



ÁREA TEMÁTICA: Globalização, Política e Cidadania

Movimentos de Saúde na Sociedade Portuguesa: Uma Primeira Abordagem Exploratória

NUNES, Nuno

Doutorando em Sociologia

ISCTE

nuno.nunes@iscte.pt e nunofilipenunes@gmail.com

Resumo

A presente comunicação procura compreender as causas, processos e dinâmicas sociais fundamentais que resultaram nos protestos verificados um pouco por todo o país contra o encerramento de Maternidades, Serviços de Urgências, alteração dos horários dos SAP's, ou outras mudanças organizacionais no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A análise sociológica exploratória que aqui se apresenta procura focar-se na relação (teórica, problemática e empírica) entre acção institucional e acção colectiva, ou seja, entre a governação, os domínios institucionais da sua actuação, o desempenho dos actores colectivos nos campos profissional da saúde e político, até à formação das identidades colectivas e quadros de interacção actuantes no plano das mobilizações locais.

Palavras-chave: Conflito; Governação; Instituições; Acção Colectiva; Identidades Colectivas.





I. Eclosão e amplitude dos movimentos de saúde na sociedade portuguesa

Entre 2006 e 2008 vários fenómenos de acção colectiva ocorreram em várias cidades do país. Milhares de cidadãos protestaram e desenvolveram múltiplas formas de acção colectiva com o objectivo de manterem os actuais serviços de saúde providenciados pelo Estado e Sistema Nacional de Saúde.

Verificaram-se protestos em cerca de sessenta e seis cidades portuguesas, assinaladas no mapa seguinte:



O anúncio feito pelo Ministério da Saúde do encerramento de maternidades que realizem um número de partos inferiores a mil e quinhentos por ano, foi o primeiro foco que desencadeou a vaga de protestos, sobretudo nas localidades afectadas de Elvas, Barcelos, Figueira da Foz e Santo Tirso. A Proposta da Rede de Urgências, elaborada por uma “Comissão Técnica” ao serviço do Ministério da Saúde, prevê igualmente a extinção de vários Serviços de Urgências / SAP’s fruto da sua proposta de reorganização e requalificação da Rede Nacional de Urgências. As cidades envolvidas são em maior número e rapidamente as populações reagem a estas propostas.



As populações respondem aos apelos das autarquias afectadas pelas mudanças. Depois das posições tomadas pelas instituições políticas locais (Câmara Municipal, Assembleia Municipal e Assembleias de Freguesia), rapidamente são organizadas formas colectivas de mobilização e manifestação. O principal apoio logístico parte das Câmaras Municipais, mas os protestos extravasam a acção institucional autárquica.

Algumas manifestações atingem mais de cinco mil pessoas como são os casos dos protestos de Chaves, Mirandela, Vendas Novas, Barcelos, Valença, Vila Pouca de Aguiar e Arcos de Valdevez. Grande parte das manifestações realizam-se nas próprias cidades, mas a população de Barcelos deslocou-se a Lisboa, em cerca de cento e vinte autocarros disponibilizados pela autarquia.

Gritam-se palavras de ordem de cariz popular, revolucionário ou localista, em função da adaptabilidade e imaginação dos “pregões”. Os cartazes e faixas são devidamente preparados, mas surgem também formas mais elementares de manifestação escrita, como frases em simples cartolinas.

Na grande generalidade dos casos os protestos são pacíficos e ordeiros, mas alguns cortes de estrada e a invasão de determinados serviços de saúde exigem a intervenção da Polícia, que em algumas situações pediu a identificação dos manifestantes.

As populações também se manifestam de automóvel, em desfile e buzinando. Circulam pelas cidades abaixo-assinados, e são distribuídos à população comunicados, bandeiras e autocolantes.

As estruturas partidárias locais que se opõem ao fecho dos cuidados de saúde, distribuem panfletos nas feiras ou locais de maior concentração de população. São realizadas vigílias, sobretudo nos Centros de Saúde afectados, caracterizadas por um ambiente mais resolutivo, e por vezes religioso (sobretudo no Norte). Os Centros de Saúde são também o local escolhido para a realização de cordões humanos. São realizados actos simbólicos que se caracterizam por satirizarem sobre a política de saúde, e são entregues “cartas abertas” junto dos Governos Cívicos ou Administrações Regionais de Saúde.

Câmaras Municipais e movimentos de cidadãos marcam encontros com a população, incitando-os a protestar, “tratam dos cartazes”, fazem comunicados à imprensa, e estão nos “directos das televisões”.

São criadas várias Comissões de Utentes. Embora algumas já existissem anteriormente, na maioria das situações as Comissões de Utentes nascem com os protestos à volta dos fechos dos serviços de urgência ou de maternidade.

Autarquias e Movimentos Cívicos criam “blogs” e campanhas na internet, promovem iniciativas que incluem “spots” radiofónicos, “outdoors” espalhados pela cidade e o envio de mensagens de correio electrónico para a caixa postal do ministro da saúde; ou no plano legal-jurídico, interpõem providências cautelares contra o encerramento dos serviços de saúde (que são alvo sistemático de recurso por parte do Ministério da Saúde).

Na Região do Alto Tâmega as várias manifestações convergiram em simultâneo no mesmo dia. O dia 22 de Setembro de 2007 foi considerado o Dia Nacional de Luta em Defesa do Serviço Nacional de Saúde, reivindicado pelo Movimento Cívico em Defesa do SNS, que procurava atingir assim o objectivo de criar um movimento social em rede à escala nacional. São planeadas mais de 100 acções de protesto espalhadas pelo país. É entregue uma carta aberta na sede do Ministério da Saúde em que são demarcados os pontos da contestação. A carta aberta é subscrita por mais de 140 organizações e, segundo Carlos Braga, um dos proponentes, o “SNS é uma responsabilidade do Estado e, como contribuintes, os cidadãos devem esperar o retorno de qualidade dos seus impostos” (Público, 22 Set. 2007).



II. Capitalismo, governação e domínios institucionais

A problemática da acção colectiva é enriquecida quando ela integra analiticamente a complexidade dos processos económicos, institucionais, organizacionais e culturais, que atravessam o quadro de conflitos e tensões sociais com que a modernidade e o capitalismo actuais desafiam as sociedades contemporâneas.

Bruno Amable (2005) procura mostrar que o capitalismo actual constitui uma diversidade institucional e uma realidade heterogénea formada por cinco tipos de capitalismo: o “capitalismo de mercado”; as “economias sociais-democratas”; o “capitalismo asiático”; o “capitalismo europeu continental”; e o “capitalismo mediterrânico”. Vários são os autores que reflectem sobre o capitalismo e a sua evolução, como é o caso de Tom Burns (2006). O princípio conceptual que aqui se procura explorar visa sobretudo dimensionar uma análise do capitalismo sob uma perspectiva institucional.

Os sistemas capitalistas constituem realidades institucionais actuantes, compostos por enquadramentos institucionais que regulam ao nível transnacional e internacional as relações económicas e políticas entre os Estados-Nação e as empresas capitalistas, que, no contexto concreto da integração europeia, conduziu a “ajustamentos estruturais” na adaptação às regras do mercado liberal e na reconfiguração do papel dos Estados.

O modelo keynesiano de crescimento capitalista, responsável pela prosperidade económica sem precedentes e pela estabilidade social na maior parte das economias de mercado durante quase trinta anos após a Segunda Guerra Mundial, começou a entrar em crise na década de 70 e a situação agravou-se a partir da década de 90 com a crescente ascensão do neoliberalismo à escala global.

Como afirma Manuel Castells, “uma série de reformas, tanto no âmbito das instituições como na gestão empresarial, visaram direccionar o apoio estatal para ganhos de produtividade e competitividade das economias nacionais, frequentemente em detrimento da protecção social e das normas de interesse público. A reestruturação do capitalismo prosseguiu fundamentada pela derrota política das organizações de trabalhadores nos principais países capitalistas e pela aceitação de uma disciplina económica comum por parte dos países pertencentes à OCDE” (Castells, 2002:23).

Assistiu-se à quebra do equilíbrio Capitalismo / Democracia / Protecção Social (Estado-Providência). O mercado passa a funcionar como o principal mecanismo de regulação e crescem, nos diversos países, as situações de precariedade e sobem os encargos com os sistemas de protecção social. Os Governos procuram principalmente seguir o novo modo de desenvolvimento, em tornar as suas decisões políticas adaptáveis às exigências do sistema económico internacional, com as consequentes mudanças nos diversos domínios institucionais das sociedades nacionais.

A integração europeia veio trazer novos desafios aos Estados, assumindo-se o Pacto de Estabilidade e Crescimento como um instrumento estratégico político e económico de regulação institucional por parte dos respectivos países da União Europeia.

Se o capitalismo será inerentemente instável e gerador de recessões e crises económicas, e se os estrangulamentos económicos provocados pelo capitalismo reflectem-se na actuação dos Estados, estes não viram diminuídas as suas atribuições institucionais, reguladoras e administrativas, nem a sua capacidade de dominação política e social geradora de legitimidade e legitimação sobre os cidadãos.

A introdução de reformas na Saúde por parte da Governação inserem-se num determinado contexto económico, político e social do País, fortemente condicionado pelos objectivos de equilíbrio orçamental e de redução do défice público. No caso português, as despesas primárias e correntes são sobretudo mais elevadas nos Ministérios da Educação e Saúde.

A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde torna-se uma prioridade política desde a segunda metade da década de noventa, apesar da disputa «política e profissional» dos diferentes modelos de saúde, ou seja, entre o modelo público de uma saúde *tendencialmente gratuita* (conforme



consagra o art. 164º da Constituição da República Portuguesa), ou a política de uma maior privatização dos serviços de saúde.

Conforme refere o Programa de Governo actual, «o Serviço Nacional de Saúde tornou-se pesado, pouco ágil, desarticulado, relutante em acolher a inovação, presa fácil de interesses particulares, gastador sem controlo útil. O SNS tem que ser reforçado na sua competência estratégica e para isso tem que ser modernizado, centrado nas prioridades, garantindo a separação entre financiador e prestador. Devem ser progressivamente criadas condições para a separação rigorosa dos três sectores constitucionalmente previstos – o público, o social e o privado – para garantir a sua articulação virtuosa em termos de ganhos em saúde e de ganhos em eficiência, pagando serviços de forma contratualizada e avaliando-os por critérios quantitativos e sobretudo qualitativos» (Portal do Governo).

A Política de Saúde da Governação centra-se em três grandes linhas prioritárias: garantia da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, reforma dos cuidados de saúde primários e implementação da rede nacional de cuidados continuados integrados. O Programa do XVII Governo Constitucional prevê a reestruturação dos centros de saúde através da criação de unidades de saúde familiar (USF), consagrando os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde e os centros de saúde como a base institucional daqueles cuidados. As políticas de saúde anteriormente seguidas pautaram-se, fundamentalmente, pela sobrevalorização da medicina hospitalar, em detrimento dos cuidados de saúde primários. Os investimentos dos orçamentos de estado foram sempre maioritariamente para os hospitais e menos para os centros de saúde.

A proposta de reconfiguração dos centros de saúde deve ser compreendida no quadro mais vasto da reforma da administração pública que está em curso pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE). O encerramento dos SAP (Serviços de Atendimento Permanente) nocturnos, a reconversão das Sub-Regiões em ACS (Agrupamentos de Centros de Saúde), e, sobretudo, a criação de Unidades de Saúde Familiar, visam a criação e consolidação de novas realidades institucionais no sistema de saúde nacional.

No conflito à volta dos movimentos de saúde verificados um pouco por todo o país, assiste-se a uma «tensão manifesta» entre a legitimidade técnico-científica emanada da governação e instituições de saúde e os interesses sociais das populações envolvidas e mobilizadas.

As opções políticas da governação são tomadas com base no trabalho desenvolvido por “Comissões Técnicas”, criadas por despacho ministerial. A governação procura fundamentar as suas decisões políticas com base em relatórios e estudos técnicos, justificando as medidas a partir dos pareceres elaborados pelas Comissões Técnicas de aconselhamento. Mas compete ao Governo e Ministério da Saúde, e não às Comissões Técnicas, assumir o julgamento e a decisão política. Apesar de uma determinada tecnocracia médica encaixar nas decisões tomadas pelas Comissões, os argumentos técnicos são legitimados no quadro de uma política de saúde que extravasa objectivos meramente técnico-científicos.

Os pareceres da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências assentaram nos seguintes princípios e critérios de decisão: revisão das diversas realidades internacionais e dos critérios adoptados para a definição das respectivas Redes de Urgências; definição dos níveis de Serviços de Urgências (Básico, Médico-Cirúrgico ou Polivalente); elaboração de proposta de pontos de Rede, por área geográfica e no contexto de uma rede hierarquizada de prestações de cuidados; número de habitantes abrangidos; capacidade instalada; articulação com outros pontos de rede; distância / tempo dispendido; acessibilidades; número de atendimentos por dia; número de cirurgias/dia; risco industrial; risco de trauma; mobilidade sazonal; e pólo turístico (Relatório Final, *Proposta da Rede de Urgências*, 2006:4-6).

Na nova política do Ministério da Saúde, o Serviço de Urgência não deve ser a porta de entrada no sistema de saúde para os casos não urgentes. A missão do Serviço de Urgência deve consistir na abordagem de situações urgentes e emergentes, competindo a outras estruturas promover a resposta às situações não urgentes. Não são reforçados os conceitos de «SAP», Serviço de Atendimento Permanente e



«SASU» (Serviço de Atendimento de Situações Urgentes), pois estes locais possuem logística de Consulta e não de Serviços de Urgência. A centralização da actividade clínica em torno do Serviço de Urgência é contrária à lógica da (real) proximidade junto do utente, que deve, sobretudo, assentar no reforço da Consulta externa, programada ou não. Estas alterações estruturais e organizacionais, com consequências sociais e culturais profundas, não são entendidas pelas populações descontentes.

De acordo com os relatórios da Comissão Técnica, a racionalização da localização dos pontos de rede das Urgências, não infringe o direito à saúde, mas aumenta a acessibilidade aos cuidados de urgência mais adequados. Para isso, *“há que compreender que acessibilidade a cuidados urgentes nem sempre passa pela existência de um Serviço de Urgência em proximidade mas que, em muitas circunstâncias, esta pode ser garantida, com eficácia e eficiência, através da manutenção da acessibilidade aos cuidados médicos (Consulta), triagem inicial das situações mais graves, estratificação do risco e encaminhamento qualificado, em tempo útil, para um centro dotado das valências e logísticas mais adequadas. O conceito de acesso a cuidados de urgência, implica a capacidade de possuir um meio de pedido de socorro (112 funcionante), resposta adequada ao local da ocorrência e estabilização durante o transporte (emergência pré-hospitalar qualificada), com encaminhamento correcto em função da necessidade clínica (rede de referência organizada)”* (Comunicado Nº 2 /2007, Ministério da Saúde, p.1).

O processo de requalificação da Rede de Urgências prevê o fecho de 15 urgências hospitalares e de 140 Serviços de Atendimento Permanente e o aumento da criação de mais 10 (de 73 para 83) Serviços de Urgência. Mas as populações apenas se apercebem da ameaça ou encerramento de serviços de saúde, sentimentos muito distantes das propostas políticas e técnicas do Governo, Ministério da Saúde e Comissões Técnicas.

As decisões de natureza técnica são convuladas em decisões burocráticas e decisões políticas por parte da Administração e Ministro da Saúde, uma vez que lhes cabe o papel da gestão do processo de mudança em curso. A racionalidade dos números, a casuística do atendimento e menor utilização dos recursos disponíveis nos serviços de saúde, tornam-se incompatíveis com a vontade colectiva de mais proximidade, segurança e protecção de saúde.

Max Weber (1978) constitui o principal autor no estudo dos processos de racionalização da modernidade. Weber enfatizou o crescente incremento da burocratização nos processos sociais, expressa na celebração da eficácia e no culto da técnica, produtora de consequentes mudanças ao nível da organização económica e política. A modernidade estaria assim a sofrer um processo de racionalização económica (racionalização das relações de produção), racionalização política (sistemas de burocracia impessoais racionais-legais) e racionalização da cultura («desencantamento do mundo»). A racionalização tenderia a impor-se ao costume, aos sentimentos e valores, orientando cada vez mais a acção social para a racionalidade instrumental, à medida que a burocracia no Estado e na economia se tornam as bases da dominação na sociedade.

III. Ordem administrativa e o campo profissional da saúde

A Reforma em curso coloca novos e múltiplos desafios ao Sistema Nacional de Saúde e à cultura das organizações de saúde. Novos actores e agentes institucionais reposicionam as suas funções e atribuições profissionais. Assim sucede com a classe médica e restantes profissionais de saúde, bem como com outras instituições e organizações como o INEM e Bombeiros.

Nos maiores hospitais e mais especializados passam a funcionar as urgências polivalentes, ou seja, aquelas com capacidade para atender os doentes em estado grave ou com diagnósticos mais complicados. A um outro nível entram em campo as urgências médico-cirúrgicas e que irão atender casos de gravidade intermédia. Por último, e com um papel mais voltado para os centros de saúde, estarão as urgências básicas.



A instalação da Rede de Urgências não poderá nunca ocorrer sem que: o centro de atendimento telefónico do Serviço Nacional de Saúde, que funcionará 24/24 horas e para todo o território nacional, esteja em pleno funcionamento; e o transporte de doentes pré-hospitalar (ambulâncias, veículos medicalizados de emergência e reanimação, e helicópteros) seja reforçado de acordo com as necessidades locais.

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) faz a análise e triagem, avalia o grau de gravidade e o meio a enviar. Torna-se essencial identificar a situação de início. A cobertura telefónica pelo CODU cobriu por completo, já em 2006, todo o País.

As Administrações Regionais de Saúde procurarão, em colaboração com o INEM e com as Corporações de Bombeiros locais, aperfeiçoar o sistema de transporte em condições que garantam a máxima articulação, segurança e comodidade.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) viu reforçadas as suas competências, tarefas e meios. O orçamento de despesa do INEM para 2008 ascenderá a 45,7 milhões de euros, sendo superior ao valor orçamentado para o ano de 2007 em 4,9 milhões de euros, ou seja, mais 11,9%. No início de 2007 foram descongelados 127 lugares do mapa de pessoal do INEM e estão previstas mais 651 vagas: 50 já foram autorizadas, 117 (tripulantes de ambulância de emergência e enfermeiros) aguardam despacho final e 484 (tripulantes de ambulância de emergência e enfermeiros) estão em análise nos serviços competentes. O número de veículos medicalizados VMER, passou de 29 para 37. O número de ambulâncias não medicalizadas subiu de 185 para 224 em dois anos. O facto de o INEM ver aumentados os seus recursos humanos e financeiros, num contexto nacional de contracção da Administração Pública, documenta bem a importância que a governação atribui a esta organização de saúde nas alterações em curso.

As posições assumidas pela classe médica e restantes profissionais de saúde perante a Reforma não permitem uma leitura unilinear. Um mau funcionamento interno e orgânico dos Centros de Saúde, dada a falta de médicos, a falta de formação, horas extraordinárias, e envelhecimento dos quadros, poderá encaixar-se na política de racionalização de recursos e de encerramento dos serviços. Se alguns profissionais das Urgências Hospitalares e Centros de Saúde propõem outras alternativas (assim se passa nos Hospitais de Peniche e Faro onde são criadas Comissões e elaborados relatórios de estudo que defendem a manutenção dos Serviços de Urgência), e alguns médicos “dão a cara” nos protestos das populações, exigirá uma maior profundidade por parte da investigação determinar o impacto das propostas junto dos mais directamente envolvidos.

Se a generalidade das organizações de interesses do campo profissional da saúde concordam com a necessidade de mudanças estruturais na saúde, é sobretudo ao nível da implementação e condução do processo em curso que as críticas surgem. O trabalho das Comissões (formadas por médicos) não é fruto de contestação manifesta - apesar de algumas dúvidas quanto à capacidade de alcançar as soluções técnicas delineadas -, mas é sobretudo na forma como o poder político tem actuado, subvertendo as próprias virtualidades das soluções encontradas, onde radicam os maiores focos de conflitualidade.

IV. Actores colectivos, espaço público e campos político e mediático

Margaret Archer (1995) faz a distinção entre “agentes corporativos” e “agentes primários”. Os agentes corporativos possuem maior influência e capacidade transformadora sobre o contexto estrutural e cultural em relação aos agentes primários, por via da sua posição nos sistemas de estratificação e relações articuladas com outros actores colectivos na formulação de interesses e recursos estratégicos, interaccionais e organizacionais ao seu dispor. Os agentes primários são os actores não organizados e passivos da interação social, mas que poderão transformar-se em agentes corporativos e possivelmente suplantarem os termos das relações dominantes das colectividades sociais existentes.

As conclusões do trabalho técnico produzido pelas Comissões do Ministério da Saúde, conforme prevê a lei, foram discutidas em sede de Audição Pública. Foram valorizados os pareceres técnicos dos organismos enquadrados no seio do Ministério da Saúde, nomeadamente, a Direcção Geral da Saúde, as



Administrações Regionais da Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, a Comissão Técnica referente à Saúde Materno-Infantil e a Comissão Técnica respeitante à Saúde Mental. Foram solicitadas a emitir opinião a Associação Nacional dos Municípios Portugueses, as Câmaras Municipais atingidas, a Ordem dos Médicos e de Enfermeiros (entidades com responsabilidades técnicas na saúde), as Associações Sindicais e as Associações de Doentes ou de Utilizadores legalmente constituídas. Foram ainda recebidas todas as contribuições remetidas durante o período de audição pública. Mas os impactos da Discussão Pública terão sido reduzidos, uma vez que o ponto de partida do trabalho realizado pelas Comissões Técnicas não se afasta substancialmente dos relatórios finais produzidos pelas mesmas.

As dinâmicas da acção colectiva dos movimentos de saúde revestem-se de três momentos fundamentais: as relações institucionais entre os actores mais directamente envolvidos (entre a Governação, Ministério da Saúde e Autarquias); a disputa entre legitimidades de actuação colectiva no campo político e mediático; e a mobilização colectiva de âmbito local.

Os Municípios atingidos solicitam reuniões explicativas com o Ministro da Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Direcções dos Serviços de Saúde locais. No âmbito das negociações e esclarecimentos encetados são assinados protocolos entre o Ministério da Saúde e as Autarquias. Muitos dos protocolos assinados sucedem depois de fortes manifestações das populações e reivindicações por parte das Autarquias. Das sessenta e seis cidades palco de manifestações, foram assinados protocolos em vinte e seis, ou seja, cerca de um 1/3.

A “contestação” da maioria dos responsáveis autárquicos às opções tomadas nas maternidades ou centros de saúde locais, assume contornos de natureza política. A “pressão” da mobilização colectiva local, o encerramento de serviços sem a criação de novas condições, o defraudar de expectativas, e a mudança de locais de Serviços de Urgência Básicos (SUB) sem justificações de carácter técnico, fazem aumentar as críticas de manipulação política e de aproveitamento político-partidário dos relatórios produzidos pelas Comissões Técnicas.

A luta política local e nacional encontrava no encerramento de serviços de saúde um tema de confronto e conflito político, capaz de integrar uma determinada aspiração no funcionamento do sistema político e de alcançar níveis performativos de mobilização política.

Tomando consciência que em determinadas localidades não se registaram protestos (apesar de alterações previstas nos serviços de saúde locais) e que, em cidades onde se verificaram mobilizações colectivas, nem sempre as autarquias se solidarizaram, constata-se que 51,5% das autarquias onde existiu contestação colectiva são governadas pelo PSD, cerca de 10% pela CDU, e 39,3% dos Municípios pelo Partido Socialista.

As Comissões Políticas locais dos principais partidos apelam aos seus militantes e organizações associadas, para que adiram massivamente às manifestações convocadas. Os partidos depressa percebem que este é um foco de mobilização social de enorme grandeza e rapidamente se colocam no terreno e dinamizam os protestos. Se a posição política dos partidos da oposição surge mais facilitada, e o apoio público à contestação catalizava a oposição do seu partido também a nível nacional contra a actuação governativa, a posição dos autarcas e estruturas locais do Partido Socialista é naturalmente mais inconstante e heterogénea, e a disciplina partidária e as lealdades políticas são ponderadas em relação ao partido a nível nacional.

As lideranças que emergiram das dinâmicas da acção colectiva não tiveram a presença dos deputados do Parlamento eleitos pelo respectivo círculo distrital como protagonistas activos e actuantes do conflito em causa. É sobretudo a nível nacional que os partidos políticos assumem uma posição pública em relação à política de saúde em curso. O Governo sustenta que estas são decisões sem retorno tomadas com base em estudos técnicos. O Partido Socialista defende as medidas tomadas e os seus autarcas devem ser capazes de fazer passar a mensagem, salienta o Primeiro-Ministro.



Todos os partidos da oposição visitam alguns dos serviços a encerrar por ordem do Ministério da Saúde. O Partido Social Democrata (PSD) sustenta a necessidade de reformas, mas defende que o processo poderia ter cimentado outras alternativas, e não é amenizada a dinamização local das suas bases. As distritais do PSD de Bragança, de Castelo Branco e da Guarda estão entre as mais activas nos protestos contra o encerramento dos serviços de saúde.

Os discursos políticos do Partido Comunista Português (PCP) e Bloco de Esquerda procuram sobretudo justificar no plano ideológico as opções políticas tomadas pela governação em matéria de saúde. É defendido o carácter público da saúde e contestam a política do Governo que intitulam de economicista.

A implantação local de sociais-democratas, comunistas e bloquistas é factor de dinamização da acção colectiva, quando estas forças políticas têm condições para exercer alguma influência de massas. É um papel de retaguarda, e que pode implicar a presença de alguns dos seus activistas nas Comissões de utentes.

Seguindo Eder (1993), o espaço público funciona como uma espécie de macro-contexto para os movimentos sociais. Estes são aí 'construídos', compreendendo-se a função de tais espaços à luz de um processo de construção pública de um actor. O espaço público abre terreno para a identidade, para os padrões multifacetados de identidade colectiva - cruciais na construção da confiança gerada nos vários microcenários da acção colectiva, favorece a apropriação de conhecimento e a produção de recursos simbólicos, e é onde se pode dar o confronto criativo dos actores colectivos com as instituições.

Verifica-se um processo de tematização social no espaço público e na agenda política nacional das questões da saúde. Os *media* dão uma decisiva visibilidade aos protestos, contribuindo significativamente para que os movimentos sociais alcançassem os seus objectivos de mediação. A cobertura noticiosa dada aos protestos por parte de todos os órgãos de comunicação social, fazia aumentar exponencialmente a pressão sobre o Governo. Da parte do Governo este via-se na contingência de assegurar a legitimidade necessária para os posições políticas tomadas.

A sequência de casos noticiados de crianças a nascerem em ambulâncias, ou a morte de alguns pacientes a caminho de serviços de saúde, trouxeram uma expressão de dramatismo aos acontecimentos, acrescentando novos argumentos ao conflito social, com consequências no campo político e nas lutas simbólicas pela legitimidade das melhores opções para a saúde.

V. Identidades colectivas, quadros de interacção e mobilização local

Simmel (1995) refere a importância dos círculos sociais a que o indivíduo pertence e que constituem um sistema de coordenadas construtor da sua personalidade e desenvolvimento cultural. Constituem esses círculos sociais a família, o casamento, a profissão, a rede de contactos que vai formando na vida social, a integração em vários centros de interesses ou a pertença a organizações e associações.

As populações aderem às varias formas de acção colectivas propostas e as redes sociais do quotidiano local mobilizam-se para os protestos. Nos "meios urbanos mais pequenos" a densidade das relações sociais constitui uma característica local. A mensagem circula nos cafés, nos postos de trabalho e nos locais de encontro. As organizações sociais locais relevantes como a Autarquia, Juntas de Freguesia, Paróquias, Escuteiros, Bombeiros, meios de comunicação social (Rádios e Jornais locais), Associações Recreativas e Culturais, as Colectividades Populares, participam nas diversas iniciativas propostas pelo movimento social.

O conceito de "quadros de interacção" ou seja, a forma como indivíduos e grupos definem a situação, representam e interpretam os seus contextos de actuação, possui capacidade heurística para a compreensão da mobilização local verificada à volta do encerramento dos serviços de saúde verificada nas várias localidades do País.



As dinâmicas de acção colectiva geradas tomaram igualmente a forma de reivindicações organizacionais. É impossível que uma identidade categorial se transforme em sentimento de pertença sem que existam estruturas organizativas e espaços de interacção que suportem estes processos de activação/criação colectiva (Melucci,2001). A formação e composição social das Comissões de Utentes exprimiram os processos de liderança e conflito que decorreram da mobilização das redes sociais locais.

Procurando examinar as articulações com as dinâmicas da acção colectiva, a identidade colectiva é conceptualmente definida enquanto reflexividade e reconhecimento produzidos quando certos atributos sociais são destacados nas representações cognitivas e nos sentimentos de pertença e distinção. A identidade não é uma configuração estática, um dado imutável, mas antes um processo que se prolonga no tempo e que deve ser entendida na constante identificação e construção de um Eu/Nós e “Outros”. Ou seja, o olhar sociológico deve incidir sobre as dinâmicas sociais, e em particular as dinâmicas identitárias, enquanto processo de acções colectivas, intervenções institucionais, protagonismos políticos, técnicos e organizacionais.

A identidade colectiva dos movimentos de saúde implicou dois níveis interligados de envolvimento: um mais directamente local; e um segundo nível, directamente interligado com o primeiro, de pregnância social nacional e formulações ideológicas sobre as opções políticas concretas na área da saúde. E em concomitância, os movimentos de saúde tomaram duas faces de uma mesma identidade colectiva: uma *identidade populista* e uma *identidade de projecto*.

Verificou-se o emergir e transposição de identidades regionais e locais, de cariz popular (em Trás-Os-Montes, Beiras, Alentejo). As disputas localistas também fizeram os manifestantes mobilizarem-se para que “os seus filhos não nascessem noutra terra”. Ou então que as medidas tomadas pelo Governo seriam “especificamente” contra a sua localidade. Num certo sentido, estes movimentos assumiram um *efeito Nimby*.

São as classes populares as mais preocupadas com a segurança na saúde e as que estão presentes nos protestos, apesar da transversalidade classista da causa dos movimentos. Destas, são as pessoas idosas as mais atingidas e preocupadas com o encerramento de serviços de saúde, são as mais sós, as que menos recursos possuem e menores meios de transporte. Na população envelhecida, as preocupações com a saúde aumentam, como o demonstram os Inquéritos Nacionais de Saúde. São os idosos que receiam não serem assistidos, dada a distância a percorrer e a possibilidade das ambulâncias poderem estar ocupadas, e sem o conforto de saberem que têm o Centro de Saúde disponível para os seus cuidados.

Os utentes portugueses habituaram-se culturalmente aos centros de saúde e urgências de proximidade. A escassez de informação sobre as mudanças em curso dada aos cidadãos, como refere um dos entrevistados, faz “aumentar a insegurança dos mais desprotegidos e idosos; telefonar para a “linha saúde” faz confusão às pessoas, ou não terem dinheiro para pagarem as ambulâncias. As pessoas sentem as dificuldades em obter consultas, ou em comprar os medicamentos necessários, ou em terem um doente crónico ou inválido no seu domicílio. O que os habitantes destas localidades sabem é que vão perder algo imediatamente, em troca de um benefício eventual e longínquo, que não está no seu horizonte” (Entrevistado A).

As posições do Ministério da Saúde de encerrar todos os SAP que não atendam, em média, um mínimo de 10 utentes no período da madrugada, ou o escasso número de partos realizados pelas Maternidades a encerrar, o cálculo das distâncias a percorrer, ou o modo alternativo de socorro via ambulância, são incompreensíveis para os protagonistas das acções colectivas desencadeadas. A argumentação discursiva e simbólica dos movimentos e populações passa pelo recurso ao texto da Constituição, pela crítica às supostas atitudes economicistas do Governo, às consequências nefastas da interioridade e subdesenvolvimento (económico e social) do Concelho ou Região, e à falta de diálogo e discussão democrática dos interesses das populações que estão em causa.



Bibliografia

- Amable, Bruno (2005), *Les Cinqs Capitalismes. Diversité des Systèmes Économiques et Sociaux dans la Mondialisation*, Paris, Seuil.
- Archer, Margaret (1995), *Realist Social Theory. The Morphogenetic Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Burns, Tom, Flam, Helena (2000), *Sistemas de Regras Sociais: Teoria e Aplicações*, Oeiras, Celta Editora.
- Burn, Tom (2006), "Teorias dos sistemas dinâmicos: teorizações sobre o capitalismo e a sua evolução", *Sociologia Problemas e Práticas*, Lisboa, Nº 50, pp.11-44.
- Castells, Manuel (2002), *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura, Vol.1, A Sociedade em Rede*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (2006), *Proposta da Rede de Serviços das Urgências. Documento para Audição Pública*, Ministério da Saúde.
- Costa, António Firmino (1999), *Sociedade de Bairro: Dinâmicas Sociais de Identidade Cultural*, Oeiras, Celta.
- Direcção-Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Eder, Klaus (1993), *The New Politics of Class. Social Movements and Cultural Dynamics in Advanced Society*, Londres, Sage Publications.
- Melucci, Alberto (2001), *A Invenção do Presente*, Petrópolis, Editora Vozes.
- Simmel, Georg (1995), "O cruzamento de círculos sociais", textos transcritos em Manuel Braga da Cruz, *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos)*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp.573-578.
- Weber, Max (1978), *Economy and Society (2 vols.)*, Berkeley, G. Roth e C. Witich, University of California Press.
- www.portugal.gov.pt (Data de acesso: 12/04/2008).