estocolmo, com um quadro de pessoal de 1500 funcionários e 300 camas.

Como é possível verificar facilmente, estamos perante um modelo de fundação na saúde cuja matriz essencial foi concebida nos EUA e posteriormente importado por vários governos no âmbito do desenvolvimento das políticas neoliberais.

Nos EUA, onde os serviços de saúde são predominantemente privados e os cuidados de saúde encarados como um qualquer negócio, o modelo das fundações constitui um instrumento para uma mais rápida apropriação das entidades sem fins lucrativos e de beneficência, contornando algumas limitações estabelecidas na legislação sobre esta matéria, e é também uma via de isenção de impostos sobre os volumosos lucros obtidos.

Relativamente à Europa, onde existem grandes tradições de solidariedade social e o Estado desempenhou, de forma pioneira, um relevante papel no cumprimento de funções sociais, os verdadeiros objectivos das fundações têm sido escondidos da opinião pública para evitar amplas e generalizadas contestações políticas e sociais. A sua apresentação tem sido envolvida em supostas vantagens para os cidadãos e como se constituíssem solução para os naturais problemas existentes nos serviços públicos de saúde.

Porque o contexto europeu é substancialmente diferente do americano, as fundações constituem uma etapa intermédia dirigida à gradual privatização dos serviços públicos, com a sua apropriação por entidades privadas em virtude do endividamento e da venda das suas acções.

Este processo gradual e silencioso torna-se menos visível para a maioria das opiniões públicas dos países até atingir a integral concretização dos seus objectivos, criando, então, a política do facto consumado.

Em Portugal, este modelo foi dissimulado com outras designações, mas respeitando a sua matriz identificadora e os correspondentes objectivos a prazo. Começou pela designação de empresa pública de direito privado ou estatuto empresarial, passando depois a “entidades públicas empresariais” e, finalmente, ao estatuto SA.

VI

As cópias neoliberais na saúde em Portugal (ou as políticas de Correia de Campos e Luís Filipe Pereira)

Todos os indicadores objectivos da evolução da saúde em Portugal, claramente reconhecidos no plano internacional por organizações de referência, mostram que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi o instrumento operacional que permitiu concretizar uma mudança radical no panorama deste delicado sector em apenas 25 anos.

A análise dos factos ocorridos ao longo destes anos, permite verificar que desde a concepção do SNS foram desencadeadas múltiplas acções com vista a impedir que ele se tornasse realidade.

A gravidade deste tipo de acções foi recordada pelo Dr. António Arnaut em declarações efectuadas ao jornal “Público” e divulgadas na sua edição de 15/09/2004.

Pela sua importância histórica transcrevem-se os seguintes extractos desta notícia:

- “Em finais de Julho de 1978, três ministros do CDS pedem a demissão e o Governo cai. Durara pouco mais de seis meses. «O Governo caiu essencialmente pela polémica levantada pela criação do Serviço Nacional de Saúde», afirma Arnaut”.
- “Segundo o ex-ministro, já depois de o projecto de lei ter sido aprovado em Conselho de Ministros, com os votos favoráveis dos ministros do CDS, o presidente do partido, Freitas do Amaral, pede-lhe um encontro: «Como presidente do CDS, deu-me conta das dificuldades que estava a ter dentro do partido por causa do projecto do SNS, que os médicos do CDS e muitos militantes do CDS se opunham a essa reforma, que consideravam que estava contra os seus princípios, porque era uma reforma socializante». António Arnaut sublinha que Freitas do Amaral lhe explicou que estava pessoalmente de acordo com a criação do SNS, tendo considerado que a lei em questão realizava «os valores cristãos do humanismo»”.
- “«...Mas as pressões não eram só no CDS, eram também do PS. Eram pressões que se faziam a todos os níveis. Os chamados “barões da medicina”, a direita e os interesses que estavam instalados na medicina faziam pressões em todo o lado», acrescenta”.
- “Arnaud explica que Freitas do Amaral lhe pede para «deixar cair» o projecto. «Eu não deixei cair, continuei, e quando estava realmente na iminência de ser aprovado e publicado o CDS abriu a crise e o Governo caiu»”.
- “Segundo explica Arnaut, a mesma lei é então apresentada na Assembleia da República, sendo assinada pelo próprio Arnaut, então deputado, pelo secretário-geral do PS, Mário Soares, pelo presidente do partido, António Macedo, e pelo presidente do grupo

parlamentar do PS, Salgado Zenha.

Na votação final global, a 28 de Junho de 1979, o projecto-lei sobre as Bases Gerais do SNS é aprovado com votos a favor do PS, do PCP, da UDP e do deputado independente Brás Pinto. A lei é publicada em “Diário de República” a 15 de Setembro de 1979”.

As contínuas tentativas de boicote e de desarticulação do SNS constituíram uma característica marcante ao longo dos sucessivos ministérios da saúde, com os lóbis económicos e os múltiplos representantes desses interesses a insinuarem-se nos círculos do Poder político e a desenvolverem intensos esforços na influência das decisões das várias equipas ministeriais.

Esta acção foi desenvolvida em torno de uma campanha ideológica contra os serviços públicos, com o recurso a chavões já anteriormente abordados, e da apresentação de supostas soluções técnicas importadas de organismos internacionais que definem as políticas neoliberais de privatização.

Deste modo, é possível verificar que, a partir do início da década de 1980, em todas as equipas ministeriais que estiveram em funções surgiram diversas contradições no desenvolvimento das respectivas políticas. Em todas essas equipas houve a apresentação de projectos ou foram produzidas declarações públicas dos seus titulares sobre aspectos da política de saúde cujo conteúdo se dirigia para a incorporação de algumas medidas neoliberais desarticuladoras do SNS, ainda que sistematicamente envolvidas numa terminologia tecnocrática e dissimuladora dos seus verdadeiros objectivos.

Estas contradições tornaram-se ainda mais marcantes durante os governos presididos pelo Prof. Cavaco Silva e pelo Eng.º António Guterres, em que durante a vigência das suas funções tiveram, cada um deles, três ministros da saúde nas suas respectivas equipas governamentais.

Em ambos os casos, verificámos que as medidas políticas e as perspectivas de solução dos problemas de cada um dos três ministros do mesmo governo foram substancialmente diferentes e, até, com diversos aspectos fracturantes. E isto aconteceu, quando no plano teórico o programa governamental era o mesmo para os 3 ministros.

Importa ter em conta que vários ministros desempenharam as suas funções num quadro complexo, repleto de vicissitudes, e condicionados por uma relação de forças adversa ao desenvolvimento de uma adequada intervenção reformadora da capacidade de desempenho dos serviços públicos de saúde.

Mesmo com ministros que se identificavam, nos seus aspectos nucleares, com a missão insubstituível do SNS, as já referidas contradições estiveram presentes em algumas das medidas que preconizaram para o sector da saúde.

Noutros casos, onde a colagem às soluções privatizadoras foi notória em termos globais, essas medidas não encontraram condições políticas para a sua implementação devido à ampla contestação que provocaram na opinião pública e nos vários sectores de profissionais de saúde.

Independentemente das questões referidas, o claro desenvolvimento da política privatizadora e neoliberal na saúde no nosso país é iniciado com o mandato ministerial do Prof. Dr. Correia de Campos, no período final do governo presidido pelo Eng.º António Guterres.

No início da década de 1990, o Prof. Correia de Campos esteve nos EUA, durante cerca de 3 anos, como funcionário do Banco Mundial, num período em que este organismo internacional aprofundou a elaboração ideológica e as correspondentes orientações práticas para a generalização do assalto neoliberal aos serviços públicos, em particular aos serviços de saúde.

No entanto, constitui um elucidativo factor de compreensão do seu percurso ideológico referir algumas afirmações por si proferidas antes de se tornar funcionário do Banco Mundial e de se ter convertido politicamente aos conceitos neoliberais mais fundamentalistas.

De um artigo publicado, em 1987, na Revista Portuguesa de Saúde Pública (Vol. 5, n.º 3-4-Julho/Dezembro 1987) com o título “Público-privado em saúde em Portugal: articulação entre vários, ou competição em um só mercado?”, transcrevem-se os seguintes extractos:

- “Em resumo: o sistema público, desliza suavemente para a privatização, mesmo sem necessidade de uma mudança de orientação quanto à sua natureza”.
- “... e o sector privado, sempre que lhe é consentida suficiente margem de manobra, tendo a seleccionar para o internamento a casuística de menores custos e responsabilidades, especializando-se em intervenções electivas e de patologia ligeira”.
- “É habitual afirmar-se, mesmo em círculos mais responsáveis, que o sector privado de saúde deve ser ampliado por ter maior eficiência que o sector público. É sempre difícil saber como medir tais eficiências.... Ao contrário de que se pensa, os custos médicos no sector público estão longe de ser mais elevados que os preços de pagamento de idênticos actos no sector privado, embora nem sempre essas diferenças sejam de sentido igual, ao longo dos cinco anos considerados. Mas revela-se, afinal, infundamentada a percepção de que, só por serem privadas, as prestações de saúde têm custos unitários para o Estado forçosamente mais reduzidos”.
- “Por outro lado, não parece haver viabilidade à constituição de grandes unidades destinadas à clientela dos subsistemas ou à procura inteiramente privada, por elas não serem suficientemente numerosas para rentabilizar o funcionamento da clínica privada”.
- “Em nossa opinião não é possível a privatização da parte essencial do SNS, mas é perfeitamente possível e pode ser até desejável a privatização de algumas das prestações que ele produz: alimentação, limpeza, segurança, contabilidade informática, através de contratos de prestação de serviços celebrados entre as unidades de saúde e os prestadores exteriores, desde que estes demonstrem maior eficiência técnica. Mas já nos parece muito difícil, ou impossível, que todo o SNS se transforme num dos dois modelos alternativos que se conhecem: o seguro individual ou o seguro doença em regime de convenção... Ambos esses sistemas são mais dispendiosos que o SNS, como o demonstram todos os estudos comparativos internacionais (OCDE 1986 e OCDE 1987). E o primeiro tem ainda o grave inconveniente de deixar sem cobertura aqueles que não tenham recursos para pagar o seguro individual de saúde, o que resultaria num agravamento das desigualdades e nas consequências daí decorrentes em impopularidade política. Quanto ao sistema convencionado, ele não tem futuro entre nós, como a história recente o demonstra...”.
- “Na verdade, regressar a um sistema de seguro-doença obrigatório do tipo francês ou belga, seria recuar em termos organizativos, sem contrapartidas, nem económicas, nem de satisfação dos utentes. O regime de convenção está, pois, condenado, em Portugal, a servir apenas de bandeira às organizações de representação profissional, transformando-se em mito nunca alcançado, por serem maiores os inconvenientes que as suas vantagens.

O SNS está, assim, votado a subsistir em Portugal: é tão inimaginável a privatização dos hospitais como o é a passagem dos cerca de cem mil funcionários a regime de

trabalhadores por conta de outrem, ainda que obtivessem notórios ganhos salariais com essa mudança de estatuto”.

Posteriormente, o Prof. Dr. Correia de Campos apresentou uma comunicação no Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais que foi publicada na revista “Farmácia Portuguesa”, no seu número de Novembro/Dezembro de 1990, com o título: “Estado-Providência-perspectivas de financiamento/O caso da Saúde”.

Na parte final do texto desta comunicação, o Prof. Dr. Correia de Campos afirmou o seguinte:

“A primeira questão que se pode colocar é a de saber se o sistema pode ser radicalmente mudado. Desde logo, as barreiras constitucionais limitam a margem de manobra. Não é possível substituir o SNS universal, geral e tendencialmente gratuito, por um sistema com base na medicina convencionada. Primeiro, por razões políticas. Não seriam só os eleitores-utentes a penalizar pesadamente os decisores que lhe cerceassem direitos, seriam porventura os próprios prestadores que hoje recolhem benefícios da estabilidade da função pública que forçosamente teriam que abandonar, se o sistema se privatizasse total ou parcialmente”.

“Finalmente, por razões económicas. Como já algures assinalámos, qualquer mudança radical do sistema a caminho, quer de uma maior privatização, quer de uma publicização integral, traduz-se por acréscimos de encargos públicos que a economia do País não estará, provavelmente, em condições de suportar”.

Após apresentar várias medidas de solução, a sua comunicação foi concluída com as seguintes considerações:

“Este conjunto de medidas pressupõe o fim do Estado-Providência substituindo-o por um modelo competitivo? De modo algum. O Estado-Providência ficará nos seus limites actuais, melhorando-se o seu desempenho. O sistema deixará de deslizar insidiosamente para a privatização como até agora tem acontecido, minando a eficiência e a qualidade da sua componente pública.

O desenvolvimento separado de cada modelo, sem que um parasite o outro, constituirá a fórmula social adequada à transição económica que Portugal vive e que, ainda não lhe permitindo dispor de um desenvolvimento «welfare state», já não lhe consente um sistema em que as injustiças e desigualdades rompem quotidianamente uma frágil construção teórica de universalidade”.

Cerca de 3 anos depois, e já a exercer funções no Banco Mundial, o Prof. Dr. Correia de Campos participou no Fórum “Gestão Hospitalar, Novos Rumos”, que se realizou em Lisboa, em Dezembro de 1993, tendo apresentado uma comunicação com o título “Competição gerida: contributos para o debate indispensável”.

Estando já “esquecido” do conteúdo das anteriores afirmações em que recusava, de forma peremptória, a substituição do Estado-Providência por um modelo competitivo, assume desta vez a clara defesa da competição gerida, seguindo aquilo a que chamou a “autorizada sugestão de Enthoven”.

A título de exemplo, transcreve-se o seguinte extracto desta comunicação:

“Este novo modelo obedecerá a alguns princípios:

- proximidade do proprietário em relação ao local onde o serviço é prestado e aos próprios indivíduos seus beneficiários ou destinatários;
- separação entre propriedade do capital e administração do serviço prestado; o proprietário não perde o seu poder estratégico sobre o património, simplesmente entrega este último a quem saiba geri-lo;
- flexibilização das regras e instrumentos de gestão para responder ao ambiente de competição das sociedades em que o progresso não é outorgado mas sim internamente

germinado;

- separação entre financiador e prestador dos serviços;
- garantia de responsabilização perante a comunidade onde se actua e não apenas longinquamente perante a nação, em consultas eleitorais periódicas”.

Em 1997, a Revista Portuguesa de Saúde Pública (Vol. 15, n.º 3 – Julho/Setembro 1997) publicou um artigo do Prof. Dr. Correia de Campos com o título “Perspectivas e desafios da reforma administrativa em Portugal”.

Deste texto, existe um extracto que importa transcrever, dado que é revelador dos conceitos de reforma que perfilha:

“A reforma não se faz à mesa da negociação sindical. A negociação sindical é certamente tão indispensável à gestão corrente como, por maioria de razão, o é para o lançamento da reforma. Mas não se pode esquecer que a negociação é por definição um processo de compromisso, de filtragem política. Para que da negociação não resulte a contra-reforma é necessário que os reformadores saibam exactamente para onde querem ir, isto é, tenham uma estratégia bem definida que resista aos compromissos da paz social momentânea”.

Estes conceitos estiveram bem presentes na sua posterior acção política como ministro, ao desrespeitar a Lei n.º 23/98 que obrigava à negociação sindical formal em torno de aspectos relativos a matérias sindicais presentes nos diplomas que elaborou.

Embora tenha exercido as funções de ministro por um período de cerca de 8 meses, as medidas que adoptou constituíram as bases elementares do posterior aprofundamento da política neoliberal e privatizadora do seu sucessor ministerial, Luís Filipe Pereira.

Neste aspecto merecem particular referência as deliberações do Conselho de Ministros, na base de propostas da sua autoria, sobre as “Parcerias Saúde” e a criação do modelo “E.P.E.”. Neste último caso, a deliberação foi tomada quando o governo já se encontrava em meras funções de gestão corrente.

Deste modo, não surpreenderam as declarações elogiosas de destacados membros do PSD à acção ministerial do Prof. Dr. Correia de Campos, considerando-a como a política do seu partido ou, 3 anos mais tarde, num artigo de opinião do Dr. Duarte Lima, que a política de Luís Filipe Pereira era “o aprofundamento de uma linha que Correia de Campos... havia desbravado”.

As profusas afirmações públicas do Prof. Dr. Correia de Campos, enquanto ministro, não deixaram quaisquer dúvidas quanto aos seus claros objectivos políticos de privatização. Defendeu o modelo de gestão privada do Hospital Amadora/Sintra insurgindo-se contra os “partis-pris ideológicos”, a concessão de mais administrações ao sector privado, a implementação de parcerias público-privado, a entrega de eventuais cooperativas médicas que viessem a constituir-se a laboratórios e seguradoras, a máxima empresarialização dos hospitais e a adopção da competição gerida.

Todos os elementos dos “guias” orientadores da política neoliberal de destruição do direito à saúde e da sua subsequente mercantilização estavam presentes. E para dissimular os objectivos desta política, afirmou repetidamente que não iria privatizar nada e que a sua principal preocupação eram os doentes.

Como vimos anteriormente, estes argumentos foram igualmente adoptados pelo ministro seguinte, numa atitude bem reveladora de que a fonte de inspiração de ambos se baseava nos pressupostos propagandísticos do “White Paper” de Margaret Thatcher, quando nessa altura estes pressupostos já se encontravam ridicularizados pelas desastrosas consequências da sua aplicação na Grã-Bretanha.

Relativamente à defesa da máxima empresarialização dos hospitais, apresentada como a

solução para o funcionamento destas unidades, é indispensável ter em conta o que representa a fórmula da empresarialização no contexto das políticas neoliberais e lembrar as declarações do então administrador da sociedade gestora do Hospital Amadora/Sintra que a considerou apenas um passo intermédio com vista à posterior gestão privada.

As tentativas da justificação da sua orientação política e ideológica e das medidas nela inseridas, chegaram ao extremo de acusar os profissionais de saúde de capturar o sistema e de não deixarem aumentar a produtividade, e de afirmar que 70% da população estava insatisfeita com os serviços de saúde.

Apesar de todos os problemas existentes nos serviços de saúde quanto à qualidade da gestão e à adequação da organização do trabalho, é sabido que o 12.º lugar mundial do nosso sistema de saúde quanto ao seu desempenho global está ligado, em grande medida, à capacidade produtiva dos seus profissionais.

Quanto à afirmação sobre a percentagem dos insatisfeitos com os serviços de saúde, seria curioso saber em que hipotético estudo se baseou o Prof. Dr. Correia de Campos, tendo em conta que na mesma altura foram divulgados os resultados de um vasto trabalho coordenado pelo Prof. Dr. Villaverde Cabral que demonstrou tratar-se de uma situação completamente oposta.

Outros 2 aspectos que importa analisar, dizem respeito à eliminação da eleição dos cargos técnicos de director clínico e enfermeiro director dos hospitais, e à participação em congressos médicos.

Independentemente da gravidade política e institucional das considerações produzidas pelo Prof. Dr. Correia de Campos em torno do caciquismo, para justificar a eliminação da eleição dos referidos cargos técnicos, é forçoso considerar que se tratou de uma medida preparatória destinada a facilitar a posterior entrega dos hospitais públicos a consórcios privados, possibilitando-lhes a constituição de órgãos de gestão da sua exclusiva confiança, sem a existência de elementos defensores da autonomia técnica e científica das suas profissões. Seria possível acreditar que qualquer consórcio privado aceitaria a concessão de um hospital público com a existência, no respectivo órgão de gestão, de representantes dos profissionais?

Já depois de ter saído do Ministério da Saúde, o Prof. Dr. Correia de Campos, no livro que publicou com as suas confissões políticas, voltou a evidenciar os seus conceitos ao apresentar como motivação desta sua medida a suposta tendência política maioritária das direcções clínicas.

No que diz respeito aos congressos médicos, e depois das violentas afirmações que produziu, inclusivé perante uma comissão parlamentar, tornou-se muito elucidativo verificar o aparecimento do seu nome no folheto de divulgação das “10ª Jornadas Mediterrânicas de Medicina Geral e Familiar”, que decorreram de 1 a 7 de Setembro de 2003, no Algarve, como orador no painel de abertura. Tal como os congressos que tinham motivado, na altura, as suas afirmações, também este incluiu um programa social e desportivo.

Afinal, a “vergonha nacional” e o “elevado interesse turístico” só existem quando os congressos médicos se realizam noutros países?

A nomeação do Dr. Luís Filipe Pereira como ministro da saúde do governo resultante das eleições legislativas antecipadas, constituiu uma inquestionável demonstração de que a linha de ataque ao SNS e a aplicação do modelo privatizador iriam ser objecto de um subsequente aprofundamento.

O caminho “desbravado” pelo seu antecessor e que, por simples falta de tempo, não tinha sido desenvolvido, encontrou um fiel seguidor no cumprimento dos manuais neoliberais de destruição dos serviços públicos de saúde, elaborados pelo Banco Mundial e a OMC.

O facto deste ministro transitar directamente de um grupo económico com fortes

interesses e negócios no sector da saúde foi um aspecto que se tornou politicamente relevante no decurso da sua acção política.

Quando surgiram, em vários sectores de opinião, naturais preocupações com esta situação de claro conflito de interesses o Prof. Dr. Correia de Campos foi das raras vozes a defender esta solução, através de um artigo publicado num jornal.

Nos primeiros meses da sua actividade começou por repetir exaustivamente, tal como o seu antecessor, que o seu programa não era de ataque ao SNS, que até o pretendia salvar, que não iria privatizar nada e que a sua principal preocupação eram os doentes. Simultaneamente, assumiu como compromissos prioritários da sua acção a eliminação das listas de espera em 2 anos e a obtenção do chamado “défice zero” no final do primeiro ano de funções.

No que se refere às listas de espera, o Dr. Luís Filipe Pereira apresentou sucessivamente números globais contraditórios e sem qualquer discriminação por patologia e unidade hospitalar. E quando existiam números diferentes a nível de várias estruturas ministeriais, optava pelos mais baixos “por serem mais fidedignos”.

A referência a dados globais não discriminados, não permitia qualquer verificação isenta nem qualquer controlo da autenticidade da evolução dos números, possibilitando a total manipulação política deste importante problema.

Na consulta das notícias publicadas, verificamos que, em dado momento, se chegou à situação de serem omitidos na contabilização dos números, 18 hospitais, alguns dos quais de importante dimensão, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A clara incapacidade em gerir o compromisso assumido chegou ao extremo de colocar os serviços cirúrgicos hospitalares a proceder à recuperação das listas durante o respectivo horário normal. Deste modo, não constituiu qualquer surpresa que tivesse surgido uma segunda lista de espera ainda maior que a anterior, num curto período de tempo.

Com esta volumosa segunda lista e quando já se tornava evidente o fracasso na recuperação da primeira, o Dr. Luís Filipe Pereira não teve qualquer hesitação no prosseguimento da sua propaganda política ao afirmar que iria acabar com esta última sete meses mais cedo que o previsto.

O compromisso do “défice zero”, logo no primeiro ano de funções, constituiu outro rotundo fracasso da acção política deste ministro. Aquilo a que se assistiu foi ao contínuo crescimento das dívidas que acabou por impor um orçamento rectificativo no final de 2004.

Em Julho de 2004, foi divulgado que a dívida dos hospitais aos laboratórios tinha atingido um novo recorde dos últimos 6 anos (850 milhões de euros), em Setembro de 2004 a dívida da saúde já tinha ultrapassado os 2 mil milhões de euros e em Outubro de 2004 um dos jornais afirmou, inclusivé, que “é o caos nas contas da saúde” e o “descalabro total na execução financeira do SNS, não só em 2004 como nos anos anteriores”.

A chamada empresarialização de vários hospitais, com a sua transformação em sociedades anónimas (SA), foi certamente a medida que se tornou mais emblemática da acção deste ministro.

Esta medida, apresentada como solução infalível para resolver diversos aspectos do desempenho global das unidades hospitalares, teve como único objectivo a criação de uma etapa intermédia com vista à sua posterior privatização integral.

Em torno dos hospitais SA, assistiu-se a uma das maiores operações de mistificação política jamais verificadas no sector da saúde. Desde logo, foram nomeados gestores oriundos de vários sectores de actividade sem qualquer conhecimento ou experiência na área específica hospitalar. E esta situação era de tal forma escandalosa, que o ministro decidiu colocá-los num curso intensivo de uma instituição universitária. Mesmo assim, puderam optar pelos salários das empresas de origem, muito mais elevados do que os

anteriores salários dos membros dos conselhos de administração dos hospitais públicos, e ainda foram objecto de substanciais aumentos passados alguns meses.

Poucos meses após a aplicação legal deste ano novo estatuto jurídico, já o ministro Luís Filipe Pereira fazia profusas declarações públicas sobre hipotéticos resultados obtidos na contenção das despesas. No entanto, nunca apresentou quaisquer contas detalhadas a nível de cada hospital SA.

Com o decurso do tempo, vários analistas acabaram por reconhecer na comunicação social que estávamos perante uma situação típica de desorçamentação das contas públicas para cumprir artificialmente os critérios definidos pela União Europeia para a dívida pública.

A leitura dos diversos artigos e notícias publicadas na comunicação social permitiu verificar que os hospitais SA agravaram os prejuízos, apesar das medidas ministeriais tomadas para apagar as despesas com medicamentos, transferindo-as para as ARS's (Administrações Regionais de Saúde), da contínua acumulação de dívidas aos fornecedores e dos subsídios de férias pagos em 2003 terem sido registados em 2002, quando estes hospitais ainda não eram SA.

Em Julho de 2004, a dívida dos hospitais em medicamentos estava com um atraso médio de 400 dias.

Simultaneamente, surgiram diversas denúncias acerca das pressões exercidas sobre os médicos nos hospitais SA para não prescreverem exames nas consultas, enviando essa responsabilidade para os médicos de família nos Centros de Saúde, de modo a imputar-lhes esses custos e, por conseguinte, aliviar as contas dos respectivos hospitais. E o Centro Hospitalar do Alto Minho tornou-se um exemplo das novas possibilidades legais deste estatuto ao iniciar uma vasta operação de privatização dos seus serviços mais rentáveis. No entanto, os gastos com empresas de consultoria não eram objecto de semelhantes medidas restritivas, atingindo valores vultuosos que, em meados de 2003, já ascendiam a 1 milhão de euros.

Fruto da clara falência deste modelo, foram divulgadas notícias sobre o facto destes hospitais estarem a recorrer ao próprio capital social para pagar as despesas correntes.

A situação criada tornou-se tão delicada que até o Banco de Portugal manifestou publicamente dúvidas sobre o propalado aumento da produtividade dos hospitais SA.

Em Setembro de 2004, verificou-se uma esclarecedora convergência de posições quanto à perspectiva de alguns círculos de interesses em acelerar o processo de clara privatização dos hospitais SA. O ex-coordenador da Unidade de Missão dos Hospitais SA, Dr. Mendes Ribeiro, defendeu publicamente, já como gestor de uma empresa privada de saúde, que os piores hospitais com este estatuto deviam ser entregues ao sector privado e, passados alguns dias, o "Grupo Mello Saúde" transmitiu o seu interesse em ficar na posse destes hospitais.

Nesta questão, assume particular gravidade o facto do presidente da "Entidade Reguladora da Saúde", (ERS), Prof. Dr. Rui Nunes, ter afirmado na véspera desta tomada de posição do "Grupo Mello Saúde" que não via objecção de princípio à privatização dos piores hospitais SA.

Tornando-se imprescindível ter bem presente que, teoricamente, o estatuto da ERS implica um elevado grau de isenção e independência, estas declarações constituíram a sua indiscutível negação e um inadmissível alinhamento político com interesses económicos privados. Já em plena campanha eleitoral, em Fevereiro de 2003, voltou a dar uma entrevista onde fez considerações sobre os partidos políticos e elogiou a acção ministerial do ministro Luís Filipe Pereira.

Sobre as questões que deviam suscitar a sua preocupação e determinar o seu posicionamento, verificamos que manifestou concordância com o corte ministerial de um terço do orçamento da ERS e que nunca fez qualquer referência aos factos de uma

multinacional de diálise controlar mais de 70% do mercado e de duas empresas de gestão e prestação de cuidados de saúde controlarem cerca de 80% do mercado privado. Estes factos estão directamente relacionados com a acção desta entidade e negam a regulação do mercado.

Quanto aos verdadeiros objectivos destes hospitais, há que ter em conta as afirmações do então ministro das finanças, Dr. Bagão Félix, na Assembleia da República, durante a apresentação do Orçamento de Estado, em Outubro de 2004, quando confessou que serão em parte financiados pelo princípio do “utilizador-pagador”.

Nesse mês de Outubro, o ex-ministro Dr. Paulo Mendo, que chegou a exercer o cargo de vice-presidente do PSD em meados da década de 1990, publicou um brilhante artigo de opinião (Primeiro de Janeiro, 28/10/2004) onde analisou as principais implicações da política de saúde em curso, denunciando que um dos objectivos era “transformar o SNS numa grande holding cheia de administradores privados bem pagos” e atribuindo à sigla SA o significado de “Sem Alma”.

Outra medida ministerial considerada como uma peça essencial na política neoliberal de destruição dos serviços públicos de saúde foi a implementação das parcerias público-privado (PFI/PPP), previstas para a construção de 10 novos hospitais. Constituindo uma cópia integral do modelo britânico, apresenta a particularidade de introduzir um factor de agravamento ao incluir, à partida, no seu âmbito o pessoal clínico (médicos e enfermeiros). Na Grã-Bretanha, os contratos das PFI/PPP não incluíram estes sectores profissionais e só nos últimos 2 anos começaram a existir fortes pressões dos consórcios privados para concretizar esta medida.

Apesar de existirem somente 3 concursos abertos para estas parcerias, as situações polémicas já se encontram instaladas com uma considerável gravidade, nomeadamente em torno dos futuros hospitais de Loures e de Sintra.

No primeiro caso, importa lembrar as repercussões no seio do próprio Governo da escolha dos 2 consórcios privados para a fase seguinte do concurso. Um administrador do “Grupo Mello Saúde”, um dos dois consórcios privados, chegou a referir-se à futura unidade hospitalar como “esta fábrica onde vão trabalhar 1800 profissionais”, o que constitui uma esclarecedora referência sobre o conceito de gestão que estes grupos privados destinam a unidades tão complexas como são os hospitais, como se a lógica de uma fábrica de bolachas ou de pneus lhes fosse aplicável.

No caso do futuro Hospital de Sintra, surgiram acusações de grupos económicos sobre o favorecimento do “Grupo Mello Saúde” neste concurso, que consideraram que ele estava feito à sua medida, dadas as perspectivas desta unidade vir a dispor de um estatuto de hospital universitário e do referido grupo se apresentar em parceria com a Universidade Católica.

Algum tempo depois, assistimos à situação caricata de num dia ter sido divulgada a decisão do Ministério da Saúde de que este futuro hospital não iria ser universitário e de no dia seguinte o reitor da referida universidade garantir o contrário.

Afinal, quem detinha o poder de decisão no Ministério da Saúde?

Mas estas acusações de favorecimento do “Grupo Mello Saúde” voltaram a surgir em Janeiro de 2005, quando uma empresa anunciou que iria processar o ministro Luís Filipe Pereira na sequência das autorizações para a criação de serviços privados no tratamento do cancro.

Em relação às parcerias, há que ter ainda bem presentes as afirmações de um conselheiro do Tribunal de Contas perante uma comissão parlamentar, em Outubro de 2002, quando considerou que “quem tem saído a ganhar com os negócios com o Estado são claramente os privados”.

O “Grupo Mello Saúde”, em Outubro de 2004, afirmou-se disponível para salvar o SNS e

formulou a proposta de, até 2010, metade dele “estar nas mãos dos privados”.

Esta curiosa disposição de “salvar” o SNS surgiu claramente enquadrada na sistemática campanha de descrédito dos serviços públicos de saúde desenvolvida pelo ministro Luís Filipe Pereira, como justificação para a implementação da sua política privatizadora. Neste seu esforço contou, a dada altura, com a colaboração da então ministra das finanças, Dra. Manuela Ferreira Leite, que afirmou “nunca como nos últimos anos o sector de saúde teve tantos recursos e o utente foi tão mal servido”.

Esta campanha articulada constituiu um dos mais flagrantes exemplos de ausência de seriedade política, ao tentar escamotear as realizações objectivas do SNS e as suas potencialidades evidentes.

Mesmo depois da divulgação do relatório mundial da OMS sobre os sistemas de saúde, do estudo coordenado pelo Prof. Villaverde Cabral, do mais recente relatório da OMS e da UNICEF sobre a mortalidade materna, de um estudo da Ordem dos Farmacêuticos onde somente 12,8% dos portugueses considerava os hospitais e centros de saúde como “maus” e até de um relatório de uma multinacional de assistência e seguros de viagem que afirmou que os turistas que visitam Portugal podem contar com cuidados de saúde de boa qualidade, os executores desta campanha não recuaram perante nenhuma das evidências e mantiveram o seu discurso catastrofista sobre o SNS.

E no caso do “Grupo Mello Saúde”, esta acção salvadora pode ser bem ilustrada com o tipo de gestão praticada a nível do Hospital Amadora/Sintra, quando depois de sucessivas polémicas a urgência da maternidade foi encerrada durante 2 dias e algumas semanas depois surgiu a eventualidade de uma situação idêntica no serviço de infecciologia, devido à falta de médicos.

Imaginemos que proporções assumiria a campanha contra o SNS se um hospital público decidisse encerrar a urgência de qualquer dos seus serviços. E quanto à falta de médicos, todos estamos lembrados das apregoadas vantagens salariais e de condições de trabalho que a gestão privada proporcionaria em relação aos serviços públicos. Então, assim sendo, como explicar as grandes dificuldades desta sociedade gestora em contratar os médicos necessários ao funcionamento dos seus serviços?

A publicação, depois de um processo polémico e acidentado, do diploma relativo à rede dos cuidados primários de saúde veio confirmar o sentido global da política privatizadora em curso, com a adopção de mecanismos facilitadores da alienação dos centros de saúde. Aliás, é com base nestas disposições que alguns grupos económicos privados candidatos às parcerias para a construção dos novos hospitais começaram a exigir a anexação dos centros de saúde inseridos na respectiva área geográfica.

Relativamente aos medicamentos, foi desencadeada por este ministro uma ampla campanha mediática em torno dos genéricos. Independentemente deste tipo de medicamentos não constituir um dado novo e de existir algum consenso na sua aplicação, a referida campanha ministerial pretendeu focalizar as discussões e as atenções nesta questão, de modo a que as medidas gravosas passassem despercebidas a nível da opinião pública. No entanto, na parte final do seu mandato começaram a surgir notícias que referiram que os doentes gastavam cada vez mais em medicamentos, 8,7% dos medicamentos prescritos não eram por eles comprados, mais de 150 medicamentos tinham deixado de ser comparticipados e até a existência de uma proposta ministerial para os doentes pagarem o preço total dos medicamentos e só depois serem reembolsados da comparticipação.

Um outro aspecto que caracterizou este mandato ministerial foi a frequente contradição das suas declarações com os factos ocorridos que, nalguns casos, assumiram aspectos de extrema gravidade política. A título de exemplos, e tendo em conta as notícias publicadas, importa referir:

- Promessas sucessivas de garantir médicos de família para todos os cidadãos, quando é amplamente conhecido o número deficitário destes especialistas que, apesar disso, todos os anos têm aumentado o número de consultas efectuadas. Um relatório do Eurostat referiu que Portugal tem a menor taxa de médicos e enfermeiros da União Europeia.
- Afirmação, na Assembleia da República, de que uma empresa de consultoria iria encerrar as contas de um hospital com gestão privada, tendo sido escolhida por concurso público, e após a discussão suscitada já era outra a escolhida e por “consulta alargada”.
- O número de mortes causadas pela onda de calor em 2003.
- Garantia dada, na Assembleia da República, de que não seriam gastos dinheiros públicos na implementação do projecto Netsaúde.
- Afirmação de que tinha reunido com todos os sindicatos para discutir o projecto de diploma sobre a rede dos cuidados primários de saúde, quando reuniu somente com a Ordem dos Médicos.
- Desmentir o Ministério das Finanças no que se refere ao mapa com as dívidas atrasadas da saúde.
- Posição assumida sobre a polémica entre uma empresa imobiliária e o Hospital de S. João, quando estava informado com grande antecedência sobre a situação e sabia que a administração da unidade hospitalar não tinha competência legal para renegociar as verbas em causa.
- Apresentar como novidades da sua política medidas já tomadas por duas anteriores titulares ministeriais.
- Difundir a informação de que os contratos individuais de trabalho nos hospitais SA iriam possibilitar aumentos salariais de 17% a 23% quando, feitas as contas, se traduziam em diminuições superiores a 30%.

Como facto absolutamente insólito e intolerável num regime democrático em pleno século XXI, foi a concordância deste ministro com a aplicação de quotas para diminuir o acesso das mulheres aos cursos de medicina.

A acção e autoridade políticas do ministro Luís Filipe Pereira ficaram também devidamente ilustradas quando o anúncio do lançamento do concurso público do novo Hospital de Lamego foi efectuado pelo PSD de Viseu em vez do próprio ministério.

A tentativa de implementação de taxas moderadoras diferenciadas em função dos rendimentos de cada cidadão, veio demonstrar a verdadeira natureza e objectivos das preocupações governamentais, quando são amplamente conhecidas as distorções e injustiças do nosso sistema fiscal, e existe a esclarecedora experiência do sistema de propinas no ensino superior.

Apesar das referências públicas ao “caos nas contas da saúde” e da imperiosa necessidade de apresentar um suplementar orçamento rectificativo para este sector, o ministro Luís Filipe Pereira ainda teve a extrema descontração de afirmar que o Orçamento da Saúde para 2005 previa lucros.

Depois de múltiplas declarações ministeriais de que nada iria ser privatizado e de que queria salvar o SNS, acabou por confessar que a reforma estrutural em curso no sector tinha por base uma mudança estratégica do conceito de serviço nacional de saúde para sistema nacional de saúde. Tratou-se de uma confissão plena e sem margem para quaisquer dúvidas de que a sua política, e a do governo de que fazia parte, tinha como claro objectivo a destruição integral do SNS e a sua integral privatização.

Já em Maio de 2002, tinha afirmado que pretendia “acabar com o sistema público monopolista”, importando chamar a atenção para o facto desta expressão constituir uma

clara “importação” da terminologia justificativa da política privatizadora muito utilizada nos manuais neoliberais e, concretamente, na Grã-Bretanha.

Para avaliarmos bem a seriedade política desta argumentação, há que lembrar, mais uma vez, as insuspeitas declarações públicas da Eng.^a Isabel Vaz, administradora do “BES Saúde”, numa iniciativa de debate, onde afirmou que “a percentagem da despesa total para privados já atinge 50%”, “que apenas 56% do financiamento da saúde é feito pelo SNS” e que “em Portugal, o sector da saúde tem uma componente privada vastíssima”.

Então, onde está o tal sistema público monopolista? Em Portugal?

Em Fevereiro de 2005, e a poucos dias da realização das eleições legislativas, foram publicadas afirmações suas em defesa da aplicação do “opting out” e onde lembrava que “o Presidente da República promulgou todos os decretos” apresentados.

Nesta notícia, foram também divulgadas declarações do Prof. Dr. Correia de Campos em que se mostrava sensível à possibilidade do “opting out”.

Esta medida traduz-se pelo abandono da utilização dos serviços públicos de saúde e o recurso a seguros de saúde ou integração em subsistemas, com a atribuição, por parte do Estado, de uma quantia anual calculada em função da despesa per capita a nível dos cuidados de saúde. Se tivermos em conta que os cuidados de saúde custam ao Estado cerca de 670 euros por cada utente do SNS, ficamos com uma ideia aproximada do reembolso em causa. E há que ter bem presente a notícia que abordou a questão dos seguros de saúde, onde foi referido, como um dos exemplos, que um casal com 2 filhos tem de pagar anualmente 10.500 euros. Nesse sentido, os serviços públicos seriam reduzidos à sua ínfima expressão, somente destinados aos pobres e indigentes, desprovidos de qualquer capacidade económica.

Esta é a situação caracterizadora de alguns sistemas de saúde, em particular do sistema imperante nos EUA.

Na edição do jornal que publicou estas declarações, era também divulgada a posição de defesa do “opting out” pela ANF (Associação Nacional de Farmácias) e a sua proposta de existir uma menor intervenção do Estado.

Esta proposta assume aspectos ridículos quando a sua autoria é de uma entidade que tem usufruído de um incompreensível estatuto de favorecimento por parte do Estado, com o dinheiro dos contribuintes, que não tem qualquer paralelo com os restantes fornecedores dos serviços públicos de saúde. Antes da existência deste acordo de pagamentos de juros por via bancária qual era o poder económico e político desta entidade patronal?

Com a aplicação desta política neoliberal e privatizadora, não surpreendeu a posição da OCDE, em Julho de 2004, ao considerar que “a reforma da saúde em Portugal vai no bom caminho”. Há que lembrar, que o Acordo Multilateral de Investimentos foi elaborado pela OCDE e constitui a versão mais fundamentalista do neoliberalismo selvagem na acção de destruição dos serviços públicos.

Ao longo de todo o mandato ministerial do Dr. Luís Filipe Pereira não houve nenhum militante ou mesmo dirigente do PSD que se tenha destacado tanto na defesa empenhada desta política como o Prof. Dr. Correia de Campos. Nos seus sucessivos artigos de opinião produziu afirmações de inequívoco apoio que, a título de exemplo, podem ser lembradas:

- “... O ministro se cansar da pasta e partir, o que pode acontecer com alta probabilidade e pena minha...”
- “Seria uma pena o ministro não concluir as reformas”.
- “Se o Governo quiser manter a reforma dos SA tem de manter esta equipa”.
- “Maquilhar este resultado com fantasias comparativas é prejudicar a ideia dos hospitais SA. E esta é suficientemente boa para não ser tão mal tratada”.

Já depois do Presidente da República ter tomada a decisão de convocar eleições

legislativas antecipadas e de, na prática, se ter iniciado a campanha pré-eleitoral, o Prof. Dr. Correia de Campos não diminuiu o seu incontornável ímpeto verbal e continuou a fazer elogios aos hospitais SA, afirmando que: a empresarialização dos hospitais é para continuar; os centros de saúde devem ter gestão privada; poderá haver mais hospitais públicos e centros de saúde com gestão concessionada; os hospitais SA trouxeram uma cultura de gestão que é positiva e não é de deitar fora.

Uma das suas esclarecedoras afirmações, numa entrevista ao Jornal de Negócios (25/01/2005), foi que “em termos práticos empresarializar em SA ou EPE é rigorosamente a mesma coisa”.

Perante esta confissão, qual o significado do compromisso eleitoral do PS, em Fevereiro de 2005, de que iria acabar com os hospitais SA e passá-los para o estatuto EPE?

Será continuar a mesma política para a saúde, utilizando uma operação cosmética em torno de siglas como fez Tony Blair na Grã-Bretanha com a mudança de PFI para PPP?

A quatro dias da data das eleições, o Prof. Dr. Correia de Campos escreveu outro artigo de opinião num jornal onde afirmou, referindo-se ao ministro Luís Filipe Pereira, que “se em muitas ocasiões o meu desacordo com ele e com a sua informação foi total ... seria grave injustiça depreciar o que de bom deixou fazer”.

Desacordo em muitas ocasiões? Em que matérias?

A única vez que o Prof. Correia de Campos manifestou discordância com uma medida do ministro Luís Filipe Pereira foi sobre a lei dos cuidados primários. Mas, mesmo neste caso, quais os fundamentos da sua discordância?

Para termos uma noção clara do seu posicionamento sobre esta matéria, transcrevem-se algumas perguntas e respostas de uma extensa entrevista sua ao jornal “Médico de Família” (n.º 4 – Março 2003):

P. Numa entrevista que deu há cerca de 3 meses, classificou a actuação de Luís Filipe Pereira, ministro da saúde, com um 15, numa escala de 1 a 20. Dar-lhe-ia a mesma classificação agora?

R. Acho que, quando muito, baixaria um ou dois pontos. Acho que o seu desempenho é essencialmente positivo e quase bom. Mas cometeu um erro gravíssimo nos cuidados primários de saúde. Preparou uma legislação mal concebida e mal aconselhada.

P. Porque é que a legislação está mal preparada?

R. Porque não tem uma estratégia, destrói numa cultura e não traz nada de novo. O que traz tem 30 anos de vetustez, de obsolescência. Vai instaurar um mecanismo administrativo nas consultas dos centros de saúde e nem sequer modifica a razão essencial para a falta de produtividade, que é o sistema de pagamento. Essa é que é a razão central da falta de produtividade e não é modificado. Mantém-se o regime salarial, mas agora com os fiscais, que são os directores dos centros de saúde, que passam a ter a capacidade de se imiscuírem nas listas dos pacientes de cada médico e, pior ainda, de lhes controlarem a assiduidade, desresponsabilizando-os.

P. Este processo não foi mal conduzido desde o início, com todos os parceiros de fora da sua discussão?

R. O importante não é o processo, é o conteúdo. E realmente, enquanto que em matéria hospitalar – quer nos hospitais SA, quer nas parcerias público-privadas – me parece que o ministro está a andar bem, embora com óbvios erros, no caso das nomeações políticas, já no que respeita aos cuidados primários de saúde o mesmo não acontece.

P. Já iremos às nomeações. A legislação dos cuidados primários é mesmo tão desastrosa como quer fazer crer?

R. É um desastre completo, uma destruição total da cultura do médico de família e, pior do que tudo, é a ostracização da saúde pública e a desintegração completa dos conceitos de centro de saúde e de saúde comunitária, que desapareceu por completo! Os centros de

saúde passam a ser locais de quantificação e caixificação de consultas. Muitos dos actuais médicos já não se lembram sequer do sistema das caixas Em que médicos tinham de ver 20 doentes por hora, primeiro, depois 20 doentes em duas horas, etc... . Esse mecanismo deixava os doentes com médico ... mas insatisfeitos, como é óbvio.

P. Mas o sistema actual também não é um modelo de perfeição.

R. Está longe de ser bom e precisa urgentemente de ser corrigido. Acima de tudo, há que criar mecanismos que lhe aumentem a produtividade. Para além disso, precisa de ser resolvido o problema do milhão de portugueses sem médico de família. Mas os remédios para essas situações são completamente diferentes dos remédios que foram anunciados e que estão neste diploma.

P. A Dra. Maria de Belém considera que, com esta lei, o actual ministro está a querer destruir o Serviço Nacional de Saúde. Também é essa a sua visão?

R. Sim, certamente. Mas isso são questões muito retóricas e eu prefiro, em vez de usar o chavão “Serviço Nacional de Saúde”, ir aos conteúdos. E o conteúdo da política dos centros de saúde é um conteúdo de primeira atenção, de cuidados de proximidade, de medicina familiar, acompanhada de cuidados colectivos aos grupos sociais onde se insere o indivíduo, ou seja, no seu conceito de vizinhança, local de trabalho, na escola, na comunidade. E essa última intervenção desaparece por completo com a nova lei! O centro de saúde é relegado para uma legislação secundária... .

Nesta entrevista, existe ainda uma pergunta do jornalista sobre as nomeações para as administrações dos hospitais SA que importa abordar, transcrevendo-se apenas alguns extractos da resposta dada, tendo em conta a sua extensão:

P. O processo não começou com o pé esquerdo, ao deixar que os critérios políticos se intrometessem na nomeação para as administrações dos hospitais?

R. As nomeações são o diabo, porque vão minar o processo e podem desprestigiá-lo. É uma pena ... do mesmo modo, receio bem que a forma como estão a ser designados os elencos directivos dos hospitais vá desprestigiar a iniciativa. É isso que é muito grave... usar-se o cartão partidário para escolher as pessoas limita a margem de manobra. E, ainda dentro do partido, utilizar-se uma facção para a escolha das pessoas ainda limita mais Mas a dar crédito ao anedotário que começa já a circular sobre medidas e agressões culturais, receio bem que esta situação venha a ter um choque negativo que prejudique a qualidade de reforma.

Perante estas respostas, é possível vislumbrar os aspectos concretos do diploma dos cuidados primários de saúde que mereciam tão grande discordância do Prof. Dr. Correia de Campos, à excepção do sistema de pagamento?

Em minha opinião, não. Limita-se a referir generalidades, mesmo perante as insistentes perguntas do jornalista.

No entanto, podemos ainda colocar a seguinte questão:

Discordâncias ou mera atitude de táctica política para atenuar a imagem de completa colagem e apoio público a uma política de clara destruição dos serviços públicos de saúde e do direito constitucional à saúde, quando o partido a que pertence estava na oposição?

Então, passemos aos factos objectivos para que se possam, eventualmente, retirar conclusões.

O Prof. Dr. Correia de Campos passou a ser, a partir de certo momento, um assumido defensor da competição gerida, como se demonstrou, aliás, com a comunicação apresentada no fórum “Gestão Hospitalar, Novos Rumos”. Nesta comunicação, defendeu, entre outras questões: a separação entre propriedade do capital e administração do serviço prestado, em que o proprietário entrega o património a quem saiba geri-lo; a flexibilização

das regras e instrumentos de gestão; e a separação entre financiador e prestador de serviços.

Foram analisados, no capítulo anterior, os conceitos e implicações do modelo da competição gerida, cujas principais repercussões se fazem sentir a nível dos centros de saúde e da medicina ambulatoria. Ora, o decreto da Rede dos Cuidados de Saúde Primários elaborado pelo ministro Luís Filipe Pereira baseia-se no modelo competição gerida e inclui, como tal, mecanismos com vista à privatização.

Naturalmente, que um modelo destes, tal como já aconteceu em vários países, nomeadamente na Grã-Bretanha, “destrói uma cultura e não traz nada de novo” e constitui, de facto, “30 anos de vetustez, de obsolescência”. Mas, o Prof. Dr. Correia de Campos enquanto foi ministro da saúde no governo do Eng.º António Guterres não defendeu o mesmo modelo?

Não defendeu a implementação dos orçamentos clínicos e a suspensão do direito de prescrição aos médicos que não os cumprissem? Não defendeu a privatização de centros de saúde, motivando, até, declarações contundentes do Dr. António Arnaut num depoimento à TVI?

Inclusivé, a dois meses da realização das últimas eleições legislativas, numa entrevista ao jornal “Diário de Notícias” (20/12/2004), afirmou expressamente a defesa da privatização dos centros de saúde.

Por outro lado, enquanto ministro do referido governo nunca aplicou o decreto-lei que definia os chamados “Centros de Saúde de 3.ª Geração”, elaborado e publicado durante a vigência do mesmo primeiro-ministro e que previa diversos mecanismos de autonomia e de incentivos à produtividade. E quanto à alteração do sistema de pagamento nunca tomou qualquer medida para incentivar e alargar a aplicação do regime remuneratório experimental da clínica geral, nem sequer o tendo passado de experimental a definitivo.

Relativamente aos directores dos centros de saúde transformados em fiscais, importa denunciar que o D.L. n.º 39/2002, que eliminou a consulta eleitoral para os cargos de director clínico e enfermeiro director dos hospitais, também eliminou a possibilidade de consulta eleitoral para os membros da direcção técnica dos Centros de Saúde de 3.ª Geração (art.º 4.º). Como esta última consulta nunca tinha sido implementada, nem sequer se aplicavam aqui os seus argumentos sobre o caciquismo.

Como se pode verificar, até as suas supostas preocupações com as nomeações não têm qualquer fundamento, dado partirem de uma pessoa que, enquanto ministro, foi o responsável pela reintrodução do comissariado político nos cargos técnicos a nível dos hospitais e centros de saúde. De facto, “as nomeações são o diabo”, e um diabo que tem sido responsável pelo estado a que chegaram muitas unidades de saúde, pela sua função de agência de empregos para as clientelas partidárias.

No que se refere aos hospitais SA, as únicas críticas que o Prof. Dr. Correia de Campos esboçou foi quanto à competência política do ministro na condução do modelo e no tipo de informação difundida, temendo que a ideia fosse mal tratada e descredibilizada.

Neste contexto geral, há que abordar, forçosamente, a acção desenvolvida pelo Presidente da República no que se refere às questões da saúde. Não se trata, em circunstância alguma, de considerar que este órgão de soberania deveria ter desempenhado um papel de sobreposição às competências governamentais ou de impedir o seu normal funcionamento institucional e político. No entanto, uma das funções constitucionais da Presidência da República é fiscalizar e garantir o cumprimento da legalidade democrática. Nesse sentido, não é compreensível que tenha promulgado diplomas de um governo em meras funções de gestão corrente, como foi o caso do último governo do Eng.º António Guterres, e que desrespeitavam frontalmente as disposições contidas na Lei n.º 23/98. E isto, apesar das opiniões expressas por um conhecido e prestigiado constitucionalista.

Durante o mandato ministerial do Dr. Luís Filipe Pereira, todos os diplomas enviados para promulgação presidencial desrespeitavam também as disposições contidas na Lei n.º 23/98. Mesmo assim, e apesar de o Presidente da República ter sido sistemática e previamente informado destas graves situações por sucessivas cartas enviadas pela FNAM, todos esses diplomas foram promulgados. Daí, as declarações do Dr. Luís Filipe Pereira, a poucos dias da realização das últimas eleições legislativas, em que lembrou ter o Presidente da República promulgado todos os decretos.

A nível destes decretos, merece particular referência o decreto do internato médico que foi promulgado com a sua redacção inalterada, depois de o Provedor de Justiça ter considerado que o seu conteúdo tinha 2 inconstitucionalidades e de outro conhecido constitucionalista, o Prof. Marcelo Rebelo de Sousa, em declarações proferidas num programa semanal de televisão, ter também manifestado idêntica opinião.

Este decreto foi promulgado no início de Agosto de 2004 e ainda não tinha decorrido um mês e já o Ministério da Saúde estava a apresentar um novo decreto para proceder à alteração pontual de uma das inconstitucionalidades.

Como compreender a promulgação de um decreto com inconstitucionalidades, em vez de o ter devolvido ao Ministério da Saúde para a prévia correcção dessas matérias? E tendo em conta as apreciações da Provedoria de Justiça, porque razão não suscitou a apreciação pelo Tribunal Constitucional?

Tudo isto contrasta, em absoluto, com a decisão presidencial de não promulgação da lei do acto médico, em 1999, onde os trâmites legais da negociação tinham sido cumpridos e não se colocavam questões de inconstitucionalidades no seu conteúdo.

Apesar do Presidente da República ter manifestado, em diversas ocasiões, preocupações quanto a alguns aspectos da política de saúde, a questão objectiva que se coloca é que os diplomas atentatórios do SNS e que encerram a essência da política privatizadora tiveram a sua assinatura, mesmo violando as disposições da Lei n.º 23/98.

Quando, em Janeiro de 2005, num debate, defendeu a divisa neoliberal do “menos Estado”, tornaram-se mais claras as perspectivas de evolução do seu pensamento político.

No entanto, torna-se indispensável registar a firme posição que tomou quanto à tentativa do governo presidido pelo Dr. Santana Lopes e do seu ministro Luís Filipe Pereira em criar o regime de taxas moderadoras diferenciadas em função da declaração de rendimentos do IRS.

Hospitais: os modelos e os objectivos

Os conceitos gerais da empresarialização dos serviços públicos e a sua inserção no contexto global da ideologia neoliberal foram anteriormente referidos no capítulo IV.

No nosso país, a criação de “empresas públicas” não é recente e teve diversos exemplos bem elucidativos durante a década anterior. Todos estamos lembrados que, por exemplo, a E.D.P. e os T.L.P. foram transformados em empresas com capitais públicos e que, gradualmente, o Estado foi vendendo as respectivas quotas a consórcios privados nacionais e multinacionais até se tornar um sócio claramente minoritário, concretizando a sua integral privatização.

No que se refere especificamente à saúde, a Lei n.º 48/90 (24/8), que estabeleceu a Lei de Bases da Saúde, constituiu a primeira legislação, após a criação do SNS, com o claro objectivo de legitimar a invasão dos serviços públicos pelo sector privado.

Esta lei foi aprovada pela Assembleia da República durante o governo presidido pelo Prof.

Dr. Cavaco Silva que dispunha da maioria absoluta de deputados do PSD.

Tendo em conta a extensão do seu conteúdo, importa abordar somente as bases que se relacionam mais directamente com a matéria em análise.

A Base XXXVI, estabelece no seu ponto n.º 2 que “nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos”.

A Base XXXVII, no seu ponto n.º 1, estabelece que o “Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público”.

No seu ponto n.º 2 é afirmado que “o apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde”.

A clareza dos textos destas bases permite verificar que foi estabelecido um suporte legal para permitir a entrega dos serviços públicos de saúde, hospitais e centros de saúde, a “outras entidades”, que teriam de ser, como se torna fácil entender, privadas.

A Base XXXVII possui um conteúdo surpreendente ao estabelecer que é o Estado que se sobrepõe ao próprio sector privado na criação das respectivas estruturas. Trata-se de uma situação escandalosa, reveladora de um inaceitável conceito de parasitação dos dinheiros públicos para viabilizar negócios privados, e que contraria, em absoluto, as apregoadas virtudes da economia de mercado e da livre competição. Se a iniciativa privada pretende criar estruturas de saúde, deve investir aí o seu próprio dinheiro e sujeitar-se às regras do mercado.

Aquilo que tem acontecido, em vários sectores da vida nacional, é assistirmos à diabolização do Estado por parte de círculos de interesses privados, clamar por menos Estado, mas sempre a exigir subsídios e facilidades de negócios por parte do mesmo Estado.

Apesar dos citados aspectos desta lei e dos seus objectivos mais gerais, o SNS manteve-se como elemento estruturante e pilar fundamental do sistema de prestação de cuidados de saúde.

O Governo presidido pelo Eng.º António Guterres publicou o D.L. n.º 558/99 (17/12) cujo objectivo foi estabelecer o regime do sector empresarial do Estado, incluindo as bases gerais do estatuto das empresas públicas do Estado.

Neste decreto-lei foi definido que “o estatuto do pessoal das empresas públicas é o regime do contrato individual de trabalho” e foi consagrada a criação das “Entidades Públicas Empresariais” (EPE) (art.º 24).

O art.º 33º, estabelece que “a transformação das entidades públicas empresariais bem como a respectiva fusão ou cisão operam-se, em cada caso, através de decreto-lei e nos termos especiais nele estabelecidos”.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001 (16/11) criou “uma estrutura de missão denominada «Parcerias-Saúde» destinada a desenvolver e implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde”.

Ainda durante a vigência deste Governo, e já em meras funções de gestão corrente, foi publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 (7/3) que aplicou o modelo EPE às unidades hospitalares.

Do preâmbulo desta resolução, importa transcrever os seguintes extractos:

- “A «empresarialização» de hospitais constitui um vector essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um factor indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade, em termos duradouros”:
 - “Importa salientar que, no âmbito do Programa de Estabilidade e Crescimento (actualização para o período de 2002-2005) apresentado à União Europeia, Portugal se comprometeu expressamente a «converter em empresas públicas hospitais de média dimensão e com capacidade estrutural e experiência positiva de desempenho que lhe permita, com dotação extraordinária de capital, melhorar as condições de qualidade e eficiência de desempenho e resolver o passivo acumulado».
- Nesta conformidade, está o Governo autorizado a proceder a alterações orçamentais adequadas a viabilizar a criação de estabelecimentos hospitalares e centros de saúde dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira”.
- “Assim, o procedimento de identificação das unidades hospitalares a transformar em EPE deve obedecer a um processo célere para que Portugal possa honrar o Programa de Estabilidade e Crescimento e aplicar a Lei do Orçamento”.
 - “Deste modo, estabelece-se uma fase de manifestação de interesse por parte das unidades hospitalares, a que se segue uma fase de candidatura coordenada pelas administrações regionais de saúde, que possibilitará a avaliação e escolha”.

Quanto aos 14 pontos específicos que se seguem às considerações do preâmbulo, importa referir o n.º 4 que determina serem “condições básicas de elegibilidade para a transformação em EPE as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares que apresentem uma dimensão média, uma dívida acumulada inferior a 35% da despesa total do ano anterior e capacidade demonstrada de gestão”, e o n.º 13 que determina “à Estrutura de Missão Parcerias-Saúde caberá a coordenação central do processo de transformação estatutária em EPE, designadamente através da elaboração de linhas de orientação, instrumentos contratuais e de gestão, bem como a emissão de pareceres”.

Estas 2 resoluções foram aprovadas durante o período em que exerceu as funções de ministro da saúde o Prof. Dr. Correia de Campos.

Relativamente à Resolução n.º 162/2001, tratou-se de criar uma estrutura “copiada” da entidade britânica “Treasury TaskForce” que dirige e desenvolve o modelo PFI/PPP naquele país, e introduzir este modelo em Portugal com o objectivo de o aplicar aos hospitais e aos centros de saúde.

Na Resolução n.º 41/2002 colocam-se várias questões que implicam uma análise mais detalhada. Desde logo, porque nos extractos transcritos do respectivo preâmbulo existe a clara confissão de que a criação das EPE hospitalares visa cumprir o Programa de Estabilidade e Crescimento da União Europeia, ou seja, permitir a adopção de medidas de desorçamentação da dívida pública.

A metodologia de aplicação do estatuto EPE, com a candidatura de cada unidade hospitalar sujeita a avaliação e escolha, e o estabelecimento das condições básicas de elegibilidade (tipo da classificação britânica por estrelas), constitui uma reprodução, nos seus aspectos nucleares, do modelo “hospital foundation”.

Um dos aspectos mais esclarecedor desta resolução é o conteúdo do seu ponto n.º 13, quando determina que a estrutura de missão Parcerias-Saúde é que teria a responsabilidade pela coordenação central do processo de transformação estatutária em EPE. Ora, no campo teórico e jurídico, pelo menos aparentemente, o modelo das parcerias (PPP) e o modelo EPE são fórmulas diferentes. Então, como explicar que a estrutura de missão das parcerias assuma legalmente esta função? Tanto mais, que deveria elaborar linhas de orientação, instrumentos contratuais e emitir pareceres.

Face a esta aparente contradição, poder-se-á colocar a seguinte hipótese explicativa: a entrega desta responsabilidade e funções à referida estrutura de missão ter como objectivo homogeneizar linhas de orientação e instrumentos contratuais que preparasse adequadamente as condições para um mais garantido êxito na posterior entrega dessas unidades hospitalares a entidades privadas, constituindo o estatuto EPE uma mera fase intermédia.

Em minha opinião, esta é a explicação possível para a situação descrita.

O Governo seguinte, de coligação entre o PSD e o CDS/PP, tendo como primeiro-ministro o Dr. Durão Barroso e como ministro da saúde o Dr. Luís Filipe Pereira, aprovou o D.L. n.º 185/2002 (20/8) que instituiu formalmente todo o enquadramento legal para o desenvolvimento das parcerias público-privado (PPP), dando seguimento à anterior resolução sobre esta matéria.

Este diploma procedeu à importação do correspondente modelo britânico.

Aproveitando o facto de dispôr de uma maioria absoluta de deputados, este governo fez aprovar na Assembleia da República a Lei n.º 27/2002 (8/11), cujo objectivo foi definir o novo regime jurídico da gestão hospitalar e proceder à primeira alteração à lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

A nível das alterações à Lei n.º 48/90, os aspectos mais relevantes foram a criação de uma tabela preços e a previsão da criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

O novo regime jurídico da gestão hospitalar estabeleceu a existência de hospitais de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA) e de hospitais do sector público administrativo (SPA).

Nos hospitais SA foi criado o capital social e definido que a sua titularidade “pertence apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos”.

Durante as duas primeiras semanas de Dezembro de 2002, foram publicados os vários decretos-lei relativos aos 31 hospitais SA, cujo conteúdo era coincidente.

Aspectos deste conteúdo que implicam uma particular referência são os seguintes:

- As alterações aos Estatutos efectuar-se-ão nos termos da lei comercial.
- As acções pertencem apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos.
- As acções são nominativas e revestem a forma escritural.
- O exercício da função accionista do Estado é assegurado, conjuntamente, pelos Ministros das Finanças e da Saúde.
- O capital social encontra-se integralmente subscrito e realizado pelo Estado à data da entrada em vigor do presente diploma.
- Cada hospital pode requerer a expropriação por utilidade pública, concessionar a ocupação ou o exercício de actividades relacionadas com o seu objecto social nos terrenos, edificações e outras infraestruturas que lhe sejam afectas, e ainda celebrar contratos ou acordos que tenham como objecto a gestão de partes funcionalmente autónomas.
- Regem-se pelo Código das Sociedades Comerciais.
- Estabelecimento do contrato individual de trabalho.

Em anexo a cada decreto-lei, foram publicados os respectivos estatutos cujo conteúdo é suficientemente esclarecedor nas seguintes questões:

- “Poderá a assembleia geral deliberar a deslocação da sede para outro lugar, assim como a criação de delegações, centros e similares extensões da sede noutros lugares” (Art.º 2.º, n.º 2).

- “O Hospital pode, acessoriamente, explorar os serviços e efectuar operações civis e comerciais relacionadas, directa ou indirectamente, no todo ou em parte, com o seu objecto ou que sejam susceptíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em agrupamentos complementares de empresas e outras formas de associação” (Art.º 3.º, n.º 2).
- As acções pertencem apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos”.
 “A cada 100 acções corresponde um voto”.
 “Os accionistas têm direito de preferência na alienação de acções em função das respectivas participações no capitais social e pelo seu valor nominal” (art.º 4.º).
- Os conselhos de administração têm membros executivos e não executivos, sendo estes últimos o director clínico e enfermeiro director. No entanto, têm direito a voto (art.º 10º).
- Dispõe de um fiscal único ou de uma sociedade de revisores oficiais de contas (art.º 17º).

Na sequência destas referências ao enquadramento legal dos hospitais SA, importa analisar as implicações reais de algumas formulações, com particular destaque para a afirmação de que o capital social pertence apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos. Ora, esta afirmação de aparente garantia do carácter imutável da titularidade do capital social só é válida à data da publicação dos diplomas, dado que é da essência e natureza das sociedades comerciais que qualquer accionista possa vender as suas acções, bastando uma alteração pontual a cada decreto-lei para possibilitar que o Estado possa proceder à venda do número de acções que entender a qualquer entidade privada. Aliás, está desde logo prevista a alteração dos estatutos de cada hospital nos termos da lei comercial e ainda o “direito de preferência na alienação de acções”.

Por outro lado, o capital social já se encontra dividido em quotas nominiais, o que constitui um aspecto facilitador para a sua posterior alienação.

Se esta modalidade jurídica SA não significa, segundo as múltiplas declarações governamentais, uma via para a posterior privatização, como explicar que os estatutos de cada hospital estabeleçam a possibilidade de a assembleia geral deliberar a mudança da sede, a criação de delegações e centros noutros lugares? E porque razão, a cada 100 acções corresponde 1 voto, se o capital pertence, em partes iguais, aos Ministérios das Finanças e da Saúde?

Se os hospitais públicos têm a sua área geográfica definida na prestação de cuidados, com que objectivos, por exemplo, o Hospital S. Francisco de Xavier (Lisboa) poderia criar delegações ou centros no Algarve ou em Trás-os-Montes? Mas, se a lógica, aparentemente escondida, for a posterior privatização, ainda que progressiva, destes hospitais SA por via da alienação do capital social, então já se compreende a consagração legal desta possibilidade, como acontece com qualquer outra empresa.

Para além destas questões de fundo, esta legislação permite, desde logo, preparar o terreno para a inevitabilidade futura da privatização, ao consagrar a possibilidade de concessionar a ocupação ou exercício de actividades relacionadas com o seu objecto social nos terrenos, edificações e outras infraestruturas que lhes sejam afectas, e ainda celebrar contratos ou acordos que tenham como objecto a gestão de partes funcionalmente autónomas. Estas disposições levadas às suas últimas consequências, mesmo sem a alienação privada do capital social, possibilitam que a actividade global de cada hospital seja entregue a um ou a vários consórcios privados, restando ao respectivo conselho de administração a gestão do seu gabinete e o recebimento, por parte dos seus elementos, dos salários que lhes estão atribuídos.

Toda a actividade hospitalar ficaria pulverizada por múltiplos interesses contraditórios e competitivos, conduzindo directamente à desintegração dos seus objectivos sociais e da missão institucional que lhe está definida. E como se isto não bastasse, ainda lhe são permitidas participações em agrupamentos complementares de empresas.

Existe ainda um aspecto, que não tem sido comentado, absolutamente esclarecedor dos inequívocos objectivos privatizadores do modelo: se os hospitais de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira, e do Barlavento Algarvio, em Portimão, já possuíam um estatuto empresarializado, porque razão foram incluídos no estatuto empresarial SA?

A leitura do D.L. n.º 151/98 (5/6), que estabeleceu o estatuto empresarial do Hospital de S. Sebastião, e do D.L. n.º 76/2001 (27/2), que estabeleceu o mesmo estatuto para o Hospital do Barlavento Algarvio, permite verificar que estas unidades hospitalares não dispunham de capital social, constituindo uma fórmula embrionária de empresarialização sem possibilidade de privatização com este enquadramento legal.

Nesse sentido, a sua inclusão no estatuto SA, em que existe um capital social dividido em quotas nominais, é outro facto esclarecedor dos reais objectivos desta medida.

Estes hospitais foram criados com um capital inicial de apenas 29.930.000 (cerca de 6 milhões de contos), tendo sido transferidas as respectivas dívidas dos anos anteriores. A legislação que procedeu à sua criação definiu que cada um deles deveria efectuar “a avaliação dos seus bens, sendo o capital social alterado de acordo com o necessário”. Como todos sabemos, muitos destes hospitais possuem um valioso património adquirido com dinheiros públicos possibilitando, com base numa fácil e rápida operação contabilística, aumentar significativamente o seu capital social, mesmo sem a entrada de “dinheiro fresco” por via da alienação privada das acções nominais.

Este aumento do capital social permite, assim, a possibilidade de um maior endividamento junto das entidades bancárias que, a concretizar-se, conduzirá à situação destas entidades se poderem apoderar de parte do património dos hospitais, no caso destes não conseguirem liquidar as suas dívidas.

Tendo sido divulgado publicamente que o capital social de grande parte dos hospitais SA já estava a ser empregue no pagamento de despesas correntes, como será possível salvaguardar este capital sem a entrada de “dinheiro fresco” com a venda de acções ou com o recurso a dívidas bancárias? E esta situação ainda se torna mais flagrante quando o último ministro da saúde, Dr. Luís Filipe Pereira, garantiu que o Estado não iria atribuir mais verbas orçamentais a estes hospitais.

Uma peça fundamental no enquadramento dos hospitais SA é o contrato-programa estabelecido com o Ministério da Saúde. Ao contrário do que seria lógico, os contratos impostos, na prática, através da estrutura ministerial chamada unidade de missão obedecem a uma matriz única, sem ter em conta a autonomia de cada hospital, formalmente reconhecida na legislação, e as inevitáveis particularidades da sua actividade assistencial.

O economista Eugénio Rosa, num dos seus trabalhos, chamou à atenção para o facto que “... de acordo com o Relatório do Orçamento de Estado para 2004, estes hospitais serão financiados com base num contrato-programa plurianual celebrado entre o Ministério da Saúde e o Hospital; e será utilizada uma tabela de preços com base na qual o SNS pagará a esses hospitais; e essa «tabela de preços foi calculada com base nas produções contratadas, com uma margem de 10%. Acima desse patamar é pago apenas o custo marginal» (pág. 28 do Relatório OE 2004)”. “Mais concretamente o que significa tudo isto. O seguinte: O Ministério da Saúde ... negociará com cada um destes hospitais um contrato plurianual que terá um objectivo de produção para cada ano, desagregado em número de consultas, de internamentos, de urgências, etc., que o hospital terá de realizar. Se executar menos receberá pelo realizado, o que significará que receberá menos. Se realizar mais produção

do que aquela que está prevista no contrato-programa, e se os valores realizados ultrapassarem em 10% a produção prevista, o hospital será penalizado pois «acima desse patamar é pago apenas o custo marginal» que corresponde somente a uma parte dos custos que o hospital terá de suportar com a realização dessa produção superior em mais de 10% do previsto”.

E concluiu a sua abordagem referindo que “fica assim claro que o objectivo desta política não é servir os portugueses com mais serviços de saúde pois se assim o fosse estes hospitais deviam ser premiados por prestarem mais e melhores serviços, o que não sucede; pelo contrário, eles são fortemente penalizados se ultrapassarem em mais de 10% o objectivo de produção fixado. O fim dos hospitais SA é resolver problemas orçamentais de redução do défice” (201).

Num outro trabalho, este economista analisou o contrato-programa de um hospital da região de Lisboa assinado em 2003, transcrevendo-se os seguintes extractos (202):

- “... dominado por uma preocupação quase exclusivamente economicista de poupar e de cumprir o défice, o Ministério da Saúde está a procurar impor aos Hospitais SA uma gestão absurda em que estes hospitais recebem mais quando não atingem o objectivo acordado do que quando ultrapassam essa meta estabelecida”.
- “... de acordo com um contrato-programa assinado por um destes hospitais com o Ministério da Saúde que tivemos a possibilidade de analisar recentemente, que confirma que é o contrato tipo que está a ser imposto a todos os hospitais SA, este hospital recebe as seguintes importâncias por cada prestação de saúde que realize até à meta acordada: a) por cada internamento, 1.665 euros; b) por cada consulta externa, 61 euros; c) por cada sessão de tratamento em hospital de dia, 300 euros”.
- “Assim, ... o Serviço Nacional de Saúde paga a este Hospital SA por cada internamento que não faça abaixo da meta 683 euros, e por cada internamento que realize acima da meta acordada apenas 500 euros; se for uma consulta externa este Hospital SA recebe por cada uma que não fizer 25 euros e por cada uma que fizer acima da meta somente 19 euros; se for uma urgência recebe por não fazer 30 euros; e se for hospital de dia recebe por cada sessão que não faça até à meta acordada 186 euros, e por cada sessão que realiza acima da meta recebe apenas 165 euros.

Em resumo, a gestão imposta aos Hospitais SA pode-se definir da seguinte maneira: (1) incentiva-se para não atingir mesmo as metas acordadas pagando-se, com dinheiro arrecadado dos impostos, as prestações de saúde que não se realizem (no caso dos internamentos e das consultas externas paga-se 41% do preço base por cada uma das prestações não realizadas; nas urgências 46% do preço base; e nos hospitais de dia por cada sessão não realizada paga-se 62% do preço base); (2) desincentiva-se fortemente a realização de serviços de saúde para além das metas, pois são fortemente penalizados, já que os Hospitais SA não são reembolsados de uma parte significativa dos seus custos, recebendo muito menos do que aquilo que recebem quando não cumprem a meta (por ex.º, por cada internamento que fazem acima da meta recebem apenas 500 euros, que corresponde somente a 30% do preço-base dessa prestação, que é inferior ao valor que recebem quando não realizam um internamento abaixo da meta que é 683 euros)”.

- “...premeia-se os que não cumprem e penaliza-se aqueles que cumprem e ultrapassam as metas de «produção»: eis o tipo de gestão que o Ministério da Saúde está a impor aos Hospitais SA em claro prejuízo da população”.

A estas questões importa acrescentar o facto de nos contratos-programa não existirem quaisquer parâmetros de valorização do controlo e garantia da qualidade dos actos assistenciais praticados.

Com estas modalidades de pagamentos, os hospitais SA, para sobreviverem economicamente, terão de aumentar as suas receitas em relação aos custos, tornando-se inaceitável a progressiva prioridade dos atendimentos a privados e a subsistemas, dado que os preços praticados são mais elevados e não estão sujeitos a desvalorizações dos seus montantes por ultrapassarem a margem dos 10%.

Durante os cerca de 2 anos de existência deste novo enquadramento SA, verificámos anteriormente que a comunicação social publicou diversas notícias sobre a privatização de alguns serviços mais rentáveis, a prioridade a doentes de subsistemas e de seguros, o crescimento das dívidas a fornecedores, o atraso superior a um ano no pagamento dessas dívidas e as pressões a médicos para restringirem tratamentos.

Também foram publicadas notícias, que não foram objecto de qualquer desmentido, sobre a eliminação de dívidas destes hospitais e a sua passagem para o âmbito das A.R.S.s. Ora, o simples facto de ter sido praticada esta medida política e o atraso superior a um ano no pagamento das dívidas a fornecedores até permitiria a divulgação de dados de gestão mais favoráveis. Mas a incapacidade manifesta da equipa ministerial em gerir este processo e a ausência efectiva de claras potencialidades alternativas deste modelo, determinaram que o então ministro recorresse sistematicamente a números tão optimistas, e até contraditórios, que constituíram um factor de uma mais rápida desacreditação desta medida.

Apesar da intensa propaganda política desencadeada pelo ex-ministro Luís Filipe Pereira em torno das supostas vantagens do modelo SA, apresentado como uma solução mágica capaz de “salvar” os hospitais públicos, são os próprios dados do Ministério da Saúde relativos ao número de prestações de saúde, em 2002 e 2003, nos hospitais SA e SPA que revelam um crescimento percentual absolutamente coincidente nestes dois tipos de hospitais: 5,9%. Então, qual a vantagem para os cidadãos do recurso ao modelo SA?

Entretanto, há que lembrar as insuspeitas declarações do então gestor principal da sociedade privada do Hospital Amadora / Sintra quanto aos objectivos privatizadores do modelo SA e a decisão ministerial de colocar os membros das administrações destes hospitais num curso intensivo de gestão logo após a sua nomeação. Este último facto suscitou, na altura, uma enorme perplexidade quanto aos critérios que presidiram a essas nomeações, constituindo também um inequívoco testemunho sobre o grau de preparação a nível da gestão de unidades de saúde por parte dos nomeados.

Relativamente à existência do modelo SA, verifica-se que a sua fonte de inspiração está nos “hospitais foundation” britânicos, havendo um conjunto de elementos estruturais coincidentes, nomeadamente o capital social dividido em acção nominais, uma tabela nacional de pagamentos, as possibilidades de endividamento e de alienação de bens, e o recurso à concessão de serviços a entidades privadas. Inclusivamente, também já foi manifestada a possibilidade da privatização directa dos hospitais SA que apresentem piores níveis de desempenho.

Apesar de todos os dados existentes mostrarem que o objectivo final do modelo SA visa a privatização dos hospitais públicos, existe ainda um aspecto central que confirma em absoluto este objectivo por via dos acordos estabelecidos no “Acordo Geral de Comércio e Serviços” (AGCS). Ou seja, se um governo de um país abre à contratação externa alguma parte dos seus serviços públicos, então esses serviços são considerados pela OMC aquilo a que designa como um “painel de disputa” e não um serviço governamental, ficando assim sujeito ao AGCS e objecto de competição e aquisição por operadores estrangeiros.

Em vários países da América Latina, nomeadamente Colômbia, Chile, Argentina e Brasil, o modelo empresarial SA tem sido aplicado a um número crescente de hospitais públicos. Além dos hospitais SA foi também alterada a legislação dos restantes hospitais, que passaram a ter a designação de SPA (Sector Público Administrativo), através do D.L. n.º

188/2003 (20/8). Este diploma estabeleceu a existência de conselhos de administração constituídos por membros executivos e não executivos, bem como de um “fiscal único”. E no caso dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica é possibilitada a nomeação para o cargo de director de serviço de outros profissionais que não sejam médicos. Esta medida não pode ser desinserida da política geral em evolução no sector da saúde, dado que permite nomear gestores, ou rotulados como tal, oriundos de grupos económicos privados, para os serviços mais rentáveis dos hospitais como são indiscutivelmente os de diagnóstico e terapêutica.

Tratando-se de serviços hospitalares de clara primazia médica, a entrega das suas direcções a pessoas alheias ao sector da saúde, só pode significar um objectivo de preparação das condições adequadas à sua posterior privatização, uma vez efectuada uma qualquer alteração pontual ao seu enquadramento legal.

Não é por mero acaso que alguns meses antes da demissão do governo presidido pelo Dr. Santana Lopes foi anunciado o propósito de alargar o estatuto SA aos restantes hospitais, os SPA.

Quanto à questão da aplicação das Parcerias Público-Privadas (PPP), também se pode verificar que se trata de uma medida integralmente copiada do modelo em execução na Grã-Bretanha. Aliás, importa lembrar a referência efectuada no capítulo anterior a um relatório britânico onde Portugal e a África do Sul são mencionadas como os países que se destacam na compra do “Know how” deste modelo.

Embora, nesta altura, só existam no nosso país 3 concursos abertos, no âmbito deste modelo, para a construção de novos hospitais, não podem pairar quaisquer dúvidas de que iremos assistir aos mesmos problemas graves que tanta polémica têm causado na Grã-Bretanha.

No Canadá, onde a sigla “PPP” se encontra substituída pela “P3”, a aplicação deste modelo em alguns hospitais tem desencadeado grandes contestações a nível da opinião pública e por parte de várias organizações profissionais e de consumidores alertados pela experiência britânica.

Os Centros de Saúde: O alvo complementar da obsessão privatizadora.

A aplicação do conceito de centro de saúde no nosso país iniciou-se ainda em pleno período da ditadura, na sequência da reforma empreendida em 1971 pelo Prof. Dr. Gonçalves Ferreira que conduziu à implementação de algumas destas unidades de saúde. Com a aprovação do direito constitucional à saúde e do Serviço Nacional de Saúde, num período de poucos anos o nosso país passou a dispor de um centro de saúde em todos os concelhos e, dentro de cada uma destas unidades geográficas e administrativas, de várias extensões.

A criação da carreira médica de clínica geral constituiu o instrumento insubstituível para que o direito à saúde se tornasse efectivo para a generalidade da população portuguesa.

Esta carreira médica instituiu o exercício profissional dos médicos de família, desenvolvendo um novo conceito internacional de cuidados de saúde que só um número reduzido de países, na altura, aplicava. A título de exemplo, a Finlândia só em 1990 iniciou a aplicação de um modelo muito semelhante ao nosso.

Desde já importa esclarecer que a designação legal de carreira de clínica geral não significa que estejamos perante médicos sem formação específica. Os médicos desta carreira são especialistas em medicina familiar, possuindo tempos de formação devidamente estruturados e avaliados à semelhança de qualquer outra especialidade médica.

No quadro da campanha de descrédito do SNS, o ex-ministro Luís Filipe Pereira

aproveitou politicamente as dificuldades de funcionamento destas unidades de saúde para preparar a opinião pública em torno da suposta inevitabilidade das suas medidas “salvadoras”.

Todos sabemos que grande parte dos Centros de Saúde estão confrontados com dificuldades crescentes na sua adequada capacidade de resposta e que uma razoável percentagem de cidadãos não se encontra inscrita nas listas dos médicos de família, mas os factos que estão na origem desta situação são sistematicamente escamoteados, nomeadamente a diminuição do número de médicos de família ao longo dos últimos 10 a 15 anos, a degradação das condições de trabalho e de atendimento, a ausência de investimentos suficientes neste sector da prestação de cuidados e a não criação de um número anual de vagas para a formação de novos especialistas médicos desta carreira que permita solucionar as carências de efectivos.

As repetidas promessas deste ex-ministro em garantir um médico de família para todos os portugueses só poderão ser consideradas como um exercício de demagogia política, dado que conhecia as carências de efectivos médicos. Mas essas promessas tiveram também o objectivo de insinuar, junto da opinião pública, que a solução era fácil e que a responsabilidade residia nos centros de saúde.

Apesar destes factos, os poderes políticos nunca referem que os Centros de Saúde, ainda que dispendo de menos médicos de família, têm aumentado todos os anos o número global de consultas efectuadas.

No contexto da referida política ministerial, não constituiu qualquer surpresa que, logo nos primeiros meses da actividade de Luís Filipe Pereira como ministro, tenha surgido um projecto de alteração do enquadramento legal com a designação de “Rede de Prestação dos Cuidados de Saúde Primários”.

O processo que envolveu este projecto foi um exemplo da ausência de transparência política, com a sucessão de várias versões do documento e a recusa ministerial em cumprir as disposições legais que obrigam à negociação formal do seu conteúdo com as várias organizações sindicais (Lei n.º 23/98). Somente a Ordem dos Médicos foi auscultada por este ministro, quando o conteúdo deste projecto apresentava uma quase total incidência sindical.

A crescente contestação a esta medida a nível dos profissionais dos Centros de Saúde culminou com a realização, em Fevereiro de 2003, de uma greve nacional dos médicos destas unidades de saúde, a que se juntaram, no seu segundo dia, os funcionários administrativos. Esta greve atingiu os mais elevados níveis de adesão desde sempre verificados em anteriores movimentações reivindicativas.

Embora este projecto não tenha sido objecto de qualquer negociação sindical, de ter gerado uma contestação sem precedentes, de terem sido proferidas afirmações públicas do assessor ministerial para a imprensa a confirmar o secretismo ilegal do processo e desta situação ter sido objecto de prévia denúncia junto do Presidente da República, este órgão de soberania decidiu proceder à sua promulgação. Deste modo, o projecto deu origem ao D.L. n.º 60/2003. Este decreto-lei teve como objectivo fundamental complementar a política privatizadora já desencadeada a nível hospitalar.

A análise do seu conteúdo mostra quais são os seus objectivos, importando referir as seguintes questões:

- No preâmbulo é afirmado que “sendo hoje reconhecidos os problemas que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta, designadamente a existência de défices quanto à acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde e um crescimento descontrolado das despesas públicas, é imperioso e urgente que o sistema público tradicional centralizador e excessivamente burocratizado possa dar lugar a uma nova rede

integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir unidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos”.

É também afirmado que “tendo em consideração que o médico de família se consagrou no plano nacional e internacional como um profissional com preparação e habilitações para a prestação independente e autónoma de cuidados de saúde de clínica geral, considera-se no presente diploma que o objectivo primeiro da aplicação no terreno da nova rede de prestação de cuidados de saúde primários é o de garantir a todos os cidadãos o seu médico de família, tendencialmente com a especialidade de medicina geral e familiar, assegurando, desta forma, em todas as áreas geográficas, o acesso universal, geral e tendencialmente gratuito de todos os cidadãos à saúde, consagrado na Constituição”.

No primeiro extracto surge a crónica adjectivação dos sectores neoliberais ao sistema público e ao crescimento descontrolado das despesas públicas.

Contraditóriamente é afirmado o “papel fundamental do Estado”, quando o conteúdo dos artigos aponta num sentido oposto e sem sequer estabelecer quaisquer limitações à entrega de centros de saúde a entidades privadas.

No segundo, é elucidativa a afirmação de que os médicos de família terão “tendencialmente” a respectiva especialidade, bem como a que atribui a este diploma o objectivo de “garantir a todos os cidadãos o seu médico de família”.

A expressão “tendencialmente” visou possibilitar a contratação de médicos indiferenciados sem qualquer formação como especialistas, que surgiram formalmente consagrados pela designação de “médicos assistentes” nas várias versões do projecto. O facto desta designação ter desaparecido no diploma publicado deveu-se, sem dúvida, às sistemáticas denúncias de violação de uma directiva comunitária (93/16/CEE) e do diploma que procedeu à sua transposição para a nossa ordem jurídica interna (D.L. n.º 251/95, de 21/09).

- É confundido o conceito de cuidados de saúde primários com a medicina geral e familiar, infantizando estritamente os cuidados de saúde individuais e esquecendo a abordagem comunitária própria da saúde pública (art.º 1.º, n.º 1).

Independentemente de algumas referências à promoção da saúde e prevenção da doença, verificamos que aquilo que constitui a preocupação quase exclusiva é a mera “produção” de consultas.

- Esta “rede de prestação” é considerada como “constituída pelos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação” (art.º n.º 1, n.º 2).
- No artigo seguinte, são definidas como figuras jurídicas de prestação de cuidados os serviços públicos e entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos ou acordos (art.º 2.º, n.º 1).
- No art.º 23.º, é estabelecido que “nos casos em que a garantia da satisfação dos utentes o justifique, e sob proposta do conselho de administração da respectiva A.R.S., pode o Ministro da Saúde autorizar a gestão de um centro de saúde, de uma extensão ou de parte funcionalmente autónoma por entidades públicas, sociais ou privadas, com ou sem fins lucrativos, que demonstrem capacidade e competência técnica...”.

Estas disposições são elucidativas quanto aos objectivos fundamentais deste

diploma, que visam a concretização da gradual privatização dos centros de saúde com a sua entrega a entidades privadas. Para isso, basta a autorização do ministro em função daquilo que ele próprio considerar como demonstrado a nível da capacidade e competência técnica de qualquer entidade, nomeadamente privada. Como se pode verificar, trata-se de um processo simples e rápido.

- É afirmada a “liberdade de escolha, pelo cidadão, do seu médico de família” e a “livre inscrição num único centro de saúde” para logo de seguida estabelecer limitações a essa liberdade em função da carência de recursos (art.º 3.º).

Esta situação de carência de recursos é um dado generalizado a nível dos centros de saúde e é a que sempre determinou a dificuldade em aceder às listas de utentes destes médicos.

- Nos direitos dos utentes desapareceu, relativamente à anterior legislação, o direito a uma segunda informação sobre a sua saúde e o acesso aos dados registados nos seus processos clínicos (art.º 5.º).
- Admite a possibilidade de um centro de saúde englobar mais que um concelho (art.º 6.º).

Numa perspectiva de privatização de um hospital e da posterior aplicação desta medida aos centros de saúde da mesma área geográfica, entregues ao mesmo grupo privado, tornava-se indispensável consagrar legalmente esta possibilidade para permitir a fusão dos vários centros de saúde e assegurar uma única direcção comum com a do hospital dessa área. Trata-se do princípio da anexação dos centros de saúde pelos hospitais.

Aliás, como já foi referido anteriormente, alguns grupos privados que se candidataram à construção dos futuros hospitais PFI consideraram de fundamental importância que os vários centros de saúde existentes em cada área geográfica destes hospitais fossem também entregues ao mesmo consórcio privado.

- Possibilita a nomeação de directores dos centros de saúde “entre indivíduos licenciados, vinculados ou não à Administração Pública, que possuam experiência e perfil adequados ao exercício das respectivas funções (art.º 8.º).

Embora refira anteriormente que o director deve ser “preferencialmente médico”, o objectivo essencial era a generalização da nomeação de outros licenciados, de modo a garantir a colocação de gestores de confiança dos grupos privados e de indivíduos pertencentes aos círculos clientelares do governo.

Em termos das competências deste cargo, é curioso que um indivíduo que não é médico possa “organizar e supervisionar as actividades de formação e de investigação” e definir “a política de formação contínua, de acordo com as necessidades do centro de saúde” (art.º 9.º).

Como é possível que um gestor com uma formação académica sem qualquer afinidade com o sector da saúde, possa supervisionar as actividades de formação e de investigação, e definir a política de formação contínua de médicos e enfermeiros?

Após a publicação deste diploma, foram nomeados para essas funções indivíduos sem qualquer ligação ao sector da saúde, tendo como denominador comum a ligação partidária.

- Outro cargo estabelecido foi o de coordenador da unidade de cuidados médicos, com a definição de que deve ser “preferencialmente, um médico especializado em medicina geral e familiar” (art.º 12.º, ponto n.º 10).

Esta “preferência” significa, de novo, a possibilidade de colocar nestas importantes funções técnicas um médico indiferenciado sem a respectiva especialidade.

E entre as suas competências é colocada a questão de “adoptar e fazer cumprir as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares

de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos adequados às patologias mais frequentes...” (art.º 12.º, ponto n.º 8).

Desde logo, como é possível um médico sem a diferenciação decorrente da formação especializada estar em condições de adoptar orientações clínicas?

Por outro lado, a redacção deste ponto visa instituir os “orçamentos clínicos”, tão característicos da competição gerida. Nas versões do projecto deste diploma estava escrito que o coordenador desta unidade “é o responsável pela gestão do orçamento clínico dos utentes assistidos pela equipa médica”, mas face às insistentes denúncias das consequências desta disposição à luz da elucidativa experiência britânica, a redacção deste ponto foi alterada com a eliminação da referência expressa ao orçamento clínico, embora mantendo a essência definidora desta medida.

- Todos os sectores profissionais destas unidades de saúde seriam abrangidos pelo contrato individual de trabalho, conduzindo à integral liquidação das respectivas carreiras, podendo ainda cada A.R.S. optar por celebrar contratos de prestação de serviços (art.º 20.º e 24.º).

A total precaridade laboral e a desregulação contratual constituem outras das características essenciais deste diploma.

A enumeração destas questões mostra que existe uma sequência lógica e uma coincidência de conteúdos entre a prévia legislação para o sector hospitalar e este diploma, com vista a garantir uma maior rentabilização da exploração integrada destes 2 níveis de prestação de cuidados de saúde por parte de entidades privadas.

A contestação e oposição generalizadas a este diploma sobre os cuidados primários de saúde a nível dos vários sectores profissionais dos centros de saúde, em particular dos médicos de família, determinaram que o Ministério da Saúde não tenha disposto das condições mais elementares para a sua implementação.

VII

Alguns contributos para uma política alternativa

Assumir, de forma clara e inequívoca, a defesa do SNS não significa inflexibilidade de análise e incapacidade de reconhecimento das insuficiências e distorções do funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Qualquer atitude de defesa do SNS numa perspectiva do suposto carácter imutável da sua existência e desempenho conduzirá, inevitavelmente, à sua cristalização e progressivo definhamento. No entanto, ao procurar soluções para os problemas existentes importa ter bem presente as diversas mistificações ideológicas que têm sido desenvolvidas com o objectivo de iludir os profissionais de saúde e os cidadãos quanto à essência efectiva das reformas a empreender.

Após um período de aplicação de políticas neoliberais puras e duras que conduziram a resultados desastrosos, e a consequentes e crescentes contestações sociais e políticas, os seus centros dirigentes viram-se obrigados a alterar designações, a apresentar novas “roupagens” e a criar etapas intermédias visando um novo fôlego político para a manutenção, nos seus aspectos essenciais, dessas políticas. Desta forma, conseguiriam limitar as contestações e, até, ganhar novos apoios em quadrantes políticos teoricamente à esquerda.

O instrumento criado para atingir este objectivo foi a chamada “terceira via”, que foi apresentada internacionalmente pelo então presidente dos EUA, Bill Clinton, e pelo primeiro-ministro britânico, Tony Blair, numa primeira cimeira realizada em Washington, em 1999, por iniciativa do primeiro destes políticos.

Esta via foi considerada pelos seus ideólogos como um “meio caminho” entre a direita mais conservadora e a esquerda tradicional, um tipo de centro-esquerda renovado com o objectivo de “humanizar” a natureza brutal do neoliberalismo. Só que, em cerca de 6 anos, verifica-se que ela tem vindo a aproximar-se das teses da direita conservadora, repetindo com ligeiros matizes as mesmas receitas.

No âmbito desta acção política e ideológica surgiu o aprofundamento da aplicação de uma nova proposta apelidada de “nova gestão pública” (New Public Management), que englobou os diferentes processos de desenvolvimento da gestão e de mudança organizativa da administração pública.

Anteriormente, em 1997, o Banco Mundial, num relatório divulgado, tinha definido a importância deste paradigma emergente na base da exigência em desenvolver capacidades de “governança” por parte do sector público. E a OCDE criou uma estrutura própria, o

“Center for Public Management” para dinamizar este tipo de gestão, recolhendo e divulgando as principais experiências em curso (202).

Esta nova perspectiva esteve na origem da separação entre as funções de financiamento e prestação dos serviços sociais com o pressuposto de que a sobreposição de funções nas agências estatais aumentava a ineficiência e conduzia a falhas de responsabilização.

Em Portugal, têm sido escassas as referências à “nova gestão pública”, embora o seu conteúdo esteja bem presente em múltiplas medidas adoptadas em vários sectores de actividade.

Num artigo de opinião publicado no jornal “Público”, a 1/7/2003, com o título “A metáfora empresarial do Estado”, o Prof. Dr. Vital Moreira afirmou que “não é necessário partilhar da «tralha ideológica» do neoliberalismo serôdio para se poder concordar que nem todas as actuais funções do Estado são intrinsecamente públicas e que nem toda a associação de entidades privadas ao exercício de tarefas públicas (parcerias público-privadas) atenta contra as incumbências próprias de um Estado de direito social, tal como a Constituição o quer. Trata-se portanto de uma questão dos limites da concretização do «slogan» «menos Estado, melhor Estado»”.

Referiu depois que “o modelo da gestão empresarial privada pode ser efectivamente uma proveitosa referência quanto a meios e instrumentos da gestão pública. Duvida-se, porém, que possa constituir a filosofia e a cultura da administração pública num Estado de direito democrático. Existem três incontornáveis diferenças entre os serviços públicos e as empresas privadas: primeiro, os interesses a prosseguir são interesses públicos definidos pela lei e não interesses próprios de cada serviço; segundo, os meios e recursos são da colectividade e não recursos próprios de quem os tem a ser cargo; terceiro, a gestão pública está sujeita à lei (incluindo no exercício de poderes discriminatórios), não gozando da liberdade negocial própria da autonomia privada”.

E concluiu que “embora não esteja condenado à ineficiência burocrática, o Estado não é propriamente uma empresa nem pode ser gerido, em geral, como se o fosse. A «nova gestão pública» será tanto menos vulnerável quanto menos ignorar os limites de «empresarialização» da administração pública e da «privatização metodológica» da gestão pública. Para ser bem sucedida, a reforma administrativa pode e deve ser ousada e profunda, cortando com práticas atávicas, desperdícios in comportáveis e privilégios estabelecidos. Mas não tem de ser nem inconstitucional nem aventureira. A metáfora da gestão empresarial do Estado não pode ser levada inteiramente à letra”.

A referência a este artigo deve-se ao facto de constituir, em minha opinião, um exemplo de abordagem contraditória destas matérias.

Considerar que “não é necessário partilhar da tralha ideológica do neoliberalismo serôdio” para poder concordar com determinadas medidas como as parcerias público-privado, é “esquecer” que essas medidas são parte integrante dessa tralha ideológica e é desconhecer os resultados práticos e as graves implicações dessas parcerias em vários países.

No segundo extracto transcrito, as questões colocadas são, em minha opinião, correctas e estabelecem uma clara distinção entre serviços públicos e privados.

O Prof. Dr. António Manuel Hespanha, historiador, publicou um artigo no jornal

“Público”, a 19/9/2004, com o título “Os «filhos de Rousseau» têm as costas largas”, onde afirmou que “a generalidade dos comentadores estabelecidos vem elegendo como culpados de quase todo o mal do mundo os «filhos de Rosseau». Querem designar assim os que entendem que tem que haver algum governo; e que é melhor que esse governo provenha de um sujeito que se sabe quem é – nem que seja para o criticar – do que entidades sem lugar, sem nome, sem cara, como é o «mercado», a «globalização», o «país real». Essa entidade de quem os «filhos de Rousseau» esperam uma certa racionalização da desordem estabelecida é o Estado”.

“Claro que o Estado, na sua curta vida de dois séculos, foi sempre razoavelmente mau: planificou mal, executou pior, foi arrogante e abusivo no exercício do poder. Porém, isto aconteceu tanto mais quanto a ideia original de Estado se corrompeu. De facto, na ideia original, o Estado devia ter essa força toda porque ele era a encarnação da vontade geral ou, pelo menos, generalizada. E, por isso, os revolucionários sempre partiram do princípio de que o Estado, por ser poderoso, tinha que ser democrático.

Desta paixão estadualista surgiu a Europa que nós conhecemos. Muito do que temos de bom veio do Estado ou foi por ele decisivamente impulsionado – as estradas e caminhos-de-ferro, o fomento da economia, a generalização da saúde e da previdência, a protecção dos mais fracos e, já agora, a ordem pública e a defesa externa. E, tanto isto marcou as nossas vidas que, quando nos queixamos de que algo não vai bem, queixamo-nos ao Estado, ou queixamo-nos do Estado. Claro que dele também nos veio muito mal. Ditaduras, violação de direitos, guerras, protecção de interesses camuflados de públicos, corrupção, desperdício e má gestão”.

Este artigo estabelece um quadro sintético e realista daquilo que tem sido o papel contraditório do Estado, embora sublinhando a sua intervenção decisiva em matérias fundamentais do desenvolvimento do das sociedades.

Também na saúde se tem verificado protecção de interesses camuflados de públicos, corrupção, desperdício e, concretamente, uma má gestão.

Nos serviços de saúde, a gestão constitui uma ponte entre a economia e a medicina, requerendo conhecimentos teóricos de ambas as disciplinas, dado que para ser um bom gestor na saúde há que conhecer a clínica e racionalizar o uso dos recursos sempre escassos. E a escassez de recursos não pode remediar-se com uma boa gestão (203).

No nosso país, as questões relativas à gestão assumem uma importância acrescida, tendo em conta as práticas governativas dominantes desde 1988. De uma forma geral, as administrações dos hospitais e as direcções dos centros de saúde têm servido de locais para a colocação de elementos das sucessivas clientelas partidárias, independentemente da sua efectiva competência.

Na grande maioria dos casos assistimos à designação de pessoas sem qualquer afinidade com os aspectos específicos da gestão da saúde e sem disporem, sequer, de qualquer currículo relevante como gestores. A perspectiva destas pessoas tem sido a de encararem um hospital como uma qualquer empresa ou fábrica visando o lucro, sem compreenderem, pelo menos aparentemente, que os lucros no sector da saúde têm outras expressões práticas como os ganhos em saúde, o aumento da esperança de vida, a diminuição das incapacidades, a diminuição do absentismo e a melhoria dos indicadores.

Não existem quaisquer mecanismos instituídos pelo Poder político para proceder à avaliação periódica do desempenho das administrações, permitindo uma situação de impunidade e uma contínua circulação dos seus elementos pelos mais variados lugares de nomeação político-partidária.

Embora seja frequente ouvirmos a referência crítica de que o clima clientelar das nomeações políticas seria um facto quase específico do nosso regime democrático, importa desmistificar esta situação. A manipulação partidária e de grandes corporações privadas dos cargos de nomeação pelo Poder político é uma situação corrente na generalidade dos países, a começar pelos principais países desenvolvidos e com maiores tradições de regime democrático e parlamentar. A título de exemplo, há que referir o caso da Grã-Bretanha onde, em 1996, existiam cerca de 7.700 organizações não governamentais cujos quadros de pessoal são constituídos por nomeações políticas do partido no Poder e a quem foram entregues as administrações de áreas da vida pública, nomeadamente na educação e em hospitais. Isto permitiu 70.000 nomeações políticas por parte de vários ministros (207).

Nos discursos tecnocráticos legitimadores das propostas neoliberais é frequente encontrarmos múltiplas referências a palavras como equidade, eficiência e efectividade. A abordagem do real significado destas definições permite que possamos verificar com que objectivos mistificadores têm sido empregues.

A equidade em saúde implica que nenhuma pessoa deveria estar em desvantagem para alcançar o seu máximo potencial de saúde e que idealmente todas deveriam ter as mesmas oportunidades de atingir esse potencial pleno. Portanto, o seu objectivo é reduzir ou eliminar aquelas diferenças que resultam de factores que são considerados tanto evitáveis como injustos. Como afirmou George Alleyne, director da Organização Panamericana da Saúde, "...cada pessoa deve, em função da equidade, ter a oportunidade de aceder às medidas de saúde e sociais necessárias para proteger, promover e manter ou recuperar a saúde" (208).

A resposta social organizada, através da política fiscal, que pretenda ser equitativa deve considerar os problemas de saúde da população, tendo em conta que os casos similares (população com similar risco de doença e de mortalidade) devem ser tratados de maneira similar (igual ou similar nível de prestação de bens e serviços), e que os casos diferentes devem ser tratados de maneira diferente (209).

Segundo Amartya Sen: "a equidade em saúde é fundamental para entender a justiça social"; "nenhuma concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e de uma formação eficiente das possibilidades humanas pode ignorar o papel da saúde na vida humana e nas oportunidades das pessoas para alcançar uma vida sã, sem doenças e sofrimentos evitáveis, nem mortalidade prematura"; "a equidade na realização e distribuição da saúde fica assim incorporada e formando parte integral de um conceito mais amplo de justiça" (209).

A inequidade, como negação da equidade, é definida como uma disparidade ou desigualdade desnecessária, evitável e injusta.

Nesse sentido, a maior causa de inequidade no campo da saúde são as marcadas diferenças que se observam na distribuição de bens e serviços essenciais.

Como exemplo elucidativo desta situação de inequidade pode-se referir a Argentina, país onde se verificou há poucos anos atrás a implosão económica e social por via da aplicação

maciça das receitas neoliberais, em que o sector privado cobre somente 7% da população e consome 42% dos gastos em saúde (217).

Quanto à eficiência, a sua definição significa a melhor utilização e aproveitamento de todos os recursos de uma organização para alcançar os resultados que justificam as razões que lhe deram origem. No fundo, trata-se do coeficiente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregues.

A eficácia é atingida quando uma organização atinge as metas e objectivos que foram previamente estabelecidos.

Uma organização, para ter êxito no cumprimento da sua missão institucional, tem de ser simultaneamente eficiente e eficaz.

Relativamente à efectividade, trata-se do poder de um determinado procedimento ou tratamento para melhorar o nível de saúde.

Tendo em conta estas definições e o facto das propostas neoliberais visarem, como está amplamente demonstrado, a discriminação dos cidadãos em função da sua capacidade económica e a redução da saúde a um mero bem de consumo, torna-se facilmente verificável que a equidade não só está ausente das respectivas preocupações como se trata de um elemento central a liquidar.

A Revista Panamericana de Saúde Pública, que é o órgão oficial da Organização Panamericana da Saúde, publicou um artigo, em 2000, do seu comité editorial onde abordou a questão das reformas da saúde nesse continente (210).

Pela sua importância, transcrevem-se os seguintes extractos:

- Uma carência adicional das reformas foi que, até agora, os problemas, as políticas e as intervenções relativas aos recursos humanos tiveram um lugar pouco destacado na agenda e, no melhor dos casos, somente mereceram um manuseamento instrumental como parte de outras intervenções orientadas para a eficiência e a produtividade. Paradoxalmente, isto sucedeu ao mesmo tempo que as transformações do Estado, da economia e das instituições determinaram uma revolução nas condições económicas do pessoal e nas relações de trabalho até então vigentes, quer dizer, quando mais se necessita de fortalecer a função estatal e institucional de desenvolvimento dos recursos humanos. Outra dimensão essencial dos recursos humanos nas reformas é a política. O pessoal de saúde, individual e colectivamente, é um protagonista dos processos de mudança do sector e a sua participação, a favor ou contra os processos, pode determinar a viabilidade e a sustentabilidade das mudanças.

Em resumo, as motivações que impulsionaram as reformas centraram-se até agora em alguns aspectos da gestão e em certos aspectos relacionados com a eficiência económica. Na prática, as questões da equidade, protecção social na saúde e saúde pública ficaram relegadas para um plano secundário. A qualidade dos cuidados e, mais concretamente, o modelo dos cuidados foram temas marginais nos debates sobre as reformas na maioria dos países.

- No limiar do novo milénio, os países da América Latina e das Caraíbas enfrentam um enorme desafio de proporções crescentes: garantir a todos os seus cidadãos um

grau essencial de protecção social em matéria de saúde que contribua para eliminar as desigualdades de acesso a serviços essenciais de qualidade para todas as pessoas e que proporcione aos grupos sociais até agora excluídos a oportunidade de receber cuidados integrados com vista à satisfação das suas necessidades e solicitações de saúde, sem que a sua capacidade de pagamento seja um factor restritivo.

- Estas reformas realizam-se num momento em que o problema da exclusão económica, social e cultural se está agravando. As medidas actuais de protecção social no âmbito da saúde, que consistem em sistemas de assistência social e segurança social, não bastam para fazer frente aos actuais e aos novos problemas. Por conseguinte, a tarefa fundamental dos países consiste em oferecer aos cidadãos, independentemente da sua capacidade de pagamento, protecção social essencial universal em matéria de saúde que conduza a uma redução da desigualdade no acesso a serviços necessários, eficazes e de boa qualidade. Isto contribuirá simultaneamente para fortalecer o desenvolvimento e a coesão social, tal como vêm insistindo recentemente diferentes organismos internacionais.
- Todo o esforço importante para induzir mudanças no sistema de saúde deveria fortalecer as funções essenciais da saúde pública que estão a cargo das autoridades de saúde de cada país, como parte dos esforços gerais para redefinir e fortalecer a função dirigente das autoridades de saúde, as infraestruturas e as práticas sociais em saúde pública.

Estas apreciações, vindas de uma organização de referência internacional e insuspeita de dependências ideológicas à esquerda, colocam aspectos centrais no desenvolvimento de uma política de reforma orientada para a resolução dos problemas de saúde que se colocam à generalidade dos cidadãos.

A política de saúde é parte dos instrumentos que tem o Estado para melhorar a distribuição do bem-estar da sua população, e a ausência de uma adequada cobertura de saúde afecta fortemente a própria coesão social. Por outro lado, um bom estado de saúde dos cidadãos desempenha um papel central no desenvolvimento económico e social de um país.

A definição de uma política de saúde que tenha em conta estas questões passa obrigatoriamente pela dinamização do SNS e não por uma “reforma” de ainda maior abertura a prestadores privados que conduza à sua destruição.

A grande maioria dos cidadãos portugueses não possui rendimentos compatíveis com a mercantilização do direito à saúde e o seu nível médio de vida não permite a viabilidade de grandes estruturas prestadoras de cuidados de saúde. Deste modo se explica que durante a ditadura, em que os serviços públicos de saúde eram bastante diminutos, a iniciativa privada nunca tenha efectuado grandes investimentos em estruturas próprias quando o mercado estava completamente livre. E também explica que as perspectivas actuais da iniciativa privada se centrem na extrema parasitação dos dinheiros públicos.

O diagnóstico das carências, estrangulamentos e distorções do sistema de saúde, globalmente considerado, está efectuado há largos anos e é amplamente conhecido.

Na base deste diagnóstico, a elaboração do programa de reforma SNS-21 durante o ministério da Dr.^a Maria de Belém Roseira constitui um documento incontornável com vista à revitalização e dinamização do SNS.

Constituído por diversos diplomas legais, em que a grande maioria ainda está formalmente em vigor, este programa de reforma abrangia todos os aspectos da política de saúde e introduziu diversas medidas inovadoras cujo alcance efectivo foi posteriormente “negligenciado” ou amputado. A título de exemplos referem-se as seguintes medidas: Instituto da Qualidade da Saúde; Agências Regionais de Contratualização; Centros Regionais de Saúde Pública; Sistemas Locais de Saúde; Centros de Saúde da 3.^a Geração; novos modelos remuneratórios; e Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais.

A elaboração deste programa assentou numa ampla equipa de trabalho que possuía na sua composição diversos técnicos altamente qualificados e que teve na então Direcção-Geral da Saúde o seu pólo dinamizador. Nesse sentido, há que destacar o papel do então director-geral, Prof. Dr. Constantino Sakellarides que é, em minha opinião, o técnico mais bem preparado que dispomos na política de saúde e cuja experiência nacional e internacional é suficientemente elucidativa.

Embora se tratassem de diplomas globalmente orientados para a dinamização dos serviços públicos de saúde e que resultaram de uma ampla discussão com os diversos parceiros sociais do sector da saúde, importa assinalar uma contradição de princípio em torno das agências regionais de contratualização ao serem apresentadas com o objectivo explícito de visarem a separação das funções de financiamento e de prestação. Como já foi referido anteriormente, este princípio de separação de funções tem um significado bem preciso.

Só se poderá compreender a referência a este princípio por via das notórias contradições existentes no governo de então, onde a par com a perspectiva de alguns dos seus membros em desenvolverem e modernizarem os serviços públicos coexistia um sector claramente apostado na aplicação de “receitas” neoliberais.

Tendo presente que o SNS-21 contém diversas medidas fundamentais para a dinamização e modernização do SNS, existem outros aspectos cuja abordagem importa desenvolver na perspectiva de uma política alternativa ao modelo privatizador neoliberal.

A Gestão

A gestão e os seus mecanismos técnicos assumem uma importância decisiva na concretização dos objectivos traçados e na adequada rentabilização dos recursos existentes.

Conforme verificámos através de diversas referências nos 2 anteriores capítulos, existe uma clara distinção entre os objectivos inerentes à gestão pública e à gestão privada. Já neste capítulo, o mencionado artigo do Prof. Dr. Vital Moreira também confirma esta apreciação.

A finalidade de qualquer gestão pública é a máxima eficiência para o bem-estar colectivo e os seus resultados dependem da eficácia com que as instituições do Estado encaram as missões e objectivos que lhes estão atribuídos.

Um gestor público é depositário de um interesse colectivo, diferentemente de um gestor

privado que, ainda que tendo responsabilidade social, não é depositário de uma administração que necessária e obrigatoriamente tem de garantir o benefício da colectividade/sociedade.

No entanto, existem diversas técnicas de gestão e mecanismos económicos que podem ser aplicados tanto no sector público como no privado.

Ainda há poucas décadas atrás era habitual considerar que economia planificada era sinónimo de regime socialista e que economia de mercado era sinónimo de regime capitalista, quando este último tem adoptado ao longo da sua existência a planificação e os então regimes dos países do leste europeu faziam o mesmo com as regras de mercado.

Da mesma forma que não são estes mecanismos económicos que estabelecem a distinção essencial entre regimes políticos, também não são as técnicas de gestão que determinam o carácter público ou privado de um dado serviço.

O sector da saúde tem conhecido nas últimas décadas uma permanente revolução tecnológica com a introdução sucessiva de novos e mais sofisticados meios técnicos, e com um desenvolvimento contínuo do conhecimento científico a nível diagnóstico e terapêutico. Como a experiência histórica demonstra, de uma forma clara e objectiva, todas as revoluções tecnológicas determinam uma mudança radical nos modos de organização da produção e do trabalho. Ora, de uma maneira geral, estes modos de organização mantêm-se quase intactos nos nossos hospitais há várias dezenas de anos.

Como tal, há que implementar medidas que conduzam à criação de um clima institucional favorável à inovação, sob pena de se perpetuar o terrível vírus da liderança e gestão burocráticas. A inovação só pode ser alcançada quando são estimuladas a formação e aprendizagem contínuas. A não inovação é uma das razões principais da decadência das organizações.

O Ministério Federal da Saúde do Canadá publicou no seu site (Santé Canada) um documento sintético onde afirma que (211):

- A gestão moderna é como um rio atravessando a paisagem da vossa vida profissional.
- Para encontrar a melhor maneira de navegar neste rio, vós deveis prestar atenção não somente ao rio em si, mas a todo o seu ambiente envolvente. Isto significa colocar as questões correctas e integrar os instrumentos de gestão da maneira mais eficaz possível para atingir os resultados. Como o rio, a gestão moderna para “Santé Canada” representa bem mais que um modelo, uma estratégia e um plano de acção. Trata-se de promover uma cultura de gestão centrada sobre os nossos valores, a nossa missão e os nossos objectivos, e que aspira à excelência.
- Para “Santé Canada”, a visão da gestão moderna assenta sobre um fundamento sólido constituído pela nossa equipa de pessoas motivadas e de dirigentes competentes que adoptam e que preconizam os valores e uma ética sólidos para a função pública. Este fundamento sustenta quatro pilares que permitem operacionalizar a função de dirigente moderno ao nível da decisão: sistemas claros de responsabilização; dados integrados sobre o rendimento; sistemas apropriados de controlo; e uma gestão integrada do risco.

Ainda em termos gerais, um dos aspectos mais relevantes da gestão pública na saúde consiste na dinamização da participação e do controlo social nos diferentes níveis do sistema de saúde. O texto de enquadramento do programa de reforma SNS-21 ao definir os seus objectivos fundamentais afirmou que “o SNS-21 é cultural e afectivamente propriedade do cidadão português, o que se reflecte em mecanismos de rigor, transparência, informação e participação públicos – agências de contratualização, licenciamento, certificações, garantia de qualidade e avaliação tecnológica – que permitem que seja efectivo, eficiente e financeiramente sustentável. Só desta forma será possível estabelecer para o SNS-21 um modelo de financiamento real e explícito com uma base social de apoio ampla e estável”.

Em diversos países, como são os casos mais salientes do Canadá e dos países nórdicos, existem estruturas de participação e intervenção dos cidadãos a nível dos serviços de saúde que não se limitam a meras funções de emissão de pareceres, mas que implicam uma apreciação vinculativa quanto aos programas de actividade e à definição de objectivos prioritários.

A nível dos nossos hospitais e centros de saúde torna-se indispensável a criação de estruturas de participação e controlo social com uma composição que inclua as entidades de maior relevância local e regional, a começar pelas autarquias locais.

Ao contrário do que aconteceu com a existência dos conselhos gerais dos hospitais e dos conselhos consultivos dos centros de saúde, em que raramente reuniam ou nem sequer estavam constituídos e cujas funções se limitavam à tomada de conhecimento de algumas actividades, a criação de novas estruturas deveria ter como objectivo claro a atribuição de funções de acompanhamento e de apreciação vinculativa em diversos aspectos das respectivas actividades. Na implementação destas estruturas assume uma importância nuclear o envolvimento e intervenção das câmaras municipais, como representantes democráticos directos das respectivas populações e seus governos locais.

A medida mais adequada para garantir esta participação, evitar a proliferação de múltiplas e ineficazes estruturas de participação e, sobretudo, para garantir uma adequada e eficaz articulação da prestação de cuidados de saúde entre os hospitais, centros de saúde e outros serviços, seria a implementação dos sistemas locais de saúde cujo diploma legal continua formalmente em vigor. Inclusive, porque este diploma estabelece, desde logo, a participação das câmaras municipais nos conselhos de administração destes sistemas locais.

Deste modo, seria possível recolocar os serviços de saúde numa relação de proximidade com as necessidades e justas expectativas dos cidadãos, limitando fortemente as tendências burocráticas da gestão e obrigando à regular prestação de contas a nível do desempenho de cada serviço de saúde.

O Prof. Dr. Miller Guerra afirmou diversas vezes que as instituições são incapazes de se reformar a si próprias. Ou seja, tornando-se indispensável o estímulo externo e a pressão social, estas estruturas de participação dotadas de funções não “decorativas” permitiriam uma efectiva reforma contínua dos serviços de saúde, sem os inconvenientes de processos abruptos de ruptura e sem a sua alienação por grupos de interesses privados.

Relativamente a aspectos mais específicos da gestão que importa ter em conta no desenvolvimento e modernização dos serviços públicos de saúde, existem duas técnicas

importantes que são a planificação estratégica / gestão por objectivos e a contratualização. Estas duas técnicas de gestão conheceram uma maior divulgação ao serem apresentadas pela propaganda neoliberal como inerentes à sua cultura económica e gestionária.

No caso concreto da contratualização, é sabido que esta técnica foi colocada, na Grã-Bretanha, por Margaret Thatcher, ao serviço de um projecto neoliberal de desarticulação e mercantilização do NHS britânico, com a aplicação dos ciclos de compras a nível das autoridades de saúde.

A gestão por objectivos, embora tenha sido inicialmente desenvolvida em diversos sectores do mundo empresarial, está a ser objecto de implementação nos serviços públicos de alguns países. Tratando-se de uma técnica de gestão é possível proceder à sua aplicação em qualquer sector de produção de serviços e aproveitar todas as suas potencialidades.

Este tipo de gestão deveria constituir a referência fundamental do funcionamento dos nossos hospitais e centros de saúde. Desde logo, porque implicaria a adopção de uma medida crucial para estas unidades de saúde: prévia definição clara da sua missão e objectivos respectivos, no pressuposto de que os objectivos institucionais é que determinam os processos a utilizar.

A gestão por objectivos é uma técnica que é parte substantiva das planificações estratégica e operacional. Além disso, compromete toda a hierarquia e todos os funcionários de uma instituição, altera totalmente os conceitos de trabalho rotineiros, é uma gestão mais participada e democrática, possibilita maior controlo social porque os seus objectivos estão definidos e são divulgados, e implica a existência de mecanismos de avaliação regular.

Numa publicação do “Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social”, ligado às Nações Unidas, são apresentadas, entre outras, as seguintes vantagens deste tipo de gestão (212):

- É um processo constante de revisão e análise crítica da missão e objectivos das organizações e dos seus correspondentes planos estratégicos.
- Introduce um método interactivo e participativo que democratiza a gestão.
- Fomenta uma cultura organizacional que coloca ênfase na capacidade de iniciativa e na análise crítica, o que privilegia um ambiente de trabalho tendente à inovação.
- Torna mais flexível a estrutura organizativa e permite maior eficácia operativa.
- Favorece o desenvolvimento da carreira pública, facilitando a instauração de mecanismos de aprendizagem e promoção, sustentados em indicadores de desempenho.
- Desenvolve uma conduta organizacional sustentada na eficiência e nos resultados.
- Facilita uma melhor recomposição e sistematização da informação, o que permite dispor de melhores elementos de decisão.
- Estabelece um controlo de desempenho, de maneira regular e sistemática, para comprovar e discutir a realização progressiva dos resultados, e uma revisão permanente da “capacidade potencial” e da “capacidade instalada”.
- Permite dispor de maiores elementos de decisão para examinar tanto as forças como as debilidades da organização.
- Contribui para a elaboração de programas de formação de recursos humanos, considerando a relação entre a “capacidade humana disponível” e a “capacidade humana necessária”.

- Torna mais transparente a gestão pública e facilita o mecanismo da prestação de contas em todas as suas dimensões.

A par das questões específicas da gestão, assumem uma importância decisiva os processos relativos à melhoria contínua da qualidade na saúde. Apesar de existir um instituto da qualidade na saúde, estes processos não se encontram implantados nas nossas unidades de saúde como uma metodologia regular e inerente ao seu funcionamento. Nos centros de saúde foram desenvolvidas diversas iniciativas de avaliação da qualidade do seu desempenho, caso do programa “MoniQuor”, e em alguns hospitais tem sido desencadeados processos de acreditação sob supervisão da organização britânica “King’s Fund”.

No entanto, os resultados práticos destas iniciativas não são sentidos no funcionamento quotidiano dessas unidades de saúde, dado que um dos aspectos fulcrais da melhoria da qualidade implica a mudança organizacional.

Na sequência dos processos de acreditação hospitalar ou das avaliações de desempenho dos centros de saúde não se têm registado quaisquer mudanças na estrutura organizacional ou no modo de funcionamento dos profissionais e das equipas.

A mudança implica uma estratégia, que deve iniciar-se com um diagnóstico da situação da organização que tenha em conta os factores internos e externos, sendo estes decisivos para que o projecto de transformação consiga atingir os objectivos previstos. Neste contexto transformador, cada organização tem de criar a sua própria visão e os padrões que possibilitem implementar uma estratégia de mudança.

Nas organizações de saúde, as coordenadas de todo o processo de melhoria da qualidade deverão orientar-se para a desconcentração organizativa e funcional, e para a procura de soluções eficientes mediante fórmulas de gestão inovadora.

Sem intervir na estrutura organizacional e nos processos de trabalho, qualquer apregoado programa de melhoria da qualidade ou processo de acreditação não passam de meras figuras retóricas ou de iniciativas com fins de propaganda institucional.

No que se refere à contratualização na saúde, a sua aplicação no nosso país foi iniciada com a criação da “função agência” durante o mandato ministerial da Dr.^a Maria de Belém Roseira. Funcionando no âmbito de cada A.R.S., estas estruturas não passaram de uma fase embrionária, à excepção da A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo onde esta medida foi impulsionada com algum alcance. Após este mandato ministerial, as agências ficaram, na prática, desactivadas e sem qualquer intervenção visível.

Esta função tinha como principais objectivos participar na previsão das necessidades de saúde, elaborar e divulgar dados sobre os serviços de saúde, acompanhar o desempenho das unidades de saúde, participar no processo de atribuição dos recursos financeiros às unidades de saúde, avaliar os ganhos em saúde e promover o controlo da contratualização em função dos objectivos definidos.

A atribuição dos recursos financeiros baseou-se no conceito de orçamentos-programa, tendo em vista estabelecer a ligação da actividade com os recursos atribuídos.

No essencial, a “função agência” visava desempenhar o papel de intermediária entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, garantindo a qualidade e a adequação dos

cuidados prestados.

Tendo em conta os objectivos da contratualização e o facto de se tratar, também, de uma técnica de gestão, nada justifica que seja “atrelada” ao princípio da separação das funções prestadora e financiadora. Deste modo, retomar e desenvolver a função de contratualização possibilitaria dispor de um instrumento adicional com vista a uma maior transparência da gestão pública da saúde, a uma maior responsabilização das instituições e a um efectivo controlo social.

Recursos Humanos

É frequente ouvirmos a afirmação de circunstância que os recursos humanos são o património mais valioso de uma instituição. No entanto, a realidade mostra que raramente este conceito é compreendido e aplicado, sendo os recursos humanos encarados, muitas vezes, como inimigos principais e objecto de acusações indiscriminadas face ao fracasso das medidas incompetentes das administrações.

Trata-se de uma situação generalizada a nível internacional e que no nosso país, no caso concreto da saúde, tem sido bem visível em torno de acusações de que as carreiras profissionais são o factor bloqueador das instituições ou que o sistema está “capturado” pelos profissionais.

Este tipo de acusações não resiste minimamente a qualquer análise objectiva dos factos e acaba por se traduzir na tentativa de iludir os cidadãos quanto à real situação existente: o sistema está, de facto, “capturado”, mas pelos interesses privados e pelas clientelas partidárias.

Em 1989, um comité de especialistas da OMS designado para estudar os sistemas de gestão dos recursos humanos divulgou um relatório onde colocou, entre outras, as seguintes questões (213):

- A análise global permite concluir que alguns dos grandes problemas se encontram por toda a parte, nomeadamente a má distribuição dos profissionais, com défices ou excedentes numa ou várias categorias, uma má utilização ou uma fraca produtividade dos profissionais, perfis de carreiras ou sistemas de promoção pouco satisfatórios, uma formação permanente e uma supervisão ineficazes e, finalmente, más condições de vida e de trabalho.
- Para que esta gestão se torne eficaz, é necessário que os administradores tenham, eles mesmos, compreendido os objectivos da organização e que estejam dispostos a realizá-los.
- Os sistemas de avaliação dos desempenhos têm por objectivo aumentar a eficácia da organização, comparando em cada posto de trabalho os objectivos previstos e os que foram atingidos.
- Apesar de toda a relação comportar sempre, pelo menos, duas partes, é aos administradores que cabe a responsabilidade essencial da qualidade das relações, dado que o ambiente de trabalho é, em grande parte, determinado pelas suas atitudes e comportamentos.

- Em numerosas organizações de saúde, os dirigentes são frequentemente “invisíveis”, não estando em ligação com o pessoal do “terreno”.
- Para que uma organização funcione de forma eficaz, é condição essencial a existência de uma boa direcção. Uma direcção eficaz influencia toda a organização para a conduzir ao sucesso.
- Os profissionais de saúde devem estar identificados com os objectivos da organização.

O clima de uma organização degrada-se quando não se permite que os profissionais participem nas decisões que os afectam e estes sentem-se, então, inclinados a considerar com suspeição as intenções da administração, mesmo sendo as melhores.

- Devem existir incentivos para que os profissionais participem na formulação dos objectivos e não terem somente o papel de os atingir.
- É necessário encorajar a inovação. Inovar não significa necessariamente estar ligado à tecnologia de ponta mas, sobretudo, procurar constantemente as melhores maneiras de fazer as coisas simples.
- Promover melhores condições de vida e de trabalho, compreendendo remunerações mais elevadas e maiores possibilidades de progressão para os profissionais de saúde.
- Assegurar, no que se refere às normas, o apoio das associações profissionais. É essencial que os ministérios da saúde e os seus serviços de recursos humanos estejam em estreito relacionamento com as associações profissionais.
- Adopção de uma aproximação da “gestão por objectivos”, de tal modo que os objectivos conduzam as actividades, ao mesmo tempo que elas sirvam de sinais para avaliar os progressos.
- Implementar uma abordagem global, na qual os objectivos de desenvolvimento da saúde possam surgir claramente no contexto do desenvolvimento geral do distrito.
- Promover a participação comunitária nos cuidados de saúde primários.
- É reconhecido que eficácia de um sistema de cuidados de saúde será em grande parte determinada pela sua orientação para as necessidades dos indivíduos, podendo-se reforçar esta orientação envolvendo a comunidade na procura de uma saúde melhor.
- Estabelecer uma progressão profissional mais rápida para os profissionais de saúde que trabalham em zonas distantes e dar-lhes prioridade para as acções de formação. Atribuir compensações financeiras para os serviços das zonas mais distantes.
- Implementar sistemas de avaliação dos desempenhos para verificar a produtividade dos profissionais e orientar as medidas de correcção.

Em Dezembro de 1997, realizou-se uma reunião regional da Organização Panamericana da Saúde (OPS) sobre os recursos humanos que os considerou como factor crítico da reforma sectorial da saúde e que apresentou, entre outras, as seguintes conclusões (214):

- O desenvolvimento dos recursos humanos assume uma importância estratégica para alcançar os objectivos e avançar com êxito nos processos de reforma.
- Foi reconhecido o enorme desafio para enfrentar a tarefa de melhorar as condições de trabalho, os processos educacionais e a redefinição das relações sociais e institucionais.
- Sem recursos tecnicamente habilitados, que conhecem os objectivos e estão comprometidos com os processos de mudança na saúde, não existe futuro para os processos de reforma.

Em Dezembro de 2000, realizou-se em França (Anneey) o “Workshop of Global Workforce Strategy”, promovido pela OMS, em que um dos documentos apresentado foi solicitado a 2 técnicos brasileiros, Roberto Passos Nogueira e José Paranaguá de Santana, sendo este último consultor de recursos humanos da OPS/OMS pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Panamericana da Saúde. Deste documento transcrevem-se os seguintes extractos (215):

- “No início das reformas, considerou-se que quanto menor o Estado, melhor, quando, na verdade, a orientação que corresponde à experiência histórica acumulada é que quanto melhor o Estado, melhor. Iglesias (presidente do Banco Interamericano de Desenvolvimento / BID) menciona o caso dos Estados Unidos, onde a preocupação com o «downsizing» está sendo substituída por outra, já que cresceram as demandas para que o Estado realize intervenções inteligentes na regulação dos mercados e na prestação de serviços essenciais, e há, para o exercício dessas funções falta de talentos nas instituições de governo e um reconhecido défice de servidores públicos.”
- “Pode-se dizer que o preceito de que quanto menor o Estado, melhor, que norteou as reformas do sector público, tem um pressuposto de natureza financeira e, outro, de natureza administrativa. No aspecto financeiro, os reformistas partiam do diagnóstico de que a máquina do Estado estava inchada de servidores, os quais custavam muito e faziam pouco. No aspecto administrativo, partiam do preceito segundo o qual o estilo burocrático de administração pública, que era favorecido pela cultura peculiar dos seus servidores, deveria ser substituído por um estilo gerencial similar ao que é adoptado nas empresas privadas.”
- “De tudo isso que dissemos conclui-se que não existe uma forma «moderna» de administrar empresas privadas por oposição a uma forma «ultrapassada» de administrar o sector público. Há, sim, uma multiplicidade de formas de administrar segundo o tipo de serviço e os objectivos maiores (ou seja, missão) de cada organização...”
- “Numa instituição pública, a missão corresponde, em termos gerais, aos interesses públicos a que ela deve servir. A missão não se esgota na definição formal dos objectivos que a instituição deve cumprir – ela deve ser compreendida na qualidade de uma esfera ética e política de reflexão/acção, dentro da qual são projectados grandes objectivos ligados a valores organizacionais e sociais. O âmbito da missão

engloba uma visão de futuro, as estratégias para realizar a visão, a ética organizacional, as metas de qualidade, os esforços de responsabilização, etc.

A gestão dos recursos humanos aparece, assim, como um processo que, ao regular os componentes do sistema de pessoal (carreiras, desempenho, qualificação e outros), procura dirigi-los para que sejam não só compatíveis com a missão, mas também facilitadores do seu cumprimento a médio e longo prazo”.

- “Duas vias principais são usadas para compatibilizar o sistema de recursos humanos com os componentes da missão: a) processos de cooperação, com destaque para o trabalho em equipa que ajuda a identificar problemas, propor e implementar acções correctivas; b) processos de resolução de conflitos, a fim de poder estabelecer acordos em funções de interesses colectivos dos trabalhadores (sindicais ou de outro tipo)”.
- “Essa concepção é apresentada aqui em forma bastante geral, mas a intenção é de que corresponda a um esquema de acção estratégica que seja válido tanto para as instituições públicas quanto para o sector privado. Como dissemos, o que faz a diferença entre um e outro sector reside particularmente no sentido de missão. No caso do sector público, os componentes da missão estão ou deveriam estar alinhados com o interesse público. Já no sector privado estão alinhados com as estratégias de negócios de cada empresa”.
- “A competência dos recursos humanos passou a ser uma questão vital para o bom funcionamento do Estado e está sendo procurada não só para realizar adequadamente as tarefas complexas da regulação social, mas também as tarefas usuais das transacções económicas, envolvendo fornecedores e clientes, num relacionamento que cada vez mais é mediado pela tecnologia da informação. Uma das consequências desta nova conjuntura é que estão a ser reavivados os esquemas de mérito e de negociação no trabalho. São afirmados, igualmente, novos e importantes conceitos de alcance ético-político, com implicações económicas, como é o caso da noção de diversidade da força de trabalho.

Enfim, aparentemente a gestão de recursos humanos do Estado – com todas as suas nuances jurídicas, éticas, económicas e políticas – volta a ser posta na ordem do dia”.

Estas referências são elucidativas quanto ao facto de demonstrarem que os problemas relativos aos recursos humanos se encontram generalizados a nível internacional, possuindo muitas características comuns nos vários países.

As várias propostas aí apresentadas possibilitariam, também no caso do nosso país, solucionar importantes e crónicos problemas existentes.

O movimento em torno do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” iniciou uma via de profissionalização e qualificação contínua do exercício da medicina, que se traduziu num factor essencial do próprio desenvolvimento da capacidade de resposta dos nossos serviços de saúde.

Como foi assinalado nesse documento, o trabalho médico vale pela qualidade científica e técnica e depende da organização que o estrutura e integra, enquanto as carreiras não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial e sem elas não haverá assistência de

boa qualidade.

Em múltiplas circunstâncias tem sido desencadeada uma campanha contra as carreiras profissionais, e particularmente contra as carreiras médicas, na base de acusações de mero carreirismo, de serem um factor bloqueador da produtividade e do desenvolvimento das instituições, e de visarem, apenas, a garantia de emprego. O objectivo essencial desta campanha é criar condições para as medidas de destruição das carreiras e a instauração de um quadro de total precarização dos regimes laborais.

Com a precarização laboral seria fácil impor todas as limitações economicistas à prestação de cuidados de saúde, eliminar a autonomia técnico-científica da profissão médica, fazer depender qualquer evolução profissional e salarial da “boa vontade” das administrações em função do “atestado de bom comportamento”, e impedir as contestações reivindicativas e as denúncias no seio das instituições de saúde. São amplamente conhecidas as consequências da precarização laboral nos mais variados sectores de actividade e, como tal, não se trata de especular.

No caso concreto da saúde, em que os ritmos da evolução do conhecimento científico se processam em graus elevados impondo uma contínua actualização formativa, a precarização e a indiferenciação profissional assumem uma acrescida gravidade. Trata-se de uma actividade que tem como objectivo supremo tratar doentes e salvar vidas humanas, e onde essa indiferenciação conduz a um substancial aumento do grau de probabilidade de estabelecimento de diagnósticos errados que poderão custar vidas humanas.

Mesmo numa perspectiva economicista, está amplamente demonstrado na bibliografia internacional que a inadequada formação técnico-científica se traduz em custos muito elevados a nível de meios complementares de diagnóstico e de consumo de medicamentos. Numa situação de insuficiência de conhecimentos, para chegar a um diagnóstico preciso são prescritos indiscriminadamente caros e sofisticados exames e um amplo leque de medicamentos na esperança de que algum produza efeitos.

As carreiras médicas, com todas as limitações e defeitos que lhes podem ser apontadas, têm constituído um instrumento decisivo no controlo e garantia da qualidade do exercício da profissão médica. Os principais beneficiários deste instrumento têm sido, claramente, os cidadãos portugueses quando necessitam de cuidados adequados para os seus problemas de saúde.

Sendo certo, que a medicina, ao contrário da matemática, não é uma ciência exacta, existindo uma enorme variação sintomatológica dentro dos mesmos quadros clínicos e a necessidade de estabelecer diagnósticos diferenciais entre diversas situações patológicas, tornam-se ainda mais exigentes o grau de preparação científica e o rigor do processo formativo. As carreiras médicas, ao estabelecerem etapas formativas e graus de progressão através da realização de concursos, garantem estes requisitos. E isto, embora existam múltiplas situações ao longo do tempo em que os concursos têm sido objecto de contestações judiciais devido às decisões dos respectivos júris pecarem por uma manifesta subjectividade na classificação dos candidatos.

Como então sublinhou o “Relatório sobre as Carreiras Médicas” os concursos, bem ou mal, têm mantido o nível profissional à altura dos cargos e funções, e têm constituído uma linha de defesa contra a intromissão de estranhos na escolha das competências. Mas

sabemos, pela experiência da vida, que tudo aquilo que é realizado por seres humanos está sujeito a defeitos e a um maior ou menor grau de subjectividade. Ora, os júris dos concursos não escapam a esta “regra” da vida, tornando-se indispensável estabelecer normas legais mais rigorosas nos critérios de classificação dos candidatos e uma clara responsabilização dos membros dos júris pela arbitrariedade e ilegalidade das suas decisões, em vez de, como preconizam algumas vozes, acabar com os concursos e estabelecer a via do convite pessoal dos directores de serviço para preencher os lugares.

Esta via, a ser implementada, implicaria a feudalização da vida hospitalar, a criação de clientelas de pessoas e de grupos, e a abolição de quaisquer princípios de transparência e isenção dos serviços públicos de saúde.

A manutenção e desenvolvimento das carreiras constituem pressupostos nucleares para que a prestação de cuidados de saúde assegure a qualidade e a eficácia de desempenho. As carreiras têm de ser encaradas como um processo dinâmico e em contínua melhoria e aperfeiçoamento, e não como um edifício legal cristalizado e imune aos novos e sucessivos desafios assistenciais e organizacionais.

Outro aspecto fulcral dos recursos humanos diz respeito à política de numerus clausus praticada pelas Faculdades de Medicina. Há largos anos que o número de admissões de estudantes não cobre as saídas de efectivos. Nesse sentido, temos assistido à progressiva diminuição do número de médicos e ao conseqüente envelhecimento da respectiva pirâmide etária, com a sua clara inversão.

Não estando em causa, nesta apreciação, a autonomia universitária, também é indispensável ter bem presente que esta autonomia não pode significar a ausência de cumprimento das necessidades nacionais de formação de novos médicos. Naturalmente, que esta exigência de formação acrescida tem de ser acompanhada das verbas adequadas a nível do financiamento destas instituições.

Segundo cálculos já apresentados pela Federação Nacional dos Médicos (FNAM) em Junho de 1997, dentro de 10 a 12 anos cerca de 70% dos médicos actualmente em funções passarão à situação de reforma. Também é sabido, que a formação de um novo especialista demora, incluindo os anos da faculdade, entre 10 e 13 anos, consoante a especialidade em causa.

Há, ainda, que ter em conta, que os médicos internos, os que estão a fazer a sua formação da especialidade, são elementos imprescindíveis na orgânica hospitalar. São o “sangue novo” que assegura a continuidade e a vitalidade do sistema de prestação de cuidados, a renovação de efectivos e a transmissão da experiência clínica por parte dos médicos mais diferenciados.

Apesar de se tratar de uma situação muito preocupante que exige medidas urgentes, as soluções têm sido sistematicamente adiadas pelos últimos ministérios da saúde.

Para além do aumento do número de vagas nas Faculdades de Medicina, impõem-se também uma alteração substancial na atribuição anual do número de vagas de acesso às especialidades por parte do Ministério da Saúde, com prioridade às carreiras de clínica geral e saúde pública, que são as carreiras onde o nível de envelhecimento actual atinge maiores proporções.

Hospitais

Os hospitais são organizações complexas, com múltiplos serviços de natureza diferente e aglomerando um elevado número de profissionais de áreas distintas. Estando fortemente dependentes de tecnologia sofisticada, os hospitais estão sujeitos, de forma inevitável, a grandes mutações e a um elevado grau de incerteza nos resultados.

Os hospitais não podem ser encarados isoladamente, mas como um elemento, ainda que importante, de um sistema integrado, o qual inclui os cuidados primários e os cuidados de carácter social.

Uma primeira questão que se coloca a nível destas organizações, é a necessidade de existir uma clara definição da sua missão. Segundo Federico Tobar “a missão é a contribuição da instituição à sociedade”, constituindo o pilar da estratégia (216).

Ainda segundo este autor, a definição da missão é a mais poderosa ferramenta de gestão que uma organização pode ter. Primeiro define-se a missão e só depois se pode planificar, desenvolvendo a sua capacidade para fazer o que deve fazer.

Para além das conhecidas situações existentes na organização dos nossos hospitais, é de fundamental importância proceder à desgovernamentalização das nomeações para os cargos de gestão, a começar pelos conselhos de administração, onde a sua nomeação deveria obedecer a orçamentos-programa baseados naquilo que cada hospital “deve fazer” para a população que está inserida na sua área geográfica.

De acordo com esta perspectiva, os directores de serviço deveriam ser nomeados em função da apresentação prévia de um contrato-programa devidamente articulado e hierarquizado com a missão definida globalmente para o hospital.

No final de cada ano, todas as actividades do hospital teriam de ser objecto de uma avaliação criteriosa, na base de parâmetros objectivos, e de uma efectiva responsabilização pelos resultados obtidos.

Em termos de organização interna deveria ser aplicado o diploma dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), criando estas estruturas intermédias de gestão que possibilitariam a descentralização da capacidade de decisão.

Os CRI's agrupariam serviços hospitalares afins e complementares, conduzindo à criação de departamentos. Esta agregação funcional permitiria rentabilizar mais adequadamente os meios disponíveis, diminuir os desperdícios, conferir maior articulação operacional entre as diferentes especialidades médicas e determinar, naturalmente, menores custos.

Em função dos resultados positivos obtidos seria aplicado um sistema de incentivos aos vários sectores profissionais dos CRI's, não só de incidência pecuniária como a nível de acções de formação, de estágios e de apoio à investigação.

Na sequência da publicação deste diploma, foi constituído o CRI da cirurgia cardiotorácica do Hospital da Universidade de Coimbra, dirigido pelo Prof. Dr. Manuel Antunes. Este CRI foi definido, por decisão ministerial, como o centro de referência a nível nacional.

Em cerca de 6 anos de funcionamento, esse CRI, que é o único a nível de todo o país, tem demonstrado as múltiplas potencialidades deste modelo. No entanto, é frequente surgirem apreciações de que a experiência deste serviço não é replicável, devido às particularidades da sua especialidade e às facilidades concedidas na sua criação e desenvolvimento. Ora, um modelo estabelece um conjunto de princípios e de metodologias gerais que o

caracterizam como tal, embora a sua aplicação prática não possa ser efectuada sem ter em conta as condições específicas dos serviços envolvidos e a própria cultura organizacional da instituição em causa. Neste contexto, o referido CRI é, naturalmente, replicável como acontece com qualquer outro modelo.

Considerar, à partida, que uma experiência com provas dadas não é replicável significa uma clara predisposição em não viabilizar a necessária melhoria contínua de desempenho dos serviços de saúde e uma aposta na manutenção da chamada “gestão corrente”.

Apesar deste CRI possuir um director que alia o facto de ser um excelente cirurgião a reconhecidas qualidades de gestor e de organizador, mal andaria a medicina portuguesa se não existissem outros médicos com idênticas condições para desenvolver adequadamente este modelo.

Mas as referidas apreciações tornam-se ainda mais frágeis quando escamoteiam a situação deste CRI se encontrar isolado dentro da orgânica do respectivo hospital, o que torna muito mais difícil o integral cumprimento dos seus objectivos e a mais eficaz rentabilização dos seus recursos.

A aplicação deste modelo, implica que cada hospital esteja totalmente estruturado em CRI 's , caso contrário estes centros serão sempre uma espécie de “ilhas” toleradas que poderão, em qualquer altura, ser objecto de medidas de asfixia orçamental e posterior liquidação.

A existência deste diploma é, por si só, uma demonstração cabal que não é necessária qualquer alteração ao enquadramento jurídico dos hospitais públicos para se poderem implementar soluções inovadoras de gestão e organização de serviços. A legislação geral da Administração Pública permite tais soluções, e quando são proferidas afirmações contrárias o seu objectivo só pode significar que lhes estão subjacentes outros pressupostos políticos baseados na alienação dos serviços públicos e da sua insubstituível função social. Outro aspecto de importância fundamental a nível dos hospitais seria a implementação de uma política bem definida em torno do desenvolvimento das farmácias hospitalares, que permitiria, entre outros aspectos, diminuir consideravelmente as despesas com os medicamentos utilizados em cada uma destas unidades.

CENTROS DE SAÚDE

Estas unidades de saúde têm sido definidas, e bem, como a “primeira linha” de combate à doença e o pilar essencial nas actividades de promoção da saúde.

A definição e correcta estruturação da medicina geral e familiar, a partir de 1982, veio possibilitar que estas unidades desempenhassem um papel de acrescida importância no seio das populações.

Ao longo dos anos, foram criados centros de saúde em todos os concelhos do país, muitos deles com várias extensões, garantindo uma ampla rede assistencial próxima dos cidadãos.

No entanto, têm-se acumulado nos últimos 10 a 15 anos diversos problemas cuja solução de fundo tem sido adiada e que tem determinado a degradação de aspectos essenciais do papel que lhes está atribuído. Desde logo, a carência de médicos(as) de família, de médicos (as) de saúde pública e de enfermeiros(as) e, por outro lado, a ausência de equipamentos

técnicos elementares na grande maioria destas unidades.

O progressivo decréscimo no número de médicos de família, com um déficit calculado em torno de 1000 médicos, contribuiu para existência de um número considerável de cidadãos que não estão inscritos nas respectivas listas de utentes. Este número está calculado em cerca de 1 milhão de pessoas, embora se coloquem diversos problemas quanto ao apuramento exacto deste número devido a existirem múltiplos casos em que se verifica a inscrição do mesmo cidadão em dois centros de saúde.

Esta situação é, por si só, muito elucidativa do baixo nível de informatização destas unidades de saúde, caso contrário seria muito fácil proceder ao respectivo cruzamento de dados e regularizar os casos detectados.

Apesar do número bastante deficitário de recursos humanos, 100% dos centros de saúde estão em funcionamento entre as 8 horas e as 20 horas, 69,5% tem atendimento até às 24 horas (INE, 1999) e 45% estão abertos as 24 horas diárias, todos os dias da semana. E mesmo com o decréscimo do número de médicos de família, verificamos que em 1990 foram efectuadas 22,7 milhões de consultas, enquanto que em 2000 esse número aumentou para 26,7 milhões. Quanto aos atendimentos efectuados nos SAP's (serviços de atendimento permanente) foram 3,3 milhões em 1990 e 5,5 milhões em 2000.

Estes números são elucidativos quanto ao volume de trabalho prestado pelos profissionais que trabalham nos centros de saúde. No entanto, há que ter também presente que em muitos deles se verifica uma notória limitação de espaço a nível dos gabinetes disponíveis para consulta, nomeadamente nos maiores centros urbanos, o que implica a partilha do mesmo gabinete, durante o horário diário, por 2 e 3 médicos em períodos sucessivos.

Nos centros urbanos, grande parte das instalações dos centros de saúde são constituídas por prédios destinados à habitação e que foram objecto de algumas adaptações já depois de adquiridos. Deste modo, a funcionalidade destas unidades não é a mais adequada, somando-se outros aspectos como a não existência de elevadores em várias dessas instalações, obrigando as pessoas mais idosas e as que são portadoras de incapacidades a subirem as escadas dos andares.

A nível dos serviços de atendimento permanente, existem múltiplas situações onde o apetrechamento técnico elementar está ausente como são os casos de electrocardiógrafos, pequenas unidades laboratoriais para efectuar análises elementares básicas e aparelhos de radiologia para efectuar, por exemplo, uma radiografia ao tórax. Assim, perante qualquer dúvida diagnóstica e sem possibilidade de recurso a meios complementares torna inevitável o reencaminhamento do doente para a urgência hospitalar mais próxima.

O investimento devidamente programado nestes meios complementares de diagnóstico permitiria diminuir grande parte desses reencaminhamentos, diminuindo o volume de trabalho diário das urgências hospitalares. Como é sabido, o número excessivo de urgências obriga a uma mobilização acrescida de recursos para esta área que se traduz, inevitavelmente, numa desregulação de toda a actividade programada do hospital.

A tradição hospitalocêntrica dos serviços de saúde do nosso país tem conduzido a um marcado desinvestimento nos cuidados primários, o que contribui, de forma clara, para a criação de um clima psicológico entre os cidadãos de que a solução dos seus problemas de saúde reside no recurso indiscriminado às urgências hospitalares. Mas esta tradição tem ainda uma expressão muito concreta quando verificamos que existe uma relação de 1

médico de família para 3,6 médicos hospitalares. Ora, tendo em conta que a “primeira linha” de combate à doença se situa nos cuidados primários, o número de médicos de família deveria ser superior ao de médicos hospitalares, assegurando a esse nível a resolução da maioria dos problemas de saúde detectados.

A articulação entre hospitais e centros de saúde assume, assim, uma importância capital na melhoria e desenvolvimento da política de saúde, assegurando uma maior eficiência e eficácia de desempenho na contínua actividade assistencial. E quando se fala em articulação, tal significa um conceito completamente distinto das perspectivas traçadas pelo ministério de Luís Filipe Pereira de proceder à anexação dos centros de saúde pelos hospitais nas respectivas áreas geográficas.

A política de anexação determinaria, no imediato, a integral destruição dos cuidados primários de saúde e a redução dos centros de saúde a meros postos de consultas sem qualquer vertente preventiva e de incidência familiar e comunitária.

A articulação implica o respeito e a salvaguarda das funções específicas de cada um destes níveis de prestação de cuidados, com a criação de instrumentos que assegurem os seus objectivos operacionais, nomeadamente a existência de sistemas locais de saúde agrupando os centros de saúde e o hospital de referência na mesma área geográfica.

Grande parte da solução dos problemas existentes no nosso sistema de saúde passa pelas medidas que forem adoptadas a nível dos centros de saúde.

O retorno ao enquadramento legal do D.L. n.º 157/99 (centros de saúde da 3.ª geração) possibilitaria estabelecer uma base de partida para um posterior desenvolvimento de soluções técnicas e sociais devidamente fundamentadas.

As medidas mais relevantes a adoptar seriam as seguintes:

- Conferir autonomia técnica, administrativa e financeira aos centros de saúde, no pressuposto natural de uma maior responsabilização institucional.
- Estruturação da actividade de cada centro de saúde em unidades funcionais e unidades de saúde familiar assentes em equipas multiprofissionais.
- Implementação de unidades básicas de urgência devidamente dotadas de meios técnicos.
- Criação e estruturação de uma hierarquia técnica que anule a atomização e isolamento do trabalho diário dos médicos de família.
- Desenvolvimento da experiência do regime remuneratório experimental (RRE) da clínica geral que assenta em equipas multiprofissionais dotadas de autonomia profissional, embora esta autonomia esteja regulada por um manual de procedimentos.

Este regime está enquadrado por mecanismos de contratualização com as respectivas ARS's na base de orçamentos-programa anuais e desenvolve uma política inovadora de incentivos de desempenho aos médicos que integram cada equipa.

Estando em vigor desde 1998 e tendo sido já objecto de diversas avaliações a nível da própria Direcção-Geral da Saúde, impõe-se a sua passagem de experimental a definitivo e a extensão da política de incentivos aos outros sectores de profissionais envolvidos como medida essencial para aprofundar a motivação e o espírito de

equipa.

Além das questões agora abordadas, importa ter presente que a dinamização do SNS implica substanciais alterações na política dos medicamentos, dado que eles representam actualmente uma das componentes mais elevadas das despesas na saúde.

A sistemática transigência do Poder político para com os poderosos círculos de interesses das entidades que se encontram instaladas no sector dos medicamentos tem conduzido ao contínuo aumento das despesas por parte do Estado e dos cidadãos, e a situações como a que foi referida pelo “Diário de Notícias” (23/12/2005) em que o Estado pagou 21 milhões de euros em juros de uma dívida de 481 milhões de euros à ANF, quando se esse pagamento tivesse sido efectuado pela dívida pública só teria implicado 13,7 milhões de euros, poupando 7,3 milhões.

Apesar da sua enorme importância, optei por não proceder ao desenvolvimento desta política sectorial, dado o carácter marcadamente técnico de muitos dos seus aspectos.

A rentabilização dos serviços públicos de saúde impõe a articulação integral dos vários níveis de prestação de cuidados, com a colocação dos cuidados primários e da medicina familiar no eixo central do sistema.

Neste contexto, a adequada regionalização dos serviços de saúde implica a descentralização dos processos de tomada de decisão no pressuposto de que o nível regional de decisão é o que se encontra em melhores condições para definir com pertinência as necessidades de saúde de uma população.

As limitações económicas e o peso crescente das despesas da saúde conduzem à necessidade de limitar a dispersão dos pólos de alta tecnologia médica, tendo em conta o elevado custo destes equipamentos e, sobretudo, a carência de recursos humanos especializados que só garantem a sua qualidade de desempenho na base de uma prática profissional frequente. Deste modo, é indispensável proceder à elaboração de uma “carta” actualizada de equipamentos que assegure uma correcta planificação dos investimentos e da implantação destes recursos, evitando situações de multiplicações indiscriminadas ao sabor de exigências populistas e eleitoralistas de grupos locais.

Nalgumas zonas do nosso país, a ausência dessa planificação e a cedência às tentações eleitoralistas permitiram situações de clara irracionalidade com a construção de vários hospitais num raio de poucas dezenas de quilómetros.

Na perspectiva dos interesses bairristas, um bom sistema de saúde só seria possível com um centro de saúde em cada esquina e com um hospital em cada freguesia.

Num momento, como o actual, em que existe uma ampla difusão da tecnologia informática, torna-se indispensável o seu adequado desenvolvimento a nível das unidades de saúde, nomeadamente a ligação em rede dos hospitais e centros de saúde em cada área geográfica e a implementação generalizada da telemedicina.

Relativamente ao papel das A.R.S.s, deviam ser-lhes atribuídas as funções de agências de contratualização mediante um processo de desconcentração das atribuições do Instituto de Gestão Financeira do Ministério da Saúde.

As Sub-Regiões de cada A.R.S., que foram criadas com um âmbito geográfico coincidente com os distritos, deveriam ser eliminadas, dado que ao longo dos anos da sua existência

não têm demonstrado qualquer vantagem organizacional e operacional. Estas estruturas, sem autonomia de decisão, têm multiplicado serviços e cargos em cada A.R.S. cuja única “vantagem” tem sido possibilitar a colocação de um número alargado de nomeados.

No âmbito da participação dos cidadãos, torna-se indispensável constituir o Conselho Nacional da Saúde que se encontra previsto na legislação desde 1979 e que sempre foi boicotado pelo Poder político. A nível das A.R.S.s deveriam existir conselhos regionais de saúde que possibilitariam uma participação descentralizada e mais próxima.

Tendo em conta que já se iniciaram no nosso país, à semelhança do que acontece noutros, as situações de gestores que saltam automaticamente do sector público para o privado e vice-versa, há que implementar medidas rigorosas em torno das chamadas declarações de interesses com o objectivo de impedir este tipo de promiscuidade. Há que ter bem presente que, no passado recente, alguns dos casos implicaram pessoas no exercício de funções governativas e de importantes estruturas ministeriais intermédias.

Em conclusão, a reformulação de diversos aspectos da política de saúde deverá ter como princípio inalienável a função social dos serviços públicos e o seu papel insubstituível de garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Nesse sentido, e independentemente das já conhecidas formas dissimuladoras, importa não esquecer que a metodologia privatizadora aplicada nos vários países se baseia em 3 etapas fundamentais: desregulamentação do mercado; transformação dos serviços públicos em empresas por acções; e o processo de privatização real quando o Estado vende as acções.

Ao contrário do que afirmam os propagandistas neoliberais, não é a titularidade da propriedade dos terrenos e instalações por parte do Estado que define a manutenção de um serviço público. Aliás, em múltiplos casos os serviços públicos estão instalados em edifícios alugados que não são, por conseguinte, propriedade do Estado, e não é esta situação que determina que passem a dispor de uma natureza privada.

Os serviços públicos de saúde necessitam de gestores competentes e empenhados no cumprimento dos respectivos objectivos sociais, e os resultados destes serviços têm de ser avaliados em termos de ganhos a nível da morbilidade e dos indicadores de saúde, mais do que o simples controlo orçamental.

O facto de se tratarem de serviços públicos que funcionam sem interrupção durante todos os dias do ano, torna-os mais dispendiosos que quaisquer outros e com maiores dificuldades de aplicação de medidas administrativas rígidas de contenção orçamental.

Como já foi referido anteriormente, a contenção dos custos visa, sobretudo, as restrições de cuidados de saúde através da imposição, por parte de gestores e consórcios privados, de medidas violadoras da autonomia técnica e científica dos médicos. No entanto, em diversos países, sempre que se colocam problemas judiciais resultantes de queixas apresentadas pelos doentes ou seus familiares, são os médicos a responder nos tribunais e a sofrer as eventuais sanções.

Torna-se cada vez mais claro que investir na saúde é investir na competitividade de um país, existindo uma ampla experiência internacional que demonstra que um país não pode aspirar a um adequado nível de crescimento e competitividade se o seu sistema de saúde é ineficiente ou está subfinanciado.

A política neoliberal em desenvolvimento, face aos seus resultados desastrosos e

profundamente penalizadores de amplas camadas sociais, tem aumentado, de forma constante, o número dos que se opõem aos seus objectivos. Apesar dos intensos esforços políticos e ideológicos do neoliberalismo para limitar a contestação, verificamos que mesmo em sectores tradicionalmente conservadores são cada vez mais as vozes dissonantes que surgem a defender o direito social e humano à saúde, opondo-se à sua mercantilização.

Um dos exemplos marcantes desta realidade é a Associação Católica Canadiana da Saúde (ACCS) que, no seu site, divulgou uma carta enviada, em Fevereiro de 2000, ao primeiro-ministro canadiano onde manifestou a sua contestação ao projecto de privatização dos cuidados de saúde do governo provincial de Alberta e apelou para que fossem adoptadas medidas visando proteger e desenvolver o sistema público de saúde deste país (218).

No âmbito da posição tomada, o site divulgou declarações de 2 dirigentes desta associação. Mary Pat Skene afirmou que: “É claro que o nosso sistema de saúde começa a desfazer-se. Ele desfaz-se sob o efeito das restrições orçamentais impostas pelo governo federal às províncias no quadro da transferência canadiana em matéria de saúde e de programas sociais, e da falsa doutrina que a privatização com fins lucrativos é a solução dos problemas do sistema público”.

O presidente da ACCS, Richard Haughian, referindo-se ao projecto privatizador do governo de Alberta, afirmou que: “Esta decisão vai para além da simples procura de meios para aliviar as restrições federais e as listas de espera. É um golpe nos próprios princípios que sustentam o sistema de saúde pública nacional do Canadá. É uma iniciativa visando, por sua vez, sancionar e instaurar um sistema de saúde privado paralelo, com todos os aumentos de custos e as desigualdades em termos de acesso que daí resultarão se o governo de Alberta alcançar os seus fins”.

Importa ainda referir que entre as medidas apresentadas na carta da ACCS uma delas exigiu que os cuidados de saúde e os serviços sociais fossem excluídos da aplicação de todos os acordos comerciais da OMC.

Embora a situação decorrente da generalização da política neoliberal a nível internacional coloque profundas preocupações e esteja a conduzir ao desespero, pela sobrevivência, amplas camadas sociais no mundo inteiro, também é verdade que este modelo apresenta inequívocos sinais de esgotamento. A profunda crise política, económica e de valores que se manifesta há vários anos acabará por determinar a criação de soluções alternativas.

Sabemos, em termos históricos, que a agudização das crises estruturais se traduziu sempre em rupturas mais ou menos violentas com a velha ordem política decadente e deu lugar a novas realidades. No entanto, o surgimento de políticas alternativas nunca constituiu um processo de geração espontânea ou de origem determinista, mas sim o resultado de amplas acções de participação e intervenção organizada dos cidadãos afectados pelas consequências dessa crise.

No caso concreto do nosso país, e no que se refere à defesa do SNS e restantes áreas sociais, há que dinamizar todos os mecanismos de participação e envolvimento dos cidadãos, partindo do princípio de que o exercício pleno dos direitos de cidadania constitui um poderoso instrumento democrático para contrariar e derrotar as políticas geradoras da miséria e da exclusão social e humana.

Independentemente das vicissitudes políticas e das tentativas de liquidação do direito

constitucional à saúde, o SNS é e será a solução adequada para a resposta aos problemas de saúde de todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação sócio-económica.



BIBLIOGRAFIA

1. Mendes, J.. A hospitalização em Lisboa, 1942
2. Ordem dos Médicos. Relatório sobre as Carreiras Médicas, 1961.
3. OMS; UNICEF, FNUAP. Relatório sobre a mortalidade materna.

URL:www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality-2000/maternal-mortality-2000.pdf

4. European Observatory on health Care Systems: Portugal, 1999.
URL: www.euro.who.int/document/e68284.pdf
5. OMS. Relatório Mundial 2000.
URL: who.int/whr2001/2001/archives/2000/fr/index.htm.
6. Villaverde Cabral, M.; Alcântara da Silva, P.; Mendes, H.. Saúde e Doença em Portugal, 2002.Edit.Imprensa de Ciências Sociais.
7. Argenpress. ENRON suborno al fisco.
URL: www.argenpress.info/nota.asp?mm=001756
8. Argenpress. La quiebra da ENRON corp.
URL: www.argenpress.info/nota.asp?mm=000015
9. Sader, E.. Público Versus mercantile.
URL: [//alainet.org/active/show-news.phtml?news-id=3804](http://alainet.org/active/show-news.phtml?news-id=3804)
10. Cañizares cárdenas, J.L.. Globalización neoliberal y desarrollo: mito y realidades.
URL: www.nodo50.org
11. ELPE:Adam smith.
URL:www.geocities.com/wallstreet/floor
12. ELPE.David Ricardo
URL: www.geocities.com/WallStreet/Floor
13. Bejarano, J.A.. Qué es neoliberalismo?
URL: www.banrep.gov.co/blaavirtual/credencial/9102.htm
14. Ferrari, M.A.. Neoliberalismo, el museo del horror.
URL: www.rebellion.org
15. Barlow, M.. GATS: a última fronteira da globalização.
URL: [//resistir.info/ambiente/barlow-gats.html](http://resistir.info/ambiente/barlow-gats.html)
16. Dávalos, P.. Banco Mundial, reforma estrutural y neoliberalismo.
URL: www.lainsignia.org/2003/agosto/econ-019.htm
17. Stiglitz, J.. Lo que aprendí sobre la crisis económica mundial desde el FMI
URL: www.rebellion.org/economia/030901stiglitz.htm
18. Van den Eynde, A.. El poder de las multinacionales.
URL: rebellion.org/economia/03029eynde.htm
19. Ferrari, MA.. Argentina: neoliberalismo y inundaciones.
URL: lainsignia.org/2003/mayo/ibe-061.htm
20. Harnecker, M.. Contra la globalización neoliberal, por una globalización humanista y solidária.
URL: www.lafogata.org/harnecker/h5.htm
21. Fonseca, R.. Marxismo e Globalização. Edit. Campo das letras (2001).
22. Azvedo, D.. El neoliberalismo es la muerte.
URL: www.rebellion.org/brasil/030519azvedo.htm
23. Sader, E.. Erase una vez el neoliberalismo?
URL: www.rebellion.org/economia/030630neoliberalismo.htm
24. Research Unit for Political Economy of Mumbai (India). Globalisation.
URL: www.rupe-india.org/35/globalisation.html

25. Cañizares Cárdenas, J.L.. Globalización neoliberal y desarrollo: mito y realidades.
URL: www.nodo.org
26. Herrerra, R.. Existe un pensamiento único en economía política?
URL: www.fes.ner.ac.cr/~historia/pdf/030822herrera.pdf
27. Busto Mauléon, L.M.. ElAGCS o la privatización mundial de los servicios públicos.
URL: rebellion.org/economia/030729.ages.htm
28. Tavares, M.C.. Acordo de investimentos, privatizações e cidadania.
URL: www.eco.unicamp.br/artigos/tavares/artigo12.htm
29. Kessler, T.. Del contrato social a los contratos privados.
URL: www.argenpress.info/nota.asp?num=001676
30. Argenpress. Que hay detrás de la quiebra de ENRON?
URL: www.argenpress.info/nota.asp?num=000014
31. Argenpress.La quiebra da ENRON corp.
URL: www.argenpress.info/nota.asp?num=000015
32. Argenpress. ENRON: primer ejecutivo preso.
URL: www.argenpress.info/nota.asp?num=004967
33. Mokhiber, R.; Weissman, R..En caso de duda, destruylo.
URL: www.lainsignia.org/2002/enero/econ-008.htm
34. Iglesias, E.. Italia: Parmacrack.
URL: Lainsignia.org/2004/enero/econ-009.htm
35. Argenpress. El escandalo de Parmalat.
URL: argenpress.info/nota.asp?num=007614
36. Ramonet, I.. El escândalo Parmalat.
URL: www.rebellion.org/economia/040204ramonet.htm
37. Toussaint, E.. ENRON y compañía (I)
URL: www.lainsignia.org/2004/febrero/econ_040.htm
38. Toussaint, E.. ENRON y compañía (III)
URL: www.lainsignia.org/2004/marzo/econ_006.htm
39. Otero, L.. La OMC, paraíso del Neoliberalismo.
URL: www.rebellion.org/sociales/030917otero.htm
40. Van den Eynde, A.. El poder de las multinacionales.
URL: www.rebellion.org/economia/030902eynde.htm
41. Akça, I.. Globalizaõn, estado y trabajo.
URL: www.rcci.net/globalizacion/2003/fg350.htm
42. Wallerstein, I.. La debilidad de EENN y la lucha por la hegemonia.
URL: www.rcci.net/globalizacion/2003/fg363.htm
43. Lacqua, A.. La decomposición económica de Estados Unidos.
URL: www.rebellion.org/economia/030420lacqua.htm
44. Oxley, G..Taxe Tobin et protectionnisme.
URL: www.lariposte.com/11/taxe_tobin_et_protectionnisme.html
45. Martin, H-P; Schumann, H.. A Armadilha da Globalizaçãõ.
Edit.Terramar.
46. CMI Brasil. Economista argentino defende privatizaçãõ das ruas.
URL: www.midiaindependente.org/pt/blue/2003/04/252099.shtml

47. Mészáros, I.. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda.
URL: [//resistir.info/crise/desemprego-precarizacao.html#asterisco](http://resistir.info/crise/desemprego-precarizacao.html#asterisco)
48. Waitzkin, H.; Iriart, C.. How the United States exports managed care to third-world countries. *Monthly Review*, vol. 52, number 1.
URL: [www.monthlyreview.org/500 waitz.htm](http://www.monthlyreview.org/500_waitz.htm)
49. Terris, M.. National Health Insurance in the United States: A drama in too many acts. *Journal of public Health Policy*.
URL: [//members.aol.com/jphpterris/ntlhealins.htm](http://members.aol.com/jphpterris/ntlhealins.htm)
50. Sevilla, F.; Navarro, V.. La competencia gestionada: ¿sus méritos nos permiten conocer el bosque?. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, num. 4, Outubro/Diciembre 1997.
URL: www.dinarte.es/ras
51. Terris, M.. The neoliberal triad of anti-health reforms: government budget cutting, deregulation and privatisation. *Journal of Public Health Policy*.
URL: [//members.aol.com/jphpterris/neoliberal.htm](http://members.aol.com/jphpterris/neoliberal.htm)
52. Hacker, J. S.; Marmor T.. How not to think about managed care. *University of Michigan Journal of Law Reform*, vol. 32, issue 4, summer 1999.
URL: [//students.law.umich.edu/mjlr/](http://students.law.umich.edu/mjlr/)
53. Marwick, C.. US report warns that lack of health insurance affects overall service provision. *BMJ* 2003; 326: 570 (15 March).
URL: www.bmj.com/cgi/content/full/326/7389/570/d
54. Tanne, J.H.. Figures show more Americans do not have insurance. *BMJ* 2004; 329: 530 (4 September).
URL: www.bmj.com
55. Marmor, T.; Sullivan, K.. Who's shaping the debate on health care reform?
URL: [//cthealthh.server101.com](http://cthealthh.server101.com)
56. Navarro, V.. The inhuman state of U.S. Health Care. *Monthly Review*, vol. 55, number 4.
URL: [monthlyreview.org/0903 navarro.htm](http://monthlyreview.org/0903_navarro.htm)
57. *New York Times*. Overhauling Vaccine Policy.
URL: www.nytimes.com/2003/08/05/politics/05vacc.html?hp
58. Families USA. One in three: Non-elderly Americans without health insurance, 2002-2003. June 2004.
URL: www.familiesusa.org/site/doc.server/82million-uninsured-report.pdf?docID=3641
59. Himmelstein, D.N.; Woolhandler, S.; Wolfe, S.M.. Health Bureaucracy: US vs Canada.
URL: www.cthealtht.server101.com/david_himmelstein.htm
60. Gelder, S.V.. Making sense of health care.
URL: www.context.org/iclib/ic39/vanGldr.htm
61. Moynihan, R.. Another US healthcare giant is hit by scandal. *BMJ* 2003; 327: 1128 (15 November).
URL: www.bmj.com
62. Woolhandler, S.; Himmelstein, D.. The high cost of for-profit care. *Can. Med. Assoc. J.*, June 2004; 170: 1814-1815.

- URL: www.cmaj.ca
63. Charaton, F.. Health insurance fraud rises in the United States. *BMJ* 2003; 327: 1010 (1 November).
URL: www.bmj.com/cgi/content/full/327/7422/1010-g
64. Terris, M.. Lean and mean: the quality of care in the era of managed care. *Journal of Public Health Policy*.
URL: [//members.aol.com/jphpterris/leanmean.htm](http://members.aol.com/jphpterris/leanmean.htm)
65. Jones, W.A.. We must act on health care. *Connecticut Coalition for Universal Health Care*.
URL: [//cthealtht.server101.com/index.html](http://cthealtht.server101.com/index.html)
66. Navarro, V.; Sevilla, F.. La competencia gestionada: Sus méritos nos permiten conocer el bosque?. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, num. 4, Octubre/Diciembre 1997.
URL: www.dinarte.es/ras
67. Frenk, J.. El financiamiento como instrumento de política pública. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 103(6), 1987.
68. Vassalo, C.; Sellanes, M.; Freylejer, V.. Salud, mercado y Estado. *Fundación Isalud*.
URL: www.isalud.org/html/site/documentos/12-arquivo-economia-salud.pdf
69. Labra, M.E.. La reinversión Neoliberal de la inequidad en Chile: El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4): 1041 – 1052, jul-ago, 2002.
URL: www.scielosp.org
70. peppers, S.. Propuestas para una reforma en salud. *Revista Médica de Santiago*, vol. 4, num. 18, Septiembre 2001
URL: [//bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/030302.htm](http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/030302.htm)
71. El siglo. Senado da luz verde a privatización de hospitales.
URL: www.elsiglo.cl/1155/textos/28.html
72. Mundo Posible. Colegio Médico Reiteró rechazo a proyecto de la salud (21/1/2004).
URL: www.mundoposible.ch
73. El Siglo. Los que más sabemos de salud estamos acá.
URL: www.elsiglo.cl/1171/textos/05.html
74. Mundo Posible. Más de tres mil médicos van a huelga este miércoles en Chile (1/12/2003).
www.mundoposible.cl
75. Mundo Posible. Senado chileno aprobó proyecto de reforma a la salud (21/1/2004).
www.mundoposible.cl
76. Working for Patients. The Health Service: caring for the 1990s / A Summary of the white paper on the government's proposals following its review of the NHS. 1989
77. Navarro, V.. The Reliance of the U.S. experience to the reforms in the British National Health Service: The case of general practitioner fund holding. *International Journal of Health Services*, volume 21, Number 3/1991
www.baywood.metapress.com
78. Repullo Labrador, J.R.. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del Mercado interno británico (2ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra). *Revista de Administración Sanitaria*, vol. II, número 7. Julio/Septiembre 1999.

www.dinarte.es/ras/ras7/inter.htm

79. Repullo Labrador, J.R.. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (1ª parte: competencia, función de compra y contratos). Revista de Administración Sanitaria, vol. II, numero 6. April/June 1998.
www.dinarte.es/ras/ras6/inter.htm
80. Jornal Tempo Medicina (26/1/1998). Que a reforma seja aperfeiçoamento e não só mudança.
81. Webster, C.. Look back in wonder. Health Matters, issue 39, winter 1999/2000.
www.healthmatters.org.uk/stories/wlbster.htm
82. Unison.Public Service/Private Finance: affordability, accountability and the two-tier workforce.
83. Centre for Public Services. Private Finance Initiative and Public Private Partnerships: What future for public services?
[//cps.redsys.com/briefings/pfi-and-ppp.html](http://cps.redsys.com/briefings/pfi-and-ppp.html)
84. Unison.Seven reasons why public private partnerships do not improve public services.
www.unison.org.uk/pfi/caseagainst.asp
85. UNISON.PFI creates “institucional apartheid” says Commons Health Committee. March 1999
www.unison.org.uk/pfi/apart.htm
86. Smith, R.. PFI: perfidions financial idiocy. BMJ, 1999; 319: 2-3 (3 July).
www.bmj.com/cgi/content/full/319/7201/2
87. Gaffney, D.; Pollock, A.M.; Price, D.; Shaoul, J.. PFI in the NHS – is there an economic case?.BMJ, 1999; 319: 116-119 (10 July).
www.bmj.com/cgi/content/full/319/7202/116
88. Pollock, A; vichers, N. Private pie in the sky. Public Finance.
www.cipfa.org.uk/publicfinance/search-details.ihtml?News-id=4718
89. PFI is bad for your health.
90. Gaffney, D; Pollock, A.M.; Price, D; Shaoul, J. NHS capital expenditure and the private finance iniciative – expansion or contraction. BMJ, 1999; 319: 48-51 (3 July).
www.bmj.com/cgi/content/full/319/7201/48
91. Public Finance. Commons committee sits on PFI fence.
www.cipfa.org.uk/publicfinance/news-details.ihtml?news-id=12951
92. Moore, W.. Public bodies should taka more care in managing PFI. BMJ 2002; 325:66 (13 July).
www.bmj.com/cgi/content/full/325/7355/66/m
93. Centre for Public Services. The private finance in the NHS.
www.centre.public.org.uk/briefing/pfi.html
94. Pollock, A.; Shaoul, J.; Rowland, D.; Playes, S. Public Services and the Private Sector: A response to the IPPR. Catalyst (November 2001).
www.catalystforum.org.uk/pubs/paper1.html
95. Ferriman, A.. Private finance sheme for Worcester “will cut bed.” BMJ 2000; 320: 1625 (17 June).
www.bmj.com/cgi/content/full/320/7250/1625
96. PFI deal puts Worcester bed at risk.

97. Price, D.; Gaffney, D.; Pollock, A.. The only game in town?/A report on the Cumberland Infirmary Carlisle PFI. UNISON (December 1999)
www.unison.org.uk/acrobat/10607.pdf
98. Lister, J.. Bed losses in the NHS PFI schemes.
99. Price, D; Pollock, A. Debts, deficits and service reductions.UNISON (April 2002)
www.unison.org.uk/acrobat/b324.pdf
100. Jaffe, M.. PFI – Its time has passed. Unison.
www.unison.org.uk/pfi/50599.htm
101. Pollock, A.. Bad Medicine.New InternationalistMagazine, April 2003.
www.newint.org/issue355/bad.htm
102. Macwhirter, I.. Public sector timeshares. Public Finance.
www.publicfinance.co.uk/pf_new/search_details.ihtml?news-id=2135
103. Public Finance. SNP election vow to end the PFI (5/10/2002).
www.publicfinance.co.uk/newdigest_details.ihtml?News_id=14210
104. Public Finance. SNP bids to undercut the PFI.
www.cipfa.org.uk/pf_new/search-details.ihtml?news_id=7753
105. Public Finance. Doctors Unite against PFI.
www.cipfa.org.uk/pf_new/search_details.ihtml?news_id=2391
106. The private finance initiative, a threat to the NHS (The report coming. Out from a conference held in Oxford on 16 th September 2000)
www.webpan.com/cymru/hospitals/confreport.htm
107. Public Finance. Trade Unions lounch attack on PFI and PPPs.
www.cipfa.org.uk/pf-new/search-details.ihtml?news_id=6300.
108. Public Finance. Health academics slam NHS plans.
www.publicfinance.co.uk/pf-news/search-details.ihtml?news_id=9421
109. Public Finance. PFI conferences vote “will be ignored” by Labour leaders (3/10/2002).
www.cipfa.org.uk/publicfinance/news_details.ihtml?news_id=14164
110. Public Finance. Blair offers two-tier reform in return for union co-operation over the PFI (5/10/2002).
www.publicfinance.co.uk/news-details.ihtml?news_id=14229
111. Sachdev, S..Paying the cost?, Public Private Partnerships and the public service workforce. Catalyst (June 2004)
www.catalystforum.org.uk/pdf/ppp.pdf
112. Public Finance. Hospital Workers Strike cigainst PFI pension deal.
www.cipfa.uk/pf-new/search-details.ihtml?news_id=111
113. Sachdev, S.. Contracting culture: from CCT to PPPs. UNISON (November 2001)
www.unison.org.uk/acrobat/12080.pdf
114. UNISON. Former Blair health advisor joins private firm (21/5/2004).
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1458
115. Smith, R.. Changing “leadership” of the NHS. BMJ 2003; 326. (21 June).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7403/0-g
116. Dyer, O.. News health secretary vows to continue NHS reform agenda. BMJ 2003; 326: 1347 (21 June)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7403/1347?

117. UNISON. How the big five accountancy firms influence and profit from privatisation policy.
www.unison.org.uk/acrobat/B362.pdf
118. Gosling, P. Counting the cost. Public Finance.
www.publicfinance.co.uk/features-details.ihtml?news_id=13477
119. Gosling, P.. Stitched up: how de big four accountancy firms have PFI Under their thumbs (January 2003). UNISON.
www.unison.org.uk/acrobat/b681.pdf
120. UNISON. Profiting from PFI (February 2003).
www.unison.org.uk/acrobat/13227.pdf
121. UNISON. Refinancing hits cash-strapped hospital (4/12/2003).
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1246
122. UNISON. Scottish Executive asks for PFI advice off failed PFI provider (17/2/2004).
www.unison.org.uk/news/news_views.asp?did=1337
123. Pollock, A; Price, D.. We are left footing the PFI bill. Guardian (27/2/2004)
[//society.guardian.co.uk](http://society.guardian.co.uk)
124. UNISON. Pay and conditions claim for private contract staff/East London Health Trusts (July 2002).
www.unison.org.uk/acrobat/B390.pdf
125. Pollock, A; Price, D.. Public risk for private gain? / The public audit implications of risks transfer and private finance (July 2004). UNISON
www.unison.org.uk/acrobat/B1428.pdf
126. Lister, J.. The PFI experience/voices from the frontline (March 2003). UNISON
www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf
127. Lister, J.. Not so great/voices from the frontline at the Great Western PFI Hospital in Swindon (October 2003). UNISON
www.unison.org.uk/acrobat/13673.pdf
128. Macalister, T.. PFI triples profits, say firms (8/9/2003). Guardian.
[//society.guardian.co.uk](http://society.guardian.co.uk)
129. Public Finance. Treasury's Smith stands by PPP schemes.
www.cipfa.org.uk/pf_news/search_details.ihtml?News_id=6335
130. Barnett, A.. Scandal of city tycoons £170m hospital profits (4/7/2004). Guardian.
[//society.guardian.co.uk](http://society.guardian.co.uk)
131. Leigh, D.; Evans, R.; Harriman, E.. US firms get results for NHS – But solft sell Maskes an expensive truth (30/9/2004). Guardian.
[//society.guardian.co.uk](http://society.guardian.co.uk)
132. UNISON. NHS cancer-care contract handed to private company (8/9/2004).
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1655
133. Shifrin, t.. Healthcare fails to keep pace with NHS (21/9/2004). Guardian.
[//society.guardian.co.uk](http://society.guardian.co.uk)
134. Gosling, P.. PFI: against the public interest/Why a “licence to print money” can also be a recipe for disaster (29/7/2004). UNISON
www.unison.org.uk/acrobat/B1457.pdf
135. Daing PFI: the private finance initiative in the NHS.

136. Pollock, A.. PFI versus democracy. Cardiff University.
www.cardiff.ac.uk/news/02-03/021114/lecture.html
137. Warden, J.. UK waiting lists grow longer. *BMJ* 1998; 316: 1625 (30 May).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/316/7145/1624
138. BBC. NHS waiting lists. *BBC News* (16/3/2002).
[//news.bbc.co.uk/1/hi/health/1990909.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1990909.stm)
139. UNISON. Private companies stitch up NHS (5/4/2002).
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1319
140. Price, D.. Profiting from closure: the private finance initiative and the NHS. *BMJ* 1997; 315: 1479-1480 (6 December).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7121/1479
141. Rathfelder, M.. All those in favour of Hutton?. *Health Matters*, Issue 40, Spring 2000.
www.healthmatters.org.uk/stories/rathfeld.html
142. Werner, D. El sueño debe reviver. *Revista del Sur*, n.º 145/146 – Noviembre / Diciembre 2003
www.redtercermundo.org.uy/revista_del_sur/texto_completo.php?id=269
143. Iriart, C.; Waitzkin, H. El camino a la privatización del sistema de salud. *Escenario 2*.
www.escenario2.org.uy/numero2/iriart_waitzkin.html
144. Institute of Medicine. *Shaping the future for health / Care without coverage* (May 2002).
www.iom.edu
145. Devereaux, PJ et al.. A systematic review and meta – analysis of studies comparing mortality rates of –profits and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, May 2002; 166: 1399-1406.
www.cmaj.ca/cgi/content/full/166/11/1399
146. Devereaux, PJ et al.. Payments for care at private for-profit and not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, Jun 2004; 170: 1817-1824
www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/12/1817
147. Physicians for a national Health Program. For – profit hospitals are costlier than non-profit (June 7, 2004)
www.pnhp.org/news/2004/june/forprofit_hospitals_php
148. Families USA. \$ 1.1 bilion in children’s health insurance funds to be returned to U.S. Treasury. *Special Report*, September 2004.
www.familiesusa.org/assets/pdfs/SCHIP-Funds-Returned-to-treasury.pdf
149. Families USA. Approximately half of Americans in Medicare are at risk of losing coverage when the new law is implemented. *Special Report*, October 20, 2004.
www.familiesusa.org/assets/pdfs/approximately-half-of-americans-in-medicare-are-at-risk-of-losing-coverage.pdf
150. Kuttner, R. Must good HMOs go bad? First of two parts: the commercialisation of pre-paid group health care. *New England Journal of Medicine* – May 21, 1998 – vol.. 338, number 21
www.nejm.org/content/1998/0338/0021/1558.asp

151. Kuttner, R. Must good HMOs go bad? Second of two parts: the search for check and balances. *New England Journal of Medicine* – May 28, 1998 – vol. 338, number 22
www.nejm.com/content/1998/0338/0022/1635.asp
152. Charantan, F. US doctors win first round in battle for right to negotiate with HMOs. *BMJ* 2000; 321: 72 (8 July)
www.bmj.com/cgi/content/full/321/7253/72/i
153. Himmelstein, Du; Woolhandler, S. A National health program for the United States: a physician's proposal. *New England Journal of Medicine* – January 12, 1989 – vol. 320: 102-108, number 2.
www.nejm.org/cgi/content/full/320/2/102
154. Gottlieb, S. Half of US doctors want national health insurance programme. *BMJ* 2003; 327: 1187 (22 November)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7425/1187
155. Shi, L; Macinko, J; Startfield, B; Wulu, J; regan, J; Politzer, R.. The relationship between primary care, income inequality and mortality in US States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practise*, 16:412-422 (2003).
www.jabfp.org/cgi/content/full/16/5/412
156. UNISON. What's good about the NHS and why it matters who provides the service (April 2002).
www.unison.org.uk/acrobat/B325.pdf
157. Pollock, A; Godden, S; player, S. How private finance has triggered the entry of for-profit corporations into primary care.
[//bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7292/960/DC1](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7292/960/DC1)
158. Pollock, A; Player, S; Godden, S. How private finance is moving primary care into corporate ownership. *BMJ* 2001; 322: 960-963 (21 April).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7292/960
159. Pollock, A. Will primary care trusts lead to US – Style healthcare? *BMJ* 2001; 322/7292/964-967 (21 April).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7292/964
160. Hellowell, M. PPPs in perspective – Uplifting experience. *Public Finance* (24/9/2004).
www.publicfinance.co.uk/features - details.cfm?news_id=21300
161. Pollock, A; Godden, S; Player, S. GP's surgeries turn a profit. *Public Finance* (26/11/1999).
www.publicfinance.co.uk/pf_new/search_details.ihtml?news_id=3484
162. Majeed, A; Malcom, L. Unified budgets for primary care groups. *BMJ* 1999; 318: 772-776 (20 March).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7186/772
163. Argenpress. El Citigroup trata de esquivar su responsabilidad en la quiebra de Parmalat.
www.argenpress.info/
164. Relman, AS. For-profit health care: expensive, inefficient and inequitable. *Canadian Health Coalition*.
www.healthcoalition.ca/relman.html

165. Lenzer, J.. Will Bush's insurance scheme help the uninsured? *BMJ* 2004; 329: 1123 (13 November).
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7475/1123
166. Robinson, R. NHS foundation trusts. *BMJ* 2002; 325: 506-507 (7 September)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7363/506
167. UNISON. Foundation Hospitals (a UNISON branch guide, August 2003).
www.unison.org.uk/acrobat/13655/pdf
168. UNISON. Foundation Hospitals and the NHS Plan (February 2003).
www.unison.org.uk/acrobat/B743.pdf
169. Pollock, A; price, D. In Place of Bevan? *Catalyst* (July 2003)
www.catalystforum.org.uk/pubs/paper15.html
170. White, C. Commission proposes end to star rating system for hospitals. *BMJ* 2004; 329: 1303 (4 December)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7478/1303
171. Day, K. Democratic deficits?. *Public Finance* (5/12/2003) www.publicfinance.co.uk/features_details.cfm?New_id=18097
172. UNISON. Foundation Trusts: a damaging diversion
www.unison.org.uk/foundation/doc_view.asp?did=1116
173. UNISON. Staff and patients turn their backs on foundations. *Unison News* (4/6/2004).
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1473
174. Mohan, J.. Reconciling equity and choice? Foundations Hospitals and the future of the NHS. *Catalyst* (March 2003).
www.catalystform.org.uk/punbs/pub9.html
175. NHS Support Federation. Foundation Trusts/A return to failed ideas?
www.nhscampaign.org/index.php?option=content &task=view&id=5
176. Rentoul, J. A picture of health. *Public Finance* (3/12/2004)
www.cipfa.org.uk/publicfinance/features_details.cfm?news_id=22182
177. *Catalyst*. ENRON NHS? Foundation Hospitals and the bakdoor privatisation of the National Health Service. *Catalyst*
www.catalystforum.org.uk/pubs/paper14.html
178. UNISON. Foundation hospitals "threaten the end of the NHS". *UNISON NEWS* (21/3/2003)
www.unison.org.uk/founddation/news_view.asp?did=7
179. UNISON. Foundation Trusts – the UK doesn't Need them. *UNISON NEWS* (31/3/2003)
www.unison.org.uk/foundation/news_view.asp?did=7
180. Pollok, A. Foundation Hospital Will Kill the NHS. *Guardian* (7/5/2003)
//society.guardian.co.uk/nhsplan/story/0,7991,950764,00.html
181. NHS Support Federation. Senior doctors relect foundation hospitals. *NHS Support Federation* (25 Sep. 2003)
www.nhscampaign.org/index.php?option=content&task=view&id=11&itemid=2
182. White, C. Next stage of NHS reformus come under fire. *BMJ* 2003; 327: 380 (9 August)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7410/380
183. Kwietowicz, z. Foundation trusts "will pressure regulator to allow changes to licence". *BMJ* 2003; 327:581 (13 September)

- www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7415/581
184. Burke, C. Foundation hospital plan defeated in loeds. *BMJ* 2003; 327: 1126 (15 November)
www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7424/1126
185. UNISON. Commons and lords face-off over foundation hospitals. *UNISON News* (20/11/2003)
www.unison.org.uk/foundation/news_view.asp?did=1216
186. Carvel, NHS trust in cash crisis. *Guardian* (27/11/2004)
[//society.guardian.co.uk/nhsplan/story/0,7991,1361915,00.html](http://society.guardian.co.uk/nhsplan/story/0,7991,1361915,00.html)
187. Milbank Memorial fund. New foundations in heath: six stories/Max 1999
www.milbank.org/nf/indez/html
188. Sirica, C. Venice Foundation. Milbank Memorial Fund
www.milbank.org/nf/venice.html
189. Freire, JM. Fundacions Sanitarias Publicas, comentário y propuestas alternativas. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, numero 9, ENERO/Marzo 1999
www.dinarte.es/ras
190. Quemada, J. Fundacions Sanitarias. *Revista Mujeres y Salud*
[//mys.matriz.net/mys03/apnions/opi_03_01.html](http://mys.matriz.net/mys03/apnions/opi_03_01.html)
191. Burgermeister, J. Sweden bans privatisation of hospitals. *BMJ* 2004;328: 484 (28 February)
www.bmjbmjournals.com/cgi/content/full/328/7438/484
192. Comuission for Heathh Improvement. What CHI has found in : primary care trusts. Sector Report 2004
www.healthcarecomuission.org.uk/assetroot/04/00/14/41/04001441.pdf
193. PNHP. Medical student education damaged by managed care, says survey of 500 medical professors (November 20,2002)
www.pnhp.org/news/2002/november/medical_student_educ.php
194. Beecham, L. BMA chairman criticises erosion of clinical antonomy. *BMJ* 2003; 327: 8 (5 July)
[//bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7405/8-a](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7405/8-a)
195. Rohtr, L. Fracasan las pensiones privadas en chile: un articulo del "The New York Times" (20/2/2005). *Argenpress*
www.argenpress.info/nota.asp?num=018684
196. UNISON. Refinancing gives contractores hefty profits. *UNISON NEWS* (14/2/2005)
www.unison.org.uk/news/news_view.asp?did=1886
197. National Audit Office. Darent Valley Hospital: The PFI contract in action (10/2/2005)
www.nao.org.uk/publications/nao_report/04-05/0405209.pdf
198. Himmelstein, D. Wool handler, S. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *New England Journal of Medicine*, 336:769-744, Number 11, March 13, 1997
[//content.nefm.org/cgi/content/alstract/336/11/769](http://content.nefm.org/cgi/content/alstract/336/11/769)
199. Hacker, Js; Marmor TR. Medicare reform: fact, fiction and foolishness. *Public Policy and Aging Report*, vol. 13, no. 4, 2004
[//mba.yale.edu/faculty/pdf/hudson.pdf](http://mba.yale.edu/faculty/pdf/hudson.pdf)

200. Rosa, E. Os hospitais as: o primeiro passo concreto na mercantilização da saúde no sector público em Portugal (Novembro 2003).
201. Rosa, E. A gestão dos hospitais as: algumas conclusões já possíveis (Maio 2004).
202. Meneguzzo, M. Repensar la modernización administrativa y el New Public Management. La experiencia Haliana: innovación desde la base y desarrollo de la capacidad de gobierno local. Revista del CLAD reforma y Democracia, n.º 11, Jun. 1998, Caracas
www.clad.org.ve
203. Garcia, GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev Panam Salud Publica, vol. 9, n.º 6, Washington, June 2001
www.scielosp.org
204. Kornblit, AL. La Salud en Latinoamerica. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (1992).
205. Dantés, OG. Páginas de Salud pública. Salud Publica Mex, vol. 41, n.º 4, Cuernavaca, Jul./Ago, 1999
www.scielosp.org
206. immelstein, DN; woolhandler, S. Mayhem in the medical markeplace. Monthly, December 2004
www.monthlyreview.org/1204hiwmelstein.htm
207. Hildyard, N. the myth of the minimalist state. The Corner House
www.thecornerhouse.org.uk/item.shtml?x=51960
208. Barbieri, N; de la Puente, C; Tarragona, S. La equidade en el gasto público en salud. Instituto Universitario ISALUD
[www. Isalud.org](http://www.Isalud.org)
209. San, A. Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica, vol. 11, nº 5-6, washington, May/June 2002
www.scielosp.org
210. López-Acuña, D; Brito, P; Crocco, P; Infante, P; Marín, JM; Zeballos, JL. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev Panam de Salud Publica, vol. 8, nº 1-2, Washington, July/aug. 2000
www.scielosp.org
211. Santé Canada. L'excellence en gestion á Santé Canada
www.hc-sc.ca/ahc-asc/pubs/mp-pg/managing-gestion_f.html
212. Albavera, FS. Planificacion estratégica y gestión pública por objetivos. Instituto Latinoamericano y delCaribe de Planificación Económica y Social – ILPES, Marzo 2003
www.upal.cl/publicaciones/ilpes/o/lcl/sgp32.pdf
213. Organization Mondiale de la Santé (OMS). La gestion des ressources humaines pour la santé. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS, Genève, 1989.
214. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Recursos humanos: factor crítico de la reforma sectorial (Dic, 1997
www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/documentos/html.8html
215. Nogueira, Rui Pereira; Santana, João Proença. Gestão de recursos humanos e reformas do sector público: tendências e pressuposto de uma nova abordagem. Organização Panamerica de saúde, Dezembro 2000
www.opas.org.br/rh/admin/documentos/acf22.pdf

216. Tobar, F. Definiendo la mission del hospital. *Tecnologia & Salud*, ano 1, numero 2, Agosto 2001 (páginas 8 y 9)
www.federicotobar.com.ar/articulos.htm
217. Homedes, N; Ugalde, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gac Sanit* v. 16 nº 1 Barcelona ene-feb. 2002
[//scielo.esccc.es/pdf/ga/v16n1/original6.pdf](http://scielo.esccc.es/pdf/ga/v16n1/original6.pdf)
218. Association Catholique Canadienne de la Santé. L'ACCs s'oppose au project de privatisation á brut lucratif du regime de soins de santé de l'Alberta (2000).
www.cha.ca/newsrelease/current/feb9-2000-f.html

ATENÇÃO – muitos destes sites podem ter, entretanto, desaparecido ou os links mencionados terem sido eliminados nesses sites, o que é completamente alheio a qualquer responsabilidade deste livro.