

---

BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS

Faculdade de Economia da Universidade  
de Coimbra

Com a colaboração de PEDRO HESPAÑA  
da Faculdade de Economia da Universidade  
de Coimbra

## O ESTADO, A SOCIEDADE E AS POLÍTICAS SOCIAIS O CASO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE \*

---

13

*O direito à saúde e as políticas de saúde são parte integrante dos direitos sociais e das políticas sociais pelo que o estudo dos direitos e políticas de saúde tem que ser feito no contexto dos direitos e políticas sociais. Por outro lado, as transformações por que têm passado as políticas de saúde em Portugal nos últimos dez anos têm paralelo com as que têm ocorrido nos países capitalistas avançados no mesmo período, pelo que a*

*compreensão das vicissitudes do Estado-Providência destes países é fundamental para compreender aquelas por que tem passado o Estado português. Começaremos, pois, por caracterizar o Estado-Providência e a sua crise para, de seguida, analisarmos a evolução da forma política do Estado português entre 1974 e 1987 e a actuação deste no domínio das políticas sociais e especificamente das políticas de saúde.*

**O** direito à saúde e as políticas de saúde são parte integrante dos direitos sociais e das políticas sociais pelo que o estudo dos direitos e políticas de saúde tem que ser feito no contexto dos direitos e políticas sociais. Por outro lado, as transformações por que têm passado as políticas de saúde em Portugal nos últimos dez anos têm paralelo com as que têm ocorrido nos países capitalistas avançados no mesmo período, pelo que a compreensão das vicissitudes do Estado-Providência destes países é fundamental para compreender aquelas por que tem passado o Estado português. Começaremos, pois, por caracterizar o Estado-Providência e a sua crise para, de seguida, analisarmos a evolução da forma política do Estado português entre 1974 e 1987 e a actuação deste no domínio das políticas sociais e especificamente das políticas de saúde.

O direito à saúde e as políticas de saúde que o concretizam são uma das dimensões básicas do chamado Estado-Providência ou Estado de bem estar. Ao contrário do conceito de «Estado Social», muito em voga nas hostes socialistas do virar

### I. O Estado-Providência

---

(\*) Agradecemos ao Centro de Estudos Sociais e muito especialmente a António Gama o apoio dado na preparação deste texto.

do século, enquanto forma política do estado que asseguraria a transição para o socialismo (1), o conceito de Estado-Providência, bem mais tardio, designa a forma política do Estado nos países capitalistas avançados num período em que o socialismo deixa de estar na agenda política do curto e médio prazo. Como é sabido, o Estado-Providência é o resultado de um compromisso, ou de um certo pacto teorizado no plano económico por Keynes, entre o Estado, o capital e o trabalho, nos termos do qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros (no curto prazo, não no médio prazo) e os trabalhadores a parte das suas reivindicações (as que respeitam à subversão da sociedade capitalista e à sua substituição pela sociedade socialista). Esta dupla renúncia é gerida pelo Estado. O Estado transforma o excedente libertado, ou seja, os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social.

O capital social assume duas formas fundamentais: o investimento social e o consumo social, ainda que muitas das despesas do Estado tenham carácter híbrido. O investimento social é o conjunto das despesas em bens e serviços que aumentam a produtividade do trabalho e, portanto, a rentabilidade do capital investido e incluem despesas tão díspares como as despesas com parques industriais subsidiados pelo Estado, auto-estradas, portos e aeroportos, electricidade para a indústria, planos de rega, tele-comunicações, formação profissional, investigação científica aplicada (I e D). O consumo social é o conjunto das despesas em bens e serviços, consumidos gratuitamente ou a preços subsidiados pelos trabalhadores, despesas que, por isso fazem baixar o custo da reprodução da mão-de-obra, aliviando assim a pressão sobre o capital para aumentos de salários directos; inclui também as despesas com grupos sociais não detentores de uma relação salarial e, portanto, fora da população activa efectiva, tais como crianças e jovens, domésticas, desempregados, velhos, reformados, produtores autónomos, etc. São as despesas com o que designaremos por políticas sociais: educação, habitação, saúde, transportes urbanos (2), instalações de tempos livres e transferências de pagamentos de vária ordem, como sejam bolsas de estudo, seguros, pensões de reforma, etc.

---

(1) Este conceito de Estado Social nada tem a ver com o «Estado Social» de Marcello Caetano utilizado a partir de 1970 para rebatizar o Estado Novo.

(2) Dado que os transportes tanto servem as populações como a indústria, as despesas em transportes têm um carácter híbrido de investimento social e de consumo social. No entanto, há despesas neste campo que são predominantemente investimento social (portos) e outras que são predominantemente consumo social (transportes urbanos).

O capital social tem uma tripla função. Em primeiro lugar, permite ao Estado criar as condições gerais da acumulação (aumentos de produtividade, diminuição dos custos de reprodução da força de trabalho), ou seja, as condições que tornam rentável o investimento mas que pela sua natureza ou volume não podem ser realizadas pelos capitalistas individuais, abrindo assim o caminho à socialização dos custos da acumulação, razão por que a redução dos lucros no curto prazo redundará, no médio prazo, em expansão dos lucros. Em segundo lugar, as despesas em capital social aumentam a procura interna de bens e serviços, quer através dos investimentos e consumos colectivos, quer através dos consumos individuais adicionais tornados possíveis pelas transferências de pagamentos<sup>(3)</sup>. Em terceiro e último lugar, o capital social permite ao Estado realizar a harmonia social porque assenta na institucionalização (isto é, normalização, desradicalização) dos conflitos entre o capital e o trabalho e porque proporciona uma redistribuição de rendimentos que favorece as classes trabalhadoras (os salários indirectos) e toda a restante população carenciada, em todos criando um interesse na manutenção do sistema de relações políticas, sociais e económicas que torna possível essa redistribuição. Enquanto gestor global deste sistema, o Estado afirma-se portador do interesse geral, acima e além dos interesses particulares das diferentes classes sociais, e, com isso, legitima-se perante aquelas, as classes trabalhadoras, que ainda no princípio do século aceitavam organizar-se em partido legal com o único fito de, através da propaganda e da agitação social, o subverterem e abaterem como inimigo fundamental dos interesses operários. Aliás Piven e Cloward mostram convincentemente, na sua excelente história da segurança social dos Estados Unidos da América, que os benefícios da segurança social tendem a expandir-se nos períodos de maior agitação social, restringindo-se quando a estabilidade política sobrevém (Piven e Cloward, 1972). Este processo de incorporação no sistema de vastas camadas sociais, um processo complexo feito de muitas medidas em diferentes tempos históricos, a começar pelas sucessivas ampliações do sufrágio ainda no século XIX, confere ao Estado uma legitimidade especial para reprimir com violência legal todas as reivindicações sociais que visem subverter o sistema.

O Estado-Providência assenta, assim, na ideia de compatibilidade (e até complementaridade) entre crescimento eco-

<sup>(3)</sup> Se é verdade que desmercadorizam alguns serviços ao fornecê-los gratuitamente ou a preços institucionais (serviços de saúde e de educação, por exemplo) não é menos verdade que criam mercados ampliados e garantidos para o capital privado ligado à produção desses serviços (medicamentos, equipamento médico, material escolar, livros escolares, etc.).

nómico e políticas sociais, entre acumulação e legitimação, ou mais amplamente, entre capitalismo e democracia. E, de facto, assistiu-se nos últimos trinta anos em todos os países capitalistas avançados a uma ampliação generalizada das despesas sociais (4).

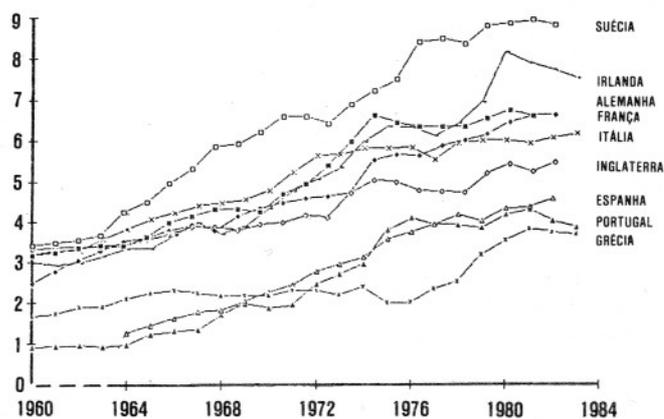
No domínio da saúde as despesas aumentaram mais rapidamente que o produto interno bruto. É o que se pode ver, no gráfico 1, onde se regista a evolução entre 1960 e 1983 do *ratio* despesas públicas com saúde/produto interno bruto para diferentes países da Europa, incluindo Portugal.

16

GRÁFICO 1

**Evolução das despesas públicas de saúde em alguns países da Europa (1960-83)**

(em percentagem do PIB)



FONTE: OCDE (1985).

## II. A crise do Estado-Providência

Como é sabido as relações sociais, políticas e económicas não têm natureza capitalista pelo simples facto de existirem numa sociedade capitalista. O Estado-Providência, sendo a forma política de Estado nas sociedades capitalistas avançadas, não é só por isso um Estado capitalista. Aliás, o Estado-Providência é a criação política que até hoje promoveu com mais verosimilhança e dramatismo a imagem da exterioridade

(4) Em muitos países o aumento das despesas sociais foi concomitante do aumento das despesas militares e a tal ponto que O'Connor fala de *Warfare-Welfare State* (1973:150).

e da autonomia da política em relação à economia. Os princípios de justiça distributiva subjacentes (ainda que nem sempre tanto na realidade como na aparência) às transferências de pagamentos envolvidas nas políticas sociais e a desmercadorização de bens e serviços em que estas se traduziram tornaram credível que o Estado estava acima das classes e grupos sociais em confronto na sociedade e que a sua actuação visava realizar o interesse geral—um interesse superior e diferente dos múltiplos interesses sectoriais em circulação e competição na sociedade.

O Estado-Providência é, de facto, uma forma política muito complexa e contraditória. A transformação profunda do Estado liberal que com ele se obtém não reside apenas, nem sequer predominantemente, nas novas funções que o Estado desempenha, mas sobretudo nas novas formas de actuação política e nas alterações que elas provocam nos aparelhos institucionais do Estado e, portanto, na estrutura interna do Estado. As novas despesas do capital social, tanto em investimento social, como em consumo social, não significaram simples dispêndios de dinheiro. Envolveram a criação de novos organismos estatais que regularam ou produziram os novos serviços de que o Estado se encarregou, dos mecanismos de regulação económica, às instituições do Serviço Nacional de Saúde, da administração da segurança social ao aparelho escolar, do planeamento urbano e habitação social aos organismos coordenadores da actividade científica. O que há de mais específico neste processo é que as sucessivas intervenções do Estado na sociedade civil significaram simultaneamente intervenções do Estado em si mesmo.

A expansão da administração pública teve várias consequências. Tornou-se claro que a actuação do Estado era guiada por um interesse próprio, não necessariamente um «interesse geral» ou um «interesse superior» mas, em qualquer caso, um interesse irredutível a qualquer dos interesses sectoriais em confronto na sociedade. Este interesse autónomo teve como base social imediata o corpo dos funcionários públicos em contínua expansão. Este interesse vincou-se à medida que se aprofundou a intervenção do Estado na economia e na sociedade civil. É errado pensar que o Estado liberal não interveio na economia<sup>(5)</sup>, mas não restam dúvidas que o desenvolvimento do capital social significou em si ou arrastou consigo uma profunda alteração qualitativa nos modos de intervenção do Estado.

---

<sup>(5)</sup> Sobre a importância do Estado no pensamento de Adam Smith cfr. Santos (1986).

Com Offe podemos dizer que, à medida que se foi consolidando o Estado-Providência, as suas políticas mudaram de natureza. As políticas «distributivas» ou «alocativas» que dominaram no início, foram progressivamente sendo substituídas por políticas «produtivas» (Offe, 1975:125). As políticas distributivas coincidem em parte com o que aqui designámos por transferências de pagamentos, no domínio do consumo social. São o conjunto das medidas distributivas que mobilizam recursos estatais já existentes (sobretudo o dinheiro, mas também a terra, o poder de criar direitos, as forças repressivas para os implementar, etc.) segundo critérios próprios do Estado mas sempre em conexão com a força política dos diferentes grupos sociais interessados nestes recursos e tendo em vista simultaneamente a manutenção e expansão da procura global e a legitimação do Estado junto das classes populares. As medidas Keynesianas são neste sentido distributivas. As medidas ou políticas produtivas são o conjunto de bens e serviços directamente produzidos pelo Estado, quer no domínio do consumo social, quer no domínio do investimento social. Através destas medidas o Estado substitui-se ao capital na produção de inputs que este necessita directa ou indirectamente para garantir a sua reprodução alargada mas que não pode produzir por si, quer pelos custos, quer pelos riscos envolvidos nessa produção. O Estado produz, assim, educação, inovação tecnológica, infraestruturas, energia, saúde, habitação. Na maioria dos Estados capitalistas avançados (e também em Portugal) a saúde é uma área em que é fácil observar a progressiva mudança das medidas distributivas para as medidas produtivas. Esta mudança, ao aprofundar a actuação do Estado, provocou uma enorme expansão da burocracia ao mesmo tempo que tornou obsoletos os critérios de racionalidade que até então tinham dominado a actuação estatal.

A maior complexidade institucional do Estado-Providência permitiu revelar algumas contradições na sua actuação. Pode dizer-se que a contradição básica do Estado liberal é o actuar como se não houvesse contradições básicas na sociedade, nomeadamente a contradição entre o capital e o trabalho. Esta última contradição não reside na mera oposição de interesses que, de resto, pode conjunturalmente não se verificar, mas na observação, particularmente óbvia no tempo em que vigorou o Estado liberal, que, tomados globalmente, os aumentos de bem estar dos capitalistas implicam sempre diminuições do bem estar dos trabalhadores e vice-versa. O Estado liberal tem como fundamento o «desconhecimento» político desta contradição. Ao existir, ela confina-se ao domínio das relações económicas e à sociedade e não tem que «con-

taminar» a actuação política do Estado. Esta exteriorização da política em relação à economia<sup>(6)</sup> foi tornada possível pelo direito. A ordem jurídica constituída por normas emanadas do parlamento e do governo e aplicadas por juizes independentes garantia que todos os cidadãos eram iguais perante a lei e que, portanto, os direitos, sendo gerais e abstractos e de aplicação universal eram conferidos a todos os cidadãos independentemente da sua classe social ou de quaisquer outros critérios de diferenciação societal.

No Estado-Providência esta disjunção entre política e economia torna-se mais complexa e contraditória. O direito continua a ser um instrumento privilegiado da actuação do Estado e as políticas sociais traduzem-se na criação de novos direitos sociais (direito à saúde, direito à educação, etc.). Estes novos direitos sendo gerais e abstractos, e, neste sentido, aclassistas, assentam contudo no reconhecimento político de que há classes na sociedade ou, pelo menos, profundas desigualdades cujos efeitos mais drásticos se pretende precisamente neutralizar através desse mesmos direitos. O Estado-Providência reconhece o impacto das classes sociais no conteúdo da sua actuação política mas a forma desta continua a ser transclassista. Por isso, os direitos sociais, uma vez criados, são independentes da conjuntura económica que os tornou necessários ou possíveis e não há, em sede política, nenhum motivo aceitável para que sejam eliminados ou alterados, uma vez passada essa conjuntura e só por esse facto. Esta rigidez dos direitos sociais é, como veremos a seguir, um dos factores da crise presente do Estado-Providência.

O Estado-Providência não resolve nem pretende resolver as contradições sociais. De algum modo interioriza-as. Como o critério de mobilização de recursos é a luta política, os diferentes interesses sectoriais são contemplados segundo o seu peso político. Alguns grupos estão sobretudo interessados em apoios à exportação, outros em auto-estradas, outros em escolas, outros em habitação social, outros ainda em cuidados de saúde. Como estas exigências são por vezes contraditórias e de qualquer modo, são tanto mais concorrentes quanto mais escassos são os recursos, o Estado ao tentar compatibilizá-las segundo o peso relativo dos grupos sociais que as sustentam, entra ele próprio em contradição e as suas políticas oscilam ao sabor das conjunturas políticas. Daí, a falibilidade dos objectivos de planeamento, a existência de duplicações e sobreposições nos serviços do Estado e, conseqüentemente,

<sup>(6)</sup> Esta exteriorização da política é a condição política para que o Estado possa salvaguardar os interesses gerais do capital (não necessariamente o interesse de todos os capitalistas ou de todos os sectores do capital) (Santos, 1982).

o desperdício. Sempre que essas políticas se traduzem em direitos, e dada a relativa «rigidez» destes, o Estado tentará «flexibilizar» esses direitos logo que diminua o peso político dos grupos sociais neles interessados. A flexibilização consiste, por exemplo, em bloquear ou restringir o acesso a um dado direito social (por exemplo, o direito à saúde), restringindo os serviços que o tornam possível, deteriorando a qualidade das prestações ou, em casos mais extremos, não regulamentando as leis que criem direitos, ou não criando as estruturas administrativas que eles pressupõem. Mas dado que nestas situações os direitos continuam a existir, pelo menos no papel, este padrão de actuação torna o Estado ainda mais contraditório.

As contradições aumentam também em função daquilo a que Handler designa por contingência burocrática (1978:194). Dado que a maioria das políticas sociais não se limitam a dispêndios de dinheiro e pressupõem a criação das estruturas administrativas destinadas à sua execução, a enorme proliferação burocrática do Estado que daqui resulta tem por consequência tornar muito difícil a coordenação central da actividade administrativa do Estado. Cada sector administrativo do Estado tende a criar uma certa autonomia própria traduzida na capacidade que desenvolve para substituir, modificar, neutralizar ou torpear os objectivos que lhe são impostos pelo governo de modo a fazer aumentar o seu peso relativo no conjunto da administração estatal e a tornar a sua existência independente da qualidade dos serviços que presta (*goal substitution*) (7).

Esta autonomia é ainda potenciada pelo modo como os interesses sectoriais pressionam o Estado. Não o fazem dirigindo-se ao Estado no seu todo e sim dirigindo-se a uma das suas estruturas políticas (o parlamento, o governo, um ministério) ou a uma das suas estruturas administrativas (centrais, regionais ou locais). O carácter repetitivo das solicitações e a organização dos interesses sectoriais em associações e grupos de pressão contribuem para estabelecer formas de convivência e de conivência entre certos interesses sectoriais e certos aparelhos políticos ou administrativos do Estado, entre empreiteiros e o ministério das obras públicas e as suas estruturas administrativas, entre construtores de auto-estradas e a administração central de transportes e viação, entre investidores na produção da saúde (ordem dos médicos, associa-

---

(7) Sobre o desvio burocrático na execução dos programas sociais do Estado mas também sobre a punição, desencorajamento ou marginalização dos aparelhos administrativos que procuram seguir escrupulosamente os objectivos de que são formalmente encarregados cfr. por último, Edelman (1983).

ções de farmácias, produtores de medicamentos e de equipamento clínico) e o ministério da saúde ou da segurança social. Estas formas de interacção continuada, selectiva e privilegiada tornam ainda mais heterogénea a actuação do Estado. As autonomias relativas que se criam no interior do Estado entre os seus diferentes aparelhos atingem por vezes um tal grau que se pode falar na existência de vários micro-estados dentro do próprio Estado.

Se é verdade que o Estado-Providência não resolve as contradições sociais não é menos verdade que as não deixa intactas. Aliás, acabamos de ver que a interiorização das contradições sociais por parte do Estado é o reflexo dos efeitos que a sua actuação provoca nessas mesmas contradições.

Caracterizámos noutro lugar a actuação global do Estado como dispersão das contradições sociais (Santos, 1982a). Com este conceito pretendemos significar que o Estado, não podendo erradicar as causas que provocam as contradições sociais mais básicas (a contradição entre capital e trabalho, mas também entre consumidores e produtores, entre homens e mulheres, etc.), procura gerir, isto é, manter a um nível de tensão politicamente aceitável, os conflitos, tensões, mal-estares, doenças, etc., que decorrem dessas contradições. O impacto diferenciado da actuação do Estado decorre dos diferentes mecanismos de dispersão que pode accionar. Distinguímos quatro tipos fundamentais de mecanismos de dispersão: integração, trivialização, exclusão, repressão. Não cabendo aqui entrar em maiores especificações, basta dizer que o que caracteriza a actuação do Estado-Providência é o facto de nela tenderem a dominar os mecanismos de integração e de trivialização. As políticas de capital social permitiram a integração no sistema social, económico e político de vastíssimas camadas das classes populares ainda que, por vezes, essa integração tenha sido obtida à custa da descaracterização (e, neste sentido, trivialização) das especificidades sociais de alguns sectores dessas camadas (por exemplo, as mulheres trabalhadoras).

Ainda que continuem a aplicar-se as medidas de exclusão (durante muito tempo em relação aos velhos, camponeses pobres, minorias étnicas ou religiosas) e de repressão (contra as acções reivindicativas mais radicais, sobre certas populações vivendo em bairros da lata ou cometendo crimes ditos comuns), o certo é que com o Estado-Providência a exclusão e a repressão deixaram de ser o modo «privilegiado» de o Estado interagir com as classes populares. Embora seja debatível a natureza e o montante real das redistribuições de rendimentos protagonizadas pelo Estado-Providência (do capital para o trabalho?, dos trabalhadores para a população não

activa?, dos sectores mais qualificados do operariado para os menos qualificados?), não restam dúvidas hoje que tais distribuições foram reais e sobretudo que com a conquista de maior segurança no emprego, e conseqüentemente com a maior previsibilidade dos rendimentos salariais, amplas camadas das classes trabalhadoras puderam pela primeira vez planejar as suas vidas e os seus investimentos familiares (nomeadamente quanto à aquisição de casa própria e à educação dos filhos). Por outro lado ao desmercadorizar bens e serviços (por exemplo, medicamentos e cuidados médicos) necessários à reprodução da força de trabalho e da população «excedentária» o Estado quebrou o vínculo entre sobrevivência e mercado.

O facto de o Estado-Providência ser uma forma política muito complexa e contraditória não significa só por si que tivesse que entrar em crise. Uma situação contraditória não produz uma crise se puder continuar a reproduzir-se como contradição. E assim teria sido se o fundamento em que assenta o Estado-Providência não tivesse, a certa altura, dado sinais de grande fragilidade. Como se sabe, o Estado-Providência assenta na ideia de que há correspondência entre os imperativos do crescimento económico e as exigências da equidade social; em suma que entre a economia e a política há um jogo de soma positiva, ou seja, que entre acumulação e legitimação não há contradição. E, de facto, durante muito tempo, o Estado usou o capital social como uma cajadada com a qual matava dois coelhos. Por um lado as despesas com o capital social eram indirectamente produtivas, pois embora não criassem directamente mais-valias aumentavam a produtividade, faziam baixar os custos de reprodução da força de trabalho e alargavam o mercado interno, em suma criavam melhores condições para o investimento privado contribuindo assim para expandir a mais-valia e, portanto, a acumulação. Por outro lado, as mesmas despesas (sobretudo as de consumo social) permitiam às camadas populares aumentar o seu consumo privado, quer através de transferências de pagamentos (pensões, subsídios, etc.), quer através do acesso a valores de uso (bens e serviços distribuídos gratuitamente ou a preços institucionais, na educação, na saúde, nas infraestruturas urbanas, etc.) que libertavam rendimentos para consumo adicional no mercado e com isto essas camadas adquiriam um interesse específico na reprodução do sistema, desradicalizavam as suas reivindicações (convertendo-as de reivindicações políticas em reivindicações económicas) e assim se obtinha consensualmente a harmonia social e, portanto, a legitimação do Estado.

Assim se passou, de facto, durante o período (anos 50 e

60) de rápido crescimento económico. Mas já no fim deste período se começou a notar que o jogo entre acumulação e legitimação não era um jogo de soma positiva (em que ambos os contendores podem ganhar) mas um jogo de soma zero (quando um ganha o outro perde). Como se sabe as despesas do capital social foram tornadas possíveis com o excedente produzido na economia e, de resto, com o objectivo de o fazer aumentar a prazo. Sucede, porém, que sendo a luta política a lógica da expansão do Estado sobretudo no domínio ds políticas sociais, o Estado tendeu a crescer mais e mais à medida que se democratizou a luta política e, sobretudo, tendeu a crescer independentemente da conjuntura económica. E isto por três razões principais. Em primeiro lugar, porque os direitos sociais, uma vez concedidos ou conquistados, são rígidos, e não recíprocos, isto é, constituem um interesse egoístico, incondicional, a que não se renuncia porque simplesmente a ele se tem direito. Ao transformar condições económicas actualmente favoráveis em direitos, o Estado assume um compromisso de não alterar o padrão distribucional uma vez estabelecido. Qualquer deterioração deste padrão e a consequente limitação ou eliminação dos direitos sociais tendem a ser vistas como ataques injustos a uma posição social conseguida e portanto podem trazer custos políticos ao governo que tomar iniciativas nesse sentido; e se estas apesar disso se impuserem e mantiverem, o resultado será o «distanciamento» das classes populares perante o Estado e, na mesma medida, a deslegitimação do Estado perante elas. Em segundo lugar, a concessão de direitos tende a criar necessidades que suscitam a exigência de novos direitos. A procura de bem estar não tem limites e aquela que pode ser satisfeita pelo Estado depende teoricamente tão só do poder político dos grupos sociais interessados nela. Aliás, parece que o acréscimo de legitimação do Estado decorrente da concessão de novos direitos tende a ser sucessivamente menor pelo que o objectivo da harmonia social se torna progressivamente mais exigente e devorador de recursos estatais. Em terceiro lugar, dado o carácter geral e abstracto dos direitos sociais, os dispêndios financeiros tendem a aumentar em períodos de inflação e de desemprego (mais subsídios de desemprego), ou seja, nos períodos em que a conjuntura económica se deteriora. Neste sentido, pode dizer-se que a necessidade de políticas sociais é tanto maior quanto menos são os recursos financeiros para as levar a cabo.

A crise do Estado-Providência deriva assim antes de mais de as despesas do Estado, apesar de dependerem dos recursos tornados disponíveis pela acumulação, tenderem a desvincular-se dos limites por ela impostos. Por outras palavras,

o Estado tende a fazer despesas acima dos seus recursos. Nisto consiste a crise financeira do Estado.

Outro aspecto da crise do Estado-Providência reside em que o seu impacto no controle das crises do capitalismo é ambíguo. Durante muito tempo entendeu-se que as despesas em capital social permitiam evitar crises económicas e, conseqüentemente, os seus custos sociais. Sucede porém, que, como salienta E. O. Wright (1978:158) a actuação do Estado tende a enfraquecer os mecanismos de gestão das crises. No que respeita ao capital, o Estado pode, paradoxalmente, bloquear os aumentos de produtividade. Por exemplo, quando apoia sectores ou empresas pouco produtivas (por exemplo, impedindo a sua falência) para evitar a perturbação social ou política que resultaria da sua eliminação; ou quando subcontrata a produção de bens ou de serviços com empresas (construção de auto-estradas, aviões, hospitais) na base de taxas de lucro fixas (os contratos de «custo-mais»), dado que, ao garantir mercados e lucros, elimina a pressão para a modernização e inovação. No que respeita ao trabalho, a rigidez das políticas sociais ao atenuar, por exemplo, as conseqüências sociais do desemprego, enfraquece os mecanismos de «disciplina» da força de trabalho de que o capital se recorre para restaurar as condições de rentabilidade. Por estas razões, pode dizer-se que o Estado-Providência é em parte responsável pela inflação crónica e o aumento do desemprego que têm dominado os processos económicos da última década e, com isto, a crise financeira do Estado agrava-se. Parece, pois, que o capitalismo avançado que criou o Estado-Providência se distancia progressivamente desta sua criação.

Mas a crise do Estado-Providência tem ainda outros aspectos para além dos estritamente financeiros. Claus Offe tem vindo a salientar os aspectos estruturais da actuação do Estado (1975:136; 1983:225; 1985:300). Segundo ele, é necessário distinguir entre o conteúdo e as formas políticas e sociais do Estado, pois tal distinção nos permite ver que existem discrepâncias entre as funções que o Estado se atribui e a sua estrutura interna. Como bem salientou Weber, o tipo de racionalidade (conjunto de regras formais de decisão) que subjaz ao Estado moderno é a racionalidade burocrática. A burocracia actua com base nas normas legais que a regem e mede a qualidade do seu desempenho pela obediência estrita a essas normas, pouco curando do impacto real desse desempenho. É, pois, um tipo de racionalidade centrado em inputs (as leis) e não em outputs. Segundo Offe, este tipo de racionalidade adequa-se bem à execução das medidas alocativas ou distributivas mas já não à execução das medidas produtivas. Estas últimas visam obter determinados resultados

(bens e serviços produzidos pelo Estado) e, por isso, o desempenho da administração tem que ser avaliado pela qualidade dos resultados e não pela conformidade com normas legais. Por outras palavras, as medidas produtivas exigem um tipo de racionalidade centrada em outputs e não em inputs. A racionalidade centrada em outputs, com mais credibilidade nas sociedades capitalistas é a racionalidade das empresas capitalistas, uma racionalidade orientada para fins (a *Zweckrationalität* de Weber) cujo grau de prossecução é medido pelo êxito das acções no mercado, isto é, pelo lucro. Acontece, porém, que enquanto as empresas têm o mercado como princípio regulador, o Estado não o tem nem o pode ter pois o objectivo das políticas sociais é precisamente o de desmercadorizar (transformar valores de troca em valores de uso) a produção de bens e serviços, sejam eles a educação ou a saúde ou os transportes urbanos. A coordenação (e rentabilização) entre meios e fins torna-se impossível pois a produção estatal, não sendo vendida no mercado não pode ser calculada em termos monetários. Como ilustração disto mesmo, refira-se a extrema dificuldade (a falibilidade) das análises de custo benefício no campo dos cuidados de saúde (Sanford, 1979:212).

25

O último aspecto da crise do Estado-Providência é sociológico e cultural e tem sido posto em destaque pelos autores mais recentes. É este o caso de Pierre Rosanvallon para quem o Estado-Providência está hoje desacreditado intelectualmente e o seu desenvolvimento é desde logo contrariado por novas atitudes culturais face ao Estado (1981). Segundo ele, o Estado cria uma forma de solidariedade mecânica (em sentido durkheimiano) assente na dinâmica igualitária que hoje cada vez mais se choca com a aspiração a novas formas de solidariedade orgânica e com o desejo à diferença. Em nosso entender, este último aspecto da crise do Estado-Providência tem, neste momento, menos valor explicativo que outros aspectos acima descritos. O Estado-Providência atingiu um tal grau de interpenetração com a sociedade civil que a distinção entre Estado e sociedade civil deixa de ter sentido (Santos, 1986) e, nessa medida, os comportamentos e as atitudes assinalados (cuja representatividade, aliás, nos merece dúvidas) são impensáveis fora do quadro do Estado-Providência e não sobrevivem a uma crise profunda deste. Deve contudo relevar-se que a opacidade da solidariedade social promovida pelo Estado (quando eu pago impostos não posso decidir nem sequer saber quem vou beneficiar com eles) está talvez na origem da *tax revolt*, isto é, da resistência politicamente organizada ao pagamento ou ao aumento dos impostos por parte de grupos sociais que, em princípio, beneficiariam tam-

bém com eles. Esta revolta contra os impostos é, no entanto, um fenómeno mais complexo pois surgiu no momento em que o desemprego e o envelhecimento da população faziam diminuir o número dos potenciais beneficiários dela. O agravamento dos encargos fiscais e das contribuições para a segurança social numa fase em que começava a regressar a insegurança do emprego levou a que os sectores do operariado qualificado e da pequena burguesia assalariada se revoltassem contra esses pagamentos e se desvinculassem assim do padrão distribucional que elas tornaram possível, com que obviamente se aprofundou a crise financeira.

A crise do Estado-Providência é, pois, um fenómeno muito complexo, tão complexo e contraditório como o próprio Estado-Providência. As suas manifestações são variadas e ambíguas, pois o «grau da crise» que pretendem significar é difícil de determinar. Nos últimos anos instalou-se em todos os países capitalistas avançados o discurso da contenção das despesas públicas. Curiosamente a prática tem ficado bastante à quem do discurso. Tomando como exemplo as despesas públicas de saúde verificamos que, embora haja um abrandamento do ritmo do seu crescimento a partir de 1975, as despesas não deixaram de aumentar ou, se momentaneamente estagnaram ou baixaram, em caso algum deram a entender estar para breve a crise final do Estado-Providência (cfr. gráfico 1).

Num estudo sobre o âmbito dos mecanismos de controle dos custos no domínio da saúde accionados pelos doze países da CEE na última década, Abel-Smith identifica dois tipos fundamentais de mecanismos de controle: os que actuam sobre a procura de cuidados médicos e os que actuam sobre a sua oferta. Os primeiros incluem todas as medidas de participação nos custos («cost-sharing»), sejam taxas moderadoras ou preços institucionais, medidas que ao remercadorizar parcialmente os bens e serviços, reduzem a procura, quer refreando directamente os utentes, quer desincentivando os profissionais da saúde de utilizar certos recursos sabendo que os utentes os terão de pagar (Abel-Smith, 1984:353). Os mecanismos que actuam sobre a oferta incluem controles directos sobre o curto prazo (limitações orçamentais, restrições de pessoal, achatamento dos níveis de remuneração), controles indirectos sobre o médio prazo (restrições à promoção de produtos farmacêuticos, elaboração de listas de medicamentos subsidiados, limitações do número de consultas ou do número de prescrições por receita), controles directos sobre o médio prazo (limitações à construção ou expansão dos hospitais; restrições à instalação de equipamento mais dispendioso) e, finalmente, controles directos sobre o

---

longo prazo (restrições à entrada de estudantes nas Faculdades de Medicina, ou à entrada nas carreiras de especialização).

Apesar desta panóplia de restrições, muitas vezes anunciada com grande ampliação nos meios de comunicação social, Abel-Smith salienta que as despesas com a saúde continuaram a aumentar em todos os países ainda que a um ritmo mais moderado. Sem preocupações de ser exaustivo, indica as seguintes causas para isso (nem todas aplicáveis aos países estudados): expansão da cobertura dos seguros de doença, mudanças demográficas (o envelhecimento da população), aumentos das remunerações dos profissionais da saúde, introdução de novas tecnologias envolvendo maiores despesas de capital e custos de financiamento, aumento do número de médicos, aumento do número de camas por hospital, incentivos financeiros ao uso de mais recursos por doente (Abel-Smith, 1964:352). Quer isto dizer que muitos dos factores invocados para explicar o aumento continuado das despesas públicas estão em contradição directa com os mecanismos de controle de custos declarados em uso, do que facilmente se conclui que os mecanismos de controle têm sido pouco eficazes.

27

Em nosso entender as razões desta contradição têm de ser procuradas a outro nível, ao nível dos mecanismos através dos quais o Estado-Providência tem vindo a tentar dispersar a contradição entre as exigências do crescimento económico, e portanto da acumulação, e as exigências da equidade e da harmonia sociais, e portanto da legitimação do Estado. A este nível, identificamos duas causas principais de moderação da redução efectiva das despesas públicas.

A primeira causa tem a ver com os já mencionados custos políticos para os governos que empreenderam reduções drásticas nas despesas públicas. Correm o risco de não sobreviverem às próximas eleições. É certo que tal risco pode ser atenuado pelo accionamento de medidas compensatórias adiante referidas mas, mesmo assim, a impopularidade das medidas, a possível perda de legitimação do Estado e o consequente aumento de conflitualidade social não deixam de envolver custos políticos significativos. Acresce que os partidos de governo têm as suas clientelas instaladas nas estruturas administrativas do Estado que executam os programas de capital social. Num período de crescente desideologização dos partidos tais clientelas são o motor da sustentação eleitoral do partido e não deixarão de utilizar este peso partidário para impedirem a erosão das condições da sua reprodução. Além disso, sempre que a redução da produção de bens e serviços materiais não pode ser evitada, o Estado procura

compensá-lo com a expansão de bens simbólicos produzidos por intermédio dos meios de comunicação social é sobretudo da televisão <sup>(8)</sup>. Um exemplo deste tipo de produção simbólica, bem presente no nosso país, consiste na personalização da vida política nos líderes políticos com vista à criação da lealdade ao Estado independentemente do sentido de governação. Trata-se de uma forma do que chamaremos *populismo estatal* porque, ao contrário, de outras formas de populismo, são os próprios aparelhos do Estado a promover uma ligação directa (e uma lealdade sem mediações) entre os líderes políticos e o «povo», por cima ou à margem dos aparelhos políticos e administrativos do Estado.

A segunda causa da moderação das despesas públicas diz respeito à composição interna das despesas. Perante a reacção negativa do capital ao aumento das despesas improdutivas (que beneficiam a população não activa) ou indirectamente produtivas (que promovem a produtividade ou a contenção dos salários directos), sempre que esse aumento, como é sua tendência, exceda o que é requerido pela expansão da mais valia, o Estado tem vindo a alterar progressivamente o conteúdo do seu orçamento de capital social de modo a compatibilizá-lo com as exigências de capital. São duas as alterações principais. Por um lado, o Estado tende a privilegiar o investimento social em detrimento do consumo social. O desenvolvimento das altas tecnologias e a mundialização dos processos de produção tornam elevadíssimos os custos dos aumentos de produtividade. Ao aumentar as suas despesas em investimento social o Estado socializa parte destes custos e com isso cria condições para a rentabilização dos investimentos privados.

Por outro lado, mesmo as despesas de consumo social, isto é, as despesas com as políticas sociais em sentido restrito, têm vindo a sofrer alterações na sua composição interna. Confrontado com a crise financeira e impossibilitado de produzir cortes radicais nas políticas sociais, o Estado tem vindo a procurar que a produção de bens e serviços de consumo colectivo (educação, saúde, habitação, etc.) se torne mais atractiva para o capital privado. Nessa medida, o Estado retira-se sempre que pode da produção directa desses bens e serviços e subcontrata a sua produção com empresas privadas ou, sempre que tal não seja possível, subsidia esta mesma produção. Em vez de produzir hospitais subcontrata a sua produção ao capital privado (as Misericórdias, entre nós). Em

---

<sup>(8)</sup> Sobre esta articulação, no interior da produção estatal, entre produções materiais e produções simbólicas cfr. Santos (1982b).

vez de construir e administrar prisões, subcontrata a execução de penas a empresas privadas. Em vez de produzir habitação social cria incentivos à sua produção por parte do capital privado. Em vez de ampliar a segurança social estimula a criação de seguros privados para riscos específicos.

Ao dar condições de rentabilidade ao capital nestas áreas, o Estado cria novas oportunidades de investimento. As condições serão tanto melhores quanto mais capital intensiva for a produção dos bens e serviços. Assim as alterações no conteúdo das despesas sociais ocorrem não apenas entre as várias políticas sociais mas no seio de cada uma delas. No caso da saúde, por exemplo, é possível que o Estado oriente as suas despesas para estimular a produção de bens e serviços capital intensivos como sejam a produção de medicamentos, de equipamento clínico e de meios complementares de diagnóstico em detrimento da produção de bens e serviços mais trabalho intensivos (internamentos hospitalares, serviços de urgência, intervenções cirúrgicas com maior risco ou conteúdo hospitalar). Aliás, se durante muito tempo o capital investido na medicina apresentou uma fraca composição orgânica (trabalho-intensivo, baixos investimentos em alta tecnologia) esta situação tem vindo a alterar-se dramaticamente nos últimos anos, o que facilita a reorientação das despesas do Estado neste sector. De resto, esta reorientação das despesas públicas não tem de ser consistente e muito menos planeada pelos agentes do Estado. Dado que a produção capital intensiva e, portanto, tecnologicamente mais avançada e dispendiosa tende a estar concentrada nos grupos monopolistas, em geral, multinacionais, estes têm enormes poderes de «persuasão» no sentido de transformar a seu favor as hierarquias dos cuidados médicos de modo a que os produzidos por eles se apresentem como indispensáveis ou, em todo o caso, como os mais eficazes.

A esta progressiva rentabilização das políticas sociais para o capital chamamos, com base em O'Connor, o *complexo social-industrial*. Trata-se de uma nova aliança entre o Estado e o capital privado, tornada possível pela própria manutenção transformada das políticas sociais do Estado-Providência e realizada sob a égide do capital monopolista e/ou multinacional. O complexo social-industrial, a concretizar-se, trará consigo a remercadorização pelo menos parcial dos valores de uso ligados às políticas sociais e, com isto, estas não poderão deixar de se tornar mais restritivas. Por outro lado, o complexo social-industrial obriga a uma divisão clara no seio do consumo social, entre bens e serviços lucrativos, cuja produção será entregue sob várias formas ao capital privado, e bens e serviços não lucrativos que continuarão

a ser produzidos directamente pelo Estado. Esta divisão da produção é essencial ao capital privado, quer porque reserva para si as produções lucrativas, quer porque ajuda a perpetuar a ideia de que o Estado é incompetente como produtor de bens e serviços (dado que o Estado reserva para si as produções não lucrativas, oferece-se à verificação de que da sua actuação só resultam prejuízos).

A crise do Estado-Providência é assim um fenómeno complexo e cheio de ambiguidades. É mesmo debatível se haverá crise ou tão só um processo de transformação. E a haver crise, será uma crise final, como pretende, por exemplo, P. Rosanvallon (1981), ou será antes uma crise de crescimento como pretende F. Ewald (1986)? Quanto a nós não é de modo nenhum uma crise final e ainda é cedo para concluir se é crise de crescimento. A permanência da crise pode converter esta numa forma de regulação mais ou menos normalizada. E, de resto, não é inédito no processo político a utilização do discurso da crise como meio expedito de sacrificar interesses sectoriais com menor peso político em benefício de outros que exigem satisfação urgente.

Tendo isto em vista, pensamos que é provavelmente pouco correcto falar de crise. Trata-se tão só de um processo de transformação mais ou menos profundo que naturalmente não pode deixar de causar alguma turbulência política e social. Admitimos como hipótese, que a *criação do complexo social-industrial é uma peça essencial na transformação do Estado-Providência*. Por mais profunda que esta seja não nos parece que venha a descaracterizar totalmente a forma política do Estado-Providência. E isto porque não descartamos no horizonte nenhuma alternativa política a esta forma de actuação estatal. Uma das consequências mais importantes do Estado-Providência (de que de resto, pouco se fala, talvez por ser tão consensual) é o ter provado a possibilidade de compatibilizar o capitalismo com a democracia. Pensamos que esta compatibilização é o dado político mais importante da nossa época, pelo menos na Europa, e mais ainda dada a relativa crise das lutas e programas socialistas enquanto geradoras de alternativas radicalmente diferentes. Apesar de certos sinais inquietantes, como sejam a formalização excessiva do jogo democrático, as limitações à concorrência e à competição no interior do sistema partidário, a exclusão de representação de grupos sociais cada vez mais numerosos, a desparlamentarização da representação e sua substituição parcial pela representação funcional, corporativa, apesar de todos estes sinais e da sua gravidade, pensamos que o dado da compatibilização é demasiado sólido para ser posto globalmente em causa pelo menos a médio prazo. E enquanto o

---

não for, o Estado-Providência sofrerá profundas alterações mas sobreviverá, por certo, às suas crises.

O discurso político dominante hoje em dia em Portugal tem como mote principal a crise e a crítica do Estado. Neste discurso inclui-se, tanto a crise e a crítica do Estado-Providência propriamente dito (o conjunto das despesas com as políticas sociais), como a crise e a crítica do Estado-Empresário (o sector empresarial do Estado). O Estado-Empresário e o Estado-Providência são formas políticas diferentes embora possam coexistir no seio do mesmo Estado, ou melhor, da mesma formação estatal. O Estado-Empresário é constituído pelo conjunto das actividades directamente produtivas promovidas pelo Estado (bens comerciáveis), isto é, pela acumulação de capital estatal. Embora nem sempre seja fácil distinguir tais actividades das de investimento social (indirectamente produtivas), que acima incluímos no pacto político do Estado-Providência, não restam dúvidas que o Estado-Empresário, ao contrário deste último, visa criar bens e serviços a preços de mercado, ainda que, por razões políticas ou outras, nem sempre tal suceda. Por outro lado, embora as actividades directamente produtivas, sendo lucrativas, possam financiar as despesas do Estado-Providência, as duas formas políticas permanecem distintas. A crise do Estado-Empresário tem assim uma lógica própria e assume hoje em Portugal uma acuidade especial. Não cabe, no entanto, tratá-la no âmbito deste artigo. E é, por isso, que, no que se segue, e salvo indicação em contrário, a análise da crise do Estado tem tão só em vista as políticas sociais do Estado-Providência. Advirta-se, no entanto, que o discurso político tende a misturar a crise e a crítica do Estado-Providência com a crise e a crítica do Estado-Empresário e, dada a acuidade especial da crise deste último, os argumentos utilizados para o criticar contaminam subrepticamente o debate sobre o Estado-Providência.

Com algumas nuances, o discurso de crise e crítica do Estado-Providência entre nós é semelhante ao discurso político dominante nos demais países europeus. Paralelamente as medidas que têm sido tomadas ou anunciadas pelo governo para conter as despesas de consumo social são idênticas às tomadas noutros países. No campo dos cuidados médicos, o trabalho de Abel-Smith já citado prova isto mesmo. Estes paralelos põem a questão de saber se a realidade social sobre que discorre o discurso político dominante em Portugal é semelhante à que serve de referência ao discurso político nos países capitalistas avançados. Do mesmo modo, põe-se a questão de saber se as medidas tomadas ou anunciadas entre nós têm o mesmo significado ou o mesmo impacto social e

### **III. O Estado, a sociedade e as políticas de saúde em Por- tugal, 1974- -1987**

político que as medidas idênticas tomadas ou anunciadas nos outros países. A resposta cabal a estas questões implica saber em que medida a sociedade e o Estado portugueses são semelhantes ou diferentes das sociedades e Estado capitalistas avançados ou, talvez com mais interesse, das sociedades e Estados da Europa em cuja comunidade Portugal acaba de integrar-se. Temos tratado deste tema noutros trabalhos (Santos, 1985; Santos, Reis e Marques, 1987). No presente procuraremos aplicar no domínio específico das políticas de saúde as teorias e hipóteses a que temos chegado em análises mais globais.

Temos vindo a caracterizar a sociedade portuguesa como uma sociedade semiperiférica no contexto europeu, uma caracterização que partilha com outros países europeus, nomeadamente com a Espanha, a Grécia, o Sul de Itália e a Irlanda. Esta caracterização permite simultaneamente salientar a especificidade da sociedade portuguesa (estrutura social, processos políticos e actuação do Estado, etc.) e definir a sua posição internacional na economia mundial e no sistema inter-estatal (Santos, 1985). Do carácter semiperiférico da sociedade portuguesa e da sua localização no contacto europeu decorre, como hipótese geral, que os processos económicos, sociais, políticos e culturais que caracterizam a Europa capitalista avançada tendem a ocorrer também na sociedade portuguesa, mas sempre com alterações mais ou menos profundas e com consequências mais ou menos diferentes.

Com base nesta hipótese geral e aplicando-a ao domínio específico dos cuidados médicos e das políticas de saúde, procuraremos demonstrar o seguinte:

(1) O Estado português não é um Estado-Providência em sentido técnico. No entanto, as despesas públicas com a saúde estão sujeitas a contradições semelhantes às que analisámos em geral na secção precedente e as medidas tomadas ou anunciadas para dispersar essas contradições e reduzir o seu grau de disfuncionalidade não são muito diferentes das que têm sido tomadas ou anunciadas nos países capitalistas avançados. Assim, por exemplo, é detectável entre nós a emergência do complexo social-industrial. No entanto, o impacto destas medidas será diferente no nosso país, tendo em vista duas características específicas da sociedade portuguesa neste domínio: as assimetrias regionais e a existência de uma administração pública desarticulada e autoritária.

(2) As deficiências da produção estatal de saúde e segurança social são em parte compensadas pela sociedade-providência. Neste campo, o que caracteriza especificamente a sociedade portuguesa é a forte presença da medicina popular de produção artesanal ao lado da medicina oficial e funcio-

---

nando como mecanismo compensatório das deficiências da medicina estatal ou da inacessibilidade da medicina privada. Neste sentido é legítimo falar-se da articulação de modos de produção de saúde como característica global da sociedade portuguesa no domínio dos cuidados de saúde.

O Estado português não é um Estado-Providência em sentido técnico, nem pelo nível de bem estar que produz, nem pelos processos políticos que a ele conduzem. O Estado-Providência é uma criação das sociedades capitalistas avançadas e democráticas cujo conteúdo político se não pode reduzir a um aumento sem precedentes das despesas em políticas sociais, embora ele seja um dos seus componentes essenciais. O Estado-Providência é, como vimos, uma relação social complexa que envolve:

- (1) um pacto político de base, cujo objectivo último é compatibilizar capitalismo e democracia;
- (2) uma relação tensa, mas durante muito tempo sustentada, entre acumulação e legitimação;
- (3) um nível elevado de despesas em capital social (investimento social e consumo social);
- (4) uma estrutura administrativa que «interiorizou» a concessão dos direitos sociais e actua na base da «rigidez» destes.

À luz desta caracterização o Estado português não é, ou não é ainda, um Estado-Providência. Não o foi certamente na fase final do Estado Novo, a partir de 1969, quando se verificou um incremento significativo das políticas sociais, nomeadamente no domínio da saúde (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro) <sup>(9)</sup>. Se houve um pacto político por detrás destas transformações, sem dúvida, significativas, ele não envolveu a participação autónoma dos destinatários principais delas (os trabalhadores), e o facto, longe de tentar compatibilizar capitalismo e democracia, visou tornar esta última dispensável e substituível por uma forma de corporativismo autoritário renovado. É a esta luz que se deve avaliar a proposta política contida no conceito do «Estado Social» de Marcello Caetano.

Tão pouco se pode falar do Estado-Providência depois de 1974, embora tenha havido, e continue a haver, propostas políticas que vão nesse sentido. A forma política do Estado português é ainda muito instável, instabilidade bem simbolizada por uma revisão constitucional realizada depois da pro-

### III.1. A crise revolucionária de 1974- -1976

33

---

<sup>(9)</sup> Este decreto-lei que constitui a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência «inaugura uma nova filosofia política de produção da saúde, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações, através de uma melhor integração dos serviços públicos, não dispensando contudo a iniciativa das instituições particulares (Carapinheiro e Pinto, 1987:1). Cfr. também Simões (1986:449).

mulgação da Constituição e uma outra já anunciada para breve. Em nosso entender, tal instabilidade está relacionada com dois factores principais, um de natureza política e com forte dramatização conjuntural, a Revolução de 25 de Abril, e outro de natureza social, com incidência estrutural de mais longa duração, o carácter semiperiférico da sociedade portuguesa.

Se não houve um pacto político do Estado-Providência antes de 1974 tão pouco ele existiu no imediato pós-25 de Abril. Se antes de 1974 não houve a participação autónoma dos trabalhadores, depois de 1974 não houve a participação autónoma do capital e dada a natureza dos processos políticos desencadeados pela revolução, é mesmo duvidoso que tenha havido participação autónoma dos trabalhadores. Se antes de 1974, se procurou tornar dispensável a democracia, no imediato pós-1974 (1974-1976) procurou-se tornar dispensável o capitalismo. Trata-se, como se vê, de dois períodos de sinal político completamente diferente (o que não impede a existência de continuidades entre eles) mas em nenhum deles se procurava constituir um Estado capitalista e democrático do tipo Estado-Providência. Em ambos os períodos existe um Estado capitalista que no primeiro período não quer ser democrático e no segundo período não quer ser capitalista<sup>(10)</sup>.

O período 1974-76 foi, pelo menos até 25 de Novembro de 1975, um período de crise revolucionária (Santos, 1984:17 e ss.). Devido à suspensão do poder social do capital, à forte mobilização das classes populares e às opções ideológicas da camada militar dirigente do Estado, foram dramáticas as políticas distributivas tendentes a elevar o padrão geral da reprodução social das classes populares. Nestas políticas, que de resto, quase nunca foram legisladas de modo consequente, incluem-se as políticas laborais, visando o aumento dos salários directos (salário mínimo nacional, contratação colectiva, etc.) e as políticas sociais propriamente ditas tendentes ao aumento dos salários indirectos, as únicas de que curamos aqui. As condições políticas do período permitiram (e exigiram) que os dispêndios do Estado em políticas sociais se desvinculassem totalmente das exigências da acumulação e, portanto, dos recursos financeiros tornados disponíveis pela actividade económica. No domínio da saúde, o gráfico 1 ilustra bem o aumento dramático das despesas públicas em saúde.

Daqui resultaram duas consequências importantes. Durante um breve período, mas mesmo assim sem precedentes

---

<sup>(10)</sup> Sobre os processos políticos e suas condicionantes sociais nestes dois períodos cfr. Santos, 1984.

nos Estado capitalistas democráticos do pós-guerra, o Estado português passou pela vertigem de uma total e incondicional legitimidade perante as classes populares. E a tal ponto, que por breves momentos foi ideologicamente verosímil defender que o Estado não era capitalista. Mas esta consequência trouxe no seu bojo o seu duplo: a crise financeira do Estado. Uma crise particularmente grave em função do carácter semiperiférico e dependente da nossa economia, da recessão da economia mundial e do bloqueamento do capital privado, sobretudo dos sectores mais modernos da burguesia industrial-financeira, bem dramatizado com as nacionalizações depois de 11 de Março de 1975.

35

Provavelmente mais importante que o montante das despesas sociais para caracterizar este período da crise revolucionária é a composição e o conteúdo ideológico dessas despesas. Dissemos noutra lugar que «o que há de mais característico e até de mais original na crise do Estado português neste período é a capacidade do Estado para se manter intacto através de uma paralisia administrativa generalizada durante bastante tempo e no seio de lutas sociais muito agudizadas» (Santos, 1984:20). Esta paralisia administrativa resultou em boa parte de um impasse político a que conduziu a luta pelo controle político do Estado no seu todo por parte de forças políticas, civis e militares, que não se reclamavam inequivocamente, nem do poder capitalista, nem do poder operário, uma situação da «dualidade de impotências» (Santos, 1984:21) suportada ideologicamente por um populismo radical. Num contexto deste tipo não era de esperar políticas sociais consensuais, nem execuções administrativas consequentes e não espanta que ao discurso político de ruptura com o sistema político-social anterior se sobrepujasse (ou subpusesse) uma prática administrativa de continuidade.

Assim foi o caso das políticas de saúde e de segurança social. O projecto revolucionário de um Serviço Nacional de Saúde, de carácter universal, geral e gratuito e financiado pelo Estado não é levado à prática e, como afirmaria Carapinheiro e Pinto «todas as medidas políticas de saúde adoptadas neste período dão continuidade ao processo de universalização, à política de prioridade aos cuidados de saúde primários [que já vinham de trás], sendo os Centros de Saúde as estruturas vocacionadas para este fim» (1987:4). Evidentemente que houve inovações e o conteúdo ideológico das principais é revelador do contexto político do período. Assim, e em primeiro lugar, procurou-se democratizar o âmbito das prestações de cuidados médicos de modo a combater as enormes assimetrias regionais na oferta de serviços (democratização externa da administração) para o que se criou o serviço

médico à periferia (despacho de 23 de Junho de 1975). Em segundo lugar, procurou-se criar estruturas de gestão democrática nos serviços encarregados da prestação de cuidados médicos primários, fazendo participar na sua gestão os representantes da comunidade e dos trabalhadores de saúde (democratização interna da administração), para o que se criaram as Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde Locais (despacho de Fevereiro de 1975). Em terceiro lugar, o Estado assume-se, não só como principal financiador, mas também como principal produtor de cuidados de saúde, sobrepondo-se para isso, à produção privada. Entre outras medidas, são nacionalizados os hospitais distritais e concelhios pertencentes às Misericórdias (Decreto-Lei n.º 104/74, de 7 de Dezembro). A paralização da administração e a continuada progressão da ideologia administrativa autoritária faz com que a contingência burocrática, analisada nas secções precedentes, se verificasse neste período com uma acuidade particular. Assim sucedeu sobretudo com as duas primeiras medidas. Conforme salientam Carapinheiro e Pinto, apesar dos resultados positivos do serviço médico à periferia (associa-se-lhe a melhoria subsequente das taxas de mortalidade infantil), as condições previstas no despacho de criação para o sucesso deste serviço — apoio técnico a conceder pelos hospitais centrais, por exemplo — nunca foram preenchidos (1987:6). Por outro lado, os serviços centrais ignoravam, na prática, as Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde Locais.

### **III.2. Um processo instável de estabilização (1976-1987)**

Em 1976, com o primeiro governo constitucional inicia-se um novo período cuja instabilidade política, que duraria até hoje, provoca tal arritmia e desarticulação entre os vários aparelhos do Estado, que se torna difícil segmentá-lo em várias fases. Quase se pôderia dizer que cada sector da actuação do Estado, cada área da política social (saúde, educação, habitação) suscita uma periodização própria. A Constituição Política de 1976 aponta para a criação de um Estado-Providência (arts. 63 a 79) como forma política de transição para um Estado e uma sociedade socialistas. Em termos do seu desenho constitucional, as políticas sociais consagradas suscitam um tal envolvimento (financeiro, político e administrativo) do Estado que, a concretizarem-se, fariam do Estado português um Estado-Providência<sup>(1)</sup>. Sucede porém, que a um tal programa não subjazia um pacto social que o sustentasse. A Constituição era sustentada por um outro tipo de

---

<sup>(1)</sup> Para o domínio, mais particular, das políticas de segurança social cfr. o trabalho de Costa e Maia (1985).

pacto, o pacto MFA-Partidos, um pacto estritamente político, subscrito, de resto, por alguns dos intervenientes com reserva mental, e que não comprometia nem podia comprometer as forças sociais que no terreno teriam de criar as condições para a execução do programa constitucional. Este era sobretudo o caso do capital, colocado numa posição defensiva e desarticulado por desmantelamento do sistema produtivo decorrente das nacionalizações. Mas era assim a respeito das restantes forças sociais e em vista das características da estrutura social de uma sociedade semiperiférica como a portuguesa.

37

As sociedades semiperiféricas caracterizam-se pela grande heterogeneidade das classes sociais: sectores restritos de capital moderno e inovador ao lado de outros, retrógrados, com uma mentalidade rentista e não empresarial; grande segmentação interna do operariado e forte presença do semiproletariado; peso social significativo da pequena burguesia assalariada (sobretudo funcionários públicos); largos estratos da pequena burguesia autónoma (sobretudo no comércio retalhista mas também nas profissões liberais); importância do campesinato como classe de suporte crescentemente reproduzido com o incremento da pluriactividade (Santos, 1985:872; Reis, 1985; Santos, Reis e Marques, 1987). Perante uma estrutura social deste tipo torna-se difícil a corporativização dos interesses sectoriais. A pulverização dos interesses e as redes compactas de relações entre as diferentes classes e camadas sociais provocam a relativa descentração das relações consensuais ou conflituais entre o capital e o trabalho e o deficit de organicidade da sua representação política (não há um partido dos patrões tal como não há um partido dos operários) e mesmo da sua representação funcional (são pouco representativas as organizações patronais e as organizações sindicais).

Perante este deficit de organicidade, que aliás se mantém até hoje, as sequelas traumáticas da crise revolucionária, o agravamento do endividamento do Estado, e a permanência de uma estrutura social semiperiférica, o Estado não pôde deixar de assumir um papel central na regulação social e de o exercer com grande autonomia; mas uma autonomia que, em grande parte pelas mesmas razões, foi e continua a ser maior na promulgação das políticas de regulação do que na sua execução. Globalmente pode dizer-se que a partir de 1976 as políticas de regulação social do Estado visaram criar as condições políticas, sociais, económicas de um pacto social que tornasse possível uma forma política do tipo Estado-Providência mas sujeita a limitações estruturais da posição semiperiférica da sociedade e da economia. Para isso, o Estado

assumiu-se inequivocamente como um Estado capitalista, ou seja, um Estado cujas políticas distributivas estão sujeitas às exigências da acumulação capitalista privada e visam assegurar a reprodução alargada deste. Se, no período de crise revolucionária, tais políticas tinham sido radicalmente desvinculadas da acumulação, era agora necessário proceder à sua radical revinculação. Assumiu-se que a violência da desvinculação no período anterior teria de ser alcançada agora pela violência da revinculação.

Procedeu-se assim a uma política de desvalorização da força de trabalho (inflação, aumento da taxa de desemprego, precarização da relação salarial através dos contratos a prazo, queda dos salários reais) e de estagnação ou deterioração das políticas sociais (através de cortes na taxa de crescimento orçamental do sector da saúde, da educação, da habitação e outras medidas de controle das despesas).

Este conjunto de medidas que, com oscilações, tem vindo a ser anunciado e/ou executado até hoje visou alterar o peso relativo dos vários mecanismos de dispersão das contradições sociais e particularmente daquela que, em Portugal, como nos restantes países capitalistas, tem uma importância determinante (ainda que nem sempre dominante), a contradição entre o capital e o trabalho — uma contradição que a crise revolucionária do período anterior tinha fortemente agudizado. Ainda que alguns tenham pensado que, neste último período, o Estado procurou resolver radicalmente essa contradição a favor do trabalho, o facto é que ele tão só procurou dispersá-la. Na situação momentânea de suspensão social em que se encontrou, o Estado pôde maximizar o uso dos mecanismos de integração e trivialização em relação às classes populares (a vertigem da legitimidade total e incondicional de que falámos acima), distribuindo os mecanismos de exclusão e de repressão a alguns sectores da burguesia. A partir de 1976, esta combinatória de mecanismos de dispersão alterou-se contra as classes populares: os mecanismos de integração e de trivialização que continuaram a existir (nem doutro modo poderia ser na constância do regime democrático) passaram a ser combinados com mecanismos de exclusão e de repressão com o que se deu o reforço do autoritarismo do Estado.

Poderia pensar-se que prontamente estariam criadas as condições que tornassem possível o pacto social donde poderiam emergir políticas sociais estáveis e consequentes. De facto, esse pacto tem vindo a tardar apesar de o Estado fazer sucessivas proclamações de uma política de rendimentos e preços e criar mecanismos institucionais destinados a dar continuidade ao pacto social, como, por exemplo, o Conselho Permanente de Concertação Social. Em nosso entender,

---

são duas as principais dificuldades com que se defronta a constituição do pacto social, as quais são responsáveis pelos dois traços fundamentais da actuação do Estado neste período, que resumimos com os conceitos de *sociedade civil secundária* e *Estado paralelo*.

A primeira dificuldade diz respeito ao perfil sociológico dos parceiros sociais. O pacto social que torna possível as políticas distributivas é sempre estabelecido na base de uma certa correlação de forças dos grupos sociais que o subscrevem. Essa correlação foi nos países capitalistas avançados relativamente estável e foi a partir dessa estabilidade que os grupos sociais fizeram as previsões, as análises de custo-benefício em que se materializou a sua disponibilidade para o estabelecimento do pacto. Em Portugal tal estabilidade não existiu até hoje e a sua ausência é, em boa medida, a causa da instabilidade política. No que respeita ao capital, é de referir que, à medida que este foi recebendo do Estado sinais de solidariedade para com os seus interesses, teve como reacção natural colocar condições sucessivas e sucessivamente mais exigentes para relançar o processo de acumulação.

Dada a forte heterogeneidade do capital, alguns dos seus sectores sobretudo os ligados à exportação usaram as condições que lhe foram dadas (desvalorização da moeda, salários baixos, incentivos vários à exportação) e aumentaram o investimento. Mas estes sectores, (em geral, tradicionais), não eram os mais modernizantes ou industrializantes e a sua baixa produtividade não permitiria a expansão maciça de mais valia capaz de sustentar o Estado-Providência. Para que tal fosse possível era necessário que o sistema produtivo se reconstituisse e o sector monopolista da burguesia industrial-financeira voltasse a ter o papel hegemónico que desempenhara antes. Mas para isso eram necessárias duas condições: o desmantelamento do sector empresarial do Estado e o desmantelamento da legislação laboral. Qualquer destas condições era de realização lenta e difícil porque tinha de ser feita no quadro democrático e, portanto, em confronto com forças políticas e sociais que viam em qualquer destas condições uma derrota grave das classes trabalhadoras.

Pode dizer-se, no entanto, que estas duas condições estiveram desde o início no horizonte da actuação política do Estado, variando apenas o grau e o modo da sua realização consoante as forças políticas que foram exercendo a governação. Como se tratava de processos políticos de médio prazo, o Estado foi entretanto usando o seu papel na regulação e mesmo na produção social e económica para reformular o perfil sociológico do capital de modo a transformá-lo num parceiro social disponível para a celebração do pacto social:

garantindo mercados para o capital privado; criando oportunidades aliciantes de investimento no país ou nos países africanos de expressão oficial portuguesa; associando o capital privado ao sector público, de modo a drenar para ele os resultados das actividades mais lucrativas (o complexo social-industrial); promovendo politicamente as diferentes organizações e associações patronais e incentivando a expansão do associativismo; tolerando ou promovendo a privatização possível das actividades bancárias. Através destas e doutras actuações, o Estado foi usando a sua capacidade reguladora e produtiva para criar espaços de actividade económica e social privada. Aliás, estas actuações dirigiram-se igualmente ao fortalecimento de agentes sociais privados orientados para outros fins que não a obtenção de lucros mas igualmente envolvidos na produção de bens e serviços como, por exemplo, a Igreja Católica e as Misericórdias. E porque através destas medidas o Estado cria, pela sua actuação, espaços de sociedade civil, chamamos a estas criações a *sociedade civil secundária* para significar que, através delas, se inverte a concepção liberal das relações Estado/sociedade civil. Como é sabido, nos termos desta concepção, é a sociedade civil que cria o Estado, e não o Estado que cria a sociedade civil.

De resto, a criação civil secundária estendeu-se às próprias classes trabalhadoras e também aqui o objectivo foi o de transformar o perfil sociológico e político do trabalho de modo a torná-lo disponível para o pacto social. É certo que a execução das políticas sociais de desvalorização da força de trabalho e o carácter selvagem de algumas delas (os salários em atraso; a exploração do trabalho infantil) são reveladores de que, independentemente da radicalidade dos discursos, a representação sindical e política (na medida em que existe) dos trabalhadores foi desde cedo e na prática colocada na defensiva. Esta posição que se saldava num colaboracionismo negativo (moderação no recurso à greve; desradicalização progressiva das reivindicações) era, contudo, inadequada para as tarefas do pacto social as quais exigiam um colaboracionismo activo. Daí que o Estado tenha, por várias formas, incentivado a divisão do movimento sindical em duas centrais sindicais na expectativa de que uma delas teria o perfil sociológico adequado à participação no pacto social, havendo sempre a possibilidade de, com o tempo, colocar a central desavinda no dilema do isolacionismo/colaboracionismo activo.

A criação da sociedade civil secundária é um processo complexo e algo contraditório. Por um lado, o Estado usa a sua força para produzir a sua fraqueza. De facto, a criação da sociedade civil secundária não se basta com a simples eliminação do Estado-Empresário. É acompanhada de um discurso

de auto-designação e auto-flagelação do Estado, de declaração pública por parte dos próprios agentes políticos e administrativos do Estado de que o Estado é incompetente e ineficaz, de que a sua actuação deve ser reduzida ao mínimo e de que enquanto tal se não der não tem condições de rentabilizar os recursos financeiros que para ele são canalizados pela sociedade civil através dos impostos e outras prestações (o que de algum modo legitima a fuga maciça aos impostos que hoje ainda se verifica entre nós). Por outro lado, embora a criação da sociedade civil secundária vise consolidar a capacidade de organização dos interesses sociais, o seu carácter selectivo, ao mesmo tempo que potencia a organização ou corporativização de certos interesses, planta obstáculos à organização ou corporativização de outros interesses. Utilizando dois pesos e duas medidas, o Estado de algum modo vicia o confronto social dos interesses sociais, impedindo o crescimento orgânico destes e nesta medida contribui para a desarticulação da sociedade civil (uma das características básicas da semiperiferia). Com esta desarticulação, a sociedade civil assume uma certa dualidade entre a sociedade civil «íntima» do Estado e a sociedade civil «estranha» ao Estado. Nestas condições perde valor analítico a distinção entre Estado e sociedade civil. Em sua substituição é preferível falar de um conjunto de anéis sociais concêntricos no centro dos quais está o Estado. Nos anéis interiores circula a sociedade «íntima» do Estado e nos anéis exteriores circula a sociedade «estranha» ao Estado. Nos anéis interiores dominam os mecanismos de integração e de trivialização; nos anéis exteriores dominam os mecanismos de repressão e de exclusão.

O carácter contraditório do processo de criação da sociedade civil secundária está relacionado com a segunda grande dificuldade na constituição de um pacto social que assegure entre nós uma forma política do tipo Estado-Providência à medida das nossas limitações enquanto sociedade semiperiférica. A revinculação expedita das políticas distributivas às disponibilidades ou exigências do processo de acumulação do capital obrigava a medidas impopulares e, portanto, implicava o risco da perda de legitimidade social. Se as políticas de desvalorização da força de trabalho abrangiam estratos amplos da população, as políticas sociais abrangiam estratos ainda mais amplos, pois além dos assalariados cobriam a população «excedentária» em termos de produção da mais valia (jovens, velhos, domésticas, reformados e desempregados) e o campesinato. O peso político destas camadas sociais determinou que o processo de deterioração das políticas distributivas tivesse de ser lento e oscilante consoante as múltiplas conjunturas políticas de que se alimentou

a instabilidade política global deste período. Determinou também que algumas das transformações legislativas reclamadas pelo capital tivessem de ser sucessivamente adiadas.

Perante este relativo bloqueio do processo de revinculação do Estado ao processo de acumulação, o Estado passou a tolerar e até a promover a violação maciça dos direitos laborais e sociais conquistados pelas classes populares, alguns deles consignados na Constituição Política. Trata-se de um processo altamente contraditório porque o Estado que se compromete constitucionalmente com um certo padrão de legalidade é o mesmo que aceita ou até incentiva um desrespeito deste na prática das relações sociais, do que resulta uma maciça discrepância entre os quadros legais, e as práticas sociais. É este o fenómeno que designamos por *Estado paralelo* (Santos, 1985:891), uma forma de actuação estatal muito instável que, apesar de ter durado até hoje (Agosto de 1987), não poderá subsistir por muito mais tempo. É que esta forma de actuação implica uma tal desvalorização dos direitos sociais, da Constituição Política e da ordem jurídica no seu todo que, a perdurar, pode inviabilizar no futuro qualquer pacto social por falta de garantias de que compromissos consignados serão legalmente assumidos e executados.

O Estado paralelo tem assumido várias formas: tolerando a violação das leis, não fazendo accionar as instituições encarregadas de a reprimir, ou não as dotando dos meios humanos e financeiros para o fazerem; não aplicando ou aplicando selectivamente a lei nos casos em que tal aplicação compete primordialmente a aparelhos do Estado; não regulamentando total ou parcialmente a lei de modo a bloquear a sua aplicação; não criando ou não dotando orçamentalmente os serviços encarregados de executar as políticas sociais legisladas. Para além disso, o Estado paralelo permite ou promove várias formas ilegais de privatização dos recursos do Estado que, como se verá adiante, constituem como que uma economia subterrânea estatal. De tudo isto resulta uma enorme desarticulação interna do Estado em que alguns dos seus aparelhos político-administrativos se convertem em autênticos micro-Estados.

Estas autonomias sectoriais tornam socialmente menos visível a dualidade de processos que atravessam a administração pública no seu todo: uma enorme permissividade e mesmo conivência em face dos interesses sociais que circulam nos anéis interiores da sociedade civil; o aumento do autoritarismo e da obstrução perante os interesses sociais que circulam nos anéis exteriores da sociedade civil. Esta dualidade administrativa torna-se particularmente evidente com a politização da administração, uma solução particularmente

---

expedita neste período porque, entre outras razões, permite obter informalmente decisões e recursos cuja obtenção está formalmente bloqueada pela lei ordinária ou pela Constituição Política. Nestas condições a lealdade sobrepõe-se à legalidade nas decisões mais importantes da administração. Há indícios, no entanto, de que esta forma relativamente primitiva da politização da administração, que reside mais nas mudanças do pessoal burocrático dirigente do que nas estruturas e processos de decisão, está gradualmente a dar lugar a uma forma mais sofisticada, a administração tecnocrática. A administração tecnocrática é, na aparência, totalmente apolítica na medida em que se baseia no conhecimento técnico-científico e na racionalidade instrumental dos processos de decisão. Em verdade, a sua politização enraiza-se a um nível mais profundo e através de dois mecanismos. Em primeiro lugar, o processamento automático ou quase-automático das decisões permite rotinizar e despersonalizar a dualidade de critérios de actuação acima referidos. Em segundo lugar, as exigências burocráticas tendem a desprofissionalizar as competências nos processos de decisão e conseqüentemente a desvalorizar hierarquicamente as profissões que neles intervêm. Isto é sobretudo o caso dos sectores da administração que estiveram tradicionalmente sujeitos a controle profissional (juizes nos tribunais, médicos nos hospitais, professores nas escolas).

43

Ao destruir as autonomias profissionais a administração tecnocrática transforma-se num recurso estatal de utilização mais previsível. Esta forma de administração pressupõe no entanto uma maior verdade e estabilidade no travejamento jurídico e por isso é natural que se fortaleça à medida que o Estado paralelo decair.

É neste contexto político amplo e multifacetado que se podem compreender em profundidade as políticas sociais do Estado neste período dos últimos 10 anos e nomeadamente as políticas de saúde, quer no seu enquadramento legal, quer nas práticas estatais em que se traduziram. Dissemos acima que neste último período as actuações do Estado foram condicionadas por dois factores principais: a crise revolucionária de 1974-76 e o carácter semiperiférico da sociedade portuguesa no contexto europeu. Isto significa que nas políticas sociais e em particular nas políticas de saúde se devem distinguir três níveis de análise. Estando Portugal inserido no contexto europeu e agora cada vez mais com a integração na CEE, é de prever que ocorram entre nós processos globais de evolução semelhantes aos que ocorrem na Europa mais desenvolvida, ainda que tal ocorrência tenha lugar a uma certa distância e com uma certa especificidade, tanto no

---

ritmo, como na intensidade, como ainda no impacto social das mudanças. Em segundo lugar, sendo Portugal uma sociedade semiperiférica, é de prever que as soluções políticas e administrativas tenham ainda maior semelhança estrutural com as que têm vindo a ser tomadas nas restantes sociedades semiperiféricas europeias. Por último, tendo Portugal passado recentemente por um período de crise revolucionária sem paralelo na Europa do pós-guerra, é de prever que as actuações do Estado tenham aqui algumas especificidades importantes que inclusivé suscitam alguma inovação conceitual (sociedade civil secundária, Estado paralelo).

O agravamento da crise financeira do Estado a partir de 1976 ditou o abrandamento ou mesmo a relativa estagnação das despesas sociais do Estado e a conseqüente deterioração dos bens e serviços de consumo social produzidos ou subsidiados pelo Estado, uma deterioração lenta que, no entanto, a manter-se será tanto mais grave quanto for baixo o nível de gastos públicos de que se partiu. Isto é verdade para o conjunto das políticas sociais (educação, saúde, segurança e assistência sociais, habitação e equipamentos urbanos), e também para as despesas públicas em saúde conforme se pode ver no quadro 1. Comparando-as com as despesas nos

#### QUADRO 1

##### Despesas de consumo público em Portugal

(% do PIB)

	1961-65	1966-70	1971-73	1974-76	1977-79	1980-82
Serviços públicos gerais	3.8	3.2	3.1	3.7	5.2	5.5
Defesa	6.7	7.2	6.5	4.4	2.5	2.8
Educação	1.3	1.3	1.7	3.0	3.4	3.7
Saúde	0.7	1.3	1.9	2.9	2.9	3.0
Serviços Sociais e de Assistência	0.3	0.4	0.4	0.6	0.8	0.7
Total	12.7	13.4	13.6	14.7	14.7	15.8

FONTE: Dados da Contabilidade Nacional de Portugal e das Contas do Estado.

Reproduzido de Lopes (1985:68).

demais países europeus, verificamos que se mantém a um nível modesto, muito longe dos níveis da Europa mais desenvolvida e próximo dos níveis na semiperiferia europeia (Gráfico 1). Segundo dados recentes da OCDE, os gastos públicos em saúde constituíam, em 1984, 4% do PIB em Portugal, 4% na Grécia e 4,4% na Espanha (Silva, 1986) <sup>(12)</sup>.

<sup>(12)</sup> Usando uma categoria descritiva («Europa do Sul») que, em termos empíricos, coincide parcialmente com o nosso conceito de semiperi-

Dissemos acima que a sociologia do orçamento e das contas gerais do Estado passa cada vez menos pelos montantes das despesas públicas e cada vez mais pela composição interna destas. Em virtude da instabilidade política dos últimos 10 anos esta verificação é particularmente verdadeira no caso de Portugal. A composição interna das despesas públicas depende de critérios políticos de decisão e repercute-se nas estruturas e na ideologia administrativas vinculadas às políticas sociais. Sobre todas estas questões existe já hoje abundante informação em Portugal, sendo justo salientar os excelentes estudos de Campos *et al* (1986a e 1986b) e de Carapinheiro e Pinto (1987).

45

Socorrendo-nos dos trabalhos destes autores, trataremos a seguir brevemente apenas aquelas questões que, a nosso ver, ilustram com maior pertinência a nossa hipótese de trabalho sobre a forma política do Estado português neste período e o modo como se repercute no domínio da saúde. São três essas questões: a primeira, que intitulamos *políticas intersectantes e Estado paralelo*, é aquela em que mais se manifesta a especificidade do Estado português em relação aos demais Estados europeus; a segunda, intitulada *sociedade civil secundária e complexo social industrial*, permite detectar importantes semelhanças com os processos políticos dos outros países, mas as especificidades são ainda muito significativas; a terceira questão, com o título *administração dualista e autoritária*, é a que revela mais semelhanças com situações noutros países não obstante a presença inevitável de algumas especificidades.

#### *Políticas intersectantes e Estado paralelo*

A partir de 1974 o Estado assume o papel de principal financiador e produtor de cuidados de saúde. Logo em 15 de Maio de 1974 o Decreto n.º 203/74 comete ao Governo Provisório o «lançamento das bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos». Embora houvesse já uma evolução nesse sentido desde o princípio da década é, contudo, neste momento que, entre nós, se opera o salto qualitativo das medidas distributivas para as medidas produtivas no domínio da política social. No âmbito da criação de um Estado-Providência avançado, a Constituição Política consagra a ideia de um Serviço Nacional de Saúde, gerido pelo Estado segundo os princípios da uni-

---

feria, Campos (1985) analisa em estudo recente as comuns vicissitudes por que têm passado na última década as políticas de saúde nestes países.

versalização dos cuidados médicos e da socialização da produção de bens e serviços médicos (art.º 64.2).

Como já referimos, o projecto de Estado e de sociedade consignado na Constituição estava já em crise, no seu todo, no momento em que a Constituição foi promulgada, uma crise que não deixou de se aprofundar nos anos seguintes e que arrastou consigo a crise dos aspectos mais avançados deste projecto, entre eles o do Serviço Nacional de Saúde. Globalmente a crise residia em que enquanto a Constituição apontava para um Estado progressivamente mais autónomo em relação aos interesses do capital, a actuação prática da Governação, com a razão e o pretexto da crise financeira, pautava-se por uma dependência crescente, uma dependência que de resto não era apenas financeira mas se insinuava já como dependência estrutural e ideológica. Não se pode esquecer que desde cedo se inicia o discurso do anti-estatismo e que a crítica do Estado Empresário (que produz bens comerciáveis) começa a contaminar subrepticamente a actuação do Estado-Providência (que produz bens gratuitos ou a preços institucionais). Como a «rigidez» do texto constitucional e a correlação de forças políticas não permitia um ataque frontal ao Estado-Empresário, a revinculação expedita do Estado às exigências da acumulação deu-se, como vimos, por vias mais indirectas, mas não menos eficazes, ou seja, por via das políticas de desvalorização da força de trabalho e de desvalorização dos direitos sociais. Ora o Serviço Nacional de Saúde almejava exactamente o contrário, a revalorização dos direitos sociais no domínio da saúde, e a sua execução afectava negativamente os diferentes interesses capitalistas envolvidos na produção da medicina privada. Estava, pois, criada a condição básica para a emergência do Estado paralelo no domínio da saúde.

Mas este período não é nada linear. A revinculação expedita e algo violenta às exigências da acumulação gera grande instabilidade política, que se manifesta tanto na sucessão dos governos como na actuação de cada um deles. Assim, só dois anos depois da promulgação da Constituição surge a iniciativa política de preparar a lei de bases do SNS e surge precisamente no Governo (o 2.º Governo Constitucional) em que pela primeira vez se declara abandonado o projecto global de Estado e Sociedade consignado na Constituição. É este o primeiro elo de uma cadeia de vicissitudes a que vai estar sujeito o SNS desde então até hoje. Segundo o Ministro António Arnaut, o autor do projecto de lei de bases do SNS, o SNS será implantado gradualmente pois que o seu objectivo essencial é bastante ambicioso e só será conseguido a longo prazo: «o objectivo essencial do SNS é o de atingir a situação

---

de completo bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de doença ou de enfermidade, a que corresponde a definição internacional de saúde. E completa-se pelo objectivo paralelo de conseguir um estado de equilíbrio favorável nas relações entre os indivíduos e o meio comunitário em que vivem, traduzindo o novo conceito de saúde da comunidade». O Ministro está consciente das limitações técnicas, humanas e financeiras, mas está confiante em que quanto a estas últimas, e em vista da prometida administração rigorosa dos dinheiros públicos, «com ligeiro acréscimo orçamental, no próximo ano poderemos realizar o *milagre* da saúde em Portugal». Nesta autêntica «revolução cultural da saúde» a medicina privada «continuará naturalmente a existir e serão estabelecidas formas de articulação com o sector público. Estão, aliás, previstos convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou privadas designadamente no campo da hospitalização e dos meios de diagnóstico... O recurso à medicina privada sob tutela dos Serviços Médico-Sociais só será possível nos casos em que estes não tenham capacidade de resposta» (Arnaut, Mendes e Guerra, 1979:18 e ss.).

47

A oposição incondicional da Ordem dos Médicos a este projecto não se fez esperar. Os principais argumentos invocados contra o SNS podem resumir-se no seguinte: limita o princípio da «livre escolha do médico» pelo doente; transforma o pessoal da saúde e, designadamente os médicos, em meros funcionários do Estado; burocratiza («caixifica») o aparelho da saúde, com o resultado da perda de eficiência e de qualidade dos serviços; afasta-se do modelo europeu de sistema de saúde, baseado na medicina convencionada e no seguro-doença; implica um dispêndio incomportável dos recursos nacionais.

Vendo nele o fim da medicina liberal e o espectro da funcionalização do exercício da medicina, a Ordem dos Médicos opôs-lhe um projecto alternativo, totalmente diferente, quer nos seus mecanismos de estruturação, quer na sua filosofia de base: o modelo da prestação dos cuidados médicos pela medicina privada em regime de convenção com o Estado (Ordem dos Médicos, 1983). O CDS, parceiro da coligação que sustentava o 2.º Governo Constitucional e a que pertencia o Bastonário da Ordem dos Médicos, opôs-se também ao projecto e, segundo Arnaut, este facto terá estado na origem da queda do Governo<sup>(13)</sup>. Pode dizer-se que esta foi a primeira vez que a Ordem dos Médicos se afirmou como *grupo*

---

(13) «O projecto estava agendado para ser aprovado no Conselho de Ministros em 12-7-78, mas a crise que deu origem à queda do 2.º Governo foi, por 'coincidência', aberta na véspera...» (Arnaut, Mendes e Guerra, 1979:24).

de veto<sup>(14)</sup>. O vazio legislativo que assim se reconstituiu permitiu ver que circulavam na sociedade dois projectos opostos de política de saúde e que o Estado, apesar de vinculado constitucionalmente a um deles, não tinha força ou vontade política para o executar. O impasse em que este vazio se traduziu reproduziu-se acidentalmente até hoje.

Por iniciativa do PS, a Assembleia da República aprovou em 29 de Junho de 1979, a lei de bases do SNS (lei 56/79, de 15 de Setembro) com os votos favoráveis do PS, do PCP e da UDP, com os votos contra do CDS e a abstenção do PSD. Trata-se de uma lei de bases, destinada a ser regulamentada. De acordo com o seu art.º 65 o Governo deveria elaborar, no prazo de seis meses a contar da publicação, os decretos-leis necessários à sua execução. A instabilidade política desta época obrigou a vários Governos de iniciativa præsidencial de curta duração. Foi durante o 5.º Governo Constitucional, liderado por Maria de Lourdes Pintasilgo, que se publicaram vários diplomas criando ou reestruturando os órgãos e serviços destinados a preencher a estrutura prevista na lei<sup>(15)</sup>. Com a vitória da Aliança Democrática nas eleições legislativas de 2 de Dezembro de 1979 põe-se termo a este breve momento de reaproximação do Estado ao texto constitucional. O 6.º Governo decide suspender as resoluções do Governo anterior tomadas ou publicadas após a data das eleições (Res. Cons. de Ministros n.º 1/80, de 10 de Janeiro) e também, por 30 dias, todos os actos administrativos praticados ou publicados a partir da mesma data provindos do Ministério dos Assuntos Sociais ou das suas Secretarias de Estado, salvo os de gestão corrente (Disp. MAS n.º 5/80, de 4 de Janeiro).

Dissemos acima que dada a instabilidade política e administrativa do Estado no período 1976-1987 é difícil definir nele globalmente fases de actuação e de tal modo que cada sector da intervenção do Estado suscita um faseamento específico. No domínio da saúde, pode dizer-se que 1980 e o 1.º Governo da Aliança Democrática constituem uma linha divisória importante<sup>(16)</sup>. O período 1976-1980 caracteriza-se por um

---

<sup>(14)</sup> Um grupo social ou profissional constitui-se em grupo de veto sempre que pela elevada organização dos seus interesses e o seu peso corporativo consegue inviabilizar medidas que o prejudiquem mesmo que elas favoreçam interesses muito mais amplos e maioritários.

<sup>(15)</sup> Eis alguns desses diplomas: Dec.-Lei 496/79, de 21 de Dez. (Serviço de Informática da Saúde); Dec.-Lei 513-T1/79, de 27 de Dez. (Departamento de Gestão Financeira); Dec.-Lei 513-V/79, de 27 de Dez. (Departamento de Recursos Humanos da Administração Central); Dec.-Lei 519-N1/79, de 29 de Dez. (carreiras de Clínica Geral e Saúde Pública); Dec.-Lei 519-02/79, de 29 de Dez. (Administrações Distritais de Saúde); Dec.-Lei 530/79, de 31 de Dez. (Departamento de Cuidados Primários da Administração Central de Saúde); e Dec.-Regul. 85/79, de 31 de Dez. (Centros Comunitários de Saúde).

<sup>(16)</sup> No mesmo sentido cfr. Carapineiro e Pinto, 1987:15).

impasse total em que as várias tentativas de implantar o SNS são sucessivamente bloqueadas. Em 1980 inicia-se um período novo em que o Estado inicia o lançamento de um novo modelo de prestação de cuidados de saúde, diferente do consignado na Constituição e, também, parcialmente diferente do defendido pela Ordem dos Médicos. Trata-se de um modelo cujos contornos se vão definindo com as sucessivas actuações estatais mas que em geral se propõe «desideologizar» as políticas de saúde, submetendo estas a critérios de rentabilidade económico-financeira.

No plano prático, este modelo orienta-se segundo dois vectores principais. Em primeiro lugar, a desvalorização gradual dos direitos sociais através da deterioração da qualidade das prestações (plafonds orçamentais, cortes de pessoal, reestruturações administrativas, etc.). Em segundo lugar, a remercadorização parcial dos bens e serviços de cuidados de saúde através da transferência para aqueles agentes privados da produção de alguns desses bens e serviços, retirando-se o Estado do papel de produtor e remetendo-se ao de financiador total ou parcial. Sendo este um sector onde, entretanto, se constituíram poderosos grupos de veto e/ou grupos de pressão como, por exemplo, a Ordem dos Médicos (greves de 1979 e 1982), a Associação Nacional de Farmácias (suspensão do fornecimento de medicamentos aos beneficiários) e as associações da indústria farmacêutica e de equipamento médico-sanitário, e tendo em vista a manutenção do SNS na Constituição, o processo de implantação deste modelo teria forçosamente de ser lento e sinuoso. O assumir-se explicitamente a forma do Estado paralelo fez aumentar a heterogeneidade ou mesmo a contradição interna da actuação do Estado, bem dramatizadas em várias declarações de inconstitucionalidade de decisões do Governo.

Em 19 de Abril de 1980, o Governo de Sá Carneiro, pelo Decreto-Lei 81/80, revoga quatro diplomas do 5.º Governo — o que criava o ramo de clínica geral e reestruturava o da saúde pública, o que reestruturava as Administrações Distritais de Saúde, o que criava o Departamento de Cuidados Primários da Administração Central de Saúde e o que estabelecia os Centros Comunitários de Saúde e regulamentava os órgãos locais do SNS. Os fundamentos de tal revogação resumiam-se no seguinte:

a) eles «têm subjacente uma determinada interpretação da lei do SNS que enfermava de certa orientação que o Governo pretende melhorar»;

b) «vieram estabelecer uma pesada estrutura para o sector da saúde, no momento em que se estuda uma revisão da lei do SNS»;

c) «as soluções que eles preconizam são tecnicamente inexequíveis: um SNS só é viável através de etapas decisivas e realistas»;

d) ser «de evitar a todo o custo a multiplicação de estruturas estaduais altamente dispendiosas e paralisadoras da prestação de cuidados de saúde de qualquer natureza»;

e) «as repercussões (...) da aplicação cega dos seus articulados nos serviços de saúde, altamente onerosa, seriam (...) negativas e os seus custos sociais e humanos incalculáveis».

O prazo de seis meses previsto no art.º 65 da lei de bases do SNS para o Governo elaborar os decretos-leis necessários à sua execução é entretanto prorrogado até 15 de Setembro de 1980. O processo de inviabilização legislativa do projecto constitucional atinge o paroxismo com o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho (sobre as Administrações Regionais de Saúde) que em seu art.º 17 revoga praticamente toda a lei de bases do SNS. Pedida pelo Presidente da República em 1982 a declaração de inconstitucionalidade deste artigo, esta vem a ser confirmada pelo Tribunal Constitucional em 1984, pelo que a referida lei de bases continua ainda hoje a vigorar sem nunca ter sido regulamentada.

Na mesma lógica de actuação várias foram, a partir de 1980, as medidas de criação de taxas moderadoras as quais, nos termos do art.º 7 da lei de bases do SNS, só são admissíveis quando tendam a «racionalizar a utilização das prestações». Em face das políticas restritivas do Estado e na ausência de medidas credíveis de ajustamento da oferta às necessidades sociais, as taxas moderadoras têm, no entanto, vindo a funcionar como fonte de obtenção de receitas e, logo, como tributo fiscal, o que colide com o princípio da gratuitidade do SNS consignado na Constituição. Suscitada pelo Presidente da República, em 1982, a questão da constitucionalidade das taxas, o Tribunal Constitucional veio a declarar em 1984 a inconstitucionalidade da taxa moderadora sobre os medicamentos. Recentemente um decreto da Ministra Leonor Beleza (Decreto-Lei 57/86, de 20 de Março) vem regular as condições de exercício do direito de acesso ao SNS e a repor as taxas moderadoras, as quais passam a ser fixadas por portaria.

Na mesma lógica de subversão da filosofia de base do SNS e da sua substituição por um modelo de vocação privatizante, são de salientar as convenções entre o Estado e os agentes privados que se iniciam também a partir de 1980 (desp. do Sec. Estado da Saúde de 24 de Junho). Nos termos do art.º 15 da lei de bases do SNS, a medicina privada teria um carácter supletivo e transitório («Enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso

---

será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes»).

Ao invés disto, com a política seguida a partir de 1980, o Estado normaliza o recurso à medicina privada, transferindo para ela fracções cada vez mais elevadas de recursos, abdica de alargar a rede estatal de serviços e descarta a direcção e controle do sistema de saúde, permitindo que os mecanismos de mercado regulem cada vez mais a produção e distribuição dos bens de saúde.

Implantar um modelo de serviço de saúde em sobreposição e, em grande medida, em contradição com o que está consignado na Constituição e, para mais, numa situação política caracterizada pela impossibilidade de constituir governos de maioria parlamentar estável, não pôde deixar de ser um processo, além de lento e sinuoso, desconexo e mesmo contraditório. Foi o que tentámos analisar ao definir o papel global do Estado paralelo. Trata-se de um perfil eivado de negatividade, pois as medidas legislativas visavam fundamentalmente inviabilizar o SNS e, só nas margens e muitas vezes com o risco da declaração de inconstitucionalidade, apontavam para um modelo alternativo. A positividade deste modelo retira-se, neste período, mais das actuações práticas do Estado (por exemplo, resoluções, ordens de serviço, fluxos financeiros) do que das grandes transformações legislativas. É isso o que veremos na análise dos temas seguintes.

51

#### *A sociedade civil secundária e o complexo social-industrial*

A análise dos processos formais e informais levados a cabo desde 1980 no sentido de implantar um modelo alternativo ao SNS leva-nos a concluir que está em curso entre nós a constituição, no domínio da saúde, de um complexo social-industrial. Definimos acima o complexo social-industrial como sendo a concretização de uma nova aliança entre o Estado e o capital privado no domínio das políticas sociais, tendencialmente sob a égide do capital multinacional, nos termos do qual o Estado garante mercados e rentabilidade para a produção por parte do capital privado de bens e serviços de consumo social, sobretudo daqueles cuja produção é capital intensiva, ou seja, com maior incorporação de equipamentos e tecnologia. Dissemos também que o complexo social-industrial é um dos traços essenciais das transformações do Estado-Providência em curso nos países capitalistas avançados. Sendo assim, este é um dos aspectos em que a evolução da actuação do Estado entre nós corre paralela

---

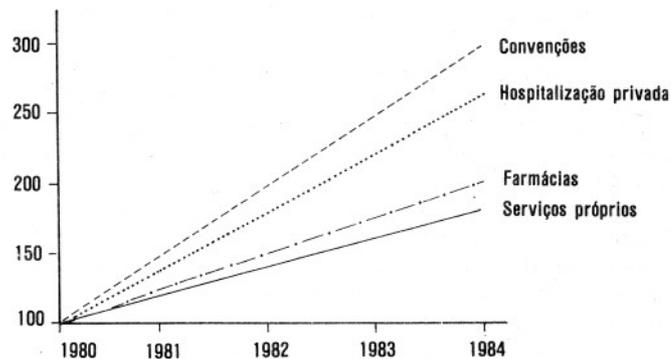
à dos restantes países capitalistas. Contudo, detectam-se igualmente algumas especificidades importantes.

Começando pela caracterização do complexo social-industrial emergente, é importante analisar a evolução das transferências financeiras do Estado para o sector privado convencionado desde 1980, para o que nos socorremos dos exaustivos trabalhos de investigação sobre este tema realizados por A. Correia de Campos e seus colaboradores (Campos, 1984; Campos *et al.*, 1986b) (17). Convém, no entanto, salientar que esta evolução mais recente assenta numa recuperação mais longa do sector privado que apenas teve uma interrupção no período 1974/1976. Assim o PIB originado no sector privado, que representava, em 1975, 24% do PIB da saúde, passou para 36% em 1980 e esta mesma tendência se verifica no investimento no sector privado que representava 2,8% do total do investimento em 1975 e 17,2% em 1980 (Campos *et al.*, 1986b:8). Nos anos mais recentes, esta recuperação tem tido forte incremento e disso é prova o aumento crescente e acelerado de transferência para o sector privado, conforme se pode ver no gráfico 2. A tal ponto que hoje cerca de 30% das despesas do SNS se destinam a transferências para o sector

GRÁFICO 2

**Índice de crescimento de algumas transferências financeiras do Serviço Nacional de Saúde**

(base 1980 = 100)



FONTE: DGFSS, Orçamento e Contas do SNS, Julho 1985.  
Reproduzido de Carapinheiro e Pinto (1987).

(17) No mesmo sentido cfr. Carapinheiro e Pinto, 1987:22 e ss.

privado, o que leva A. Campos a concluir que está a proliferar, lenta mas inexoravelmente, um importante sector privado e que «esta tendência «(...)» demonstra que, embora o Estado esteja a assumir uma parcela cada vez mais significativa das despesas com a saúde, tal se tem observado de forma progressiva e mais à custa da aquisição estatal de bens e serviços ao sector privado do que por uma prestação directa dos serviços aos utentes» (Campos *et al.*, 1986b:9). O significado sociológico desta evolução torna-se mais nítido quando se analisa o conteúdo das transferências, ou seja, quando se define a área (ou áreas) dos cuidados médicos cuja produção tem sido mais intensamente privatizada. Não restam dúvidas que essa área é a dos meios de diagnóstico e terapêutica (análises clínicas, radiografias, hemodiálise, medicina física e de reabilitação).

O quadro 2 mostra o aumento da produção privada destes meios em percentagem da produção total. Paralelamente, os gráficos 3 e 4 mostram que o crescimento da produção estatal é muito inferior ao da produção privada. Bem na lógica do complexo social-industrial, a privatização de bens e serviços

#### QUADRO 2

##### Actos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no sector privado

(% do total)

TIPO DE ACTOS	1980	1982	1984
Análises	65.0	66.2	68.3
Exames radiológicos	50.4	56.5	56.1
Tratamentos de medicina física e reabilitação	78.4	84.1	88.1
Sessões de hemodiálise	a)	72.9	82.0

a) Não existem dados.

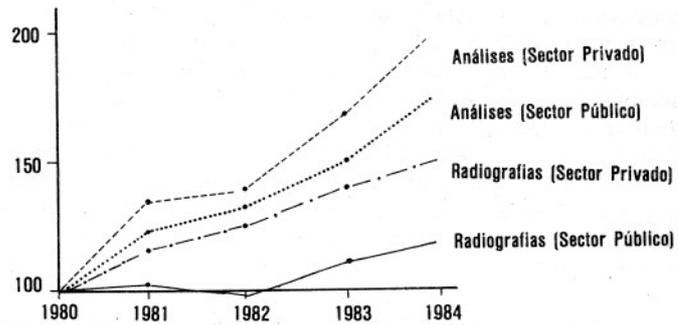
FONTE: Campos, A. *et al.* (1986a).  
Reproduzido de Carapinheiro e Pinto (1987).

de saúde é concomitante do aumento do seu peso relativo no conjunto dos gastos públicos com saúde. Entre 1980 e 1984, os gastos do SNS relativos ao pagamento de exames complementares de diagnóstico e terapêutica duplicaram o peso relativo nos gastos totais. Entre 1980 e 1984 as transferências para o sector privado cresceram de 5,3% para 10% (relativamente aos gastos totais do SNS) ou de 9,5% para 18,9% (relativa-

GRÁFICO 3

**Índice de crescimento do número de análises e exames radiológicos**

(base 1980 = 100)

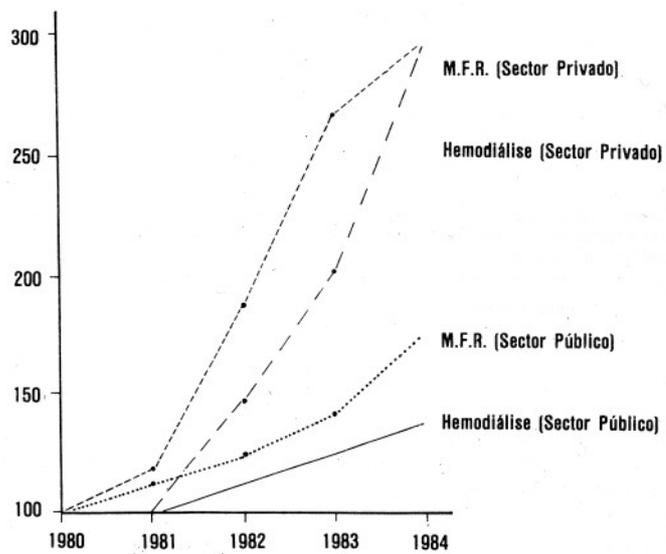


FONTE: Campos, A. *et al.* (1986a).  
Reproduzido de Carapinheiro e Pinto (1987).

GRÁFICO 4

**Índice de crescimento do número de tratamentos de medicina física e reabilitação e sessões de hemodiálise**

(base 1980 = 100)



FONTE: Campos, A. *et al.* (1986a).  
Reproduzido de Carapinheiro e Pinto (1987).

tivamente aos gastos com cuidados de saúde ambulatorios). E como a produção dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica tende a ser cada vez mais capital-intensiva<sup>(18)</sup> e, por isso, mais produtiva, a lógica da privatização e, conseqüentemente, das transferências, parece ser esta: o Estado reserva para a produção estatal os serviços de saúde trabalho-intensivos e menos produtivos (hospitais) e transfere para o sector privado os serviços capital-intensivos e mais produtivos<sup>(19)</sup>.

Esta conclusão é corroborada pelo que se passa no domínio da hospitalização privada. A. Campos verificou que esta é selectiva, reservando para si a casuística menos penalizante e mais lucrativa. Assim, o sector privado tende a drenar em seu proveito a cirurgia electiva ligeira e programável e as patologias que representam mais reduzida produção hospitalar (apendicites agudas: 3,5% no sector público, contra 6,5% no sector privado; hérnias inguinais, 2,2% e 23,3%, respectivamente) (Campos, 1986b:84).

O complexo social-industrial visa a remercadorização dos bens e serviços de saúde. Num primeiro momento, essa remercadorização significa a criação e garantia de mercados rentáveis onde o Estado, mediante o financiamento integral do sistema convencionado, é virtualmente o único consumidor (em termos mercantis). Num segundo momento, porém, e em virtude do aumento incontrolável dos gastos públicos a que o sistema conduz, o Estado é obrigado a transferir para os utentes parte do preço dos bens e serviços, pelo que a remercadorização destes atinge os seus consumidores finais. Nesse momento, o sistema de saúde, longe de ser universal e gratuito, passa a ser mais selectivo e iníquo. Por outro lado, uma vez que a produção privada se orienta pela lógica da rentabilidade e do lucro, é insensível às assimetrias regionais na oferta de cuidados médicos e tende, aliás, a agravá-las, conforme se demonstra no estudo de Campos *et al.* a que nos temos vindo a referir. Daí que os autores concluam que quanto menos Estado mais assimetrias e menos equidade (Campos *et al.*, 1986b:86).

---

<sup>(18)</sup> Trata-se de uma tendência geral. Tradicionalmente a produção de bens de saúde assentava na produção de serviços clínicos a cargo de profissionais de saúde dotados de fraco equipamento médico. O desenvolvimento científico e tecnológico no domínio da biologia e da química médicas atraíram os capitais ao sector da produção químico-terapêutica, da produção laboratorial e da produção de equipamento, os quais constituem hoje o domínio de grandes firmas multinacionais e de alta intensidade capitalística.

<sup>(19)</sup> Note-se o caso particular dos serviços de hemodiálise, cuja produção privada é crescentemente assegurada por centros de tratamento pertencentes a empresas multinacionais (Carapinheiro e Pinto, 1987:25). Não surpreende que a produção destes serviços seja a que tem tido o crescimento mais acelerado.

---

Conforme referimos acima, estas consequências estão inscritas na lógica do complexo social-industrial pelo que se tem verificado em todos os países capitalistas em que este complexo se tem vindo a constituir. Referimos, contudo, que a constituição do complexo social-industrial revela, entre nós, algumas especificidades. Mencionaremos as duas principais. A primeira diz respeito à sociedade civil secundária e com isto queremos significar que o Estado português tem vindo a ter um papel particularmente activo na constituição, expansão ou mesmo reconstituição (o caso das Misericórdias através das indemnizações) de agentes sociais privados que com fins lucrativos ou outros possam assegurar a produção privada de bens e serviços de saúde. Aliás, estes agentes saem por vezes do próprio Estado como, por exemplo, quando alguns profissionais de saúde ao serviço do Estado, sabendo das oportunidades e das margens de lucro, tomam a iniciativa de organizar a produção privada muitas vezes em sistema de pluriemprego. A segunda especificidade diz respeito à desregulação selvagem e ao Estado paralelo que dela resulta. O modelo de saúde que tem vindo a ser implantado nos últimos anos não é um modelo global e coerente e nem o poderia ser na vigência da lei de bases do SNS.

É, fundamentalmente, um modelo de transição e como tal tem-se afirmado primordialmente pelo relaxamento dos mecanismos estatais de regulação, quer da produção estatal quer da produção privada convencionada ou subcontratada. A desregulação maciça que daqui resulta tem dado origem a múltiplas formas de privatização ilegal (ou de legalidade duvidosa) dos recursos do Estado. E na medida em que elas ocorrem com a tolerância, e senão mesmo com a conivência, do Estado, configuram uma situação de Estado paralelo. Reportando-se a este nosso conceito, A. Campos *et al.* citam várias situações. Por exemplo, a tolerância perante conflitos de interesses que com toda a probabilidade são decididos contra os interesses do Estado. Depois de referirem que a quase totalidade de meios complementares pertence a prestadores privados e que o valor das suas prestações tende a aumentar, acrescentam que «tudo estaria bem se os empresários destes meios não tivessem qualquer acção nos serviços oficiais, ficando assim salvaguardados potenciais conflitos de interesses. Mas é o contrário que se passa: quase todos estes prestadores trabalham de manhã nos hospitais oficiais, e alguns deles em funções de chefia» (Campos *et al.*, 1986b:98) <sup>(20)</sup>.

---

<sup>(20)</sup> Assim, por exemplo, quando um hospital adquire um aparelho de TAC que vem concorrer com a produção privada deste meio de diagnós-

Mas a privatização dos recursos do Estado assume muitas outras formas de economia paralela, nomeadamente nos hospitais: furto de medicamentos; execução de actos médicos privados nas instalações públicas; solicitações aos doentes para realizar nos serviços estatais os actos mais arriscados e penalizantes do tratamento, recorrendo ao sector privado para os actos mais lucrativos; aquisição de produtos e de equipamento clínico por iniciativa dos técnicos utilizadores segundo critérios destes, sem grande possibilidade de controle por parte da administração e em situações em que o fornecedor se encontra numa posição de monopólio; baixas e reformas fraudulentas mediante a simulação de doença; exercício de medicinas heterodoxas por parte de médicos contestatários. Muitas destas formas de privatização dos recursos do Estado ou são ilegais ou, não sendo em si ilegais, comportam actos ilegais ou de legalidade duvidosa. No seu conjunto configuram uma economia subterrânea estatal.

57

A economia subterrânea estatal não é de modo nenhum um fenómeno exclusivo do nosso sistema de saúde<sup>(21)</sup>, mas assume hoje entre nós uma acuidade especial. Nesta fase de transição, em que se chocam várias legalidades (o art.º 64 da Constituição e a lei de bases do SNS, por um lado, e as leis e resoluções para implantação de um modelo alternativo, por outro), a desregulação selvagem implica que o Estado auto-deslegitime a sua função reguladora na expectativa de que a desregulação e os mecanismos do mercado acabem por impor como único viável o modelo de saúde que propugna. Nestas condições o sistema de produção estatal de bens e serviços de saúde entra facilmente num processo de desmoralização colectiva que incita à pilhagem.

#### *Administração dualista e autoritária*

Referimos acima que uma das características do Estado-Providência é a existência de uma administração pública que

tico, até então em regime de monopólio, é de prever que os empresarios, que também são médicos do serviço hospitalar, boicotem o funcionamento adequado deste a fim de assegurar a continuidade da sua produção privada.

<sup>(21)</sup> No início da década de setenta a cidade de Nova Iorque calculou que as fraudes cometidas pelos profissionais de saúde no âmbito do programa de Medicaid oneraram o orçamento em mil milhões de dólares. Averiguou-se que «grupos clínicos enviavam os doentes de um médico para outro sem qualquer necessidade de serviços adicionais; hospitais particulares facturavam à cidade por serviços prestados a doentes que já tinham morrido; (...) farmacêuticos remetiam receitas com o dobro dos medicamentos ou com medicamentos mais caros do que aqueles que tinham efectivamente fornecido; dentistas arrancavam dentes desnecessariamente só para criar espaço para próteses dispendiosas» (O'Connor, 1973:164). Esta investigação serviu também para mostrar que, ao contrário do que era defendido pelos meios de comunicação social, as fraudes que no domínio da saúde causavam mais prejuízos não eram praticadas ou solicitadas pelos utentes mas antes pelos profissionais da saúde.

«interiorizou» a existência de direitos sociais. Esta interiorização significa, entre outras coisas, que as prestações públicas em que se traduz o exercício desses direitos são vistas pela própria administração que as organiza ou produz como componentes essenciais do pacto social e, portanto, como algo indiscutível, merecido, em suma, a que se tem direito. Daqui decorre, por exemplo, que o pessoal administrativo e profissional, sobretudo o que está em contacto directo com os utentes, tenda a desenvolver uma certa identificação com estes (com os seus interesses, os seus anseios, as suas reivindicações), o que por vezes cria alguma tensão com orientações definidas nos escalões mais elevados da administração.

São muitos os indícios que nos levam a concluir que a administração pública em Portugal não interiorizou ainda a existência dos direitos sociais e, como tal, não a transformou numa prática e numa ideologia de serviço. Esta será, de resto, uma das razões porque o Estado português não é um Estado-Providência em sentido técnico. É longa a tradição de autoritarismo na administração pública portuguesa, uma tradição que, aliás, atravessou a crise revolucionária de 1974-1975. Fenómeno típico das sociedades periféricas e semiperiféricas, o autoritarismo revela-se de múltiplas formas. As prestações sociais do Estado são concebidas como contribuições precárias e não merecidas, algo como um sistema de solidariedade a que o Estado é obrigado sem convicção. Paralelamente, o exercício das funções e a prestação de serviços face aos utentes é estruturado por uma ideologia e uma prática privatística ou particularística e discricionária que afasta qualquer identificação generalizada com os utentes. Tal identificação só existe e é então bastante intensa quando os utentes conseguem a personalização da sua presença, quer através de relações face-a-face (parentesco, amizade, vizinhança) quer através de contribuições informais («presentes» em dinheiro ou objectos), ou seja, quando os utentes podem manipular a seu favor a natureza privatística e discricionária do exercício administrativo. Esta ausência de uma identificação padronizada *para baixo* (para com os utentes) tem, como contraparte, uma «excessiva» e subserviente identificação *para cima* (para com os superiores hierárquicos).

No domínio específico da saúde esta ausência de identificação para baixo tem um impacto particularmente gravoso no contacto dos utentes com a administração, uma vez que esse contacto é feito num momento em que os utentes, por estarem doentes, estão numa situação especial de carência, de insegurança e de dependência. A esta dependência estrutural, junta-se a dependência pessoal em relação não só aos

---

profissionais de saúde como aos próprios funcionários administrativos, o que constitui uma total perversão do objectivo da gestão «impessoal» que subjaz à administração burocrática do Estado moderno.

Este autoritarismo tradicional levanta alguns problemas ao Estado. Em primeiro lugar, o particularismo e a discricionariedade das práticas administrativas tende a ser socialmente visível e em termos que afectam negativamente a legitimidade do Estado. Em segundo lugar, tais práticas têm lugar no seio de aparelhos administrativos dominados por profissionais (de saúde, de educação, de justiça) que, por ideologia e formação, tendem a reivindicar uma autonomia que entra por vezes em conflito com a exigência, cada vez mais premente, de tornar o exercício administrativo mais previsível e mais flexível perante as sucessivas conjunturas políticas e económicas. Daí que este autoritarismo tradicional tenda a ser substituído por um outro tipo de autoritarismo simultaneamente menos visível e mais disponível para os objectivos globais da dominação estatal.

59

Dissemos acima, que mesmo nos países capitalistas avançados se desenha hoje uma evolução no sentido de um maior autoritarismo político e administrativo como peça da transformação por que está a passar o Estado-Providência. Com esse autoritarismo visa-se fundamentalmente:

(1) provocar uma desvalorização deslizando e socialmente pouco visível das políticas sociais;

(2) transformar a administração pública num recurso político que se dispense com grande flexibilidade e previsibilidade segundo as exigências mutantes de conjunturas políticas e económicas cada vez mais voláteis;

(3) tornar possível a normalização e interiorização das práticas dualistas que decorrem da consolidação do complexo social-industrial, ou seja, da necessidade de privilegiar com sistematicidade certos agentes privados (por exemplo, empresas multinacionais fornecedoras de equipamento médico ou produtoras de serviços capital-intensivos).

Este novo autoritarismo traduz-se numa série de reformas administrativas conducentes a passar de uma administração profissional para uma administração burocrática e desta para uma administração tecnocrática. Esta última é que melhor serve os objectivos do novo autoritarismo porque:

(1) destrói a autonomia profissional através da desprofissionalização relativa das funções e da desvalorização das posições hierárquicas;

(2) politiza a administração no seu todo, despolitizando as escolhas de pessoal;

(3) legitima-se perante a opinião pública através de um discurso de eficiência, de rigor administrativo (daí a invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais);

(4) impersonaliza os processos de decisão através do uso maciço de material informático com que torna verosímil a ideia da imparcialidade administrativa do Estado.

De uma forma geral, pode dizer-se que também entre nós estão em curso reformas que apontam para um *autoritarismo tecnocrático* e as medidas tomadas ou anunciadas no domínio da gestão hospitalar, por exemplo, parecem integrar-se nesse objectivo e têm paralelo nas que têm sido tomadas ou anunciadas em outros países. No entanto, mesmo neste domínio, o processo português tem alguma especificidade e o impacto das medidas pode ser também diferente. Em primeiro lugar, o dualismo de que se parte é bastante elevado e o seu agravamento pode significar uma deterioração rápida da política social para largos estratos da população portuguesa. São conhecidas as profundas assimetrias regionais que caracterizam em geral a nossa sociedade e também a oferta e a procura de cuidados médicos (Campos *et al.*, 1986; Simões, 1986; Carapinheiro e Pinto, 1987). O complexo social-industrial e a sua contraparte administrativa, o autoritarismo tecnocrático, podem vir a consolidar e até a agravar certas destas assimetrias. Aliás a consolidação ou agravamento das assimetrias pode ocorrer paralelamente à sua invisibilização social: na medida em que aumentar a complexidade e a diversificação interna dos bens e serviços produzidos, a universalização das prestações pode facilmente coexistir com diferenças abissais de qualidade, difíceis de captar estatisticamente.

Em segundo lugar, a base de autoritarismo de que se parte é bastante mais elevada e a sua renovação pode conduzir à formação de combinações de autoritarismo tradicional/autoritarismo tecnocrático com grande intensidade repressiva. No entanto, o Estado português julga-se, neste momento, suficientemente legitimado para prosseguir as reformas administrativas exigidas por este modelo. A base de tal legitimação parece assentar em dois factores principais. Em primeiro lugar, o Estado paralelo e a proliferação da economia subterrânea estatal criam na opinião pública a ideia de que algo deve ser feito no sentido de remoralizar a actuação do Estado. Desta maneira, o Estado faz da fraqueza da sua actuação prática (em boa parte auto-induzida como solução de transição) a força moral para produzir as reformas que eram anteriormente política e ideologicamente inviáveis. Em segundo lugar, as reformas em curso mostram que o processo de construção do autoritarismo tecnocrático está neste momento numa fase ainda preliminar que consiste no des-

mantelamento do modelo administrativo assente na autoridade profissional. Nesta fase, a tarefa primordial consiste em desmoralizar a prática e a ideologia da autonomia profissional que sempre caracterizou os profissionais de saúde e sobretudo a classe médica. A desmoralização resulta da criação de uma grande discrepância entre funções reais e funções nominais a que em momento posterior se seguirá o reajustamento das primeiras às profundas redefinições entretanto produzidas nas segundas.

Não admira, pois, que as organizações profissionais, especialmente a Ordem dos Médicos e o Sindicato ofereçam resistência e procurem o apoio público para a defesa dos interesses profissionais. Sucede, contudo, que, no que respeita à Ordem dos Médicos, sem dúvida a organização mais estruturada e representativa, a sua actuação nos últimos anos não foi de molde a criar na opinião pública uma imagem positiva da classe médica suficientemente forte para sustentar agora, na opinião pública, a defesa dos seus interesses corporativos. De facto, durante o longo consulado de Gentil Martins, a Ordem dos Médicos identificou-se demasiado com um modelo liberal de cuidados médicos baseado nas regras do mercado, um modelo que, por envolver gastos públicos incompressíveis, acabaria por redundar numa política de saúde restritiva e iníqua. Com isto, e apesar de algumas referências em contrário em discursos sem convicção, a Ordem dos Médicos desvinculou-se de qualquer pacto social que incluísse, entre os seus componentes, o serviço público e a solidariedade social. Nestas condições, reproduziu-se a imagem social do médico como um profissional orientado exclusivamente por interesses particularísticos e essa reprodução foi facilitada pela prática socialmente visível de uma fracção da classe que acumulou lucros vultuosos, quer no exercício da medicina privada, quer na utilização em benefício próprio dos fenómenos da economia subterrânea estatal a que acima fizemos referência.

Por todas estas razões, a classe médica tem vindo a ser relativamente deslegitimada perante a opinião pública e a legitimidade que ela tem perdido é transferida para a actuação do Estado, a qual, independentemente dos objectivos globais de que o público raramente se apercebe, tem como elemento integrante o «pôr fim aos desmandos» e o «rigor no uso dos dinheiros públicos», slogans caros às classes populares e às classes médias que têm vindo a sofrer nos últimos anos com a descida do seu nível de vida. Em face disto, parecem estar criadas algumas das condições para o Estado realizar com êxito a fase preliminar do processo de reconstrução da administração segundo o modelo do autoritarismo tecnocrático.

Muito provavelmente o processo será mais lento e sinuoso do que se apregoa tanto mais que a Ordem dos Médicos pode funcionar como grupo de veto com relativa independência em relação ao grau de legitimidade da classe médica junto da opinião pública. Esta forma de resistência apresenta-se, no entanto, cada vez mais contraditória e sujeita a efeitos perversos. Na verdade, na medida em que se consolidar entre nós o complexo social-industrial, estratos cada vez mais amplos da classe médica serão confrontados com uma situação algo dilemática: a fuga à funcionarização do exercício profissional no seio da administração pública pode ter como alternativa cada vez mais provável a proletarização do exercício profissional ao serviço, directo ou indirecto, do capital privado. O dilema será, pois, entre funcionarização e proletarização ou, por outras palavras, entre autoritarismo tecnocrático estatal e autoritarismo tecnocrático privado.

#### **IV. Articulação dos Modos de Produção de Saúde**

As políticas de saúde do Estado, que analizámos na secção precedente, constituem a parte mais significativa do quadro da saúde em Portugal mas não constituem a totalidade do quadro.

Recorda-se, a propósito, a segunda hipótese geral deste trabalho que deixámos acima formulada como se segue: «as deficiências da produção estatal de saúde e segurança social são em parte compensadas pela sociedade-providência. Neste campo, o que caracteriza especificamente a sociedade portuguesa é a forte presença da medicina popular de produção artesanal ao lado da medicina oficial e funcionando como mecanismo compensatório das deficiências da medicina estatal ou da inacessibilidade da medicina privada. Neste sentido é legítimo falar-se de articulação de modos de produção de saúde como característica global da sociedade portuguesa no domínio dos cuidados de saúde». Trata-se agora de indicar em que nos baseamos para formular esta hipótese.

Vimos acima que os gastos públicos com saúde se mantêm a um nível semiperiférico. Por outro lado, os nossos níveis sanitários têm, em geral, valores intermédios ainda que alguns dos mais importantes, e não obstante os enormes progressos dos últimos quinze anos, continuemos na cauda da Europa (por exemplo, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade peri-natal). Sabemos, no entanto, que não há uma relação directa entre níveis de saúde e níveis de consumo de cuidados de saúde. Estes podem ser elevados e, no entanto, não lhes corresponderem níveis de saúde elevados. É o que acontece quando os efeitos morbígenos da industrialização contrariam a eficácia das políticas de saúde mais desenvolvidas. A. Campos, ao tratar do contexto de mudança em que os

---

sistemas de saúde da Europa do Sul se movem, identifica vários aspectos com reflexo no estado de saúde: envelhecimento da população; feminização da força de trabalho activo; dissolução da família extensa; carência de espaços de convivialidade; motorização crescente; stress do ritmo de vida; criação artificial de novas necessidades e hábitos de consumo pouco saudáveis; industrialização (Campos, 1985:3).

A possibilidade de correlação entre níveis de saúde e de consumos de cuidados médicos é ainda mais remota em sociedades, como a portuguesa, atravessada por fortes assimetrias regionais, não só na oferta e procura de cuidados médicos e na qualidade das prestações, como também na composição dos rendimentos disponíveis das famílias, nos hábitos e estilos de vida e nos universos culturais. Numa situação deste tipo são os próprios níveis que falham e não apenas a correlação entre eles. Falham por total inadequação dos indicadores que lhes servem de base. Tanto os níveis de saúde, como os níveis de consumo, assentam forçosamente em indicadores quantificáveis e este facto é hoje reconhecidamente a sua grande limitação pois que exclui e implicitamente sugere que são irrelevantes todos os factores qualitativos que a vida quotidiana nos ensina serem tão importantes na construção do nosso bem estar ou do nosso mal estar. Mas com esta limitação geral, o valor analítico dos níveis e índices quantitativos (isto é, em que medida nos permitem ver como as populações vivem ou sentem) é tanto maior quanto maior for a convergência entre o quadro cultural que subjaz aos conceitos que utilizam (conceito de saúde, doença, consumo) e o quadro cultural em que os mesmos conceitos circulam na sociedade.

A verificação das assimetrias regionais acima mencionadas leva-nos a concluir que em algumas zonas do país essa convergência é reduzida e, conseqüentemente, o valor analítico dos índices é particularmente baixo. No que respeita aos níveis de saúde, é sabido que os seus conceitos assentam no universo cultural da medicina moderna: o corpo é individual e é um conjunto articulado de órgãos; a doença é uma desordem específica situável num órgão igualmente específico; o doente é o indivíduo que procura ou recebe cuidados médicos. Ora, estes conceitos são divergentes e culturalmente muito distantes das representações sociais do corpo, da doença e do doente em muitas das nossas populações rurais, conforme demonstram eloquentemente os artigos de Maria José Ferros, Cristiana Bastos e Teresa Levy e Berta Nunes neste número. No universo cultural destas populações, o corpo individual é um todo relativamente indiferenciado e não é sequer necessariamente individual pois pode ser doméstico

e este, além de pessoas, pode incluir também objectos e animais; a doença é uma desordem mal assimilada, um mal estar que prolonga dentro de nós as vicissitudes do quotidiano; o doente que procura e recebe cuidados médicos pode ser tão só o «representante» daquele ou daquilo que não quer ou não pode procurar ou receber cuidados médicos.

Igualmente, no que respeita aos níveis de consumo de cuidados médicos, é reduzido, em certas zonas do país, o grau de convergência cultural com os conceitos em que assentam os índices. Os consumos que estes contabilizam são consumos monetários (gastos públicos e privados) e os cuidados médicos que se referenciam são fornecidos pela medicina «oficial» (estatal ou privada). Ora, como teremos ocasião de ver, em muitas das nossas populações rurais são ainda hoje importantes os consumos não monetários tais como o auto-consumo, a troca directa ou os consumos vinculados ao dom. Por outro lado, são igualmente importantes outros tipos de cuidados que cumprem funções idênticas às que cabem à medicina oficial embora a esta não pertençam, cuidados que, independentemente de os seus prestadores se auto-designarem «médicos» são geralmente designados, fora das comunidades, como medicina popular.

Com base nisto, pensamos que os níveis reais de saúde e de cuidados médicos não coincidem com os que são oficialmente produzidos e, paralelamente, que a produção e o consumo globais de saúde não se reduzem aos que são propiciados pelas políticas de saúde do Estado ou pelo mercado capitalista dos cuidados médicos. Esta nova hipótese deriva de uma outra mais ampla fundada na teorização da semiperiferia que temos vindo a fazer (Santos, 1985). Nos termos desta última hipótese, a sociedade portuguesa caracteriza-se pela relativa descoincidência entre produção capitalista e reprodução social nos termos da qual o nível de desenvolvimento das relações sociais de produção capitalista (e, portanto, da produtividade) é mais baixo ou mais atrasado que o nível de desenvolvimento da reprodução social (e, portanto, do consumo global).

Esta descoincidência explica-se por vários factores entre os quais sobressai a forte presença da pequena agricultura familiar. Trata-se de uma forma de produção não capitalista que tem lugar no meio rural cuja valência na nossa formação social é dupla. Por um lado, gera rendimentos complementares dos salários, quer porque largos estratos das famílias operárias são semiproletários, ou seja, têm uma dupla pertença de classe em que se combinam o salariedade industrial e a actividade agrícola autónoma (a pluriactividade), quer porque são comuns laços intensos entre famílias operárias e

---

famílias camponesas que se entreadjudam em momentos de crise. Em qualquer dos casos a pequena agricultura familiar contribui para sustentar níveis de consumo elevados relativamente ao nível global de produtividade da nossa economia capitalista. Por outro lado, e esta é a segunda valência da pequena agricultura familiar, as relações sociais que esta gera entre as famílias operárias e as famílias camponesas e no seio de cada uma destas, muito para além de tornarem possíveis rendimentos complementares e a troca directa ou o dom de bens materiais, são portadoras de mapas cognitivos, universos simbólicos, quadros culturais, *habitus* de classe que, sendo diferentes dos que dominam na sociedade urbana e industrial e especialmente nas relações entre capital e trabalho, interpenetram-se com elas, dando origem a configurações ideológicas muito complexas em que se fundam lógicas de acção individual e colectiva *sui generis*. Esta dupla valência da pequena agricultura familiar explica em grande medida que a crise social dos últimos anos tenha sido bem mais ténue que a crise económica.

65

A nossa hipótese é que esta caracterização global da sociedade portuguesa se repercute de modo específico no domínio da saúde. Entre as relações sociais e os mapas cognitivos produzidos no meio rural, contam-se redes de solidariedade, trocas simbólicas e materiais e formas de interconhecimento centradas no que é socialmente representado como doença e como saúde e que se traduzem em prestações e consumos de bens e serviços total ou parcialmente desmercadorizados e, em qualquer caso, fornecidos à margem do mercado capitalista dos cuidados médicos. Tais prestações e consumos assumem enorme variedade e entre os seus tipos principais contam-se: o auto-consumo ou auto-terapia (ir apanhar ervas e fazer um chá); trocas não monetárias de bens e serviços naturais ou sobrenaturais (o vizinho que empresta o álcool ou faz de enfermeiro; a promessa ao Santo milagreiro em acção pessoal do promitente ou de outrem); transferências monetárias sem mercado (esmolas, promessas em dinheiro); serviços gratuitos fornecidos por prestadores especializados (o curandeiro ou a mulher de virtude que atende gratuitamente); bens e serviços de produção mercantil simples ou artesanal obtidos fora do mercado médico oficial (pagamento ao curandeiro, compra de ervas). Estas prestações envolvem, quer prestadores indiferenciados (o vizinho, o familiar), quer prestadores especializados (o Santo; o Santuário, o curandeiro, o espírita, o endireita, o bruxo, o ervanário, o adivinho, etc., etc.) e suscitam o consumo de bens e serviços em que domina ou a vertente naturalista ou a vertente mágico-religiosa ainda que a distinção entre as duas vertentes seja difícil

---

de fazer dadas as conhecidas vinculações recíprocas do material e do simbólico.

Todo este vastíssimo conjunto de práticas e conhecimentos é o que designamos por medicina popular. O que caracteriza a medicina popular é não só a natureza dos bens e serviços consumidos mas o modo da sua produção. Esta produção ou é livre ou é uma produção mercantil simples ou artesanal. A presença da medicina popular, que consideramos ser muito menos marginal do que geralmente se julga, confere ao sistema global de saúde em Portugal uma grande heterogeneidade ou diversidade interna, quer quanto aos bens e serviços prestados, quer quanto ao modo de produção destes, quer ainda quanto aos estilos de consumo. Por este facto é também aqui relativamente pouco esclarecedora a distinção Estado/sociedade civil. No domínio da saúde, esta distinção significa que a medicina estatal é total ou parcialmente desmercadorizada enquanto a medicina privada, produzida na sociedade civil, está sujeita às regras da produção e do mercado. Interferindo nesta distinção a medicina popular significa que, entre nós, há uma medicina que, não sendo estatal, é total ou parcialmente desmercadorizada ou que, sendo privada e produzida na sociedade civil, é de produção livre ou artesanal.

Coexistem assim na sociedade portuguesa três modos de produção de saúde: o modo de produção estatal, o modo de produção capitalista e o modo de produção artesanal. A medicina estatal não se distingue significativamente da medicina privada capitalista<sup>(22)</sup> pela natureza dos bens e serviços prestados (neste sentido são ambas medicina «oficial»), mas pelo modo da sua produção, enquanto a medicina popular se distingue de ambas, tanto pela natureza dos bens e serviços, como pelo modo da sua produção. Estes três modos de produção de saúde não existem segregados, interrelacionam-se de múltiplas formas. Nas secções precedentes, analisámos as profundas e complexas relações entre a medicina estatal e a medicina privada capitalista. Ainda que bastante diferentes destas e muito mais assimétricas existem relações entre a medicina popular e a medicina oficial estatal ou privada capitalista. Por exemplo, relações de covariação: a medicina popular tende a ter uma presença mais forte nas zonas ou nas

---

<sup>(22)</sup> A relação social entre o médico e o doente não é uma relação directamente capitalista e a produção do serviço prestado pelo profissional de saúde pode considerar-se, em si, uma produção artesanal moderna. É, no entanto, legítimo falar-se de medicina privada *capitalista* na medida em que os serviços em que se traduz são serviços comerciáveis e estão não só totalmente integrados no modo de produção capitalista, quer a montante (equipamentos, meios de diagnóstico), quer a jusante (medicamentos) da relação médico/doente, como são hoje cada vez mais impen-sáveis fora deste modo de produção.

populações onde a penetração da medicina estatal e/ou privada capitalista é mais fraca<sup>(23)</sup>. Mas também relações de acumulação ou de sucessão: as pessoas recorrem sucessivamente ou mesmo simultaneamente aos vários tipos de medicina.

Neste sentido, é legítimo falar de *articulação de modos de produção de saúde* como sendo um dos traços essenciais da sociedade portuguesa no domínio específico da reprodução social através de cuidados médicos. A distinção entre os três modos de produção é feita ao nível dos tipos-ideais em sentido weberiano. Os três tipos de medicina são construções teóricas das quais a realidade se aproxima mais ou menos. A autonomia conceitual de cada um deles em relação aos restantes não impede que na prática sejam múltiplas e cada vez mais intensas as interpenetrações.

67

Centrando-nos na medicina popular, observamos, por exemplo, como bem notam Cristiana Bastos e Teresa Levy neste número, que a medicina popular está hoje longe de ser um fenómeno rural. A emergência de práticas e simbologias nativistas, revivalistas e naturalistas trouxe a medicina popular para os meios urbanos. Paralelamente, o capital quimio-farmacológico tem-se vindo a estender às dimensões da medicina popular mais facilmente mercadorizáveis (as ervas e as plantas). Mas as interpenetrações são hoje ainda mais profundas e atingem a intersubjectividade de doentes e prestadores. No que respeita aos doentes, a investigação de M. José Ferros, de que se apresenta um resumo neste número, demonstra brilhantemente que alguns estratos da população recorrem à medicina oficial *a partir* da medicina popular, isto é, veiculando apresentações, representações, sinais e interconhecimentos próprios da medicina popular que tentam traduzir em termos oficiais de modo a construir uma procura adequada à oferta que o médico torna disponível. No que respeita às prestações, a mesma interpenetração pode ser detectada. Quanto aos médicos oficiais, é hoje cada vez maior o número daqueles que, perante os doentes tentam compreender o universo simbólico deste nos seus próprios termos e procuram criar um espaço de negociação terapêutica em que tanto a medicina popular como a medicina oficial participam. M. José Ferros e Berta Nunes, a julgar pelos seus escri-

---

(23) Esta covariação ajuda a confirmar a nossa preferência pela concepção dos vários anéis sociais concêntricos em substituição da distinção Estado/sociedade civil. De facto, tanto a medicina popular como a medicina privada capitalista «pertencem» à sociedade civil e, no entanto, só a segunda é reconhecida pelo Estado. Pode assim dizer-se que a medicina popular se situa nos anéis exteriores onde circula a sociedade civil estranha, enquanto a medicina privada capitalista se situa nos anéis interiores onde se situa a sociedade civil íntima.

tos, são de incluir neste número. Mas a mesma interpenetração é detectável nos prestadores da medicina popular. Notam Cristiana Bastos e Teresa Levy que «o investimento feito em torno do ritual e dos instrumentos usados na consulta e na terapêutica é em grande parte o eixo do sucesso na reposição do bem estar. Não é por acaso que as alternativas populares mais bem sucedidas imitam muitos dos elementos do ritual médico, a receita em papel próprio, os nomes de remédios, alguns nomes de doenças, a sala de consultas, etc.» (infra, p. 229). A articulação de modos de produção de saúde parece, assim, evoluir para uma interpenetração de modos de produção de saúde.

A existência de uma articulação de modos de produção de saúde significa, no plano das políticas de saúde, que os déficits da produção da medicina oficial são em alguma medida compensados pela actuação da medicina popular. Desta maneira, a sociedade solidarista (que, entre nós, parece mais pré-moderna que pós-moderna) colmata algumas das deficiências da reprodução social tornada possível pela sociedade capitalista, ou, por outras palavras, a sociedade-providência procura preencher algumas das ausências do Estado-Providência.

#### **V. Legitimidade ou Governabilidade**

Tentámos demonstrar ao longo deste trabalho que não existe entre nós um Estado-Providência em sentido técnico: (1) não foi estabelecido até hoje um pacto político-social, envolvendo as principais forças sociais e tendo por objectivo último compatibilizar duradouramente o capitalismo e a democracia; (2) o Estado português não conseguiu até agora manter uma relação sustentada, ainda que tensa, entre as exigências da acumulação de capital e as medidas destinadas a legitimar o Estado junto das classes populares; (3) o nível de gastos públicos em políticas distributivas e sociais é relativamente baixo; (4) a administração pública nunca interiorizou a existência de direitos sociais.

Apesar disto, está em curso um processo político que, pese embora a sua sinuosidade, parece apontar para a compatibilização duradoura entre capitalismo e democracia com base numa forma política do tipo Estado-Providência mas adaptada às características de uma sociedade semiperiférica como a nossa. A lógica da adaptação parece residir na ideia de que se impõe um desenvolvimento económico acelerado para recuperar o atraso e que, para isso, é necessário privilegiar o capitalismo em detrimento da democracia. Em parte por causa do impacto das actuações do Estado determinadas por esta lógica, tem sido difícil o caminho que conduz à celebração do pacto político-social de base. É certo que a instabili-

---

dade política parece diminuir e o Estado paralelo tenderá a desaparecer, criando-se assim condições para o pacto social. Mas, paradoxalmente, tomam-se medidas cuja vocação é inviabilizar o pacto social: o desmantelamento do Estado-Empresário e mesmo o relativo desmantelamento do Estado produtor de bens de consumo social indicam que o Estado tem vindo a eleger, como parceiro privilegiado, o capital multinacional, isto é, a fracção do capital menos interessada no pacto social; por outro lado, o reforço do autoritarismo administrativo ocorre numa administração já de si autoritária que nunca passou por um processo de democracia interna e externa consequente.

69

Poder-se-á dizer que muitas das medidas em causa são idênticas às que têm sido tomadas nos países capitalistas avançados onde vigora o Estado-Providência. Mas as semelhanças são tão só aparentes porque os processos políticos que sustentam essas medidas são muito distintos. Uma coisa é tomar medidas que tendencialmente podem destruir ou prejudicar um pacto político-social vigente durante muitos anos, outra coisa é tomar medidas que, por absurdo, visam destruir ou prejudicar um pacto que nunca existiu. Entre nós, e em boa parte por via do Estado paralelo, a desvalorização da força do trabalho foi mais violenta e expedita que a desvalorização das políticas sociais. Mas, mesmo no domínio destas, a consolidação do complexo social-industrial e o reforço do autoritarismo administrativo não deixarão de produzir efeitos negativos duradouros.

Em face disto é de admitir que o Estado esteja a perder legitimidade junto das classes populares e que a diminuição do consenso e o aumento da conflitualidade social que daí decorrerá serão outros tantos obstáculos à constituição do pacto político-social. No entanto, uma das características dominantes da actuação do Estado neste momento é que ele actua como se não tivesse perdido a legitimidade e, mais, como se não se tivesse sequer de preocupar com essa eventualidade. Em nosso entender, são dois os factores fundamentais que permitem ao Estado actuar, neste momento, no pressuposto que a sua legitimidade é grande e não corre perigo. Em primeiro lugar, as condições políticas dos últimos dez anos fizeram com que a questão da legitimidade se transformasse progressivamente numa questão de governabilidade. A grande instabilidade política da última década, para mais ocorrida num tecido social pouco habituado ao jogo democrático, criou o sentimento difuso mas generalizado e transclassista de que, pior do que uma governação adversa, é a ausência de governação ou a governação ineficaz. Neste momento, portanto, o exercício da governação sobrepõe-se ao

---

sentido da governação e este é um trunfo de monta de que os Estados modernos só em conjunturas muito específicas têm beneficiado. O segundo factor reside em que os direitos sociais cuja desvalorização está em curso são socialmente menos «rígidos» do que os direitos sociais nas sociedades capitalistas avançadas e, como tal, o impacto político da sua desvalorização tende a ser menor.

Como tivemos ocasião de expor acima, o incremento das políticas sociais teve lugar na crise revolucionária ou no imediato seguimento dela. Foi um incremento dramático que fez de Portugal um dos países da Europa mais avançados em termos de direitos sociais. Mas foi também um incremento desvinculado de qualquer pacto social e sem qualquer sustentação em processos de luta e de negociação longos e de longa maturação social e cultural. Em consequência disto, os direitos sociais, não só não foram interiorizados pela administração pública, como temos vindo a defender, como não foram sequer plenamente interiorizados pelos seus titulares ou por largos estratos destes. Daí, que se tenha insinuado nestes um certo sentimento de não merecimento, de algo que foi concedido gratuitamente e a título precário e de que, portanto, pode ser pelo menos parcialmente retirado. A hipersocialização das classes populares que o Estado possibilitou no período da crise revolucionária deu-se «por cima» sobreposta a uma ancestral tradição de atomização dos interesses, de distanciamento perante o Estado e de incompetência (em sentido chomskiano) social e política. Da maneira como se processou, essa hipersocialização em nada contribuiu para erradicar esta tradição e talvez tenha contribuído para a consolidar. Nestas condições, a desvalorização dos direitos sociais ocorrerá, dentro de certos limites, com a tolerância passiva das vítimas dela e não afectará, por isso, a legitimidade do Estado. E será tanto mais assim quanto o Estado tiver aprendido a expandir-se simbolicamente junto das classes populares através das imagens do populismo estatal televisivo.

Por estas duas razões, o Estado disputa assim de condições privilegiadas para desvalorizar as prestações sociais até ao nível em que elas se transformem num recurso político moldável e moldado segundo as exigências conjunturais do poder. A estabilidade política deixará assim de assentar em direitos sociais rígidos para assentar numa administração politizada vocacionada para práticas flexíveis, mas normalizadas (através de negociações, acordos, arbitragens) com parceiros sociais privilegiados.

Estas condições conjunturais não são, por sua própria natureza, perpetuáveis. A prazo, o sentido da governação voltará a sobrepor-se ao exercício da governação. Quando tal

ocorrer, se o sentido da governação continuar a ser o que tentámos identificar para os últimos anos, é natural que as actuações do Estado encontrem resistência e que, do exercício reiterado desta, a legitimidade do Estado seja negativamente afectada. Mas resistência de quem? Nas sociedades periféricas as redes de solidariedade actuam ao nível micro-social e têm pouca capacidade para se generalizarem. Ao nível macrossocial estas sociedades são «abstractas» porque internamente desarticuladas e geram recorrentemente situações em que todos estão de acordo mas em que, apesar disso, não há consensos nem acções concatenadas.

71

No entanto, é de esperar que a crescente vinculação das políticas do Estado às exigências do capital gere um tipo de desenvolvimento que, a prazo, conduzirá a uma maior centralidade do conflito capital/trabalho e portanto à sua maior ressonância social. Assim sendo, a sociedade portuguesa terá, no melhor dos casos, de tentar o equilíbrio num fio de navalha, entre a excessiva radicalização dos conflitos que inviabilizará a celebração de um pacto político-social honroso e resistente, e a excessiva desradicalização dos conflitos que engendrará um pacto medíocre e frágil.

Um outro grupo social com grande peso no sistema são os próprios profissionais de saúde e especialmente os médicos e, do que ficou dito atrás, há razões de sobra para pensar que a desvalorização das políticas sociais acarretará consigo a desvalorização das prestações médicas, pelo menos das que ocupam a esmagadora maioria dos médicos. A ajuizar pela sua actuação anterior, não parece, contudo, que a Ordem dos Médicos tenha condições para liderar uma mobilização que, para ter êxito e legitimidade social, tem de envolver a defesa dos médicos e *dos consumidores*. Tem de ser orientada por um corporativismo aberto que saiba compatibilizar os interesses sectoriais com interesses sociais mais amplos, o que implica, entre outras coisas, uma mais criteriosa selecção de interesses sectoriais de modo a deixar de representar aqueles que são incompreensíveis ou ilegítimos perante a opinião pública (actividades fraudulentas, absentismo, conflitos de interesse não assumidos, experimentação perigosa com seres humanos, incompetência e irresponsabilidade no exercício profissional). A Ordem dos Médicos tem uma tradição de corporativismo fechado e, a continuar assim, é de prever que seja facilmente incorporada e cooptada pelo modelo de saúde do Estado, passada que for a fase mais traumática do desmantelamento da autoridade profissional. Tanto mais que, entretanto, se operará no seu seio uma alteração do peso relativo dos vários sectores mais ligados ao complexo social-industrial. Com isto, no entanto, aumentará a conflitualidade

---

interna entre os vários sectores profissionais que poderá eventualmente conduzir ao reforço de outras associações tais como o Sindicato ou as associações de clínicos gerais. Estes últimos representam, por assim dizer, o elo fraco da dominação estatal no domínio da saúde, na medida em que neles se condensam algumas condições estruturais que facilitam a resistência e a mobilização: a relativa marginalidade profissional combinada, paradoxalmente, com a crescente centralidade dos serviços que prestam; o contacto directo com os consumidores e a possível identificação para baixo (permeabilidade à exigência cada vez mais premente de serviços humanos e não apenas tecnicamente competentes).

Devemos ter, no entanto, presente que a década de oitenta, ao contrário das duas décadas anteriores, não é uma década de forte mobilização social contestatária. Esta aversão à *mobilização de contestação* não é, contudo, um facto totalmente negativo já que manifesta uma certa preferência pela *mobilização de alternativa* (desde que realista). Ao analisar a articulação dos modos de produção de saúde, vimos como a sociedade-providência organiza redes de solidariedade onde se gera uma oferta alternativa de cuidados médicos. Serão essas redes «modernizáveis» e ampliáveis de modo a servirem de embrião a um novo mutualismo ou cooperativismo pós-moderno? A história manda-nos duvidar. Mas um sociólogo marciano terá dificuldades em compreender que se destruam entre nós as redes de solidariedade pré-modernas em nome do progresso para se tentar, posteriormente e em vão, recuperá-las como condições desse mesmo progresso. ■

---

**Referências  
Bibliográficas**

- |  |       |   |    |
|--|-------|---|----|
| Abel-Smith,<br>Brian                                   | 1984  | «Cost Containment in 12 European Countries», <i>World Health Statistical Quarterly</i> , 37, 351  |    |
| Arnaut, António;<br>Mendes, Mário;<br>e Guerra, Miller | 1979  | <i>SNS — uma aposta no futuro</i> ; Lisboa, Perspectivas & Realidades   |    |
| Campos, A.<br>Correia de                               | 1984  | «La santé et les politiques économiques. Le cas récent du Portugal»; <i>Journal d'Économie Médicale</i> , t. 2, n.º 2   | 73 |
| Campos, A.<br>Correia de                               | 1985  | «A saúde na Europa do Sul: Transição de modelos em contexto de escassez, contribuição da Economia da Saúde»   |    |
| Campos, A.;<br>Patrão L.;<br>Carvalho, R.              | 1986a | «A privatização de um sistema público: o caso das tecnologias de diagnóstico e terapêutica em Portugal»; <i>VI Jornadas de Economia de la Salud</i> , Valência  |    |
| Campos, A.<br><i>et al.</i>                            | 1986b | <i>A combinação público-privada em Saúde, privilégios, estigmas e ineficiências</i> , policopiado   |    |
| Carapineiro,<br>Graça; Pinto,<br>Margarida G.          | 1987  | «Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80»; <i>Sociologia. Problemas e Práticas</i> , 3 (a publicar)   |    |
| Costa, A. Bruto<br>da; Maia,<br>Fernando               | 1985  | «Segurança Social em Portugal — Principais características e análise dos seus efeitos redistributivos»; <i>Desenvolvimento</i> , 2  |    |
| Edelman, Murray  | 1983  | «Systematic Confusion in the Evaluation of Implementing Decisions»; in M. Edelman (org.) <i>Evaluating the Welfare State Social and Political Perspectives</i> ; Nova Iorque, Academic Press, 131           |    |
| Ewald, François  | 1986  | <i>L'État providence</i> ; Paris, Grasset   |    |
| Handler, Joel  | 1978  | <i>Social Movements and the Legal System. A Theory of Law Reform and Social Change</i> , Nova Iorque, Academic Press  |    |
| Lopes, J. Silva  | 1985  | «O déficit e as Despesas do sector Público Administrativo»; <i>Desenvolvimento</i> , 2  |    |
| OCDE   | 1985  | <i>La santé en chiffres: 1960-1983</i> , Paris  |    |
| O'Connor,<br>James                                     | 1973  | <i>The Fiscal Crisis of the State</i> ; Nova Iorque, St. Martins Press  |    |
| Offe, Claus  | 1975  | «The Theory of the Capitalist State and the Problem of Policy Formation»; in L. Lindberg <i>et al.</i> (orgs.) <i>Stress and Contradiction in Modern Capitalism</i> , Lexington, Mass, Lexington Books, 125 |    |
-

Boaventura de Sousa  
Santos

- Offe, Claus 1983 «Competitive Party Democracy and the Keynesian Welfare State: Factors of Stability and Disorganization»; *Policy Sciences*, 15, 225
- Offe, Claus 1985 *Disorganized Capitalism*; Cambridge, Polity Press
- Ordem dos Médicos 1983 *Revista*, 3/83
- Piven, Frances F.; Cloward, R. 1972 *Régulating the Poor: The Functions of Public Welfare*; Nova Iorque, Vintage Books
- 74 Reis, José 1985 «Modos de Industrialização, Força de Trabalho e Pequena Agricultura — Para uma análise da articulação entre a acumulação e a reprodução»; *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 15/16/17, 225
- Rosanvallon, Pierre 1981 *La Crise de l'Etat-Providence*; Paris, Seuil
- Sanford, Cedric 1978 *Social Economics*; Londres, Heinemann
- Santos, B. S. 1982a «O Estado, o Direito e a Questão Urbana»; *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 9, 9
- Santos, B. S. 1982b «O Direito e a Comunidade: as Transformações recentes da natureza do poder do Estado nos países capitalistas avançados»; *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 10, 9
- Santos, B. S. 1984 «A Crise e a Reconstituição do Estado em Portugal (1974-1984)»; *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 14, 7
- Santos, B. S. 1985 «Estado e Sociedade na Semiperiferia do Sistema Mundial: o caso português»; *Análise Social*; XXI (87-88-89), 869
- Santos, B. S. 1986 *On modes of Production of Social Power in the Law*; Institute for Legal Studies, University of Wisconsin-Madison, Law School
- Santos, B. S.; Reis, José; Marques, Maria M. 1987 *O Estado e as Transformações recentes da Relação Salarial*, Lisboa, CISEP
- Silva, Manuela (org.) 1986 *Portugal Contemporâneo. Problemas e Perspectivas, Anexo Estatístico*; INA
- Simões, José M. 1986 «Alguns aspectos da Geografia da Saúde em Portugal»; *Actas do IV Colóquio Ibérico da Geografia*, Coimbra, 447
- Wright, Erik O. 1978 *Class, Crisis and State*, Londres, New Left Books
-