

# A COMUNIDADE QUE VEM

## Pensar o Mundo e a Medicina Geral e Familiar na Era da Globalização Avançada\*

Manuel Valente Alves  
Especialista em Medicina Geral e Familiar  
Director do Museu de Medicina da FMUL  
Co-regente da disciplina de  
História da Medicina na FMUL

### 1. Crise, saúde e cosmopolitismo

A palavra crise entrou no léxico comum. Fala-se de crise a propósito de quase tudo. Numa altura em que a palavra crise se banalizou, quase sempre através de conotações negativas, perdendo muita da sua significação, vale a pena reflectir sobre a sua origem. O conceito de crise tem origem na Antiguidade. Começa na prática judicial, estende-se à metafísica, floresce no seio da medicina hipocrática e galénica, e só mais recentemente se aplica à política e à economia. A crise associada à doença, é representada na Grécia Antiga pelo *Kairos*, o «momento oportuno para a acção», o momento em que a natureza procura restabelecer a sua integridade, o equilíbrio perdido. A crise é, deste modo, uma oportunidade, um ponto de viragem, quando se vislumbra uma saída para a doença. Na Grécia antiga, Hipócrates, o «pai da medicina» racional, chamava crise a toda e qualquer «mudança súbita que acontece nas doenças, seja para melhor, seja para pior». Na Roma do século II, Galeno, um dos médicos mais famosos da Antiguidade, no tratado *Sobre as crises*, considerava que a crise era um sinal de prognóstico, ou seja, algo cujo estudo lhe permitia determinar o que é que poderia acontecer no futuro, pensar a crise.

Pensar a crise significa reflectir sobre as suas causas, não apenas as suas causas mais próximas mas também as mais remotas. É através da força da perspectiva histórica que ganhamos consciência das obrigações do presente para com o passado. Lembro-me de

---

\* Texto baseado na intervenção proferida a 16.03.2013 no Ciclo de Conferências – 30 anos APMGF, promovido pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

uma célebre expressão de Alexis de Toqueville que dizia que quando o passado não ilumina o futuro, o presente marcha nas trevas.

O objectivo desta minha conferência não é pois fazer futurologia, nem criar um manual de boas práticas em tempo de crise. Trata-se tão-somente de lançar algumas pistas ou ideias que nos ajudem a pensar o futuro da medicina geral e familiar, entre nós e no mundo. O mundo está a mudar vertiginosamente, como todos sabemos, porque a sociedade se transforma a uma velocidade estonteante. O capitalismo cognitivo, baseado nas redes e nos mercados financeiros que estimulam um sem número de trocas e práticas hedonistas, não nos acompanha, está adiante de nós, condicionando o futuro. Baseado na tecnociência, ele é, pelo menos epistemologicamente incontornável e inultrapassável.

Como dizia Bernard Stiegler, investigador do Instituto nacional do Audiovisual de Paris, «Hoje a tecnociência é uma tecnociência do devir. O problema que isto coloca é que quanto se devem é preciso saber o que se quer devir, e como esta tecnociência do devir não é pensada, não é filosofada, não é estetizada, não é apropriada, este devir não chega a produzir um futuro.»<sup>1</sup> Para Stiegler a tecnociência é o futuro porque ela está sempre na dianteira, à frente de nós.

Com o aumento da longevidade e das doenças crónicas aumentam os encargos com a saúde. Os elevados custos dos novos medicamentos e tecnologias da saúde, começam a pôr em causa a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com qual a Medicina Geral e Familiar em Portugal tem uma relação que eu chamaria de umbilical. A importância do SNS é inquestionável. É um bem público, uma das grandes conquistas do Portugal democrático. Mas ninguém nos garante que com as reformas em curso ele se mantenha por muito tempo. O futuro do SNS não é previsível, porque não depende apenas dos decisores políticos nacionais. Há hoje uma complexa interdependência de todos os países do mundo que bloqueia as decisões políticas nacionais, impedindo a sua aplicação. De qualquer maneira há que procurar alternativas sustentáveis para um modelo que, não abandonando os seus princípios enformadores, se tem mostrado eficiente. Muito recentemente, Nigel Crisp, membro da Câmara dos Lordes e director executivo do *National Health Service* do Reino Unido entre 2000 e 2006, coordenador da Plataforma Gulbenkian para um sistema de saúde sustentável, dizia mesmo que tivéssemos todo o dinheiro do mundo, o Serviço Nacional de Saúde teria de mudar. Por

isso, temos de imaginar futuros possíveis, procurar uma luz ao fundo do túnel, uma estrela que nos guie no mar revolto do presente.

O tema da minha conferência, «A comunidade que vem», é a apropriação do título de um livro do filósofo italiano Giorgio Agamben, que me tem acompanhado há muito, desde que foi lançado em 1990, pouco depois da queda do Muro de Berlim e do aparecimento da Internet. Refiro estes dois acontecimentos porque eles foram determinantes para a aceleração da história e o rápido declínio, à escala planetária, de algumas das instituições, crenças e ideologias que durante muito tempo deram e continuam a dar corpo à vida em sociedade, como é o caso do Estado-nação. Nessa altura, muito do que hoje está a acontecer já era previsível, só que ninguém ligava. (É extraordinária a técnica: ela produz quase sempre um fascínio que nos impede de pensar as suas consequências, uma espécie de transe, como se fosse uma droga.) Confesso que só passados dez anos é que comecei a aperceber-me do verdadeiro alcance da obra de Agamben, do seu realismo político. A sua proposta não é, ao contrário do que muitos pensavam nos idos anos de 1990, utópica – ela é actualíssima, uma revolução nos modos de sentir o mundo. Assenta numa ideia muito simples – a de uma comunidade sem pressupostos básicos (como a língua, a nação ou outros), afastada de qualquer reivindicação identitária (é indiferente ser-se português, ou italiano, branco ou preto) com base em singularidades quaisquer, locais e globais. Trata-se de uma concepção, digamos holística da política, a adaptação de um modelo de organização social antigo, a *polis*, às necessidades actuais, aos modos de vida contemporâneos assentes numa maior mobilidade e velocidade das comunicações, que configuram novas formas identitárias dificilmente enquadráveis no conceito tradicional de «povo-nação».

Meia década depois, os também italianos Daniela Archibugi (n. 1958) e David Held (n. 1951) lançam o livro *Cosmopolitan Democracy – An Agenda for a New World Order*. Para estes especialistas em ciência política, a queda do Muro de Berlim e a consequente aceleração do processo de globalização traz consigo a inevitável falência do Estado-nação. (Os atentados terroristas do 11 de Setembro de 2001 nos EUA e as reacções nacionalistas que se seguiram apenas vieram confirmá-lo.) Face a este cenário, que conduziria o mundo ao caos se a governabilidade ficar dependente da economia, Archibugi e Held propõem a criação de uma instância global supranacional com poderes executivos (à semelhança do *ágora* grega, o lugar de encontro da *pólis*, onde se construía a identidade colectiva e a solidariedade entre os cidadãos), um lugar de

convergência da política, da democracia e da transparência à escala global, recupera o conceito de cosmopolitismo, que já tinha sido defendido entre outros por Emanuel Kant, Hannah Arendt e Jürgen Habermas. Tal como Agamben, Archibugi e Held acreditam que a democracia não se constrói apenas com base no sentimento de pertença a uma comunidade nacional, mas ligando países, religiões e culturas muito diversas com objectivos comuns, através de comunidades multi-identitárias. A variedade e a diferença eram assim vistas, ao contrário do que sucede com o modelo tradicional de Estado-nação, como vantagens e não obstáculos num mundo global. Deste ponto de vista, a «democracia cosmopolita» constitui-se como um sistema que dar resposta à complexa realidade social contemporânea assente na multiculturalidade e na mobilidade individual e profissional, cada vez mais transnacional. Muito pragmaticamente, Archibugi e Held defendem a reforma profunda das Nações Unidas, dotando esta instituição de poderes efectivos que lhe permitam exercer uma soberania transnacional em substituição dos Estados-nação.

Nesse mesmo ano, em Portugal, decorridos dez anos sobre a assinatura do tratado de adesão do país à União Europeia, Eduardo Lourenço não escondia a sua perplexidade face ao declínio da política num mundo em acelerada «metamorfose civilizacional»: «O que aconteceu entre nós nos últimos dez anos não pode separar-se nem da inflexão sem precedentes do nosso projecto nacional, imposta pelas exigências da construção europeia, nem do autêntico terramoto político, ideológico, económico e militar que a partir de 1989 alterou todos os parâmetros da vida mundial. Não menos decisiva foi a revolução informática e comunicacional, revolução transpolítica que condicionou não apenas as práticas políticas e institucionais de uma democracia tendencialmente consensual, como também alterou, em termos de mudança cultural e civilizacional, os mais ínfimos e até íntimos reflexos da vida quotidiano de cada um de nós. Essa metamorfose civilizacional não pode comparar-se com nenhuma outra que conhecemos, desde o Renascimento até à terceira revolução industrial. Contudo não teve no campo propriamente ‘político’ aquela tradução que pareceria lógico esperar de semelhante fenómeno. [...] Em matéria ‘política’, os modelos continuam, fundamentalmente, análogos aos do século XIX – os únicos que sobreviveram ao fracasso ou esgotamento das grandes utopias totalitárias do nosso século. [...] Para não sermos injustos, isso significa apenas que a transformação da sociedade portuguesa (a que a acção dos governos e dos poderes públicos não foi, claro está, alheia) foi, sobretudo, a das forças

económicas, financeiras, técnicas e da sociedade civil. É certo que favorecidas na sua autonomia pelo liberalismo imperante, que se limitou, sobretudo, a acompanhar, a enquadrar essa dinâmica em termos de assumido pragmatismo.»<sup>2</sup>

Tinha razão Eduardo Lourenço. O liberalismo imperante foi impondo novas regras globais a um mundo refém de nacionalismos, desajustado politicamente. E agora percebemos bem a causa da sua perplexidade, porque só agora começamos a sentir ao vivo os efeitos dessa dessincronização entre o político e o económico, o local e o global, que torna o mundo ingovernável pelos cidadãos. Nacionalismo económico não é o mesmo que liberalismo económico. O nacionalismo económico terminou no exacto momento em que o ciclo dos «trinta gloriosos anos» de prosperidade do mundo ocidental, que decorreu entre o final da II Guerra e a primeira grande crise petrolífera, chegou ao fim. Estamos a viver os primeiros tempos da globalização avançada, por muito que isto custe a muitos, sobretudo aos políticos tradicionais com uma visão nacionalista. A medicina geral e familiar, poderoso interface da medicina com a sociedade, terá agora, penso eu, acrescidas oportunidades para aprofundar a sua matriz filosófica, assente numa visão do ser humano como um todo biológico, social e cultural, se souber compreender e ligar-se às grandes linhas mestras que perspectivam o futuro.

Para compreender o momento actual, a origem de acontecimentos que parecem estar fora do nosso controlo, teremos de nos socorrer da história, de viajar ao Renascimento, ao tempo dos Descobrimentos Portugueses e Espanhóis, que inauguram a primeira fase do processo de globalização.

## **2. O «espírito do capitalismo» e as Misericórdias Portuguesas**

Já no final da Idade Média, o nascimento das universidades, o desenvolvimento das Cruzadas (que libertaram um grande número de pessoas das amarras feudais), a tradução para latim das grandes obras da Antiguidade e da cultura árabe medieval por parte dos escolares bizantinos que, fugindo à perseguição turca se refugiaram em Itália, a invenção da imprensa de caracteres móveis por Johannes Gutenberg (1390-1498), a queda de Constantinopla em poder dos turcos, os Descobrimentos portugueses, a descoberta da América por Colombo, tudo isto contribuiu para a criação de uma nova cultura que se soube ligar ao passado, redescobrimo os ideais humanistas e naturalistas

da Antiguidade clássica, com o futuro através da Revolução Científica. Para tal muito contribuiu, a emergência do protestantismo, do capitalismo e do maquiavelismo, ou seja, de importantes mudanças no plano religioso, económico e político.

Também a drástica diminuição da população europeia provocada por devastadoras epidemias – como a peste negra, trazida do Oriente por marinheiros genoveses, que assolou a Europa em 1348, e nela permaneceu em estado endémico durante mais de meio século – foi um factor importante para o florescimento cultural e económico do Ocidente, pois permitiu melhorar significativamente as condições de vida das populações, não só devido à redistribuição da riqueza e das terras em mas também graças à adopção de políticas na área da saúde, envolvendo as autoridades civis e religiosas: criação dos Conselhos de Saúde, regulamentação das medidas de prevenção e combate à peste, organização de quarentenas, construção de lazaretos e hospitais.

Começava deste modo a surgir na Europa uma estratégia política para a saúde inserida numa nova ordem económica e social despoletada pelos Descobrimentos. É neste contexto que em Portugal surge a primeira reforma dos hospitais, com a fundação do Hospital de Todos os Santos, é instituída a rede das Misericórdias e é criado o embrião do que actualmente designamos por cuidados de saúde primários: uma rede de profissionais de saúde espalhada por todo o país que privilegiava a proximidade com as populações.

A instituição Misericórdias Portuguesas – cuja origem remonta ao século XIII, às ordens mendicantes, sobretudo franciscanos e dominicanos, e a algumas corporações medievais – nasceu em Lisboa, em 1498, na Capela de Nossa Senhora da Piedade, junto á Sé de Lisboa, segundo uma ideia de Frei Miguel Contreiras apoiada pela rainha D. Leonor, viúva de D. João II. Trata-se da primeira confraria da Misericórdia, a Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia. As Irmandades são um compromisso dos fundadores e instituidores, que irá ser adaptado a cada Misericórdia de acordo com a missão e função específicas locais. Em menos de século e meio (até 1640) com base neste modelo, foram fundadas mais de três centenas de confrarias espalhadas pelas principais cidades e vilas da metrópole e do império, sendo considerada a primeira rede de cuidados de saúde organizada do mundo.

As Misericórdias surgem na Europa da época como uma experiência inovadora de cariz privado, assente no princípio da solidariedade social. Na sua fundação confluíram, de modo eficiente, os poderes da Igreja, da Corte e dos municípios, sendo o financiamento feito através de um imposto comunitário sobre as missas que envolvia todos os fiéis, reforçando deste modo a responsabilidade social da Igreja. Mais tarde, em 1564, o próprio Hospital Real de Todos os Santos, inaugurado em 1500, passa a ser administrado pela Misericórdia de Lisboa. Nos anos seguintes a Coroa transfere, de forma sistemática, a gestão dos hospitais para as Misericórdias. A partir do terceiro quartel do século XVI, é criada, através de estímulos pecuniários, uma rede informal de médicos, cirurgiões e boticários que assegura cuidados de saúde básicos às populações rurais. Tudo isto enquadrado nas grandes linhas reformadoras das políticas sociais que então se experimentavam na Europa e no Portugal dos Descobrimentos.

No final do século XVI, surge uma nova reforma destinada a assegurar os cuidados de saúde básicos às populações rurais, com a criação dos facultativos do Partido da câmara, também designados por médicos de Partido ou médicos municipais. Os médicos de Partido desenvolveram em Portugal durante séculos uma acção da maior importância na assistência aos mais pobres e desfavorecidos, estendendo-se até 1984, altura em que a figura do médico municipal é extinta. Este modelo assistencial, com base do «Partido» (que designava a função exercida em benefício dos habitantes dos concelhos, por conta destes, mas sob a forma de profissão liberal) tem as suas raízes no Império Romano, ressurgindo mais tarde, na primeira metade do século XVII, em Itália, e em meados do século XIX em Espanha.

O sucesso das viagens intercontinentais e intercontinentais fez emergir o «espírito do capitalismo», que está na origem da reforma protestante que funda a Igreja Luterana. O movimento reformista tem início em 1517 quando Martinho Lutero (1483-1546), monge e teólogo alemão, afixa noventa e cinco teses críticas do catolicismo na Igreja de Wittenberg. As críticas incidem sobre aquilo que Lutero considerava más práticas da Igreja Católica, que feriam a doutrina cristã: gastos sumptuosos com o dinheiro resultante da venda de indulgências; prepotência do poder papal sobre o poder político, gerando conflitos com os monarcas; o facto da igreja condenar o lucro, a usura, dificultando a expansão do capitalismo emergente, gerando grande descontentamento entre os membros da burguesia.

A reacção por parte da Igreja Católica não se fez esperar. Entre 1545 e 1563, o papa Paulo III, preocupado com o avanço do protestantismo e consequente perda de fiéis por parte da Igreja romana, convoca as autoridades católicas para uma assembleia na cidade italiana de Trento. O objectivo era desenhar um plano que conseguisse travar o avanço da reforma protestante. Este plano, designado por Contra-reforma ou reforma católica, assentava no reforço do papel dos jesuítas, encarregues de promover a catequização dos habitantes de terras descobertas, na retoma do Tribunal do Santo Ofício (Inquisição) para condenar e punir os acusados de heresias, e na criação do *Index Librorum Proibitorium* [Índice de Livros Proibidos] destinado a impedir a propagação de ideias contrárias à Igreja Católica.

A Europa fica assim dividida, tanto do ponto de vista religioso como político, em duas partes: a Europa setentrional, protestante, e a Europa mediterrânica, católica.

Com o incremento das trocas comerciais, em Portugal, e mais tarde noutros países, “o Estado não só virá a depender estreitamente dos rendimentos aduaneiros como se tornará, e por muito tempo, na principal sociedade comercial, e o rei, no principal mercador.»<sup>3</sup> Este mercantilismo real, ou capitalismo de estado, é verdadeiramente uma antecipação da era das companhias anónimas e do começo das dívidas públicas, das dívidas soberanas, um problema que tanto nos aflige e que começa precisamente com a globalização das trocas comerciais.

No século XVI em grande parte da Europa, o equilíbrio das contas dependente estava em grande parte dos rendimentos alfandegários. As dívidas soberanas, que hoje ameaçam fazer ruir o mundo, começaram nessa altura. Os Estados ocidentais, com o objectivo de estimular a iniciativa privada através de obras públicas, ou público-privadas, começam a contrair dívidas através dos bancos que rapidamente se tornaram insustentáveis. As receitas do Estado não conseguiam acompanhar a inflação, pelo que muitos países, principalmente os mais ricos (com maior investimento público), viviam acima das suas possibilidades: «O fosso entre a receita e a despesa, cada vez mais largo, era coberto sobretudo por empréstimos, organizados de modo formal ou informal». Por exemplo, Castela em 1596 declarava bancarrota pela quarta vez, em menos de meio século. De acordo com o relatório preparado para o filho de Filipe II em 1598, no momento da sua subida ao trono de Espanha, «todas as receitas extraordinárias de Castela estavam comprometidas com a dívida, não restando, ao senhor de um império

onde o sol nunca se punha, outros recursos para além do tesouro das Índias, subsídios eclesiásticos (sujeitos a aprovação papal) e impostos directos, durante negociações em cortes de três em três anos. [...] No fim do século XVI, as entidades governativas mais poderosas da Europa eram também as mais endividadas.»<sup>4</sup> Isto quer dizer que o Estado era em simultâneo o maior investidor e também o maior redistribuidor de rendimentos através dos contratos que estavam na origem dos seus empreendimentos políticos.

### **3. O nascimento do Estado-nação e o nacionalismo económico**

Em 1644 são assinados os Tratados de Münster e Osnabrück, que assinalam o fim de uma série de conflitos na Europa: a Guerra dos Trinta Anos, a partir do qual são reconhecidas oficialmente as Províncias Unidas e a Confederação Suíça; a Guerra dos Oitenta Anos, que acaba com o conflito entre a Espanha e a Holanda; a Guerra entre Fernando III, Sacro Imperador Romano-Germânico e os restantes príncipes alemães, a França e a Suécia. Finalmente, em 1659 é assinado o Tratado dos Pirinéus que põe fim à guerra que opõe a França e a Espanha. O Tratado de Paz de Westfália, que designa o conjunto destes três tratados, marca o começo dos Estados modernos, instituições governamentais soberanas responsáveis pela lei e pela ordem interna. Quanto se formam estes estados, a população que habitava os limites territoriais sob a jurisdição do poder soberano era composta por pessoas e grupos sociais bastante heterogéneos no que respeita às origens, à língua falada, aos hábitos culturais, etc. No século XVIII, com a democratização do poder e o renascimento do conceito de cidadania, a relação entre os governantes e governados alterou-se, elevando os súbditos à condição de cidadãos. Surge então o conceito de Nação (sinónimo de povo), que incute na população das várias comunidades ou etnias a ideia de pertença a uma comunidade mais ampla, moldada por uma mesma origem histórica e cultural.

A ideia do sujeito moderno está intimamente ligada à ideia do Estado-nação. O sujeito moderno, ao contrário do homem medieval, já não é um súbdito, alguém que se submete à autoridade arbitrária do monarca, mas o sujeito de um Estado-nação: tem deveres, mas também direitos. O Estado moderno configura-se assim como o espelho identitário dos sujeitos da Nação, «seja o sujeito universal da humanidade (no caso das democracias republicanas como a França revolucionária ou os Estados Unidos), seja a identidade

étnica do sujeito nacional como objecto de discussão racional (nos Estados-nação liberais-democráticos na Europa).»<sup>5</sup>

No último quartel do século XVIII dois grandes acontecimentos políticos à escala mundial revolucionaram o mundo, introduzindo novos parâmetros políticos, sociais, económicos e culturais: a Declaração da Independência dos Estados Unidos da América e a Revolução Francesa.

A Declaração da Independência dos Estados Unidos da América é assinada a 4 de Julho de 1776, ano em que se inicia a Guerra da Independência que termina com o reconhecimento formal da independência dos Estados Unidos da América pelo Reino Unido, em 1783.

Passada pouco mais de uma década, em 1795, sob o lema «Liberdade, Igualdade e Fraternidade», a Revolução Francesa põe fim ao Antigo Regime. Durante o período da Revolução, grande parte da nobreza deixou a França e os seus bens e os da Igreja foram pilhados ou confiscados. Em 1793, o rei Luís XVI e sua mulher Maria Antonieta foram presos e guilhotinados. Uma nova classe ascende ao poder: a burguesia. «Para que as coisas permaneçam iguais, é preciso que tudo mude» é uma das célebres frases proferidas pelo príncipe Falconeri no filme *Il Gattopardo* [1963] de Luchino Visconti, baseado no romance homónimo de Tomasi di Lampedusa. Esta frase irónica é bem reveladora do realismo pragmático com que a antiga nobreza olhava para o futuro, para os novos rumos da história, sem qualquer ilusão relativa aos amanhã que cantam. Uma das primeiras medidas da assembleia constituinte francesa, criada nesse mesmo ano, foi o cancelamento de todos os direitos feudais até então existentes e a promulgação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Em 1805, é nomeado imperador o general Napoleão Bonaparte, cuja principal missão é controlar a instabilidade social e consolidar as conquistas da Revolução.

Em 1798, em plena Revolução Industrial, Thomas Malthus, economista e demógrafo britânico, publica o famoso tratado *An Essay on the Principle of Population* [Ensaio sobre o Princípio da População]<sup>6</sup>, onde questiona as políticas de crescimento económico que estavam a ser levadas a cabo pelos países industrializados, com base em algo que é praticamente um senso-comum: a desproporcionalidade entre o crescimento populacional e dos recursos naturais. Ou seja, enquanto que o crescimento populacional

progride geometricamente, a produção de alimentos aumenta aritmeticamente. Malthus chamava deste modo a atenção para o perigo de a curto prazo se esgotarem as reservas de alimentos, impedindo a sobrevivência humana, se não se adoptassem políticas de sustentabilidade económica e ambiental. Epidemias, guerras e outras catástrofes poderiam ocorrer como consequência do excessivo crescimento económico, altamente predador de recursos naturais. Entre outras medidas, Malthus preconizava o controle da natalidade, como forma de evitar o excesso de população. Na época atacado por muitos, o seu pensamento, designado por «malthusianismo», acabou por ser incorporado na teoria económica, sendo frequentemente usado como travão de teses mais optimistas no que se refere à expansão económica. Hoje, apesar de a agricultura intensiva permitir aumentos de produção muito maiores do que os previstos por Malthus, a crescente utilização de bio-combustíveis e a ocidentalização dos hábitos de consumo por parte de países com um índice demográfico elevado, como a China e a Índia, vieram revitalizar as suas concepções, fazendo temer o pior.

No século XIX, a industrialização, a cada vez mais fácil circulação de bens e mercadorias, a democratização do poder levada a cabo pelas revoluções liberais e o renascimento do conceito de cidadania, transformaram pequenas economias locais em grandes economias nacionais, gerando «uma arena concorrencial mundial em que as principais batalhas eram travadas entre nações.»<sup>7</sup> Começa então a surgir no interior das nações a ideia de um «destino económico comum», a necessidade de cada país desenvolver a sua própria economia, para que os seus cidadãos possam ter acesso a melhores condições de vida materiais. «Progresso» e «nação» são as palavras-chave de do «nacionalismo económico» (um conceito diferente, como veremos, do actual «liberalismo económico»). Em todo o século XIX e uma parte do século XX este modelo irá configurar grande parte das políticas implementadas pelos governos.

#### **4. A Grande Depressão e o Estado social**

A ideia de que cada país deveria desenvolver a sua própria economia («destino económico comum»), para que os seus cidadãos pudessem ter acesso a melhores condições de vida materiais, é a grande propulsora do «nacionalismo económico». As suas palavras-chave eram «progresso» e «nação». Em todo o século XIX e uma parte do

século XX este irá ser o modelo dos países desenvolvidos, cujo centro era indiscutivelmente a Europa. No começo do século XX o domínio europeu estendia-se por quase três quartas partes das terras do planeta. Em pouco mais de 400 anos a Europa tinha conquistado para a sua civilização (e em parte domínio económico) a totalidade do continente americano, a Austrália, a Nova Zelândia e uma parte da África Austral. Com a I Guerra Mundial, entre 1914 e 1918, a sua hegemonia é pela primeira vez posta em causa e com ela toda a ideia imperial.

Em 1929 surge a *Grande Depressão* nos EUA, uma crise que se propaga rapidamente a outros países do mundo, nomeadamente europeus, criando uma gigantesca espiral recessiva. Mas os EUA irão ultrapassar a crise graças à aplicação de um bem sucedidopiano de reformas concebido pelo economista Maynard Keynes, o *New Deal*, patrocinado pelo presidente Franklin Roosevelt. Em 1933 os EUA retomam o crescimento. O objectivo imediato do plano de Keynes era combater o desemprego, que afectava cerca de um quarto da população do país. Para isso era necessário estimular a economia, apostando no investimento público, na imposição semanal de 40 horas de trabalho e na criação de sindicatos que salvaguardassem este direito. Tais medidas traduziram-se em significativa diminuição da taxa de desemprego e aumento do consumo. Mas a produção industrial excessiva começou a criar excedentes que teriam de ser exportados.

Na Europa, pelo contrário, a situação agravou-se. Durante a década de 1930 a Europa começou a viver um pesadelo. As indemnizações de guerra tinham definitivamente envenenado as relações internacionais. A grave desconfiança entre os Estados, ainda competindo entre si numa perspectiva nacionalista, fazia temer o pior. A humilhação da Alemanha, a braços com uma dívida monstruosa, irá ser o rastilho para a II Guerra Mundial. Em pouco ano a Europa transforma-se num pesadelo de escombros. Com o final da Guerra, que se saldou em dezenas de milhões de vítimas inocentes, o pesadelo não acabou: a situação era de tal modo dramática do ponto de vista económico e social, que os EUA não tiveram outro remédio senão apoiar a reconstrução da Europa através do plano Marshall. Caso contrário, a invasão bolchevista iria ser uma realidade, que o Muro de Berlim não deixava margem para dúvidas. Mas, a paz na Europa não era apenas um imperativo político para os EUA, que ambicionava liderar globalmente o mundo, ele era também de ordem económica. Os EUA necessitavam urgentemente de reactivar a economia europeia, de elevar os padrões de consumo dos europeus, para que

a Europa pudesse absorver os excedentes cada vez maiores da sua florescente indústria. Com a queda dos impérios coloniais europeus a economia dos EUA beneficiou a montante, se atendermos a que muitos dos novos Estados, principalmente africanos, passaram desde então para a sua esfera de influência política e económica, representando uma extraordinária fonte de matérias-primas, indispensáveis para o seu crescimento industrial. A jusante, depois de séculos em que os diferentes Estados europeus se digladiaram em confrontos sanguinários movidos por interesses económicos de cariz nacionalista, a Europa unia-se finalmente num espaço civilizacional comum, a região europeia, um gigantesco mercado, cerca de meio bilião de potenciais consumidores, sem dúvida apetecível para os EUA.

Nos «trinta gloriosos anos» que se seguiram à vitória dos Aliados em 1945, o mundo ocidental viveu um período de grande prosperidade graças á paz e a três grandes revoluções. A primeira, foi a revolução tecnológica na medicina com a introdução na prática clínica de importantes inovações, que aumentaram a longevidade das populações. A segunda, foi a criação da segurança social, organizada segundo o princípio da solidariedade financeira e nacional, que se estendeu a quase toda a população da Europa, do Canadá e do Japão. E finalmente, o progresso económico que assegurou às populações todos estes benefícios.

O primeiro choque petrolífero encerrou, na década de 1970, este ciclo de prosperidade. A crise instalada, entre outras consequências, pôs pela primeira vez em causa, ao cabo de quase cem anos, o Estado social (ou Estado-providência). O Estado social foi fundado em 1883 por Otto von Bismarck, primeiro chanceler do império alemão, através da implementação dos seguros sociais obrigatórios de doença, de acidentes de trabalho e de velhice, e regulamentação das condições de trabalho, que deste modo se antecipava, no plano da segurança social, ao Reino Unido, apesar deste ter sido o primeiro país do mundo a industrializar-se.

O modelo de Bismarck irá ser replicado no todo ou em partes por outros países. A Nova Zelândia cria em 1898 as pensões de velhice, e até 1912, vários países, entre os quais os do Império Austro-Húngaro, a Noruega, a Suécia e o Reino Unido, geraram os seus próprios sistemas de segurança social. Os EUA aprovaram em 1935 o Social Security Act, que lhes permitiu pôr em prática o já referido *New Deal* (Nova Distribuição Económica). Em 1936, o governo da Frente Popular em França inicia um importante

programa de reformas sociais. Em 1946, nasceu no Reino Unido o *National Health Service*. Destaque-se, neste contexto, o importante papel da Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência multilateral especializada nas questões do trabalho, criada em 1919 pela Conferência de Paz (após a Primeira Guerra Mundial). A OIT, resultante das reflexões éticas e económicas sobre os custos humanos da revolução industrial, torna-se então a maior impulsionadora da adopção de políticas de protecção social na maior parte dos países industrializados. Encontra-se actualmente ligada à Organização das Nações Unidas.

Em Portugal, a primeira Constituição Política republicana, promulgada em 1911 (e revista em 1916 e em 1919-1921), consagra o direito de associação e reconhece o direito à assistência pública. A instituição em 1919 dos seguros sociais obrigatórios, no contexto da entrada do país como membro fundador da OIT (legislação aprovada na Conferência de Paz realizada após a I Guerra Mundial), coloca Portugal entre os países mais avançados neste campo. Contudo, a crise económica e política impediu a sua aplicação.

## **5. O Serviço Nacional de Saúde e a emergência do liberalismo económico**

Em 1933, a Constituição aprovada pelo Estado Novo, contrariamente à de 1911, não reconhece explicitamente, no que toca à saúde, o direito à assistência pública. No entanto ela instituiu, em 1935, a Previdência Social, um seguro social inicialmente destinado a cobrir apenas uma pequena franja da população trabalhadora, da indústria e do comércio. Deixava de fora mais de 80% da população, onde se incluíam os trabalhadores agrícolas, cuja protecção passa a ser da responsabilidade da Assistência Social, através das Casas do Povo, cuja principal atribuição era a prestação de cuidados médicos (manifestamente insuficientes face às necessidades de uma vasta população rural, altamente carenciada).

Em 1942, ano em que é elaborado o Relatório Beveridge, o documento de base do *National Health Service* britânico, criado quatro anos depois, Portugal assina a Carta de Confirmação da Convenção Sanitária Internacional e inicia uma reforma (tímida) «que pretende assegurar os ‘pré-requisitos’ para a acomodação dos novos rumos da medicina social e da adopção de um modelo moderno de assistência social, através das noções de

‘assistência integral’, de ‘ampliação’ e de ‘abrangência’. [...] A consciência política do atraso de Portugal no campo da saúde, por comparação com o panorama sanitário nos países mais avançados, impulsionou o desenvolvimento de medidas políticas de medicina preventiva ou social, claramente assumidas no preâmbulo desta lei, que vão estar na origem da construção da estrutura dos serviços de saúde pública [hospitais das Misericórdias e do Estado, serviços médico-sociais, de saúde pública e privados], ainda reconhecível no sistema de saúde actual, que vão garantir a imediata adesão de Portugal à Organização Mundial de Saúde, em Nova Iorque, a 22 de Julho de 1946. A partir daqui, a ordem política da saúde em qualquer lugar do mundo passou a ser em primeira instância transnacional e só depois nacional.»<sup>8</sup> A legislação de saúde em Portugal passa desde então a ser determinada pelas recomendações emanadas pela OMS, como se pode ver na promulgação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais e na Reforma Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, nas décadas de 1960 e 1970, respectivamente.

Em 1945, o ministro do Interior, Trigo de Negreiros cria duas direcções gerais: a da Saúde e a da Assistência; em 1958 é criado o Ministério da Saúde e Assistência; em 1962, ano da publicação do Relatório das Carreiras Médicas, surge a Direcção-geral dos Hospitais que publica, em 1968, o Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais. Pela primeira vez um médico, Lopo de Carvalho Cancela de Abreu, estava à frente do ministério. Seguiu-se-lhe outro médico, Baltazar Rebelo de Sousa, também ministro das Corporações e Previdência Social, que teve como secretário de Estado da Saúde o também médico Francisco Gonçalves Ferreira (1912-1994), figura central das reformas dos anos de 1970, como vimos. Em 1973 o Ministério da Saúde e Assistência passa a Ministério da Saúde.

O objectivo da reforma hospitalar, iniciada em 1968 com a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais, era uniformizar a orgânica de funcionamento de todos os hospitais do país, públicos e privados (estes, quase todos pertencentes às Misericórdias) e criar carreiras profissionais para médicos, enfermeiros, farmacêuticos e pessoal de administração, segundo as sugestões do Relatório das Carreiras Médicas. É neste contexto que, no começo da década de 1970, se assiste à criação de uma rede hospitalar por todo o país, que irá assegurar, em menos de duas décadas, este tipo de cuidados à generalidade da população. Simultaneamente, é suspenso o *numerus clausus* nas faculdades de medicina, o que permitiu formar

rapidamente um elevado número de médicos (a reforma «democratizante» do ensino de Veiga Simão). O funcionamento das novas unidades hospitalares irá assim ser assegurado à custa dos médicos recém-licenciados, que irão ser colocados principalmente nas novas unidades.

Segue-se a reforma dos cuidados ambulatoriais, a Reforma Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, que cria os centros de saúde de 1ª geração e institui a carreira médica de saúde pública. Esta reforma surge numa altura em que a Organização Mundial de Saúde procurava introduzir nos sistemas de saúde europeus a estratégia dos cuidados de saúde primários. Portugal elabora, assim, um modelo já preparado para, no futuro, acolher as novas políticas assistenciais baseadas neste tipo de cuidados.

Contudo, a recessão económica que a primeira crise petrolífera começa a gerar assusta os poderes públicos, travando o desenvolvimento dos sistemas públicos de saúde praticamente em todos os países do mundo ocidental, através da redução da solidariedade financeira, pondo deste modo em causa a manutenção do Estado social.

Em 1974 dá-se a revolução de 25 de Abril, que põe fim à ditadura do Estado Novo em Portugal, iniciando-se a um novo ciclo político, a III República, que restaura o regime democrático.

Em 1979, Margaret Thatcher, na Grã-Bretanha, e na década seguinte Ronald Reagan, nos EUA, cujas economias deixaram de crescer devido ao aumento do preço dos materiais petrolíferos, resolvem testar um novo modelo de crescimento, baseado nas políticas monetaristas defendidas pelo Nobel da economia Milton Friedman – mercado livre e redução do papel do Estado. De acordo com este modelo, designado por liberalismo económico (considerado como uma evolução do nacionalismo económico do século XIX), a função principal do Estado deverá ser apenas a de assegurar a estabilidade monetária, promovendo assim a máxima desregulamentação. O impacto inicial destas políticas no crescimento económico desses países revelar-se-ia positivo nalguns sectores, porém com consequências funestas no plano social. O consequente empobrecimento de parte da população e o aumento do desemprego assustam a classe média, abrindo as portas à ‘Terceira Via’, que irá vigorar ao longo da década de 1990, através de Tony Blair na Grã-Bretanha e Bill Clinton nos EUA. Ambos tentam conciliar, através deste modelo, dos dois lados do Atlântico, o melhor de dois mundos: o

Estado Social e a economia de mercado global. A seguir ao atentado de Al-Qaeda às torres gémeas de Nova Iorque a 11 de Setembro de 2001, George W. Bush é eleito Presidente dos EUA. O seu mandato irá estender-se até 2009. Através de Bush os neoconservadores regressam ao poder, seguindo religiosamente os mandamentos da cartilha neoliberal de Friedman. O apogeu deste tipo de políticas dá-se em 2007 com a *subprime* americana, uma gravíssima crise financeira privada, e, no ano seguinte, a derrocada do gigante Lehman Brothers. Rapidamente a crise americana estende-se à zona euro, precipitando uma crise económica sem precedentes do sector público, a das dívidas soberanas, que ameaça estender-se a todo o mundo.

Regressando ao Portugal pós-25 de Abril, é de referir que a primeira grande crise socioeconómica surge com a integração de mais de um milhão de retornados das ex-colónias (o «regresso das caravelas» como alguém lhe chamou, numa alusão aos Descobrimentos). Este processo, embora pacífico, agravou ainda mais as dificuldades económicas do país, já de si profundamente debilitado economicamente por uma guerra colonial de longa duração (cerca de década e meia). A grave crise financeira que se instalou em Portugal nessa época levou a uma primeira intervenção do Fundo Monetário Internacional em 1977 e a uma segunda em 1983.

Mas a crise não impediu que no final da década de 1970 se criasse um Serviço Nacional de Saúde que em pouco mais de duas décadas colocou, como veremos, Portugal entre os países com melhores indicadores de saúde de toda a União. Em 1985, Portugal assinou o tratado de adesão à Comunidade Económica Europeia, encerrando um ciclo imperial de vocação atlântica com mais de cinco séculos. Os fundos estruturais provenientes da Comunidade Europeia permitiram a criação de algumas infra-estruturas indispensáveis para a modernização e competitividade do país, nas áreas dos transportes, da saúde, da segurança social, do ensino, da investigação científica e equipamento cultural, e outras. Todas estas acções se inseriram em medidas políticas de inspiração keynesiana, recomendadas pela União Europeia e implementadas pelos governos dos países membros, de acordo com uma estratégia global centralizada em Bruxelas. Em 1999, Portugal é um dos onze países fundadores do novo sistema monetário europeu, o euro. A crise americana de 2008 é no início vista pela União Europeia (EU) como algo demasiado distante para afectar Europa: a crise era grave, mas não sistémica; além disso a zona euro encontrava-se de boa saúde pelo que a indicação dada aos governos dos países que a integram era reforçar o investimento público para aumentar o consumo

privado. Pouco tempo depois, Bruxelas dá uma reviravolta nas suas posições e alinha indefectivamente com a estratégia neoliberal, tornando os países da EU reféns das estratégias dos mercados.

O SNS português nasceu em 1979, trinta anos depois do nascimento do NHS britânico, quando era ministro dos Assuntos Sociais António Arnaut e secretário de Estado da Saúde um médico, Mário Luís Mendes, um dos signatários do Relatório das Carreiras Médicas. Antecedeu o da Grécia, criado em 1983, e o da Espanha, em 1986.

A implementação dos SNS começou em 1981 com o internato complementar de generalista e, no ano seguinte, com o decreto das carreiras médicas (310/82) que cria a carreira médica de clínica geral, na sequência do serviço médico à periferia (um ano obrigatório de serviço médico para os jovens recém-formados, fora das grandes cidades, que nasceu em 1975). Os indicadores da saúde, principalmente no que se refere à mortalidade infantil, sobem desde então em flecha, posicionando rapidamente Portugal entre os países mais desenvolvidos do mundo.

Segundo um relatório Eurostat, o índice de mortalidade infantil em 1980 era na União Europeia de 14,6 e em Portugal 24,3 (por 1000 nados-vivos). Em 2003, na União Europeia era de 4,6 e em Portugal 4,0. Quanto à esperança de vida ao nascer, a média na Europa em 1980 era para os homens de 69,8 anos, para as mulheres de 76,8; e em 2003 era de 74,8 para os homens e de 81,1 para as mulheres; em Portugal, a expectativa em 1980 era de 67,7 para os homens e de 75,2 para as mulheres; em 2003, de 74 para os homens e 80,5 para as mulheres. Em 2011, estes valores alteraram-se: a média da mortalidade infantil em Portugal era de 4,49 e de 4,60 na União Europeia; a expectativa de vida subiu para 76,2 para os homens e 82,4 para as mulheres, enquanto que a esperança média de vida ao nascer na Europa era de 76,3 para os homens e de 81,9 para as mulheres.

Uma publicação do Ministério da Saúde de 2006, atribui o sucesso em grande parte ao «investimento generalizado nos cuidados de saúde primários, a cobertura nacional de centros de saúde e médicos de família [...]. Em 15 anos Portugal, cujos indicadores materno-infantis eram de país subdesenvolvido, passou a integrar o grupo dos países que mais evoluíram nesta área, a nível mundial. Porém, o que permitiu ultrapassar países muito mais ricos e manter consistência na evolução, foi sem dúvida a

consolidação progressiva do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil iniciado em 1989. [...] Os Hospitais e os Centros de Saúde foram integrados em Redes de Referência Materno-Infantis, com áreas geográficas bem definidas e com definição das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes»<sup>9</sup>.

Apesar do inegável sucesso do SNS, que se tornou num marco civilizacional do país, a estratégia neo-liberal elegeu-o como um dos seus alvos sistemáticos, embora quase sempre de forma «encapotada». Talvez por isso o SNS nunca teve uma identidade institucional, liderança unificada nem uma identidade corporativa explícita, apreendida e partilhada pela multiplicidade dos seus elementos/organizações. Registaram-se três tentativas fugazes e muito pouco conhecidas de edificar esta «arquitectura» de valores e de rede organizacional com coesão identitária e cultural:

1) Numa primeira tentativa, lançada por Paulo Mendo em 1982-1984 e logo desmantelada pela emergência neoliberal em 1985, chegou a existir um «logótipo» e um Boletim do SNS, rapidamente descontinuados.

2) A segunda, menos explícita, de tipo *bottom-up*, surgiu no período 1996-1999 com Maria de Belém Roseira, que desenhou alguns pilares daquele processo, foi interrompida em 2000 pela cegueira do controle orçamental com Manuela Arcanjo. Eu próprio fui responsável em 1999 pela concepção e organização de um projecto de identidade corporativa, «Imagem e Comunicação – Reorganização e Criação de uma Nova Identidade para os Centros de Saúde em Portugal», envolvendo peritos nas áreas da comunicação, imagem, design, arquitectura e análise dos processos político-sociais, apresentado em 2000 ao então Secretário de Estado da Saúde, mas que ficou na gaveta.

3) A terceira, ainda mais fugaz, surgiu em finais de 2001 e início de 2002 – primeiro período de António Correia de Campos –, uma iniciativa da então Secretária de Estado Carmen Pignatelli, que foi logo revogada, com anulação de um concurso público e indemnização à empresa seleccionada para apoiar aquele processo, após a viragem política de meados de 2002. Seguiu-se a grande operação dos «Hospitais S.A.» e a tentativa de preparar a «entrega» dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) por Luís Filipe Pereira, a qual foi eficazmente travada por uma massiva greve dos CSP, em 2003, e que motivou também a criação da Entidade Reguladora da Saúde por exigência do então Presidente da República Jorge Sampaio.

O processo de globalização acelera-se após a queda do muro de Berlim em 1989. Com a melhoria dos cuidados de saúde, em Portugal, como em quase todo o mundo Ocidental, assiste-se a um progressivo envelhecimento da população. A inversão da pirâmide etária tem como consequência o aumento das doenças degenerativas. Mas a par do progresso científico e tecnológico, uma outra realidade emerge – a pobreza –, agora com uma nova configuração – jovens mal inseridos, idosos, emigrantes ilegais, desempregados. Um mundo de jovens sem formação profissional, para os quais a indústria já não tem trabalho, desloca-se da vida activa para o consumo ou comercialização de droga, o roubo e a violência. Os utilizadores dos cuidados de saúde são por um lado os trabalhadores activos ou os doentes bem informados, por outro lado os casos sociais, os novos pobres. Os primeiros, educados, mostram-se cada vez mais exigentes: conhecem as novas técnicas terapêuticas, exigindo hospitalizações rápidas e tratamentos mais prolongados em ambulatório. Os segundos, têm necessidades específicas, por vezes não relacionadas com a medicina, dispõem de tempo e desejam, muitas vezes, ao contrário dos primeiros, internamentos mais longos, que nem sempre se justificam por razões de ordem clínica.

O paciente passa a cliente, aparecem os seguros de saúde e surgem indicadores sobre a qualidade dos serviços que orientam a escolha dos clientes. Apoiados por uma melhor informação e maior capacidade económica, muitos destes clientes são conduzidos para as unidades de saúde com melhores prestações de serviços. A medicina torna-se um negócio apetecível e aos médicos são colocados novos desafios na relação com o doente, com a comunidade, com os *media* e com os políticos e financiadores da saúde.

Em 2007 inicia-se em Portugal uma nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários com objectivo de por em prática conceitos de organização mais avançados através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), baseado em equipas com autonomia técnica e financeira e com modalidades de remuneração inovadoras. Um projecto longamente amadurecido no seio da APMGF, e apresentado publicamente em 2003 no contexto da comemoração dos vinte anos da Associação. Um dos principais mentores do projecto, Vítor Ramos, define o novo modelo nos seguintes termos: «As unidades de saúde familiar baseiam-se no trabalho em equipa. Facilitam a modernização organizativa e científica e ajudam a prevenir a obsolescência da prática a solo, que é psicologicamente perigosa para o médico e pode ser objectivamente perigosa para os doentes. Correspondem às modalidades de organização do trabalho propostas por

organizações de médicos de clínica geral/médicos de família e estão em consonância com a tendência de redução da *solo practice* (prática profissional individual) substituindo-a pela *group practice*.»<sup>10</sup> O modelo conceptual já previa diferentes modalidades de contratualização: «a) reorganização dos actuais centros de saúde em pequenas USF multiprofissionais com coordenador médico; b) possibilidade dessas unidades optarem por contratos-programa com retribuição por desempenho, aperfeiçoando o modelo RRE [Regime Remuneratório Experimental], que deve evoluir para uma situação estabilizada e aberta ao maior número possível de grupos que a ele queiram aderir; c) contratos-programa com cooperativas; d) contratos-programa com pequenas empresas de médicos.»<sup>11</sup>

Mas apesar das crises e das vicissitudes que as acompanham, a biotecnologia não pára de nos surpreender com as suas invenções e descobertas cada vez mais extraordinárias, criando grandes expectativas em torno das possibilidades da ciência médica. Algumas expectativas são irrealistas, o que leva o doente a questionar cada vez mais o médico e a sua capacidade de responder a cenários por vezes fantasiosos. Será, porventura, o médico de família aquele que no futuro, os doentes colocarão mais frequentemente as questões mais difíceis da prática médica, como advertia há 10 anos António Gomes Branco: «Com a “medicina-espectáculo” a promover o seu “produto” a um nível “hollywodesco”, que cria expectativas irrealistas, com os políticos a induzirem a ideia de que tudo providenciam quando, ao mesmo tempo, cortam nos recursos disponíveis, a vida não vai ser fácil para os médicos em geral, e muito menos para os médicos de família: estão mais próximos, mais acessíveis, são conhecidos pelo nome e os doentes têm neles suficiente confiança pessoal para colocarem questões bichudas, com perguntas que não ousam fazer a outros especialistas, nos hospitais.»<sup>12</sup>

Ao intervir não apenas nos doentes, mas também em pessoas de boa saúde visando a prevenção da doença (vacinas, balanços de saúde, rastreios, etc.), certificando aptidões específicas (para iniciar actividades laborais, no desporto, pré-nupciais, para contratos com seguradoras, etc.) ou acompanhando situações que podem potenciar doenças (comportamentos marginais, toxicoddependência, comportamentos sexuais de risco, violência familiar, viagens, etc.) ou de vigilância (saúde materno-infantil), a acção do médico de família penetra mais directa e profundamente no tecido social, afectando muitas vezes o político, o económico e o cultural ao mesmo tempo. A medicina geral e familiar é e será, nas actuais circunstâncias e no futuro, ainda mais necessária. Mas para

tal precisamos de compreender o mundo em que vivemos, estarmos atentos aos sinais do tempo, participar na coisa pública, porque só assim tratar e cuidar das pessoas. Sem esta cultura de proximidade e de participação cívica seremos apenas meros técnicos facilmente descartáveis, substituídos por uma qualquer máquina ou robô. A empatia, a compaixão, o amor pelo outro, assenta no gosto pela cultura, no estudo das narrativas, das artes, de tudo aquilo que estrutura o humano e a sua vida de relação.

## **6. A globalização avançada: novos parâmetros económicos, políticos e culturais**

Depois da separação dos poderes político e religioso, a principal marca distintiva dos estados modernos, assiste-se actualmente à subserviência do político ao económico, pela fé nos mercados, uma espécie de nova religião de base científica. É uma situação deveras preocupante. À globalização económica terá de corresponder uma globalização política. Como advertia numa entrevista em 2001 Amartya Sen, prémio Nobel da economia em 1998, sem uma cidadania global não é possível construir a globalização de rosto humano de que tanto se fala. Amartya Sen foca três aspectos: primeiro, «a globalização, como fenómeno cultural e económico, tem enormes benefícios. Mas há sempre a questão de saber se esses benefícios estão a ser partilhados de forma generalizada e adequada. Segundo, há um assunto de responsabilidade sobre a Natureza, o ambiente e o futuro. [...] O terceiro assunto é a questão da complementaridade entre o mercado e outras instituições políticas e sociais, como a democracia, a educação primária universal, o serviço nacional de saúde. Sobre o seu falhanço em diferentes partes do mundo, mesmo nos países mais ricos, como, por exemplo, os Estados Unidos, que não têm um serviço nacional de saúde. O esquecimento relativamente à escolaridade básica é igualmente um grande problema na África subsariana, na Ásia ocidental e do Sul. As lacunas na democracia são um grande problema na China e no Sudeste asiático. Todos estes assuntos têm de ser abordados conjuntamente e numa perspectiva global.»<sup>13</sup>

A globalização avançada, que agora entrámos, irá criar novos parâmetros económicos, políticos e culturais, que revolucionarão o nosso dia-a-dia. A emergência de novas super-potências económicas, os chamados BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), cujos excedentes da produção industrial, baratos (devidos aos salários e custos de produção

muito baixos) são escoados para a Europa, Estados Unidos e Japão, onde os salários inflacionados e a livre circulação de bens e capitais têm como inevitável reflexo a terciarização das economias ocidentais, está na origem desta hecatombe. Por isso grande parte dos governos ocidentais já começaram a reduzir os salários e as despesas sociais, cujas consequências visíveis são o empobrecimento da população e o perigoso aumento das taxas de desemprego. Assistimos impotentes ao desenrolar de um processo que culminará com o fim da soberania dos Estados-nação. O liberalismo económico de Friedman que cursa sem freio por todo o mundo acredita na auto-regulação dos mercados. Se dermos tempo aos mercados eles irão adaptar-se à deflação, acabando por repor o poder de compra dos cidadãos, tornando deste modo as economias ocidentais mais saudáveis, mais competitivas. É uma crença como qualquer outra (no decorrer da história tivemos várias, algumas delas, como o marxismo-leninismo, que praticou alguns dos crimes mais hediondos da humanidade) que só o futuro nos dirá que consequências irá trazer para a humanidade. O agravamento do desemprego e o empobrecimento das populações, ao desestimular o investimento e a inovação, estão a abalar culturalmente o Ocidente fazendo temer graves convulsões políticas. Mesmo a longo prazo, não é crível que a bondade desta estratégia macroeconómica promova a recuperação da economia: «A macroeconomia neoclássica continua sem ter resposta para o desemprego em massa, para o problema do endividamento, ou mesmo para a crise ecológica.»<sup>14</sup>

Estamos longe do ideal de John Maynard Keynes, que em 1931 escreveu no seu famoso livro *A Treatise on Money*, uma bíblia para os economistas da época, o seguinte: «Só quando a acumulação de riqueza já não tiver grande importância social é que as leis morais serão sujeitas a profundas alterações. Nessa altura, seremos capazes de renunciar a muitos dos princípios aparentemente morais que nos dominam há 200 anos. Teremos finalmente a liberdade para pôr de lado todos os tipos de hábitos sociais e artimanhas económicas no que se refere à distribuição da riqueza, recompensas e sanções económicas, que agora mantemos a todo o custo, apesar de as considerarmos repugnantes e injustas, pois são extremamente úteis para promover a acumulação de capital.»<sup>15</sup>

Se olharmos para a realidade do mundo actual, com os seus mais de sete biliões de habitantes (o triplo de há cinquenta anos), e o desemprego a atingir valores até há pouco tempo inimagináveis, percebemos agora bem o que Hannah Arendt queria dizer no seu

livro *Condição Humana*, publicado em 1958, quando falava no drama que iria ser quando formos confrontados com a realidade de «uma sociedade de trabalhadores sem trabalho», isto é, de pessoas privadas da única actividade que lhes proporciona direitos de cidadania, o trabalho. O desemprego actual confirma as expectativas pouco optimistas de Arendt. As economias da Europa e dos EUA estagnaram e vão continuar estagnadas, apesar das promessas dos políticos que clamam o crescimento. Todos querem que a economia cresça mas ela não cresce, porque nem a Europa nem os EUA têm como crescer. Num cenário destes, de não-crescimento ou de reduzido crescimento, temos pela frente um futuro de altas taxas de desemprego e impossibilidade de manter o Estado Social. O modelo de crescimento Ocidental, baseado no consumo, é insustentável se o tentarmos aplicar à escala global. Se no Ocidente 800 milhões de habitantes têm acesso a casa, carro, alimentação, vestuário, bens culturais, infraestruturas sanitárias, electricidade, água potável, milhares de milhões de pessoas na Ásia, na África e noutros continentes não têm como satisfazer necessidades básicas. Esta é uma realidade nova para a qual ninguém parece prestar atenção. No entanto, à esquerda e à direita quase todos os políticos falam de um crescimento, sabendo que se trata de impossibilidade real. E se os nossos competidores, os BRIC, crescem um pouco, nós temos de decrescer na exacta proporção. Se é certo que vivemos momentos de grande incerteza, também é certo que, independentemente das ideologias, precisamos olhar para o planeta (que é a nossa casa, o mundo onde vivemos), de outro modo, procurando a sua sustentabilidade global. É talvez este o maior desafio da humanidade no mundo de hoje.

Os modelos de reorganização política que referi procuram enquadrar politicamente a actual fase do processo de globalização. Não textos canónicos (destinados a fazer lei), eles apenas propostas de reflexão, ferramentas para pensar o futuro. O modelo de «democracia cosmopolita» defendido por Daniela Archibugi e David Held, é interessante e exequível se as Nações Unidas foram dotadas de maiores poderes, o que não acontece actualmente. A principal objecção a este modelo é a de que ele poderá conduzir a um governo mundial altamente centralizado e autocrático, uma questão que já tinha sido levantada em 1795 por Emmanuel Kant no seu texto *Zum ewigen Frieden* [Para a Paz Eterna], uma reflexão sobre a necessidade de uma cidadania global e as suas dificuldades. Trata-se de uma questão importante e que exige muita ponderação, num tempo abissal em que parece não haver tempo para parar e pensar.

A proposta de Giorgio Agamben, é mais utópica, embora de elevada *consiliência* (para utilizar uma expressão de Edward Wilson, que é também o título de um livro essencial para pensar o conhecimento no mundo contemporâneo). Assenta na ideia de comunidades locais-globais orgânicas, com identidades múltiplas (lembro-me dos heterónimos de Fernando Pessoa), menos determinadas, menos programadas do que as comunidades tradicionais, e por isso mais flexíveis, mais amigas do ambiente, permitindo aos seus cidadãos uma maior participação cívica, mais adaptadas à fase avançada da globalização, mais libertas dos constrangimentos normalizadores dos Estados em geral. Contudo, a sua exequibilidade não é fácil porque implica um corte abrupto com as identidades nacionais, ainda muito enraizadas nas populações. Mas independentemente da validade e interesse dos modelos de adaptação social que acabei de enunciar, há uma realidade que me parece incontornável: a política no futuro irá assentar, quer queiramos quer não, numa matriz neoliberal, que desresponsabiliza o Estado em muitas áreas, entre as quais a saúde, retirando-lhe soberania.

## **7. O cosmopolitismo da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**

No dia 19 de Janeiro de 1984 realizou-se no Palácio de D. Manuel, em Évora, o I Congresso Internacional de Clínica Geral, organizado pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, recentemente criada. O evento, apoiado pela Organização Mundial de Saúde, foi um sucesso, tendo colocado «a Clínica Geral Portuguesa, no mapa da Europa», na expressão de alguns congressistas estrangeiros presentes.

Na sessão de abertura do XV Encontro Nacional de Clínica Geral, em 1998, o Presidente da República, Jorge Sampaio, sublinhava a importância política da Medicina Familiar: «a intervenção dos clínicos gerais na sociedade portuguesa é determinante para o sucesso das políticas que visem tornar o sistema de saúde mais equitativo, mais eficiente e de maior qualidade». O médico de família era cada vez mais, na perspectiva de Jorge Sampaio, «um gestor de serviços, um gestor da saúde dos seus doentes, mas também um gestor social»<sup>16</sup>.

Em 2005, Jorge Sampaio volta a discursar na abertura do Encontro Nacional de Clínica Geral, reafirmando que os cuidados primários de saúde são fundamentais para o sucesso do Plano Nacional de Saúde e que «os médicos de família não podem ser os parentes

pobres da Medicina, quer na formação, quer na auto-estima, quer ainda no posicionamento no sistema de saúde»<sup>17</sup>.

Nesse mesmo ano, 2005, inicia-se em Portugal uma nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários com o objectivo de pôr em prática conceitos de organização avançados através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), baseadas em equipas com autonomia organizacional e técnica e com modalidades de remuneração inovadoras. Trata-se de um projecto colectivo inovador, de construção progressiva longamente amadurecido no seio da APMGF. Recorde-se que ele já vinha de alguns grupos RRE (Regime Remuneratório Experimental) de 1998 (USF Horizonte, por exemplo) e estava já consagrado na Lei dos Centros de Saúde («3.ª Geração») de 1999, ripristinada em 2005 pelo Ministro Correia de Campos).

Vítor Ramos, um dos principais mentores do projecto das USF, define o novo modelo nos seguintes termos: «As unidades de saúde familiar baseiam-se no trabalho em equipa. Facilitam a modernização organizativa e científica e ajudam a prevenir a obsolescência da prática a solo, que é psicologicamente perigosa para o médico e pode ser objectivamente perigosa para os doentes. Correspondem às modalidades de organização do trabalho propostas por organizações de médicos de clínica geral/médicos de família e estão em consonância com a tendência de redução da *solo ractice* (prática profissional individual) substituindo-a pela *group practice*.»<sup>18</sup> O modelo conceptual já previa diferentes modalidades de contratualização: «a) reorganização dos actuais centros de saúde em pequenas USF multiprofissionais com coordenador médico; b) possibilidade dessas unidades optarem por contratos-programa com retribuição por desempenho, aperfeiçoando o modelo RRE [Regime Remuneratório Experimental], que deve evoluir para uma situação estabilizada e aberta ao maior número possível de grupos que a ele queiram aderir; c) contratos-programa com cooperativas; d) contratos-programa com pequenas empresas de médicos.»<sup>19</sup>

A APMGF comemora este ano o seu trigésimo aniversário. Muito foi feito durante estas três décadas. No entanto, gostaria de destacar algo que constitui uma marca identitária, algo que esteve presente em praticamente todos os Encontros e Congressos organizados pela APMGF: o cosmopolitismo. Desde o início que a APMGF tem privilegiado a ligação a redes transnacionais de médicos de família, como a Sociedade Internacional de Medicina Geral (SIMG), a União Europeia de Médicos de Clínica Geral (UEMO), o

Centro Internacional de Medicina Familiar (CIMF) e a Organização Mundial dos Colégios, Academias e Associações Académicas (WONCA), e também a associações congéneres estrangeiras como a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária ou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, além da presença frequente nos Encontros de algumas das personalidades mais destacadas da medicina geral e familiar do mundo. Tudo isto, explica, em parte, a sua dinâmica, a sua versatilidade, o seu indesmentível sucesso.

Num texto publicado recentemente no *website* da WONCA, Richard Roberts, seu presidente, faz um balanço da sua recente visita a Portugal, por ocasião do último Encontro Nacional em Aveiro, em 2013, onde destaca o modo como os médicos de família, em tempo de crise, ao invés de revelarem irritação e desânimo, demonstrarem «algo que é desesperadamente necessário, mas nem sempre encontrado: liderança», o que o levou a fazer analogias com a epopeia de Vasco da Gama: «a história de Vasco da Gama pode ensinar-nos algumas coisas sobre a Medicina Geral e Familiar. O acto heróico Vasco da Gama foi encontrar inspiração e usar o conhecimento aprendido com os outros para enfrentar um grande desafio e fazer uma ousada conquista. Os médicos de família têm uma visão igualmente ousada: um mundo mais saudável e mais justo, onde cada família tem um médico de família. Nós acreditamos nisso porque sabemos que ter um médico de família melhora a eficácia, eficiência e equidade dos serviços de saúde. Vamos atingir esta visão ao lembrar a sabedoria daqueles que nos precederam, respondendo às novas circunstâncias que possam surgir, e correndo riscos necessários. À medida que crescemos em número e influência, devemos estar conscientes de que nosso poder é conquistado através do nosso serviço aos outros. Não é um direito ou uma herança. O nosso desafio é superar os obstáculos (sem canhões ou amputações!) permanecendo fiéis ao sonho.»<sup>20</sup>

A experiência da Medicina Geral e Familiar em Portugal é inovadora e inspiradora internacionalmente, como o demonstra o seu acolhimento no Brasil e, em especial, no município do Rio de Janeiro que tem mais de 10 milhões de habitantes, onde estão a ser replicadas algumas experiências portuguesas. A crescente proximidade com a Medicina Familiar de Espanha também é significativa.

## **8. Que futuro para a Medicina Geral e Familiar?**

O liberalismo económico enquadra-se num longo processo de globalização económica, política e cultural, cujo rumo não é determinado pelo voto ou por qualquer outra forma de intervenção cívica, porque a sua organização (transnacional) está acima de qualquer Estado ou região do planeta. Neste processo, difícil de controlar pelos cidadãos, somente os seus efeitos globais a longo prazo poderão determinar mudanças de rumo. É neste contexto, de estratégias globais avançadas, que os médicos de família vão ter de enquadrar as suas práticas, os seus princípios, a sua matriz filosófica (holística, hipocrática). A Medicina Geral e Familiar não é apenas mais uma prática especializada no seio da medicina, ela é sobretudo uma cultura com uma história e uma tradição próprias, o que cria ao médico de família responsabilidades que vão muito para lá da mera oferta de uma carteira de serviços (mais ou menos consultas e outros actos médicos), ele terá de ser avaliado através dos ganhos em saúde que for capaz de produzir. Por isso ela transcende o Serviço Nacional de Saúde. O próprio modelo conceptual das USF prevê, com extraordinária clarividência, contratos-programa com cooperativas e pequenas empresas de médicos. Neste aspecto bom reflectir sobre a longa experiência das Misericórdias, instituições privadas de solidariedade social, independentes do Estado, que ao longo de mais de 500 anos de história têm desempenhado, desde o Renascimento, um papel de enorme relevância no campo da saúde e da assistência.

O modelo de desenvolvimento ocidental, baseado no consumo, não é sustentável à escala global. Se no Ocidente cerca de 800 milhões de pessoas têm acesso a casa, carro, alimentação, vestuário, bens culturais, infra-estruturas sanitárias, electricidade e água potável, milhares de milhões de pessoas na Ásia, na África e noutros continentes não têm como satisfazer necessidades básicas. Esta é uma realidade para a qual ninguém parece ligar e que é o cerne de grande parte dos problemas que começam a colocar-se.

Nas próximas gerações a escolha não é entre o capitalismo e o comunismo, ou entre o fim da história e o regresso da história, mas entre a política de coesão social baseada em objectivos comuns e a destruição da sociedade pelo medo. No futuro teremos de trabalhar mais em torno da ideia de desenvolvimento do que na de crescimento. Caso contrário, os dois grandes pilares da cidadania, sustentabilidade do planeta e coesão social, estarão irremediavelmente comprometidos.

Mas uma política eficaz de coesão social só será exequível no quadro de estratégias avançadas de cidadania global, que, no caso da saúde, garantam aos cidadãos:

- a) Cobertura universal e acessibilidade adequada, com equidade.
- b) Adequação dos cuidados disponibilizados: promoção da saúde e salutogénese a todos os níveis; autonomia e capacitação em saúde; cuidados adequados nas doenças agudas; cuidados adequados nas doenças crónicas, incluindo saúde mental; cuidados nas situações de multi-morbilidade e crescentes limitações físicas e funcionais; cuidados no fim da vida.
- c) Efectividade equitativa, que garanta aos cidadãos, ganhos em saúde (considerando que a saúde não é um fim em si mesmo, é apenas um meio, um recurso para a vida) e não apenas produtos ou cuidados (consultas, cirurgias, etc.).
- d) Micro-eficiência técnica e macro-eficiência sistémica (os EUA são um bom exemplo em que a soma de excelentes micro-eficiências técnicas não se traduz numa macro-eficiência «sistémica», bem pelo contrário parece ser o país que tem tido pior macro-eficiência sistémica).
- e) Qualidade e segurança dos cuidados de saúde nas suas múltiplas dimensões, incluindo a da satisfação dos cidadãos.

Tudo isto pode e deve ser enquadrado nas novas comunidades que se perfilam no horizonte político, económico e cultural.

Mas sejam quais foram os cenários do futuro, os médicos de família serão sempre indispensáveis. Porventura ser-lhe-á pedida uma maior flexibilidade, uma maior versatilidade, uma maior responsabilidade na organização dos cuidados a prestar às populações. No entanto, nunca poderão abandonar a sua matriz hipocrática: a percepção de que o todo não é apenas a soma das partes. A medicina geral e familiar é muito mais do que uma prática especializada, ela é uma cultura cosmopolita, um modo de fazer medicina e de estar no mundo, de tratar e cuidar das pessoas, uma poderosa interface da medicina com a sociedade. Foi assim que a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar a entendeu logo no começo, há trinta anos, através das suas ligações transnacionais, e é assim que, estou certo, irá contribuir para a construção da comunidade que vem, dos novos *ágora* da *polis* global.

Termino com uma citação. Num texto publicado no livro *Da Vontade* em 2004, editado por mim e por Vítor Ramos por ocasião da comemoração dos vinte anos da Associação

Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, John Horder, prestigiado clínico geral inglês, presidente do Royal College of General Practitioners, que liderou uma equipa de peritos ingleses que se reuniu com o governo português em 1979 para discutir a possibilidade de criar em Portugal o SNS e a especialidade de medicina geral e familiar, recorda alguns dos princípios que devem estar sempre presentes na prestação de cuidados de saúde: «Um deles é a contínua necessidade que as pessoas que se encontram doentes, feridas ou supostamente doentes têm de recorrer a médicos e enfermeiros em quem possam confiar para complementar o conhecimento e competências técnicas com a preocupação interpessoal, mesmo quando as técnicas complexas ou as organizações humanas dificultam esta tarefa. Outro é a necessidade constante de ter médicos de clínica geral e especialistas hospitalares que se respeitem mutuamente e saibam trabalhar bem em conjunto.»<sup>21</sup>

---

## **Bibliografia**

- 1 Citado por VALENTE ALVES, Manuel (coord.). *Imagens Médicas – Fragmentos de uma História*. Porto: Porto Editora/ Porto 2001, 2001, p. 26.
- 2 LOURENÇO, Eduardo. *A Esquerda Na Encruzilhada ou fora da História?*. Lisboa: Gradiva, 2009, pp.119-122.
- 3 MAGALHÃES GODINHO, Vitorino. *A Expansão Quatrocentista Portuguesa* [1962] Lisboa: Publicações D. Quixote, 2008, p. 360.
- 4 CAMERON, Euan. *História da Europa Oxford – O Século XVI*. Trad. Carlos Marques Queirós. Porto: Fio da Palavra, 2009, p. 103.
- 5 READINGS, Bill. *A Universidade em Ruínas* [1996]. Tr. Joana Frazão. Coimbra: Angelus Novus, 2003., p. 54.
- 6 MALTHUS, Thomas. *An Essay on the Principle of Population* [1798]. London: Penguin Books, 1985.
- 7 REICH, Robert B. *O Trabalho das Nações* [1991]. Trad. José Maria Castro Caldas. Lisboa: Quetzal, 1996, p. 43.
- 8 CARAPINHEIRO, Graça. «A saúde enquanto matéria política». In: CARAPINHEIRO, Graça (org.). *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Lisboa: Pé de Página Editores, 2006, p. 140 e 142.

- 9 *Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006, pp. 2-3.
- 10 RAMOS, Vítor. «Medicina Geral e Familiar: 10x3 ideias-chave». In: VALENTE ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (eds.). *Medicina Geral e Familiar: Da Vontade*. Lisboa: MVA Invent/APMCG, 2003, p. 101.
- 11 *Idem*, p. 102.
- 12 BRANCO, António Gomes. «20º aniversário da APMCG: início ou maioridade?». In: VALENTE ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (eds.). *Medicina Geral e Familiar: Da Memória*. Lisboa: MVA Invent/APMCG, 2003, p. 29.
- 13 Entrevista por João Ramos de Almeida. *Jornal Público*. 10/7/2001.
- 14 BLOMERT, Reinhard. *Op. cit.*, pp. 126-127.
- 15 *Idem*, p. 127.
- 16 Citado por PISCO, Luís Augusto. «Medicina Geral e Familiar e Cardiologia – interacção e complementaridade». In: PERDIGÃO, Carlos; VALENTE ALVES, Manuel (eds.). *Olhares – Fragmentos para uma História da cardiologia Portuguesa*. Lisboa: Sociedade portuguesa de Cardiologia, 2006, p. 288.
- 17 *Idem*.
- 18 RAMOS, Vítor. «Medicina Geral e Familiar: 10x3 ideias-chave». In: VALENTE ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (eds.). *Medicina Geral e Familiar: Da Vontade*. Lisboa: MVA Invent/APMCG, 2003, p. 101.
- 19 *Idem*, p. 102.
- 20 URL: <http://www.globalfamilydoctor.com/News/FromthePresidentTheValueofVasco.aspx>
- 21 HORDER, John. «Clínica Geral/Medicina Familiar: Portugal e o Mundo, uma Perspectiva dos últimos 25 anos». In: VALENTE ALVES, Manuel; RAMOS, Vítor (eds.). *Medicina Geral e Familiar: Da Vontade*. Lisboa: APMCG/MVA Invent, 2004, p. 44.