

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Subsídios para o lançamento das bases  
do  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CD25

614.39(469)

POR

1974

614.39  
(469)

POR

Novembro de 1974

FFN = 3209

July  
86

CD25A

624.39(469) PQR



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
Centro de Estudos Sociais



\*1329360217\*

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Subsídios para o lançamento das bases**  
do  
**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**



Novembro de 1974

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Subsídio para o lançamento das bases

SERVICO NACIONAL DE SAUDE

CD25A

A vitória alcançada pelo Movimento das Forças Armadas Portuguesas, destituindo o regime que não soube identificar-se com a vontade do Povo, à qual impediu todas as vias democráticas de expressão, permite definir os princípios básicos que esperamos contribuam de modo decisivo para a resolução da grande crise nacional.

Em execução desses princípios, compete ao Governo Provisório:

.....  
5. Política social:

- .....  
g) Lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos.

*(Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de Maio.)*

A vitória alcançada pelo Movimento das  
Forças Armadas Portuguesas, destruiu o  
regime que nos trouxe miséria e com a  
vontade de pôr a qual impedi todas as  
vias democráticas de progresso, porque des-  
sai os princípios que os portugueses con-  
tribuíam de modo eficaz para a realização  
de grande desenvolvimento.  
Em execução das disposições constantes no  
Governo Provisório.

CD25A

3. Política social  
.....  
2) Lançamento das bases para a criação  
de um serviço nacional de saúde  
ao qual tenham acesso todos os ci-  
dadãos.

.....

## SUMÁRIO

- 0 — Introdução.
- 1 — Situação sanitária do País.
- 2 — A organização de saúde existente em Portugal.
- 3 — Sistema de saúde. (Tipos paradigmáticos)
- 4 — Principais quesitos a que deve responder o serviço nacional de saúde.

SUMARIO

- 1— Introducción
- 2— Situación actual de la...
- 3— A grandes rasgos de la...
- 4— Situación actual de la...
- 5— Principales problemas...
- 6— El rol nacional de...

CD25A



## 0 — Introdução

A saúde de um povo é hoje considerada um problema político de primeira importância. É, também, como a doença, uma situação indivisível. Por isso, nenhum povo pode desinteressar-se da saúde e da doença dos seus vizinhos. Em Portugal, superadas as condições que a relegaram a um campo de acção não prioritária, pode agora encarar-se na sua real dimensão. O País poderá também assumir as suas amplas responsabilidades na Comunidade Internacional.

Por todo o mundo se vai fixando em textos fundamentais a obrigação social de o Estado zelar pela saúde das populações, consagrando-se, assim, o *direito à saúde*, tendo por únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.

O regime deposto, numa exploração apenas demagógica, foi falando da tradição, mas nunca se importou em pôr em prática os princípios fundamentais dos nossos reformadores sanitários desde Ribeiro Sanches a Passos Manuel e a Ricardo Jorge. Daí que o direito à saúde nunca tenha sido elevado expressamente à dignidade de garantia individual.

Pretende-se, agora, *iniciar um amplo debate nacional acerca da organização da saúde*, condicente com o novo condicionalismo político e social em que o País passou a viver.

Este é um passo decisivo para o cumprimento do programa do Governo Provisório (Decreto-Lei n.º 203/

74, de 15 de Maio), no que respeita ao objectivo principal no campo da saúde: *lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos.*

É do conhecimento geral que não existe um modelo único do serviço nacional de saúde (SNS), válido para todos os países, pois a organização sanitária é sempre resultante do estágio de desenvolvimento económico-social em curso, das coordenadas políticas e da experiência sofrida em cada um deles. Os actualmente vigentes costumam agrupar-se nos seguintes tipos:

- Sistemas de saúde em que predomina a medicina liberal;
- Sistemas mistos em que coexistem a medicina liberal e seguro-doença (mais ou menos generalizado);
- Sistemas do tipo National Health Service britânico;
- Sistemas de saúde estatais do tipo vigente na URSS.

Tendo em conta o atraso sanitário do País e as dificuldades que se deparam na substituição radical da sua defeituosa e ineficaz orgânica, tem-se consciência de que a criação de um serviço nacional de saúde é uma tarefa difícil e de demorada execução. Importará, pois, planificá-la cuidadosamente e adoptar o modelo mais viável. Ora, a Secretaria de Estado da Saúde tem consciência de que nenhum planeamento será eficaz se não tiver a participação dos cidadãos. Seria tarefa vã tentar implantar um sistema, mesmo teoricamente perfeito, se não sufragado pela participação activa e interessada das populações.

Na preparação dos projectos necessários poderia o Secretário de Estado ter adoptado a orientação, usada já em circunstâncias análogas, de encarregar de imediato um grupo de peritos da preparação do modelo teórico a apresentar posteriormente para a discussão mais generalizada. A importância das opções em que o País deve intervir, capazes de modificarem, sensivelmente, em alguns anos, a qualidade da vida das populações e a sua interligação estreita com a estrutura sócio-económica que o País virá a ter conduziram, porém, a outra alternativa.

Eis a razão por que se preferiu preceder os trabalhos de preparação do modelo por um amplo debate acerca das grandes opções possíveis neste domínio. Nesta ordem de ideias, com a consciência de que o processo será mais demorado, mas mais firme, apresenta-se ao País esta base documental, que não é mais do que um guião para a generalizada discussão que se quer suscitar.

Procurou adoptar-se, tanto quanto possível, uma linguagem de fácil compreensão e despida dos termos científicos que caracterizam os documentos técnicos de trabalho, dado que se destina ao público em geral.

Apela-se para o País no sentido de ajudar a Secretaria de Estado da Saúde a preparar as bases de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos. O apelo é particularmente dirigido aos partidos políticos, sindicatos, ordens de profissionais, serviços e estabelecimentos de saúde públicos e privados, autarquias locais, instituições de ensino, associações cívicas, culturais e económicas, nomeadamente as especializadas nesta matéria. Pretende-se, também, o concurso de todos os portugueses que, directamente ou através dos órgãos de comunicação social, queiram colaborar com as suas sugestões, as suas observações ou as suas críticas.

A recolha e tratamento das informações caberá a um secretariado que passa a funcionar em estreita ligação com o Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Este secretariado terá por missão preparar o anteprojecto das bases do SNS para ser presente a uma ampla comissão representativa de associações e instituições interessadas, e donde, uma vez revisto, passará às instâncias superiores de decisão política.

Consciente da dificuldade da tarefa, a Secretaria de Estado da Saúde está, porém, disposta a assumir as responsabilidades deste importante processo; está, de resto, firmemente convencida da adesão que o seu apelo encontrará no País.

O documento contém quatro partes:

- 1.ª Situação da saúde da população portuguesa. Comparação de alguns indicadores sanitários do País com os de países da Europa Ocidental;

- 2.ª Análise da organização de saúde existente em Portugal. Balanço dos meios existentes. Apreciação do seu funcionamento;
- 3.ª Sistemas de saúde. Tipificação. Conclusões;
- 4.ª Principais quesitos a que deve responder o SNS português.

## 1 — A situação sanitária do País

1.0 — Conforme tem sido repetidas vezes afirmado por vozes autorizadas, Portugal é, de entre os países europeus, um dos que apresentam piores níveis de saúde.

Numa hora em que o País procede a uma reavaliação geral das suas condições de vida, no sentido de procurar novas orientações que assegurem um real progresso das populações, a saúde — que, juntamente com a economia e a educação, constitui a tríade motora do desenvolvimento dos povos — não pode deixar de merecer particular atenção.

Procuraremos, neste capítulo, fazer uma análise sucinta das condições de saúde actualmente existentes entre nós e das razões que as condicionam. Para isso, começaremos por tentar definir, nas suas linhas gerais, o padrão de doença do País, através de alguns dos indicadores de saúde mais comuns.

1.1 — Quando se atenta no tipo de doenças mais prevalentes no País e nos principais índices de morbidade e mortalidade da população portuguesa, verifica-se que Portugal se encontra na situação peculiar de apresentar, ao mesmo tempo, características que são próprias dos países subdesenvolvidos e características habituais nos países mais evoluídos, situação que, aliás, está longe de ser exclusivamente nossa.

Com efeito, nota-se ainda entre nós um grande peso de doenças que em boa parte são evitáveis e já há muito foram erradicadas dos países mais desenvolvidos — como sejam, por exemplo, as doenças infecto-contagiosas e as doenças parasitárias (quadros I e II). Verificam-se igualmente altas taxas de

### QUADRO I

Mortalidade por todas as doenças infecciosas e parasitárias  
em alguns países europeus

1970

(Taxas por 100 000 habitantes)

Países	Percentagens
França .....	15,8
Itália .....	17,6
Holanda .....	6,4
Suécia .....	9,2
Portugal .....	23,5

### QUADRO II

Mortalidade por algumas doenças infecciosas  
em alguns países europeus

1970

(Taxas por 100 000 habitantes)

Designação	Portugal	Holanda	Suécia	França	Itália
Difteria .....	0,2	—	—	0,0	0,05
Tétano .....	1,6	0,05	—	0,5	0,4
Tosse convulsa .....	0,14	0,0	0,0	0,1	0,1
Poliomielite .....	0,02	—	0,0	0,0	0,0
Sarampo .....	2,9	0,1	0,01	0,05	0,3
Tuberculose do aparelho respiratório ...	14,6	0,8	3,1	7,1	6,1
Enterite e outras doenças diarreicas .....	29,0	1,5	1,5	1,1	5,4

Fonte: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales* (1970).  
*Estatísticas de Saúde*, INE (1970).

mortalidade infantil (primeiros doze meses de vida), de mortalidade proporcional (do grupo 1-4 anos) e de mortalidade materna (quadro III). Tudo isto nos afasta dos países mais evoluídos da Europa e nos faz

pendar para o lado dos subdesenvolvidos, em que as carências alimentares, a falta de cuidados preventivos, as más condições de higiene ambiental, incluindo as que se referem à habitação e ao trabalho, e ainda outros factores, como os baixos níveis económicos e educacionais, condicionam altas taxas de mortalidade e morbidade determinadas por doenças do tipo de muitas que ainda nos afligem.

Pelo contrário, no que se refere a outros tipos de doenças — certas doenças crónicas e degenerativas (cárdio-vasculares, tumores malignos), acidentes com veículos motorizados, etc. (quadro IV) —, as taxas encontradas no nosso país tendem a aproximar-se dos países mais evoluídos, em que as perturbações resul-

QUADRO III  
Indicadores de saúde mais comuns

Indicadores	Países				
	Portugal (a)	Holanda (b)	Suécia (b)	França (b)	Itália (b)
Mortalidade infantil (1000 nados-vivos)...	44,83	12,1	11,1	17,1	28,5
Mortalidade do grupo de 1 a 4 anos (por 100 000 habitantes)	290,8	83,3	41,8	79,2	91,0
Mortalidade materna (1000 nados-vivos)...	0,59	0,13	0,08	0,22	0,52
Esperança de vida à nascença:					
Homens .....	64,7	71,1	72,0	69,0	68,7
Mulheres .....	71,1	76,9	77,6	76,7	74,9
Esperança de vida no 1.º aniversário:					
Homens .....	67,0	71,0	72,0	69,1	69,9
Mulheres .....	73,1	76,7	77,3	76,7	75,9
Proporção de óbitos de 55 e mais anos .....	0,76	0,85	0,88	0,84	0,82

(a) 1973.

(b) 1971.

Fonte: *Estatísticas de Saúde*, INE (1973). *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, OMS.

tantes dos excessos e desequilíbrios alimentares, a poluição urbana e industrial e o moderno estilo de vida das sociedades contribuem para criar outros padrões de doença, de consequências não menos graves para a vida dos indivíduos.

Significa isto que, se, como os países mais atrasados, não conseguimos ainda libertar-nos de doenças que são facilmente evitáveis por medidas adequadas de higiene e medicina preventiva, começamos, por outro lado, a ser vítimas de graves males próprios dos países mais evoluídos e com deficientes *contrôles* sanitários do processo de industrialização.

1.2— O que quer dizer que o País se encontra numa situação particularmente indicada para uma intervenção planificada no domínio da saúde que, tendo em conta estes factos, procure montar e pôr

#### QUADRO IV

##### Indicadores de mortalidade por outras causas

(Por 100 000 habitantes)

Indicadores	Países			
	Portugal (a)	Itália (b)	Holanda (b)	França (b)
Doenças cardíaco-vasculares	438,6	446,0	374,3	402,4
Tumores malignos .....	137,1	184	194,8	211,5
Acidentes de viação .....	28,9	24,2	24,0	25,4

(a) 1973.

(b) 1974.

Fontes: *Estatísticas de Saúde*, INE (1973). *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, OMS (1971).

em acção os dispositivos capazes de controlar as doenças que são facilmente evitáveis (sobretudo as doenças carenciais e as doenças infecciosas e parasitárias) e, aproveitando a experiência alheia, dificultar a progressão das chamadas doenças da civilização. Tanto mais que ao reentrar resolutamente no tablado internacional e ao reassumir o direito de auxílio e assistência por parte dos organismos e agências que nas



QUADRO V

Alguns dados sobre condições de higiene do meio ambiente

(Portugal, 1970)

	Percentagem da população servida
<b>1 — Águas de abastecimento</b>	
Distribuição ao domicílio .....	40
Condições boas .....	25
Condições irregulares .....	10
Condições más .....	5
Distribuição por fontenário .....	27
Sem distribuição .....	33
<b>2 — Águas residuais urbanas</b>	
Com rede de esgoto .....	17
Condições boas .....	10
Condições más .....	7
Com fossas colectivas .....	0,3
Sem sistema de esgoto .....	82,7
<b>3 — Lixos urbanos</b>	
Com recolha e tratamento .....	14
Com recolha e sem tratamento .....	25
Sem recolha .....	61
<b>4 — Piscinas públicas</b>	
Inventariadas .....	118
Com tratamento adequado .....	29 (25%)
Sem tratamento adequado .....	89 (75%)
<b>5 — Habitações</b>	
Com cozinha, retrete e casa de banho .....	20
Com condições deficientes .....	20
Sem condições aceitáveis .....	60
Número de habitações novas necessárias nos próximos dez anos (segundo a Direcção- -Geral dos Serviços de Urbanização).....	800 000

Fonte: Inquérito do MOP (1970).

Nações Unidas se ocupam dos problemas mundiais de saúde, educação, alimentação e agricultura, essa planificação poderá *queimar*, poupando tempo, muitas das etapas correntes do progresso sanitário.

1.3 — A série de quadros que se apresentam comporta um certo número de indicadores que permitem objectivar a situação em que nos encontramos. Não necessitam de comentários; em verdade se pode dizer que falam por si. Neles chamaremos, no entanto, a atenção para alguns aspectos particularmente significativos.

Quando se contempla o quadro v, não é difícil estabelecer uma relação entre as péssimas condições de higiene do meio ambiente e o padrão de doença a

## QUADRO VI

### Portugal (continente)

#### DIFTERIA

Casos, óbitos e taxas por 100 000 habitantes

1960-1973

Anos	Morbilidade		Mortalidade	
	Números absolutos	Taxas	Números absolutos	Taxas
1960 .....	1 538	18,6	135	1,6
1961 .....	2 475	29,7	196	2,4
1962 .....	3 212	38,2	184	2,2
1963 .....	1 847	21,8	118	1,4
1964 .....	1 030	21,4	162	1,9
1965 .....	1 466	16,9	104	1,2
1966 .....	1 010	11,6	70	0,8
1967 .....	479	5,4	39	0,4
1968 .....	381	4,3	28	0,3
1969 .....	234	2,6	13	0,1
1970 .....	268	3,2	16	0,2
1971 .....	157	1,9	15	0,2
1972 .....	198	2,4	14	0,1
1973 .....	—	—	22	0,3

Fonte: Direcção-Geral de Saúde.

que acabamos de nos referir. Na verdade, quando se atenta que cerca de um terço da população portuguesa não dispõe de abastecimento de água no domicílio e que, da que dispõe desse abastecimento, apenas um quarto é servida em condições satisfatórias, e quando, por outro lado, se verifica que mais de 80 % da população não dispõe de sistemas de esgoto e que mais de 60 % não dispõe de um sistema higiénico para a recolha de lixos, não pode efectivamente surpreender que doenças como a cólera, a febre tifóide e outras salmoneloses, a hepatite e as parasitoses intestinais continuem a dispor de excelentes condições para a sua propagação e sobrevivência.

Da mesma forma — e sabidas as íntimas relações existentes entre doença e más condições de habita-

## QUADRO VII

Portugal (continente)

### POLIOMIELITE

Números absolutos e óbitos. Taxas por 100 000 habitantes

1960-1973

Anos	Morbilidade		Mortalidade	
	Números absolutos	Taxas	Números absolutos	Taxas
1960 .....	244	2,9	28	0,3
1961 .....	244	2,9	21	0,3
1962 .....	386	4,6	48	0,6
1963 .....	218	2,6	29	0,3
1964 .....	236	2,8	39	0,5
1965 .....	292	3,4	28	0,3
1966 .....	13	0,1	4	0,04
1967 .....	6	0,1	2	0,02
1968 .....	16	0,2	4	0,04
1969 .....	7	0,08	1	0,01
1970 .....	12	0,1	2	0,02
1971 .....	5	0,06	—	—
1972 .....	6	0,07	1	0,01
1973 .....	—	—	0	0,00

Fonte: Direcção-Geral de Saúde.

ção —, é fácil adivinhar o reflexo que terá na saúde dos portugueses o facto de só um em cada cinco desfrutar de cozinha, retrete e casa de banho na sua habitação.

Também no que se refere à higiene e segurança nos locais de trabalho a situação não é mais favorável. Enquanto, de acordo com estimativas baseadas nos dados das seguradoras, a França apresentava, em 1971, cerca de 1 milhão de acidentes de trabalho para 10 milhões de trabalhadores, esse número era calculado em Portugal, para o mesmo ano, em cerca de 800 000 acidentes para 3,5 milhões de trabalhadores.

Mas as carências responsáveis pelas más condições de saúde dos portugueses não dizem respeito apenas à

QUADRO VIII  
Portugal (continente)  
TOSSE CONVULSA

Números absolutos e óbitos. Taxas por 100 000 habitantes  
1960-1973

Anos	Morbilidade		Mortalidade	
	Números absolutos	Taxas	Números absolutos	Taxas
1960 .....	1 203	14,5	57	0,7
1961 .....	913	10,9	45	0,5
1962 .....	1 730	20,6	106	1,3
1963 .....	1 177	13,9	77	0,9
1964 .....	851	9,9	55	0,6
1965 .....	820	9,5	34	0,4
1966 .....	973	11,1	69	0,8
1967 .....	493	5,6	37	0,4
1968 .....	129	1,4	14	0,1
1969 .....	126	1,4	10	0,1
1970 .....	184	2,2	13	0,1
1971 .....	261	3,1	20	0,2
1972 .....	102	1,2	6	0,07
1973 .....	-	-	10	0,2

Fonte: Direcção-Geral de Saúde.

falta de infra-estruturas de higiene e protecção do meio ambiente. São também sensíveis, sob este ponto de vista, a falta de dispositivos adequados e eficientes para a prestação de cuidados básicos de saúde.

É certo que, em alguns sectores, os serviços de saúde têm conseguido resultados assinaláveis, como acontece, por exemplo, com as doenças infecciosas evitáveis pela vacinação. A varíola foi erradicada há mais de vinte anos e em relação às doenças incluídas no Plano Nacional de Vacinação, iniciado em 1965, os resultados são extremamente satisfatórios, sobretudo em relação à difteria, poliomielite e tosse convulsa (quadros VI, VII e VIII).

#### QUADRO IX

Partos havidos em Portugal (continente), 1973,  
por distritos e segundo a assistência

Distritos	Número total de partos	Partos s/ assistência		Partos hospitalares	
		Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
Aveiro .....	11 808	2 715	22,8	4 003	33,9
Beja .....	2 753	632	22,9	1 139	41,3
Braga .....	16 277	4 661	28,6	5 154	31,6
Bragança .....	2 980	1 725	57,8	904	30,3
Castelo Branco .....	3 164	652	20,6	1 321	41,7
Coimbra .....	7 044	1 874	26,6	4 105	58,2
Évora .....	2 613	467	17,8	1 639	62,7
Faro .....	4 493	394	8,7	2 641	58,7
Guarda .....	2 860	1 197	4,8	762	26,6
Leiria .....	6 660	927	13,9	3 550	53,3
Lisboa .....	32 591	1 093	3,3	27 226	83,5
Portalegre .....	2 139	364	17,0	1 172	54,7
Porto .....	31 959	4 344	13,5	15 120	47,3
Santarém .....	6 805	899	13,2	3 167	46,5
Setúbal .....	9 893	696	7,0	7 425	75,0
Viana do Castelo .....	4 759	2 624	55,1	1 342	28,2
Vila Real .....	5 410	3 638	67,2	1 182	21,8
Viseu .....	8 284	4 446	53,6	2 203	26,6
<i>Total</i> .....	162 492	33 348	20,5	84 055	51,7

Fonte: Estatísticas de Saúde, INE, 1973.

Igualmente no que respeita à tuberculose, a evolução tem-se feito num sentido favorável, embora os números ainda permaneçam elevados em termos de comparação internacional (quadro II), sobretudo no que respeita à morbilidade.

1.5 — Contudo, quando atentamos nos índices de mortalidade infantil, de mortalidade materna (quadro III), de partos sem assistência (quadro IX) ou de óbitos sem certificação médica (quadro X), bem como no número e distribuição dos profissionais de saúde pelo País (quadro XI) — numa palavra: quando pro-

#### QUADRO X

Número de óbitos, número de óbitos sem certificação médica e percentagem do total

Portugal (continente), 1973

Distritos	Número de óbitos	Número de óbitos s/ certificação médica	Percentagem do total
Aveiro .....	5 418	2	0,0
Beja .....	2 460	76	3,1
Braga .....	5 813	9	0,2
Bragança .....	2 078	250	12,0
Castelo Branco .....	3 032	590	1,9
Coimbra .....	4 747	783	16,5
Évora .....	2 210	34	1,5
Faro .....	3 770	170	4,5
Guarda .....	2 656	356	13,4
Leiria .....	4 267	28	0,7
Lisboa .....	17 658	5	0,0
Portalegre .....	1 969	—	—
Porto .....	12 640	14	0,1
Santarém .....	5 016	4	0,1
Setúbal .....	4 470	9	0,2
Viana do Castelo .....	2 848	7	0,2
Vila Real .....	3 155	241	7,6
Viseu .....	4 872	252	5,2
<i>Total</i> .....	89 079	2 830	3,2

Fonte: *Estatísticas de Saúde*, INE, 1973.

QUADRO XI

Recursos do sector saúde e sua utilização

1970

Indicadores	Países						
	Portugal	Holanda	Suécia	França (a)	Itália	Jugoslávia	
Número de habitantes por médico .....	1 100	800	730	750	550	1 010	
Número de habitantes por profissional de enfermagem .....	900	360	190	350	400	370	
Número de habitantes por cama .....	160	90	70	140	90	180	
Porcentagem média de ocupação de camas hospitalares .....	—	—	83,3	—	77,5	89,2	
Número de camas de hospitais gerais por 10 000 habitantes .....	35,7	55,0	(a) 68,0	45,2	47,6	36,0	
Admissões por 10 000 habitantes .....	595,2	—	1 713,8	—	1 492,1	970,1	

(a) Estabelecimentos públicos.

Fonte: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 1970 — vol. III.

curamos avaliar a eficácia dos dispositivos de apoio à saúde ao longo da vida dos indivíduos — na vida intra-uterina, na infância, na idade pré-escolar e escolar, no desporto, no trabalho, na velhice — somos levados a concluir que o País não dispõe efectivamente de meios operacionais adequados. E o pro-

## QUADRO XII

Alguns indicadores relativos ao ano de 1970 para os distritos de Setúbal, Bragança, Guarda e Vila Real

Alguns indicadores	Distritos			
	Setúbal	Guarda	Bragança	Vila Real
Mortalidade infantil (1000 nados-vivos)	26,16	62,48	68,23	90,99
Mortalidade de 1 a 4 anos (por 100 000 habitantes) .....	135,87	327,6	613,87	700,34
Mortalidade de 1 a 4 anos (por 100 óbitos) .....	1,0	1,5	3,9	5,2
Mortalidade de 50 e mais anos (por 100 óbitos) .....	77,6	82,0	75,4	68,1
Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (por 100 000 habitantes)	(a)31,95	23,25	15,0	24,5
Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, excepto tuberculose (por 100 000 habitantes)	(a) 7,24	7,1	7,2	11,3
Partos sem assistência (percentagem) .....	10,5	59,8	67,3	78,7
Óbitos sem certificado médico (percentagem) .....	0,13	11,8	15,7	11,5
Habitantes por médico	2 566	2 007	2 098	2 738
Habitantes por enfermeira .....	1 785	1 912	2 227	2 108

(a) Classif. I. D. de 1955 (as enterites não estão incluídas).

Fonte: *Estatísticas de Saúde, 1970. Estatísticas Demográficas.*  
População do censo de 1970.





QUADRO XIII

Alguns indicadores relativos ao ano de 1972 para os distritos de Setúbal, Bragança, Guarda e Vila Real

Alguns indicadores	Distritos			
	Setúbal	Guarda	Bragança	Vila Real
Mortalidade infantil (1000 nados-vivos)...	24,31	60,70	44,30	56,94
Mortalidade de 1 a 4 anos (por 100 000 habitantes) .....	159,01	343,2	432,0	369,34
Mortalidade de 1 a 4 anos (por 100 óbitos)	1,1	1,7	3,0	3,1
Mortalidade de 50 e mais anos (por 100 óbitos) .....	80,3	85,0	78,5	75,4
Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (por 100 000 habitantes)	(a)34,5	34,4	49,9	58,7
Mortalidade por doenças infecciosas e parasitária, excepto tuberculose (por 100 000 habitantes)	(a)15,5	14,4	38,2	47,4
Partos sem assistência (percentagem) .....	7,6	43,0	60,1	69,8
Óbitos sem certificado médico (percentagem) .....	0,3	11,1	11,1	8,9
Habitantes/médico .....	2 184	2 135	2 200	2 856
Habitantes/enfermeira	1 472	1 134	4 626	3 589

(a) Classif. I. D. de 1965 (inclui enterites).

Fonte: *Estatísticas de Saúde, 1972. Estatísticas Demográficas, 1972.* A população utilizada foi a do censo de 1970.

blema agrava-se, em algumas zonas, por virtude das bem conhecidas assimetrias regionais (quadros XII e XIII).

A mortalidade infantil (isto é, a mortalidade de crianças com menos de 1 ano), que é um dos índices que melhor traduzem o nível económico-social das

colectividades, oferece-nos uma boa demonstração. Na verdade, durante o primeiro ano de vida no mundo social, as crianças são extremamente sensíveis às agressões do meio em que se desenvolvem (condições de alimentação, condições de higiene, cuidados de saúde, etc.), estando a sua sobrevivência inteiramente dependente dos cuidados que lhes prestam, já que por si, como é evidente, nada podem fazer para se defender de tais agressões.

Sabe-se que uma grande parcela da mortalidade infantil — a mortalidade pós-neonatal, isto é, a que vai do fim do 1.º mês ao fim do 1.º ano — é predominantemente devida a causas alimentares e infecciosas, ou seja, a causas que podem ser eliminadas através da educação das mães, de vacinações, etc. Por esse facto é que, nos países em que existem serviços de saúde organizados de molde a poderem prestar cuidados adequados neste sentido (casos, por exemplo, da Holanda ou da Suécia), a mortalidade infantil se reduz praticamente ao contingente neonatal, isto é, ao que é devido a causas endógenas ou acidentais, sobre as quais, com os conhecimentos actualmente disponíveis, não é possível influir, tendo desaparecido praticamente todo o contingente da mortalidade que é influenciável por medidas de saúde pública.

Considerações análogas se poderiam tecer em relação à mortalidade do grupo 1-4 anos e à mortalidade materna, fundamentalmente dependente dos cuidados prestados aos nubentes e à mulher grávida tanto ao longo da gestação como durante o parto.

## 2 — A organização de saúde existente em Portugal

2.0 — *Balanço sumário dos meios existentes.* — Os serviços e estabelecimentos de saúde existentes em Portugal encontram-se ainda hoje dispersos por vários departamentos governamentais. Totalmente separados entre si, são mais ou menos independentes.

2.0.1 — *Dependentes da Secretaria de Estado da Saúde:*

- a) Em primeiro lugar, toda a orgânica de promoção da saúde e prevenção da doença compete à *Direcção-Geral de Saúde*. Esta é constituída por serviços centrais dotados de corpos técnicos diferenciados e por serviços periféricos hierarquizados em três níveis: inspecções coordenadoras de região, direcções distritais de saúde e delegações de saúde concelhias. Os principais instrumentos de acção destes órgãos são os centros de saúde concelhios e distritais. Em Dezembro de 1973 encontravam-se em funcionamento 127 centros de saúde e em Outubro do corrente ano o número global ascendia a 152, 15 dos quais são centros de saúde distritais.

Sob a dependência da Direcção-Geral de Saúde encontram-se também 8696 camas correspondentes a 221 hospitais concelhios, todos praticamente pertencentes a instituições

particulares de assistência (Misericórdias) e ocupando 4397 trabalhadores;

- b) Em segundo lugar, a rede hospitalar do País, cuja orientação incumbe à *Direcção-Geral dos Hospitais*, dividida em dois grandes grupos de estabelecimentos, consoante o nível e a diferenciação técnica de cada um deles:

Hospitais centrais: Hospitais Civis de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Escolar de S. João e Hospital Geral de Santo António;

Hospitais distritais: um em cada sede de distrito, outros em cidades de certa importância, outros ainda nos concelhos mais populosos da periferia de Lisboa e Porto.

Com excepção do Hospital Geral de Santo António, todos os hospitais centrais pertencem ao Estado. Embora alguns deles instalados em edifícios de construção recente, também a esmagadora maioria dos hospitais distritais é ainda directamente administrada pelas Misericórdias.

Em termos quantitativos, os meios existentes são os apresentados no quadro seguinte:

#### QUADRO XIV

Meios disponíveis em estabelecimentos hospitalares dependentes da Direcção-Geral dos Hospitais

Designação	Centrais	Distritais
Número de estabelecimentos .....	6	42
Número de camas .....	8 522	7 531
Número de trabalhadores .....	13 981	5 647

Fontes: Estatísticas DGH, 1972. Plano Director de Informática do Ministério da Saúde, 1974.

- c) Em terceiro lugar figuram *os institutos coordenadores*. — Instituto Maternal, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, Ins-

tituto de Assistência Psiquiátrica, Instituto de Assistência aos Leprosos e Instituto Nacional de Sangue — criados a partir dos anos quarenta para fazerem face, sectorialmente, a certo tipo de doenças consideradas como flagelos sociais. Alguns destes institutos encontram-se já funcionalmente integrados nas Direcções-Gerais de Saúde ou dos Hospitais, como o previa a legislação de 1971 (Instituto Maternal e Instituto de Assistência aos Leprosos). Outros — Instituto de Assistência Psiquiátrica, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e Instituto Nacional de Sangue — não foram ainda integrados. Os institutos dispõem de meios de acção, fixos e itinerantes, prestando consultas em dispensários e facultando internamento hospitalar em estabelecimentos especializados (hospitais psiquiátricos, sanatórios, etc.). A sua acção visava atingir todo o País, até à extrema periferia, embora na realidade tal objectivo não tenha sido alcançado integralmente. Os seus meios de acção podem resumir-se no quadro seguinte:

#### QUADRO XV

##### Meios ao dispor dos principais institutos coordenadores

1973

Designação	Instituto de Assistência Psiquiátrica	Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
Camas hospitalares .....	7 795	2 775
Consultas praticadas .....	(a)23 707	386 884
Número de trabalhadores .....	2 200	3 150

(a) Valores estimados.

Fonte: Plano Director de Informática do Ministério da Saúde, 1974.

d) Em quarto lugar, o *ensino e a investigação em saúde*: à Secretaria de Estado da Saúde incumbe toda a formação em pós-graduação para médicos hospitalares, de medicina do trabalho e técnicos de saúde pública e, ainda, a pós-graduação de administração hospitalar (as três últimas através da Escola Nacional de Saúde Pública). Incumbe-lhe a quase totalidade da formação de enfermagem e dos técnicos auxiliares dos serviços de saúde. Nesta orientação compete-lhe ainda planificar os trabalhos de investigação, para o que dispõe, entre outras colaborações, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

2.0.2 — *Dependentes da Secretaria de Estado da Segurança Social*. — Neste campo se encontra, e ficará até 31 de Dezembro do ano em curso, a rede dos serviços médico-sociais da Previdência. Trata-se de toda uma organização de cuidados médicos de tipo curativo, prestados em regime ambulatorio, compreendendo consultas, visitas domiciliárias e alguns exames ou actos diferenciados — análises, radiografias, provas funcionais, de reabilitação, de reanimação, etc.

A previdência social tem assumido entre nós, desde a sua institucionalização, a natureza de entidade seguradora (seguro social) e, simultaneamente, prestadora de cuidados médicos. A partir de 1958 passou a celebrar acordos com o departamento da saúde, em ordem ao internamento hospitalar da população que cobre (hospitais gerais, psiquiátricos e de tuberculose, esta também em ambulatorio.) A partir dos anos 70 celebrou novos acordos com o departamento da saúde, alargados ao campo da protecção materno-infantil. O que fundamentalmente caracteriza as prestações de cuidados a cargo da Previdência é o facto de elas serem exclusivamente reservadas aos beneficiários e familiares. A população coberta, embora sectorizada, apresenta tendência para se aproximar da população total do País e a ultrapassar até o seu consumo hospitalar e farmacêutico.

Os meios a cargo da Previdência, embora não cobrindo directamente o campo hospitalar, podem considerar-se muito importantes e bastante elevado

o seu montante, como se verifica do quadro XVI relativo ao ano de 1972. A dificuldade de colher elementos suficientemente válidos entre estes dois campos de saúde impede a comparação dos gastos entre os dois sistemas.

#### QUADRO XVI

##### Serviços médico-sociais da Previdência Doença e maternidade. Acção médico-social

##### Despesas

Regime geral	Contos	Porcentagens
Prestações directas (v. ilíquidos):		
Despesas com o pessoal.....	559 575	15
Despesas com o material.....	37 149	1
Outras despesas de acção médico-social:		76
Meios compl. diagnóstico.....	363 882	
Medicamentos.....	1 497 705	
Internamentos.....	724 033	
Assistência ambulatória.....	91 551	
Tratamentos especializados.....	43 457	
Transporte de doentes.....	76	
Serviços prestados por outras instituições.....	65 894	
Prestações indirectas.....	296 615	8
<i>Total do regime geral</i>	<b>3 679 937</b>	<b>100</b>
Regime especial (Casas do Povo).....	129 412	—

Fonte: *Relatório da Previdência*, 1972 (elementos provisórios).

O mapa que a seguir se apresenta (quadro XVII) pretende comparar os meios ao dispor da Secretaria de Estado da Saúde com idênticos meios dos serviços médico-sociais da Previdência. A partir dos meios comparam-se ainda alguns dos resultados mensuráveis:

2.0.3 — *Dependentes do Ministério da Educação e Cultura (MEC)*. — Todo o ensino da Medicina está

QUADRO XVII

Comparação de meios e resultados entre os sistemas a cargo da Secretaria de Estado da Saúde e da Previdência

Designação	Secretaria de Estado da Saúde (1973)	Previdência social (1972)	
		Regime geral	Regime especial
<b>Meios:</b>			
Estabelecimentos de saúde com internamento .....	408	-	-
Camas hospitalares	37 027	-	-
Unidades médico-sociais .....	-	1 080	879
Centros de saúde	127	-	-
Dispensários e cons. dispensário .....	125	-	-
<b>Pessoal (a):</b>			
Médico .....	5 617	4 550	(e) 713
De enfermagem	(b)	2 686	(e) 352
Administrativo	4 416	3 757	(e) 1 486
Outro .....	18 616	278	(e) 838
<b>Resultados:</b>			
Docentes admitidos em internamento	(c) 446 620	(d)	-
Consultas prestadas	4 954 800	14 115 179	1 038 740
Exames laboratoriais	2 491 100	1 081 392	55 402
Exames radiográficos .....	989 600	264 550	27 735

- (a) Grande parte do pessoal diferenciado acumula funções nos dois sectores.  
 (b) Dados impossíveis de colher na ocasião.  
 (c) Inclui os docentes da Previdência internados nos hospitais.  
 (d) A Previdência promoveu, em 1972, o internamento de 254 459 beneficiários ou familiares em hospitais e casas de saúde.  
 (e) Só Casas do Povo.

Fontes: Plano Director de Informática do Ministério da Saúde, 1973. Dados fornecidos pela FCPAF.



entre nós confiado a este Ministério. Por isso, ligados à Universidade se encontram o Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana e o Instituto Oftalmológico de Gama Pinto.

Ao Ministério da Educação e Cultura pertence ainda o Instituto Português de Oncologia e a Escola Técnica de Enfermagem.

No mesmo âmbito são ainda assinaláveis as atribuições que àquele Ministério cabem no que respeita à saúde escolar, muito embora a legislação de 1971 tenha previsto pontos de ligação entre os dois departamentos.

2.0.4 — *Dependentes do Ministério das Finanças.* — A Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), como entidade responsável pela cobertura de alguns encargos com a saúde do funcionalismo público e seus familiares, não é, ao contrário da Previdência, prestadora de serviços. Limita-se a cobrir parte dos encargos com consultas médicas, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e internamento hospitalar — numa palavra, a suportar uma parte do seu custo. O Ministério das Finanças é ainda o proprietário do Hospital Termal de Monchique.

2.0.5 — *Dependentes das Forças Armadas.* — Na dependência directa dos três ramos das Forças Armadas encontramos serviços e estabelecimentos de saúde de tipo ambulatorio e hospitalar: postos médicos nas unidades e hospitais (Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas, hospitais militares regionais, Hospital da Marinha e Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea). A par destes, existem serviços privativos das forças militarizadas: GNR, PSP e GF.

O Ministério da Defesa Nacional superintende ainda num importante serviço público de recolha e transporte de doentes: o Serviço Nacional de Ambulâncias. Cabe-lhe ainda a tutela da Cruz Vermelha Portuguesa e organizações dependentes.

2.0.6 — *Dependente do Ministério de Equipamento Social e do Ambiente.* — Todas as novas construções para a saúde e seu equipamento são promovidas por este Ministério através das Direcções-Gerais das Construções Hospitalares e dos Edifícios e Monumentos Nacionais.

O mesmo se passa em relação às obras de grande remodelação. À Secretaria de Estado da Saúde incumbe a elaboração dos programas, as obras de pequena monta e a manutenção dos equipamentos.

2.0.7 — *Dependentes do Ministério da Administração Interna.* — Continuam a existir, na dependência das câmaras municipais, partidos médicos à frente dos quais se encontra um médico municipal. Embora sejam considerados funcionários de autarquias locais, encontram-se na dependência técnica das autoridades sanitárias.

2.0.8 — *Subsistemas especiais.* — Tanto no sector público como no parapúblico e privado existem ainda sistemas parcelares de cobertura dos encargos com a saúde e até de assistência directa. No sector público apontam-se o Ministério da Justiça, dispondo de serviços sociais e do Hospital-Prisão de S. João de Deus, e os serviços de saúde do Ministério da Coordenação Interterritorial (Hospital do Ultramar, agora chamado de Egas Moniz, em vias de integração na Secretaria de Estado da Saúde).

No sector parapúblico, certas empresas públicas dispõem de esquemas privativos de cobertura: assim, entre outras, Correios e Telecomunicações de Portugal, Administração-Geral do Porto de Lisboa e CP.

No sector privado, algumas empresas de grande dimensão, sobretudo aquelas que abrangem companhias seguradoras, constituíram serviços de saúde privativos, alguns até com meios de internamento hospitalar.

São características comuns a todos estes subsistemas o carácter restrito do acesso aos cuidados, a sua variedade e dispersão e o terem sido montados para fazer face às deficiências dos esquemas oficiais ou da Previdência ou por simples motivos de prestígio empresarial.

2.0.9 — *Sector privado.* — É bastante generoso no nosso país o conceito e o regime de prestação de cuidados médicos sob a forma de exercício de profissão liberal. Embora existam alguns condicionamentos de ordem regulamentar que restringem a liberdade total de exercício da clínica livre, a quase generalidade dos profissionais servidores do Estado ou da Previdência não conhece limitações práticas à instalação de consultórios abertos ao público. É também quase isento de restrições o regime de instalação de laboratórios de análises clínicas, gabinetes de radiologia e serviços de reabilitação ou reanimação.

No que respeita à hospitalização, os estabelecimentos privados adoptaram a designação de *casas de saúde* ou *clínicas*, por lhes ser legalmente vedada a designação de hospital. Nos termos da lei, a tutela, fiscalização e apoio técnico às casas de saúde incumbem à Direcção-Geral dos Hospitais. Na prática funcionam, porém, com quase total liberdade de organização interna e de fixação de preços.

2.0.10 — *Fabrico e venda de produtos farmacêuticos.* — O fabrico de medicamentos está sujeito a uma série de condicionalismos legais, de carácter técnico e económico, cujo cumprimento conduz à concessão de um alvará passado pela Direcção-Geral de Saúde. A emissão de novos medicamentos é concedida pela Direcção-Geral de Saúde, precedendo parecer favorável de uma comissão técnica, sendo actualmente a sua qualidade verificada nos laboratórios do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, onde também está instalada aquela comissão. A comprovação da qualidade da produção geral da indústria não é neste momento feita com regularidade por falta de legislação adequada.

Há uma multiplicidade de laboratórios de fabrico, tanto nacionais como estrangeiros, muitos deles sem verdadeira dimensão industrial e sem organização científica apropriada, o que, naturalmente, dificulta qualquer juízo sobre a garantia terapêutica do que produzem.

A quantidade de especialidades, nacionais e estrangeiras, fabricadas ou não em Portugal, que existem no mercado é elevadíssima (dez vezes mais do que na

Alemanha, por exemplo), o que causa perturbações a todos os níveis, sem qualquer vantagem para o doente ou para o País.

O valor do mercado de medicamentos deve aproximar-se dos 4 milhões de contos no ano corrente, dos quais 2 milhões são consumidos através dos serviços da Previdência, cujas aquisições beneficiam de reduções apreciáveis. Os serviços hospitalares também compram os medicamentos em condições vantajosas, calculando-se para este ano um consumo, em toda a rede, de cerca de 300 000 contos.

A venda de medicamentos ao público é legalmente feita apenas através das farmácias, sujeitas a fiscalização e *contrôle* pela Direcção-Geral de Saúde.

2.1 — *Funcionamento da organização.* — Observada em termos rápidos, a partir de alguns dos principais indicadores, a situação de saúde das populações portuguesas e feito o balanço dos meios disponíveis, analisemos, ainda que sumariamente, o funcionamento da organização. Veremos seguidamente os seus efeitos em relação à população utente, ao pessoal de saúde e ao País em geral.

2.1.0 — *Modo de funcionamento.* — A sucessão das contraditórias e ineficientes medidas de política nas últimas décadas retrata-se nitidamente na situação que nos foi legada. Cada governante do sector, na ânsia de imprimir o seu cunho pessoal, apenas introduziu modificações parcelares ao funcionamento de uma orgânica já de si frágil e descoordenada. Pode dizer-se com razão que, até 1971, não existiu qualquer política de saúde e a que se tentou nesse ano mal chegou a ser executada. A falta de uma política coordenada e continuada de saúde parece ser, assim, uma das causas, se não a principal, da desorganização existente.

A dispersão de serviços é a marca acentuada. Órgãos e estabelecimentos distribuem-se pela Secretaria de Estado da Segurança Social, pelos Ministérios das Finanças, da Coordenação Interterritorial, da Educação e Cultura, da Justiça, da Defesa Nacional, do Equipamento Social e do Ambiente e da Administração Interna. A Secretaria de Estado da Saúde

controla apenas uma parte dos serviços oficiais responsáveis. O seu volume de despesas representa uma percentagem não maioritária na totalidade dos gastos públicos com a saúde.

O pessoal, sobretudo médico, de enfermagem e técnico auxiliar, reparte a sua actividade profissional pelas diversas dependências, em regimes de acumulação praticamente incontroláveis. Desta dispersão resultam multiplicações de estatutos profissionais, com reflexo nos níveis de produtividade pessoal. Mais grave ainda é a sua irregular distribuição geográfica. A grande maioria destes profissionais encontra-se fixada na faixa litoral, com predomínio das três maiores cidades do País. No interior e nas ilhas a rarefacção actual tende mesmo a acentuar-se.

Também os meios materiais de actuação são simultaneamente escassos e mal aproveitados. Escassos sobretudo ao nível dos grandes meios urbanos, para fazer face a um consumo assimétrico que continua a acompanhar as tendências demográficas. Escassos e vetustos, oferecendo um desconsolador aspecto de incúria, onde as deficiências orgânicas e os erros de construção e instalação são agravados pela burocracia, pelo imobilismo e pelas dispersões ministeriais. Acresce que em muitos locais periféricos, onde rareia o pessoal médico e de enfermagem, estão paralisados serviços cujo dimensionamento fora planeado para necessidades há muito ultrapassadas, deixando sem aproveitamento racional o pessoal lá existente, certas instalações ainda funcionais e um equipamento que pouco mais faz que estar imóvel.

Os meios financeiros são também irregularmente distribuídos e deficientes ou tardiamente aproveitados, devido sobretudo à inexistência de uma orgânica de financiamento claramente definida, sobretudo no sector hospitalar.

Embora se deva reconhecer que os créditos orçamentais votados à saúde não obedeceram ainda à prioridade necessária para fazer sair o País da situação de subdesenvolvimento sanitário em que se encontra, pode dizer-se que, com os meios existentes, seria possível fazer mais e melhor se a orgânica dos serviços

de saúde obedecesse aos princípios da unidade de planeamento e de continuidade na execução.

2.1.1 — *Reflexos na população utente.* — Recorrer aos serviços oficiais de saúde é, para a população de mais baixos recursos, o sofrido exercício de um direito punjente, cujo acesso é, regra geral, difícil, demorado e penoso.

A qualidade dos serviços prestados, sobre a qual não se exerce qualquer *contrôle*, tende a deteriorar-se à medida que as instalações envelhecem e a procura de cuidados e o consumo médico aumentam. O utente não tem, na prática, meios de exigir responsabilidades nos casos de incúria, incompetência ou outra falta grave.

O período médio de tratamento por doente é excessivamente longo, quer em regime ambulatorio, quer em regime de internamento, com as inerentes repercussões na economia do País. Portugal tem demoras médias hospitalares das mais elevadas da Europa e, conseqüentemente, quebras importantes na produtividade do trabalho. O absentismo por atraso nos recursos terapêuticos é um dos conhecidos males nacionais.

A população de recursos menos débeis é forçada a recorrer ao subsistema da medicina liberal, no que corre, porém, o risco de contrair encargos que ultrapassam facilmente a sua capacidade económica. Estar doente em Portugal é assumir um risco económico que nem a classe média pode suportar.

Para os estratos mais favorecidos começa a ser hábito o recurso a cuidados médicos no estrangeiro (Espanha, França, Suíça e Inglaterra), a preços em regra inferiores aos praticados nas clínicas particulares do País e com superiores garantias de qualidade e segurança.

2.1.2 — *Reflexos no pessoal de saúde.* — Os erros acumulados na gestão das diferentes carreiras profissionais conduziram a um agravamento das assimetrias na distribuição de recursos humanos. Os hospitais dos grandes centros urbanos continuam superlotados de médicos em regime de tempo parcial, enquanto na periferia se agrava a rarefacção.

Mas, quer na periferia, quer nos grandes centros, os profissionais perdem hoje boa parte do seu tempo útil a deslocar-se de um local para o outro, acumulando funções em períodos curtos do trabalho diário, a fim de comporem o orçamento familiar. O pluriemprego generalizou-se, o posto de trabalho é apenas um local de passagem para outro posto de trabalho.

Assim nasce e se enraíza a frustração profissional, corroendo esperanças e minando as intenções dos trabalhadores mais conscientes. Acumulam-se funções, certos grupos acumulam proventos muito acima dos correntes no contexto nacional, mas mantêm-se, apesar disso, a insatisfação na generalidade dos profissionais.

As gerações que iniciam a sua formação ou que beneficiam de pós-graduação sentem a qualidade do ensino e do treino diluir-se lentamente, amontoando vícios pedagógicos e profissionais de difícil correcção. O sistema actual não só invalida os aperfeiçoamentos parcelares, como hipoteca o futuro.

2.1.3 — *Reflexos no País em geral.* — A dispersão de encargos por serviços dispendiosos, nem sempre prioritários, e de baixo ritmo produtivo provoca perdas financeiras graves. O povo começa a ganhar consciência de que, com iguais recursos, mas com orgânica diferente, se poderiam obter melhores resultados.

As sequelas de longos anos de vacilação e incoerência em matéria de saúde determinaram o desequilíbrio actual: a primeira linha de defesa (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados médicos primários) foi sendo negligenciada, canalizando-se os limitados recursos para os meios de acção mais espectaculares do combate à doença, que se situam já na segunda linha de actuação. Desta forma, o chamado «Estado social» caiu num ciclo vicioso, devorando as verbas e sendo incapaz de criar as condições que deveriam deter na primeira linha os acréscimos inelutáveis da procura. Assim se foi adiando um dos mais graves problemas nacionais.

Em deficiente estado sanitário as populações não podem progredir. Sem produção, por exemplo, não há riqueza. Sem criação de riqueza não pode haver

redistribuição que garanta o financiamento das acções de saúde. Continua a revelar-se difícil romper o ciclo da doença e da miséria. Do encadeamento destes factores decorre a manutenção da situação global de subdesenvolvimento, com todas as suas implicações políticas, sociais, culturais e económicas.

A conclusão que se pode extrair do funcionamento da nossa actual organização de saúde é de que, a despeito dos gastos crescentes que ela exige da comunidade, são mínimos os seus reflexos nos níveis de saúde do País. Estes continuam acentuadamente baixos, revelando todas as características dos sistemas em que a ênfase é posta nos aspectos curativos, descurando-se as acções de promoção da saúde e prevenção da doença.



### 3 — Sistemas de saúde

3.0 — Por todo o século XIX e até aos princípios do actual, os cuidados relativos à saúde dos cidadãos limitaram-se quase exclusivamente à prática da medicina individual, exercida segundo o modelo a que vulgarmente se dá o nome de *medicina liberal*. Essencialmente clínica, ela orienta-se de modo exclusivo para o doente. O paciente dirige-se ao médico, e este, servindo-se dos seus conhecimentos, procura curá-lo da enfermidade. A única preocupação do médico é *curar o seu doente*, daí que esta forma também seja conhecida por *medicina curativa* e por *medicina personalizada* ou *individualizada*.

Tal como outros produtores de bens ou serviços, também os médicos se distribuíam e especializavam em função da procura, cada um esforçando-se por manter a sua clientela, para isso lhe proporcionando serviços de melhor qualidade. A ideia que domina toda a organização — ou, rigorosamente, a ausência de organização — é a mais completa liberdade para cada médico e cada doente, dentro das suas possibilidades económicas, se adaptarem à lei da procura e da oferta dos serviços clínicos.

3.0.1 — É costume apontar os seguintes princípios em que assenta a medicina liberal:

- a) Livre escolha pelo médico do local do exercício da sua profissão, do modo da organização do seu trabalho e da fixação dos honorários a cobrar;

- b) Pagamento directo, pelo doente, dos serviços recebidos;
- c) Livre escolha pelo doente do seu médico e direito deste a recusar qualquer doente que não se encontre em grave perigo de vida;
- d) Liberdade completa de prescrição dos produtos farmacêuticos existentes no mercado;
- e) Protecção do *segredo profissional* como elemento constitutivo da medicina.

3.0.2 — Normalmente, em defesa do princípio da livre escolha, apela-se para o facto de o êxito da terapêutica depender, em larga medida, do ambiente e da atenção com que o doente é recebido e tratado pelo médico, que inspira no paciente a atmosfera psicológica de *confiança* no tratamento prescrito. As qualidades pessoais do médico — simpatia e humanidade, por exemplo —, o conhecimento por este dos antecedentes pessoais e familiares do doente, do meio em que ele vive e actua, etc., são valores normalmente invocados, e, sem dúvida, válidos, em defesa do livre exercício da medicina. Mas será um erro considerá-los exclusivos seus.

Neste tipo de medicina, as organizações profissionais dos médicos são normalmente associações de classe, elitistas, acérrimas defensoras da independência e do *standing* social e financeiro dos seus membros, e geralmente funcionam como poderosos grupos de pressão junto dos governos, quando elas próprias não constituem fios da teia do poder político.

3.0.3 — É óbvio que um regime deste tipo se torna extremamente oneroso, quer pela tendência natural do médico em elevar os preços dos seus serviços, quer pela possibilidade de se multiplicarem desnecessariamente os actos médicos, embora, neste caso, já dentro da alçada do foro deontológico. Por outro lado, a livre escolha do local do exercício da profissão conduz sempre os médicos a uma distribuição geográfica incoerente, à concentração nos centros urbanos com o sacrifício das zonas rurais. O maior inconveniente deste tipo de prestação de cuidados médicos é, contudo, a total incapacidade para satisfazer as *necessidades de saúde* da generalidade da população e o

facto de deixar no esquecimento tudo o que diz respeito à educação, promoção e vigilância da saúde e à prevenção da doença.

Estes aspectos, que são fundamentais para a saúde da comunidade, só podem, na verdade, ser assegurados de forma eficaz e eficiente através de medidas planeadas a nível global e por órgãos devidamente estruturados e diferenciados.

3.0.4 — O combate frontal à filosofia do liberalismo a que se assistiu depois do fim da Guerra de 1914-1918 e o êxito das economias planificadas nos países socialistas ou trabalhistas abalaaram profundamente os pilares da medicina tradicional. Por outro lado, além do aparecimento, primeiro, do conceito da «previdência social» mais tarde alargado ao de «segurança social», em que se reconhece a todo o indivíduo o *direito* aos cuidados de saúde, outras causas se podem apontar para o declínio da medicina personalizada: O primado do interesse da Comunidade do bem-estar geral, sobre o interesse individual, que o mesmo é dizer a satisfação das necessidades da colectividade como princípio orientador da actividade dos governos e a preocupação de modificar a repartição e a irradiação das doenças, mediante adopção de medidas eficazes de prevenção, garantindo à generalidade dos cidadãos o recurso aos cuidados de saúde da melhor qualidade — o que não pode ser conseguido com base num simples sistema de medicina meramente curativa.

3.0.5 — Em comparação com a medicina individualizada, a organização geral dos cuidados de saúde representa uma conquista relativamente recente. A revolução biológica, o espectacular avanço das técnicas, a especialização crescente da profissão médica, a utilização de aparelhagens cada vez mais complexas e mais dispendiosas, a multiplicação dos produtos farmacêuticos, o recurso constante aos meios complementares de diagnóstico, causando uma subida em flecha do custo dos cuidados, tornaram incompatíveis a concepção e o exercício liberal da medicina com as necessidades e os direitos da colectividade. Deste modo, a medicina tradicional encontra-se pe-

rante uma situação difícil e incómoda. As suas condições de trabalho, as próprias bases da sua existência, estão seriamente ameaçadas. As constantes limitações postas ao império, outrora absoluto, da iniciativa privada, o desenvolvimento dos fenómenos de socialização, a modificação das concepções filosóficas de uma política do homem e o papel decisivo e interventor do Estado na defesa e salvaguarda dos direitos fundamentais dos cidadãos conduziram, nos nossos dias, à declaração universal do *direito à saúde*, apoiada em princípios que se consideram já indiscutíveis e se encontram até, com os particularismos inerentes, nos programas dos partidos políticos:

- a) O custo dos cuidados de saúde deve ser suportado pela comunidade, e não pelos indivíduos isoladamente; (*Princípio de publicidade*)
- b) Cada cidadão e cada comunidade deve poder beneficiar, no maior grau possível, de todo o arsenal técnico-científico existente no País; (*Princípio de integralidade*)
- c) Os recursos da comunidade devem ser organizados e aplicados de uma forma sistemática, por forma a obter-se o maior grau de saúde para o maior número possível de indivíduos; (*Princípio de universalidade*)
- d) Todas as actividades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde deverão ser organizadas em sistemas que garantam aos indivíduos o exercício pleno, concreto e permanente do seu direito à saúde (*Princípio de continuidade*)

3.0.6 — O conflito entre a concepção liberal da medicina e a obrigação do Estado de assumir a direcção e suportar os encargos sanitários da colectividade é um dos principais problemas políticos da actualidade. No momento em que o acto médico deixa em grande parte de ser apenas uma prática individual e passa a resultar da cooperação de vastas equipas (de médicos, de pessoal de enfermagem, de técnicos de laboratório e de outras especialidades, de farmacêuticos, de físicos, de químicos e até de engenheiros), empregando equipamentos complexos, a que se juntaram recentemente diversos meios de mecanização, automação elec-

trónica e informática, a organização dos cuidados de saúde deixa de ser um transitório problema de interesse pessoal dos doentes e dos médicos, para se tornar progressivamente um assunto permanente de interesse público: a sua actividade planeada cabe agora ao Estado. Ninguém nega mais que a saúde é um problema político e a doença um subproduto da sociedade. Em resposta conhecem-se por parte do Estado vários sistemas de programas, que é costume referir a quatro tipos paradigmáticos.

3.1.0 — Os Estados Unidos da América costumam ser apontados como o exemplo de um país em que vigora o sistema liberal de medicina, tradicionalmente organizado sob o modelo de empresa livre, à volta de médicos particulares, sendo o lucro, tal como noutros serviços, a mola impulsora do desenvolvimento das actividades. Porém, uma análise recente revela já todo um conjunto de sistemas ou subsistemas a funcionar simultaneamente.

Com efeito, ao lado do exercício de medicina liberal, que é o predominante, encontra-se hoje largamente espalhado o sistema de seguro-doença com organizações privadas e semipúblicas, por avença, para a vigilância da saúde e tratamento da doença. A medicina liberal continua a ser praticada à maneira clássica (personalizada e curativa), mas cada vez mais toma a forma de medicina de grupo, executada por médicos que se associam livremente em equipas para o efeito.

3.1.1 — O sistema de seguro-doença é dominado por duas grandes associações de carácter privado e de tipo mutualista (Blue Cross e Blue Shield), que, no seu conjunto, cobrem mais de 150 milhões de associados.

Pelo seu lado, o Governo Federal tem a seu cargo dois programas de seguro-doença: o *Medicare*, para as pessoas com mais de 65 anos e que abrange uma larga percentagem dos «novos pobres» dos Estados Unidos, e o *Medicaid*, para as pessoas cujos rendimentos são inferiores ao chamado «nível de pobreza», que varia de estado para estado.

3.1.2 — Recentemente, o Governo Federal tem dado o seu apoio a organizações privadas de mais largos

objectivos — isto é, as que, além dos cuidados médicos, se preocupam também com a restantes gama dos cuidados de saúde. Exemplos destes dois últimos tipos de organização são as Health Maintenance Organizations e os Neighbourhood Health Centers. Os hospitais são, na sua maioria, privados e com finalidades meramente curativas. As ações de carácter preventivo estão, no geral, a cargo do Estado, através dos serviços de saúde pública.

As organizações para a manutenção da saúde, de que os serviços médicos da Kayser constituem um paradigma, contam-se já hoje por muitas dezenas, abrangendo também alguns milhões de indivíduos. Os centros de saúde locais funcionam geralmente nos bairros pobres e prestam cuidados gratuitos de saúde.

3.1.3 — O esquema Kayser permanente tem as seguintes características principais:

- a) Toda a organização, incluindo os centros básicos de saúde, consultas clínicas e hospitais, é privada, autónoma, não lucrativa, auto-subsidiada, e cobre já mais de dois milhões e meio de subscritores;
- b) Todos os elementos da população abrangida por este plano de saúde total têm acesso ao conjunto dos benefícios de saúde aplicáveis, desde a entrevista inicial e o registo até à alta. Para este efeito, os indivíduos são considerados em quatro grupos: saudáveis, com preocupações de saúde, com sintomas iniciais da doença e, finalmente, doentes. Para cada grupo de indivíduos assim classificados responde um esquema de serviços com pessoal apropriado que atende e encaminha cada subscritor (triagem com dispositivos baseados em computadores); tanto estes serviços como os de forma mais continuada são apoiados pelo departamento de prevenção e vigilância, destinado aos cuidados de longa duração por doenças crónicas estabilizadas;
- c) Todos os elementos de trabalho do sistema, incluindo os médicos, são pagos por retribuição regular, do tipo vencimento ou salário, e

não por tarefa ou consulta. O financiamento, como se disse, é feito através das contribuições dos próprios beneficiários (sistema de avença).

O esquema Kayser, de que existem várias cópias nos países latino-americanos, representa o ensaio-piloto posto a funcionar por entidade particular, e não pelo Estado.

3.1.4 — Analisando o panorama sanitário dos Estados Unidos da América, pode dizer-se que existe ali toda uma multiplicidade de organizações independentes e não coordenadas para a prestação de cuidados de saúde, mas que a tendência é cada vez mais para a criação de um sistema organizado em que os governos federal e estaduais tomam responsabilidades cada vez maiores, com o consequente estreitamento da zona de actuação, outrora plena, do exercício liberal.

3.2.0 — Na Europa Continental predomina o sistema misto de medicina liberal e seguro-doença, o que representa uma forma de coexistência entre a medicina livre e as actividades colectivas de protecção na doença integradas no conceito de segurança social.

O modo como esses cuidados são dispensados varia de país para país, mas podem distinguir-se três tipos principais:

O primeiro é o *método de reembolso*, em que o doente paga directamente as suas despesas pelos serviços recebidos, sendo depois reembolsado, total ou parcialmente, pelas instituições do seguro social. É o regime vigente na Bélgica, na França, na Finlândia, na Noruega, etc.

No segundo (compreendendo, por exemplo, a Áustria, a Dinamarca e a República Federal da Alemanha), a *organização do seguro-doença paga directamente aos profissionais* (médicos, pessoal paramédico, de laboratório, etc.) os serviços por eles prestados aos beneficiários. Estes não satisfazem quaisquer honorários ou limitam-se a pagar uma taxa moderadora. O pagamento de serviços obedece a acordos estabelecidos entre a organização do seguro-doença e as organizações dos que prestam os serviços (sindicatos médicos e farmacêuticos, hospitais, etc.).

O terceiro método é o chamado *regime das caixas*. Aqui, as instituições de seguro-social têm os seus médicos, enfermeiros, laboratórios, hospitais, etc., financiados pelas suas receitas próprias. *Concedem serviços aos seus beneficiários*, que, por sua vez, para elas descontam parte dos seus salários. O financiamento do sistema conta também com avultadas entregas das entidades patronais e, supletivamente, do Estado. Este regime é o que vigora por exemplo em Espanha, na Grécia, na Turquia e em Portugal. Trata-se da organização do seguro-doença integrado dentro de esquemas de previdência e/ou de segurança social; mesmo quando generalizado à totalidade da população constitui fundamentalmente um modo de prestação de cuidados médicos curativos e não de cuidados de prevenção de saúde, porquanto a cobertura de meios preventivos ou é pouco desenvolvida ou continua praticamente à responsabilidade do Estado.

3.2.1 — A França constitui o exemplo de um país onde a medicina liberal, ainda predominante, coexiste amplamente com o seguro-doença (*método de reembolso*), que cobre cerca de 98 % da população.

Neste sistema (que em verdade está continuamente a sofrer vivas reformulações), o beneficiário escolhe livremente o seu médico, o qual conserva ampla liberdade de prescrição, embora sujeita, evidentemente, ao *contrôle* de custos de medicamentos pelas caixas primárias ou regionais de seguro-doença.

Tratando-se de assalariados, o doente paga directamente os honorários médicos, que lhe são depois reembolsados pela caixa a que pertence, mas esta reposição não é integral, pois o beneficiário suporta parte da despesa. Em razão do precedente, criado em alguns países anglo-saxónicos, em que o doente deve comprar uma senha (*ticket*) com que satisfaz parte dos honorários médicos ou despesas com medicamentos, este procedimento é concretamente conhecido por *ticket-moderador* e sujeito a escalas variáveis: por exemplo, 20 % para honorários médicos e auxiliares médicos em caso de hospitalização e 30 % para medicamentos, excepto para certos produtos reconhecidos como insubstituíveis e particularmente dis-



pendiosos que, aliás, constam de uma lista em que o reembolso vai até 90 % do preço. O *ticket* é suprimido no caso de intervenção cirúrgica grave, hospitalização com duração superior a trinta dias, tratamento que acarrete incapacidade de trabalho contínuo e superior a noventa dias, utilização de «grande aparelhagem», e no caso de beneficiários previstos na legislação protectora das vítimas de guerra. O reembolso é efectuado segundo uma base de tarifas, que é vinculativa para os organismos da segurança social e para as caixas mútuas regionais.

Quanto aos não assalariados (patrões e trabalhadores independentes), o regime vigora com muitas limitações. Os actos praticados no domicílio dão lugar ao reembolso superior a 60 % das tarifas, sob a condição de a doença na nomenclatura médico-legal ter o coeficiente igual ou superior a 30. Quanto aos menores de 16 anos e pessoas idosas, beneficiam de um reembolso superior a 60 % ou a 70 % das tarifas, conforme os cuidados médicos são prestados no domicílio ou em consulta externa — sem prejuízo das medidas de hospitalização — e qualquer que seja o coeficiente em causa na nomenclatura de actos médicos ou cirúrgicos.

3.2.2 — O sistema hospitalar francês é dominado pelo princípio da propriedade pública. Os hospitais públicos são normalmente administrados a escalão municipal, mas estão submetidos a uma apertada fiscalização por parte do Ministério dos Assuntos Sociais. O *contrôle* administrativo, quanto à construção e funcionamento, é assegurado pelo prefeito, funcionário do Governo à frente de cada departamento, e pelo pessoal técnico, médico inspector departamental e o director departamental de acção sanitária e social. Certos estabelecimentos hospitalares especializados (hospitais psiquiátricos ou sanatórios antituberculosos) e alguns hospitais gerais são administrados directamente pelo Conselho Geral do Departamento.

A segurança social, beneficiando, como se disse, cerca de 98 % dos franceses, financia uma grande parte das despesas de funcionamento (assim como cerca de 30 % das despesas de construção). Exerce por isso uma grande influência sobre o sistema hospi-

ta- lar. Pelo seu lado, o Ministério dos Assuntos Sociais estabelece normas regulamentares para a construção e funcionamento dos hospitais públicos, que os próprios hospitais privados, de fim lucrativo, também são obrigados a observar. As normas ditadas pela segurança social e as dimanadas pelo Governo são textos comuns para o país.

O reembolso das despesas de hospitalização é feito mediante as caixas de segurança social quanto aos doentes-segurados. Cada uma das dezasseis caixas regionais reembolsa 80 % das caixas de hospitalização na base do custo da diária hospitalar, devendo os restantes 20 % ser suportados pelo beneficiário. Os departamentos pagam todas as despesas da hospitalização dos indigentes. Para eles todo o serviço é gratuito.

3.2.3 — Em 1970 foi promulgada em França uma lei com vista a coordenar a actividade dos diferentes hospitais e reforçar a regionalização. Alguns princípios inscritos nessa legislação merecem ser anotados. Assim, em vez de falar de «hospitais», surge institucionalizado o termo de *serviço público hospitalar*, o qual deve assegurar os cuidados aos doentes, contribuir para o ensino e formação do pessoal médico e paramédico, concorrer para o planeamento e difusão das acções de medicina preventiva e participar na investigação médica e educação sanitária. O papel atribuído ao hospital ultrapassa, pois, em larga medida a sua missão tradicional, pois o serviço passa a integrar aquilo que outrora era considerado o mundo das actividades sanitárias extra-hospitalares. Assim, os estabelecimentos sanitários que não comportam os meios de hospitalização são integrados no serviço hospitalar. Também os estabelecimentos hospitalares públicos e os hospitais privados passam a obedecer a este novo condicionalismo.

O Ministério da Saúde Pública deve elaborar uma carta sanitária do país (que ao presente é uma carta hospitalar), delimitando as regiões e sectores da acção sanitária, e determinar as necessidades e os meios para lhe fazer face. Todos os estabelecimentos hospitalares situados no mesmo sector da acção sanitária, sejam eles públicos ou privados, são chamados a formar um

«grupo inter-hospitalar», em que transitoriamente cada estabelecimento poderá conservar a sua autonomia. Numa fase posterior, todos eles poderão integrar-se no «sindicato inter-hospitalar».

3.2.4 — Os produtos farmacêuticos são fabricados em França e só os medicamentos que constam de uma lista elaborada pelo Ministério da Segurança Social são reembolsados. Deve-se assinalar que o Estado fixa a margem dos lucros dos armazenistas e retalhistas.

3.2.5 — Neste sistema de reembolso, as relações entre o corpo médico e os organismos de segurança social são reguladas por meio de convenções colectivas e as tarifas negociadas só se tornam efectivas depois de aprovadas por uma comissão nacional tripartida, constituída por representantes dos sindicatos médicos, da Caixa Nacional do Seguro-Doença e dos ministérios interessados. Na falta de uma convenção, qualquer médico pode aderir às normas da «convenção-tipo» aprovada por lei. Esta possibilidade de aderir individualmente à convenção-tipo consegue tornar a dificuldade de em certas localidades não estar em vigor uma convenção aplicável concretamente. Os actos médicos que dão lugar ao reembolso encontram-se previstos numa nomenclatura geral de actos profissionais, fixados também por via legislativa.

3.2.6 — Como se depreende do exposto, o Estado desempenha um papel importante na fixação dos custos dos cuidados de saúde. Dispõe, antes do mais, do direito de veto sobre o orçamento de diversos organismos e estabelecimentos, o que lhe permite limitar os níveis dos preços por eles praticados, controla as tarifas negociadas nas convenções pelos sindicatos médicos ou outros profissionais e finalmente os próprios preços dos produtos farmacêuticos.

3.2.7 — Só a prevenção escapa inteiramente à organização da segurança social, pois ela é colectivamente organizada e financiada pelo Estado e pelos departamentos. Trata-se principalmente da acção nos domínios da higiene pública, vacinações obrigatórias,

protecção materno-infantil, medicina escolar, medicina de trabalho, criação e gestão de dispensários e centros de despistagem, e finalmente de educação sanitária. Deve referir-se que neste campo duas importantes organizações académicas — a Academia Nacional de Medicina e a Academia Nacional de Farmácia — colaboram intimamente com o Estado na execução de campanhas públicas de educação sanitária.

3.2.8 — Em conclusão: a França não dispõe ainda de uma organização unificada dos serviços sanitários, nem de um modo de funcionamento uniforme. A situação explica-se pelas razões históricas e políticas. Os poderes do Estado são ainda insuficientes para intervir decisivamente no sector da saúde. Com efeito, o Governo dispõe mais de poderes para se *opor* às decisões contrárias ao interesse colectivo do que para *promover*, ele próprio, uma política de saúde coerente e definida. A medicina privada, ou clínica, escapa à acção do Governo. Tanto os sindicatos médicos como a própria opinião pública favorecem ainda hoje a liberdade profissional do médico ao mesmo tempo que se procura, perante o aumento contínuo dos custos de saúde suportados pela segurança social, instituir meios para os poderes públicos intervirem decisivamente no sector da saúde. A criação de dois recentes ministérios, um para «bem-estar social» e outro para «a condição feminina» são índices evidentes dessa preocupação.

3.3.0 — O National Health Service (NHS — Serviço Nacional de Saúde) britânico — representa, nos países de economia capitalista, o grau mais avançado do *contrôle* governamental sobre a medicina e o exemplo de uma medicina organizada em moldes rigorosamente democráticos, uma vez que as entidades gestoras do Serviço são constituídas por representantes de todos os interessados.

O NHS assenta numa estrutura tripartida, correspondente aos seus três ramos: a clínica geral, o serviço hospitalar e os serviços de saúde das autoridades locais.

3.3.1 — *O serviço de clínica geral.* O clínico geral (GP — *general practicionner*), como usualmente é

conhecido, desempenha um papel fundamental no sistema, porque além de ser verdadeiramente o médico de família representa a primeira linha da defesa no caso da doença e o elo que liga o indivíduo ao NHS.

Qualquer médico pode inscrever-se no NHS como clínico geral e ao mesmo tempo exercer clínica particular. Por sua vez, qualquer cidadão inglês maior de 16 anos pode escolher o seu médico, e este é livre de o aceitar ou não. Contudo, o clínico geral é obrigado a tratar de qualquer doente que não esteja inscrito noutro médico e, nos casos de urgência, quando não lhe seja possível recorrer ao seu próprio clínico. Uma pessoa pode mudar de médico se mudar de residência, se tiver o acordo do seu médico ou se for avisado de que pode mudar de clínico por o seu médico ter mudado o local de exercício da sua profissão. Além destes casos, só se pode mudar de médico escolhido preenchidas as formalidades especiais.

O clínico geral entra no NHS através de um contrato independente. Ele não é, como sucede com muitos especialistas, um funcionário do Serviço, uma vez que, depois do tempo gasto no NHS, pode dedicar-se à medicina livre, à medicina do trabalho nas empresas ou trabalhar nos hospitais privados. O certo, porém, é que a maior parte dos proventos de um médico britânico provém da clínica geral prestada ao NHS. O médico é pago por uma taxa de capitação e deve prestar todos os cuidados ao doente e, no caso de ausência, arranjar quem o substitua na sua profissão.

O médico inglês goza de total liberdade de prescrição e só em casos muito raros há lugar para investigação ou censura quanto aos medicamentos prescritos. No caso de dificuldade de diagnóstico ou da gravidade da doença, pode chamar outro colega para uma conferência ou assegurar ao seu doente uma cama no hospital para ser observado e tratado por um especialista.

O sistema não impõe ao médico o local para o exercício da sua profissão, mas, desde que um dos objectivos fundamentais do NHS é promover uma boa distribuição dos médicos para que a medicina

atinja os lugares mais afastados dos centros urbanos e seja da melhor qualidade, o médico que inicia a sua carreira ou concorre para uma vaga deve requerer a sua inscrição no conselho executivo local, que encaminha a pretensão à Comissão de Clínica Médica, a qual, por sua vez, na posse de dados concretos sobre cada região, pode autorizar ou indeferir o pedido. Na caso de recusa há direito de recurso para o Secretário de Estado de Serviços Sociais.

Um médico pode ter até 3500 doentes inscritos no seu ficheiro, mas, no caso de ter um consultório comum com outro(s) colega(s), o número de inscrições pode elevar-se mas de modo a que a média de cada um deles não exceda 3500 indivíduos. O sistema fornece vários incentivos para instalação de consultórios médicos, seja através de comparticipação nas rendas, na compra de material, no pagamento de ordenados ao pessoal auxiliar, etc., e devido a esses incentivos um novo tipo de clínica geral começa a aparecer no Reino Unido: o de equipas de médicos com consultório comum. Mais de metade do total dos médicos do país trabalha hoje em consultórios colectivos com três ou quatro médicos. Estes consultórios dispõem de enfermeiras, pessoal auxiliar, pessoal administrativo, e funcionam em locais especialmente concebidos para esse fim.

O médico é obrigado a atender todos os seus doentes no seu consultório e deve-lhes dispensar todos os cuidados. Não se espera dele que trate todas as doenças; por isso que ele pode indicar ao doente um nome de outro médico para determinado fim ou interná-lo no hospital para ser assistido por um especialista. Mas, salvo o caso de urgência, ninguém pode dirigir-se ao hospital a não ser através do seu médico.

3.3.2 — *Os serviços hospitalares.* A Inglaterra possui um sistema hospitalar admiravelmente integrado e constitui um exemplo válido de uma estrutura descentralizada. Enquanto todos os hospitais, gerais ou especializados, são colocados sob a autoridade e *contrôle* do Ministério da Saúde, as responsabilidades administrativas directas são delegadas em comissões hospitalares regionais e, ao nível de base, em comissões de gestão de cada hospital. Dentro dos limites

do seu orçamento, cada hospital pode, na medida do seu espírito criador e dinamizador, introduzir fórmulas e concepções novas para o desenvolvimento dos seus serviços. As despesas de funcionamento dos hospitais são cobertas, na sua quase totalidade, pelo Ministério da Saúde, através do orçamento geral do Estado.

Os pagamentos feitos pelos doentes são remetidos para o Tesouro Público. Existem poucos hospitais filantrópicos garantidos por fundações e os hospitais privados pertencem, no geral, a instituições religiosas. A investigação médica aplicada recebe também grande auxílio de instituições filantrópicas (Nuffield, Lister, etc.) privadas ou semiprivadas.

3.3.3 — *Serviços de oftalmologia.* Os serviços oftalmológicos gerais são limitados. O NHS cuida apenas do exame da visão e do fornecimento de aparelhos ópticos. Qualquer tratamento dos olhos, ou mesmo a obtenção de óculos especiais, só pode obter-se nos hospitais oftalmológicos ou em clínicas especializadas. O doente tem a plena liberdade de escolher o oftalmologista que preferir, contanto que ele esteja ligado ao NHS. As lentes são fornecidas gratuitamente, mas a sua colocação nos aros é paga pelo comprador. Existem aros fornecidos pelo NHS a preço módico para quem não queira adquirir modelos mais dispendiosos. Para as crianças os óculos são fornecidos gratuitamente. Os oftalmologistas recebem os honorários do NHS com base numa tabela de preços classificativa dos diversos serviços.

3.3.4 — *Serviços farmacêuticos.* Todos os medicamentos prescritos por um clínico geral do NHS são fornecidos pelas farmácias, mediante a apresentação da receita. Quase todas as farmácias na Inglaterra fazem parte do NHS e cobram uma taxa de 20 dinheiros por cada «item» da receita, salvo nos casos isentos de pagamento (menores de 15 anos, pessoas com mais de 65 anos, grávidas e parturientes até um ano, pessoas que sofrem de determinadas doenças, indigentes e pensionistas de guerra). As farmácias recebem do NHS o custo dos produtos, acrescido de uma percentagem de lucro e uma taxa pelos serviços profissionais prestados. As pessoas que

não chamam um médico do NHS e preferem um médico privado suportarão totalmente o custo das prescrições. Finalmente, deve notar-se que na Inglaterra há médicos que fornecem, eles próprios, medicamentos aos seus doentes, cujo pagamento é feito à base de tabelas instituídas.

3.3.5 — *Serviços fornecidos pelas autoridades locais de saúde.* As autoridades locais, além dos serviços de maternidade e de visitadoras sanitárias, prestam ainda cuidados de enfermagem domiciliária, de vacinação e outros actos preventivos ou de assistência médica ou de convalescença. Estes serviços têm também a seu cargo a educação sanitária, as campanhas de massa (incluindo as campanhas contra os perigos do tabaco), de profilaxia do cancro do útero, etc. Em certos locais asseguram a fluorização das águas, com vista à prevenção da cárie dentária.

3.3.6 — Os *centros de saúde*, estabelecimentos construídos e mantidos pelas autoridades locais de saúde, compreendem serviços de medicina geral, serviços sanitários e farmacêuticos gerais, serviços de saúde especificamente locais e serviços médicos de especialistas, além de outros serviços para doentes não hospitalizados. Em princípio, estes centros destinam-se a substituir os gabinetes de médicos de clínica geral, permitindo uma medicina de grupo, e ainda a estabelecer estreita ligação entre os médicos de família, os serviços hospitalares e as autoridades locais.

3.3.7 — O NHS integra também os chamados *serviços de bem-estar*, que compreendem residências em lares para as pessoas que, por motivo de idade, doenças prolongadas ou outras circunstâncias necessitam de cuidados especiais e de atenção que não podem ter em qualquer outra parte; residências temporárias para pessoas que precisam de alojamento temporário urgente; serviços no domicílio às pessoas idosas, e serviços para diminuídos físicos e mentais.

3.3.8 — *Financiamento.* O dispêndio com o NHS é coberto na sua quase totalidade pelo Tesouro Público, sendo uma pequena parte obtida pelas receitas locais, pelos prémios de seguro nacional e pelas



taxas pagas pelo doente em certos casos; os residentes ingleses pagam uma *contribuição semanal* cujo montante varia consoante o tipo de ocupação do trabalhador, o sexo e a idade; existem taxas especiais para patrões, trabalhadores independentes e desempregados.

3.3.9 — *Retribuição do pessoal médico.* O método é essencialmente o do pagamento *per capita*, correspondente ao número de indivíduos inscritos na sua lista. Além deste pagamento, cada médico tem direito a um suplemento calculado na base de actos médicos prestados e um suplemento especial tendo em consideração a idade do médico, a necessidade de ocupar sanitariamente zonas carecidas de médico, a prática de medicina em consultório de grupo, a formação profissional, o pessoal auxiliar empregado no consultório, etc. Existem também abonos para frequentar cursos de pós-graduação e pagamentos por vacinações e outros serviços efectuados por motivos de saúde pública.

3.3.10 — *Âmbito de medicina livre.* Quase todos os residentes no Reino Unido recorrem ao NHS, sendo raras as pessoas que procuram médicos alheios ao serviço, caso em que têm de satisfazer os honorários exigidos.

O médico pertencente ao NHS pode recomendar ao seu doente que consulte um médico livre em certas circunstâncias. Trata-se geralmente de médicos de renome, especialistas que trabalham normalmente nos hospitais do NHS e que têm autorização para se dedicarem à clínica livre durante certas horas do dia. Segundo as últimas estatísticas, cerca de 7% dos cidadãos recorrem às clínicas livres. Afora os casos dos estrangeiros, o principal motivo de uma parte da população procurar médicos fora do NHS parece ser o de assegurar uma maior liberdade na marcação das consultas ou a rapidez em entrar nos hospitais e algumas vezes, porventura, a suposição de que, pagando ao médico, este lhes dedicará mais atenção e um tratamento de melhor qualidade.

3.3.11 — A partir de Abril de 1974, o NHS foi reorganizado no sentido de uma maior integração

de todas as actividades de saúde (preventivas, curativas e de saúde pública em geral) a nível local. A evolução é assim no sentido — que se considera mais progressivo — de procurar satisfazer todas as necessidades de saúde da comunidade através de uma única organização compreensiva de saúde, sem encargos directos (ou com encargos mínimos) para os utentes.

Trata-se, portanto, de um serviço que assenta numa *política de saúde unitária de âmbito nacional*, organizado de forma a assegurar uma prestação universal de serviços que abrangem toda a gama de cuidados, sem descurar as tarefas de vigilância da saúde e prevenção da doença, cujos encargos são assegurados em mais de 80 % pelo Tesouro Público e cujo custo orça pelos 5 % do PNB.

O regime da actuação do médico no sistema acima descrito conduz à conclusão de que o NHS procura a melhor forma de conciliar o princípio de medicina de Estado com algumas das vantagens da medicina liberal.

3.4.0 — A primeira experiência de planificação total dos serviços de saúde, e consequente estatização da medicina, deve-se à URSS, união de quinze repúblicas soviéticas, terceiro espaço geográfico nacional, com um território três vezes maior que o dos EUA, com uma população que inclui eslavos, balcânicos, asiáticos e caucasianos e onde se falam sessenta e uma línguas locais.

No quadro de uma economia totalmente planificada, os serviços de saúde estão sob a direcção central de um Ministério de Saúde, que coordena outros órgãos homólogos a nível regional e local, que numa hierarquia vertical articulam a prestação de serviços médicos e a saúde pública.

3.4.1 — A arquitectura da organização sanitária soviética assenta sob três pilares:

- a) A *policlínica* da empresa ou policlínica de sector, onde predomina a clínica geral;
- b) O *hospital* para consultas externas para os habitantes de uma zona sanitária;

- c) *O hospital regional.*
- d) *Estabelecimentos especializados para tratamento de tuberculose, cancro, etc., que constituem sectores paralelos especializados.*

3.4.2 — Cada indivíduo deve recorrer ou ao médico da empresa ou ao médico do seu sector de residência. Todos os estabelecimentos de saúde pertencem ao Estado e são financiados por ele. Uma esmagadora maioria de médicos são agentes públicos e são pagos tendo em atenção os salários de outros trabalhadores.

3.4.3 — O sistema de cuidados de saúde tem por base os seguintes princípios orientadores:

- a) Os serviços de saúde são totalmente planeados e fazem parte integrante do plano sócio-económico nacional;
- b) Os cuidados médicos são gratuitos (só podem ser cobradas taxas simbólicas por diversos actos, medicamentos, dentaduras, óculos, etc., e mais de metade da população está isenta de tais pagamentos). Os serviços de saúde são financiados através do Tesouro Público e numa proporção de 75 % do seu orçamento;
- c) Os cuidados de saúde são acessíveis a todos, mesmo aos habitantes que vivem em áreas rurais remotas. Medidas especiais são adoptadas para que os médicos ou os auxiliares médicos — *feldshers* (diplomados por um curso intensivo de três ou quatro anos) — cheguem rapidamente a qualquer ponto do país;
- d) Os cuidados médicos são dispensados pelos especialistas. Todos os médicos são considerados como especialistas quando tenham completado o curso médico de seis anos, seguidos de três ou mais anos de estágio de orientação e cursos obrigatórios de pós-graduação;
- e) Grande ênfase é posta na prevenção em todos os aspectos de cuidados de saúde. A unidade de meios preventivos e curativos é o objectivo em vista. As técnicas principais de prevenção são as campanhas de higienização e sanidade, educação sanitária, informações sobre as

doenças e treino de saúde; existe um vasto programa de vacinação contra as doenças infecciosas mais frequentes, uma organização eficiente para rastreio e *check-up*, envolvendo em cada ano cerca de 85 milhões de indivíduos, ou seja um terço da população, e um esquema de supervisão e acompanhamento dos grupos vulneráveis;

- f) Atribui-se especial cuidado ao envolvimento e participação activa de toda a população na prática dos cuidados domiciliários e da medicina doméstica. Muitos destes cuidados são garantidos através de voluntários que prestam assistência sanitária às populações rurais.

3.4.4 — A estrutura básica dos cuidados de saúde é paralela à organização administrativa vertical da União Soviética. Assim, no cume da pirâmide temos o órgão central do planeamento, que funciona junto do Conselho de Ministros da URSS, de que faz parte o Ministro da Saúde. Cada uma das quinze repúblicas soviéticas tem o seu próprio Ministério da Saúde, que é responsável perante o órgão central. Cada república está dividida em regiões administrativas (*oblasts*), distritos (*rayons*) e freguesias (*uchastocks*) que se compõem de famílias. A cada nível administrativo corresponde um nível de organização sanitária.

Partindo da base para o cume, os serviços ao nível de freguesia são as policlínicas e postos de parteiras e de *feldshers* nas áreas rurais. O *feldsher* trabalha com uma certa autonomia, sobretudo nas regiões rurais, praticando exames clínicos, actos médicos correntes, prescrevendo tratamentos banais e principalmente fazendo a triagem dos doentes, com vista ao seu envio aos médicos e centros hospitalares. Os serviços especializados situam-se nos hospitais distritais e ainda, de nível mais diferenciado, nas unidades hospitalares regionais. Cada república tem instituições e órgãos próprios de investigação, além dos grandes institutos nacionais de Moscovo, Leninegrado, Kiev e outras grandes cidades.

Nas áreas urbanas, as unidades básicas são as policlínicas. Estas tomam a forma de centros de saúde

comunitários, de que fazem parte os clínicos gerais (*uchastok* ou *terapevti*) e alguns especialistas que fornecem cuidados ambulatoriais. Se o paciente necessitar de internamento hospitalar é enviado para o hospital distrital, onde existe outro grupo de especialistas. Os casos mais complexos ou especiais são enviados do hospital do *rayon* para o do *oblast* (regional).

Nas áreas rurais, devido à dispersão da população, os primeiros cuidados são fornecidos pelos auxiliares médicos — os *feldshers*. Trabalham sob a vigilância dos médicos que se encontram nas policlínicas — hospitais rurais — de *uchastock* (freguesia) com cerca de 100 camas e estão aptos a executar pequenas intervenções de cirurgia e de obstetrícia. A acção sanitária preventiva e curativa dos serviços de saúde é efectuada por estabelecimentos do tipo de dispensários policlínicos, estações sanitárias e epidemiológicas, consultas especializadas e hospitais que trabalham em conjunto.

A nível local (*uchastock*), encontramos especialistas médicos para o tratamento das crianças (pediatras) e os responsáveis pelos adultos (*terapevti*): clínicos gerais, médicos de trabalho e dentistas.

3.4.5 — A indústria farmacêutica, também nacionalizada, tem sido objecto de crítica devido ao *deficit* da produção de medicamentos em face das necessidades de consumo. A população aceita as orientações e sugestões das autoridades sanitárias e os resultados das campanhas têm sido sempre satisfatórios.

3.4.6 — *Âmbito da medicina livre*. — Segundo informações recentes, o sector de medicina livre, até há pouco tempo inexistente, parece desenvolver-se a nível dos grandes especialistas, que podem abrir um consultório privado apenas com a condição de obter uma autorização governamental e de pagar uma patente.

As autorizações são geralmente concedidas aos professores universitários e grandes especialistas.

3.5 — Para um rápido exame comparativo dos sistemas sumariamente descritos apresenta-se em seguida um quadro focando os aspectos mais salientes em vários países (quadro XVIII).

## QUADRO XVIII

## Sistemas de saúde (quadro comparativo)

Sistemas	Serviço de saúde do tipo da URSS	Sistemas intermédios		Sistema da medicina liberal integral (USA)
		National Health Service (Inglat.)	Coexist. de medic. liberal e seguro de doença (França)	
Parâmetros				
Responsabilidade pela saúde dos cidadãos.	Estado.	Estado.	Estado. } Colectivida- des públi- } cas locais. } Segurança social.	Os próprios cidadãos. O Estado (supletivo).
População abrangida.	Sistema universal.	Sistema universal.	Sistema tendencialmente universal (98 %).	—
Compreensividade.	Cuidados completos e integrados.	Cuidados completos e integrados.	Cuidados completos.	—
Propriedade dos meios materiais.	Estado.	Estado e entidades privadas.	Estado e entidades pri- } vadas. } Não lucra- } tivas. }	Entidades privadas e públicas (poucas).
Âmbito da iniciativa privada.	Incipiente.	Coexistente com o predomínio de NHS.	Coexistente (sistema de reembolso de honorários).	Predominante.

Financiamento.	Estado.	Estado — 80 %. Taxas locais — Contribuição dos cidadãos.	Quotização. Contribuição dos doentes.	Contribuição dos doentes segurados.
Gestão.	Estado.	Descentralizada.	Descentralizada sob tutela do poder central.	Dos particulares. Do Estado (supletivo).
Estatuto dos profissionais de saúde.	Agentes públicos.	Agentes públicos ou para públicos e mistos	Agentes de autarquias locais Trabalhadores privados e mistos.	Profissionais em regime liberal.
Ensino — Investigação.	Ministério da Saúde. Ligada à organização sanitária.	Públ. — Hospital de gestão central a nível regional. Públ. e privada.	Ministério da Saúde e Ministério da Educação; ensino privado; Universidade e sector privado.	Liberdade de ensino. Universidades públicas e privadas. Fund. públ. e priv.
Preços dos cuidados.	Gratuitos (com taxas moderadas).	Predominantemente gratuito (em regra parcialmente pagos; certos medicamentos e próteses).	Seguro do doente (sistema de reembolso).	O doente (excepto indigentes).
Condições de acesso dos utentes.	Condicionado.	Livre escolha (por regra, com algumas excepções).	Livre escolha (como regra) e escolha condicionada (em certos sectores).	Livre escolha.

### 3.6 — *Conclusões.*

3.6.0 — Alguns dos principais indicadores sanitários revelam que o nosso país se situa, de entre os países europeus, no grupo dos que apresentam piores níveis de saúde. Neste doloroso panorama, uma das grandes causas dos nossos males foi a falta de um sistema de saúde apto a fornecer às pessoas os cuidados de que estas necessitam (e que não são apenas cuidados médicos) ao longo das sucessivas etapas da sua existência. Esta falha é, em grande medida, de ordem quantitativa, já que o número dos profissionais de saúde é insuficiente — facto que se agrava ainda de a mencionada assimetria, muito lembrando uma «macrocefalia» da sua distribuição pelo País. Mas a maior dificuldade reside certamente na falta de um serviço nacional de saúde organizado em moldes técnico-administrativos modernos, capaz de assegurar de forma eficaz a toda a população a promoção e vigilância da saúde e a prevenção, tratamento e recuperação da doença. Há também que não perder de vista a falta de preparação sociológica e política de muitos médicos para se integrarem em esquemas de tamanho volume nacional. A Universidade não os educa para isso. Mas a verdade é que os compromissos sociais que hoje se lhes exigem em substituição dos velhos juramentos hipocráticos têm a vantagem de, incluindo os mesmos princípios morais, atenderem agora às restantes exigências da promoção humana.

3.6.1 — A experiência disponível, nossa e dos outros, ensina-nos que, nos dias de hoje, um serviço nacional de saúde para assegurar estes objectivos terá forçosamente de atender a quatro ordens de acções, que correspondem a outros tantos escalões de actuação integrada: acção sanitária, cuidados primários de saúde, cuidados diferenciados, incluindo os hospitalares, de recuperação e de retaguarda.

Pelo que respeita ao escalão sanitário, já vimos atrás qual é a situação.

No que se refere aos cuidados primários ou de base, o País dispõe actualmente de uma rede de serviços (os centros de saúde) que, se tivesse sido convenientemente desenvolvida, teria, sem dúvida, constituído



a solução para uma parte dos problemas existentes, visto que se destinava a assegurar as acções de fomento e vigilância da saúde, os cuidados preventivos e os cuidados médicos elementares, em ligação com os serviços médicos da Previdência. Esta rede, contudo, nunca chegou a atingir a dimensão prevista (até agora só foram criados cerca de 50 % dos centros programados e os centros existentes só têm tido possibilidade de funcionar numa escala limitada e de forma pouco satisfatória), pelo que os cuidados primários de saúde continuam a ser prestados não só de forma incompleta, mas, também, pela falta de coordenação, num verdadeiro desafio às mais elementares normas do bom senso e da economia.

Quanto aos cuidados hospitalares, a situação é por de mais conhecida, sobretudo ao nível dos grandes centros urbanos e, no que toca ao sector da recuperação, há todá uma tarefa a desenvolver a nível nacional. Quanto aos serviços médicos, profilácticos, assistenciais e de recuperação das classes idosas ou deficientes as carências são ainda mais graves.

3.6.2 — Em face do exposto, a conclusão a tirar só pode ser uma: a de que enquanto o País não dispuser de um equipamento básico satisfatório no domínio da salubridade e de um serviço de saúde organizado de molde a preencher as lacunas apontadas, não será possível melhorar de forma significativa a situação da saúde dos Portugueses.

3.6.3 — No que respeita ao modelo de organização de saúde a adoptar, o breve resumo atrás exposto sobre os tipos paradigmáticos habilita-nos a fazer algumas observações. Em primeiro lugar, não existe em nenhuma parte um sistema que se possa considerar puro, racional e lógico até às suas últimas consequências. Nas economias dominadas pelo capitalismo, como é o caso dos EUA, encontramos uma decidida tendência para progressiva introdução de estruturas de protecção social e, ao contrário, na pátria do socialismo, que é a URSS, desenha-se uma incipiente tendência para a introdução da medicina livre. A questão, pois, não é a da adopção de um tipo

esquemático e totalmente uniforme da organização sanitária, mas, antes, o de procurar combinar as vantagens de cada um dos sistemas com a garantia (por parte do Estado) de um fornecimento de cuidados de saúde da melhor qualidade e que alcance a totalidade da população do País.

Naturalmente que nenhuma organização de saúde pode alhear-se do sistema político-social, mas também é nítido, que, ao invés de outros meios de produção ou serviços, a produção e distribuição de cuidados de saúde podem dissociar-se em certa medida do regime económico dominante. Cada governo só pode dispensar às populações os cuidados que sejam compatíveis com a estrutura económica, armamento científico, grau de progresso tecnológico, capacidade profissional disponível, modo de distribuição das populações, rede de transportes, cultura social, e, se bem que em menor grau, mas não de todo em todo despidendo, com os vectores de evolução histórica e social próprios de cada colectividade.

Delinear um serviço de saúde à escala nacional não é, por isso, um mero exercício de inteligência. Não basta architectar em abstracto um corpo de avançadas disposições legais. É uma obra a implantar no chão e dentro das coordenadas gerais da sociedade actual.

Por este mundo fora estão em curso as mais variadas experiências para tutelar eficazmente o direito de saúde dos cidadãos. Em nenhuma parte, porém, foi possível encontrar o modelo óptimo. Não há exemplo ainda nos países da Europa Ocidental, com excepção da recente reforma do NHS inglês (Abril de 1974), de uma concepção global da organização sanitária. Em muitos países é ainda excessivamente marcada a distinção entre a *prevenção*, atribuída comumente ao Estado, a *medicina curativa* que obedece a sistemas geralmente mistos, quando não liberais, e a *hospitalização*, onde coexistem as organizações pública e privada.

O modo de remuneração dos médicos — desde a burocratização até ao livre entendimento, passando pelos sistemas de reembolso e de caixas —, a distribuição gratuita ou a compra pelo doente dos medica-

mentos, a centralização e descentralização da orgânica, a forma de financiamento, etc., fornecem-nos todas as combinações possíveis.

3.6.4 — Não se pode esquecer que o serviço nacional de saúde a instituir no nosso país não poderá alhear-se da condição sócio-económica vigente: somos um País em vias de desenvolvimento, que deixou atrasar demasiado a sua organização de cuidados de saúde. O número de médicos é insuficiente e concentra-se principalmente nas zonas urbanas, com abandono intolerável das zonas rurais; o pessoal dos serviços complementares de diagnóstico e o pessoal paramédico e terapêutico escasso; a falta pungente de enfermagem, a indústria farmacêutica muito limitada e dispersa, os hospitais superlotados e mal estruturados; o nível geral de instrução baixo; a educação sanitária inicia os primeiros passos. As receitas locais no sistema vigente não podem fazer face às despesas crescentes com os cuidados de saúde, e meio século de autoritarismo feroz fez cair no esquecimento as formas e as virtudes de gestão democrática das instituições. O rendimento *per capita* é dos mais baixos da Europa, o esforço da industrialização bastante recente, e o poder de compra da esmagadora maioria é muito reduzido. Num quadro assim não se pode exigir que o serviço nacional de saúde satisfaça imediatamente todas as necessidades prementes e presentes da população.

3.6.5 — Durante quase meio século a medicina portuguesa apenas serviu para dar ao Estado uma certa monumentalidade. Mas vazia de acção. Com uma agravante: O regime derrubado em 25 de Abril contribuiu para lançar o descrédito sobre a medicina social, na medida em que levou o povo a fazer coincidir a socialização da medicina com desorganização, ineficiência e incapacidade. Torna-se, por isso, urgente a tarefa de elucidar as populações do que se pretende com o projecto de instituição do SNS. Uma estruturação realista exige a participação de todos e uma opção clara, democraticamente definida, do tipo de estrutura social e económica que o povo deseja para aceleração do seu bem-estar físico, psíquico e social

e garantir a cada indivíduo, no momento necessário, os cuidados de saúde de que precisa. O serviço nacional de saúde, cujas bases se pretendem agora lançar, constitui, por isso, uma tarefa difícil e complexa, quiçá, a parte mais importante da reforma social em que estamos empenhados. Ela requer o esforço de todos e de cada um de nós. Na medida das nossas sensibilidades, dos nossos conhecimentos e das nossas experiências sem perdermos a noção dos recursos nacionais, gizemos todos um plano que se possa rapidamente concretizar. Ele será mais uma prova da enorme capacidade criadora do Povo Português.

#### 4 — Principais quesitos a que deve responder o serviço nacional de saúde em Portugal

Para clarificar, à partida, a ampla discussão pública que se quer promover, julga-se útil alinhar sinteticamente os principais quesitos a que deverá ser dada resposta para a construção do modelo de SNS julgado possível e adequado à realidade portuguesa.

Ao Movimento das Forças Armadas coube assumir uma opção inicial: a de saber se nesta fase da nossa evolução económico-social se deveria aperfeiçoar o sistema existente ou avançar decisivamente para o lançamento das bases do serviço nacional de saúde. O programa do Governo Provisório, determinando o *«lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde, ao qual tenham acesso todos os cidadãos»*, aponta para o segundo objectivo.

##### 1.º *Quem deve responder pela saúde em Portugal?*

Por outras palavras, qual a entidade, instituição ou comunidade responsável pelos cuidados de saúde?

- Os próprios particulares, como nos EUA e nos países de sistema baseado predominantemente na medicina liberal?
- O Estado, as autarquias locais, organismos autónomos e entidades particulares, como sucede nos sistemas mistos?

— O Estado, como no sistema de saúde da URSS e países do Leste europeu?

Este quesito encontra-se respondido em parte pela opção já assumida no programa do Governo Provisório de criação de um «serviço nacional de saúde, ao qual tenham acesso todos os cidadãos».

*2.º Qual a amplitude do futuro serviço nacional de saúde?*

O serviço será de âmbito universal, se abranger a totalidade da população, independentemente da sua forma de actividade.

Será sectorial se abranger apenas alguns sectores da população, normalmente definidos pela actividade que prosseguem: trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes, funcionários, etc.

Este quesito encontra-se respondido no sentido da generalidade, pela opção já assumida no programa do Governo Provisório.

*3.º Que tipos de cuidados devem ser proporcionados à população?*

Cuidados completos, se engloba todas as acções no campo da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e recuperação. Exemplo: um sistema que separa em várias instâncias dependentes de autoridades diferentes a prevenção, cura e recuperação não é um sistema de cuidados completos.

Cuidados integrados, se dentro de cada uma destas actividades engloba a totalidade das acções possíveis. Exemplo: um sistema que no campo curativo só presta cuidados em regime ambulatorio, reservando a outro sistema diferente o internamento, não é um sistema integrado, mas sim específico.

O sistema proporcionará cuidados completos e integrados se reunir sob uma única autoridade todas as acções em todas as formas de actividade.

4.º *A quem pertence a propriedade dos meios materiais?*

A propriedade dos meios materiais (instalações e equipamentos) pode pertencer:

- Predominantemente a entidades privadas, detendo o Estado um volume insignificante de meios;
- Ao Estado e a entidades privadas de fins lucrativos ou não lucrativos;
- Exclusivamente ao Estado.

5.º *Qual a posição reservada à iniciativa privada?*

- Dominante: aos particulares cabe a principal iniciativa, sendo mínimo o papel do Estado, podendo, no entanto, ir até à supletividade.
- Coexistente, nos países em que ao lado das acções oficiais existe um campo mais ou menos vasto, deixando à iniciativa privada as mais das vezes em termos complementares.
- Estreitamente condicionada, nos países em que não existe medicina nem estabelecimentos de saúde privados.

6.º *Como será feito o financiamento?*

- Pelos indivíduos, através do pagamento periódico de um prémio de seguro-doença.
- Por quotização obrigatória, no caso dos sistemas específicos e incompletos, cobrada a partir da massa salarial.
- Pelo Estado, através de impostos especiais lançados expressamente para a saúde, directos uns, sobre o rendimento, indirectos outros, sobre o consumo de certos produtos: tabaco, bebidas alcoólicas, etc.
- Pelo Orçamento Geral do Estado.
- Existem naturalmente sistemas mistos que obtêm o financiamento pela combinação destas várias fontes.

7.º *Como deverá ser a gestão do serviço nacional de saúde?*

Os sistemas de saúde podem ser geridos de diversos modos, tanto no que se refere à entidade

gestora, como ao tipo de gestão, como ainda à escolha dos gestores.

Quanto à entidade gestora, ela poderá ser:

- Os particulares, quando os serviços de saúde são da sua inteira propriedade;
- O Estado e os particulares, nos sistemas mistos;
- O Estado, só ou em conjunto com a administração local.

Quanto ao tipo de gestão, ela poderá ser inteiramente descentralizada, descentralizada sob orientação central, e completamente centralizada. Quanto à participação, ele poderá incluir, além dos agentes do Estado e ou das autarquias, a representação das populações directamente escolhida ou mediante recurso às associações profissionais.

#### 8.º *Que estatuto terão os profissionais da saúde?*

O regime jurídico a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde nos diversos sistemas poderá ser de:

- Profissionais liberais;
- Trabalhadores por conta de outrem;
- Agentes da administração local;
- Funcionários públicos;
- Cumulativo de dois ou mais dos tipos citados.

#### 9.º *A quem incumbirá o ensino e a investigação em saúde?*

- Ao Estado e à iniciativa privada simultaneamente, podendo esta assumir posição dominante nos países de sistema liberal;
- Ao Estado apenas, cabendo distinguir entre países que os atribuem ao Ministério da Saúde e países que os repartem entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação.



Quanto às suas relações recíprocas, o ensino e a investigação poderão ser separados, coordenados ou integrados.

10.º *Quem responderá pelo custo dos cuidados e em que proporção?*

Os cuidados da saúde, incluindo os produtos farmacêuticos, podem ser:

- Integralmente pagos pelos utentes, directamente, ou por meio do seguro: caso dos sistemas de medicina inteiramente liberal;
- Parcialmente pagos: sistemas intermédios com percentagens variáveis de caso para caso e sistema para sistema;
- Inteiramente gratuitos: caso dos países em que a organização de saúde é estatal.

Verifica-se um pouco por toda a parte a obrigação de o utente pagar pelo menos uma pequena taxa no momento em que recorre aos serviços. A finalidade desta taxa é dupla: moderar o consumo injustificado de cuidados de saúde e revalorizar psicologicamente o serviço solicitado.

11.º *Como será definido o acesso dos utentes?*

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde poderá ser:

- Por escolha, seleccionando o próprio doente, em inteira liberdade, o serviço ou o prestador de cuidados que deseja;
- Condicionado às disponibilidades materiais e humanas existentes;
- Misto, sendo simultaneamente de livre escolha e condicionado, consoante as situações e os serviços a que ocorre.

12.º *Como deverá ser definido o estatuto de medicina livre?*

O exercício de medicina livre não é incompatível com a existência do serviço nacional de saúde, devendo apenas ser regulamentado.

— Poderá o médico trabalhar simultaneamente para o SNS e em regime livre? Em que condição?

— Deve ser permitido o exercício de clínica livre apenas aos médicos que se colocam fora do SNS? Em que termos?



CD25A

## DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA

Este texto foi elaborado com base nas publicações da especialidade, trabalhos e relatórios de vários serviços, da Secretaria de Estado da Saúde, e informação estatística do Instituto Nacional de Estatística, Previdência e Organização Mundial de Saúde.

\* \* \*

## RESPOSTAS

Toda a colaboração e/ou respostas aos quesitos devem ser enviadas até ao dia 31 de Dezembro para:

*Gabinete do Secretário de Estado da Saúde*

*Ministério dos Assuntos Sociais*

*Lisboa*

# NOTAS

Este livro foi elaborado em colaboração com os pesquisadores do Departamento de Física da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto de Sá. A publicação é de responsabilidade do Departamento de Física da Universidade de São Paulo.

CD25A

Este livro foi elaborado em colaboração com os pesquisadores do Departamento de Física da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto de Sá. A publicação é de responsabilidade do Departamento de Física da Universidade de São Paulo.

NOTAS

CD25A

NOTAS

CD25A

NOTAS

CD25A

NOTAS

CD25A



NOTAS

CD25A

NOTAS

CD25A

Aug 86

CD25A

